



Bundesverband
der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V.

Stellungnahme des Bundesverbandes der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und Intensivpflegerischer Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

**Bundesverband der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner**
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 9469180
Telefax: 07321 9469140

info@pneumologenverband.de
www.pneumologenverband.de

Vorstand

Dr. Frank Heimann (Vorsitzender)
Dr. Christian Franke
Sebastian Böing
Dr. Frank Powitz
Dr. Frank Friedrichs

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE04 3006 0601 0007 4397 92 ·
BIC: DAAEDEDXXX

Geschäftsstelle

med info GmbH
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Arbeitsgruppe Schlaf- und Beatmungsmedizin des BdP
Vorstand Dr. Heimann, Dr. Franke, Dr. Powitz, S. Böing
Heidenheim, den 03.09.2019



Vorbemerkung

Der Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V. (BdP) begrüßt die neue Gesetzesinitiative aus dem Gesundheitsministerium und den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Der BdP beschäftigt sich seit Jahren schwerpunktmäßig mit der Thematik der dringend verbesserungswürdigen Versorgungssituation von intensivpflegebedürftigen Langzeitbeatmeten, die in der Häuslichkeit oder in ambulanten Intensivpflegeeinrichtungen einer 24-Stunden-Betreuung bedürfen. Die im Referentenentwurf formulierten Gesetzesänderungen und Anpassungen enthalten Lösungsschritte substantzieller Forderungen unserer Arbeitsgruppe. Diese sind:

1. Bestmögliche Reduktion der Anzahl von „neuen“ Langzeit-Beatmeten aus den Kliniken durch strukturelle und organisatorische, qualitätsgebundene Maßnahmen innerhalb der Kliniken und beim Entlassmanagement.
2. Abschaffung negativer Anreizsysteme/Schaffung positiver Anreizsysteme im Bereich Klinik, Entlassmanagement und außerklinischer Intensivpflege.
3. Sicherstellung der von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen unabhängigen, ärztlichen Assessments durch beatmungsmedizinische Spezialisten zur besseren Ausschöpfung des Weaning-Potentials für die bereits in Pflegeeinrichtungen versorgten Patienten.
4. Standardisierung und Erhöhung der Qualitätsanforderungen an Intensivpflegedienste und -einrichtungen.
5. Einführung bundesweit gültiger Richtlinien zur flächendeckenden und kassenübergreifenden Versorgung.

Der BdP bedankt sich deshalb ausdrücklich für die professionelle Einbindung in die Beratungen zum Gesetzesentwurf und die vergleichsweise sehr zügige Umsetzung.

Besonders zu begrüßen sind die verbesserten Regelungen zum Weaning (Beatmungsentwöhnung) bei beatmungsabhängig gewordenen Patienten.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Stärkung der bundesweit bestehenden Weaning-Zentren und die erhöhten, einheitlichen Qualitätsanforderungen an die Intensivpflege werden zu einer spürbaren Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung führen.

Der per Gesetz künftig verpflichtende Kontrahierungszwang zu Kooperationsverträgen zwischen den einzelnen Leistungserbringern in der Pflege mit spezialisierten Vertragsärzten sieht der BdP als einen weiteren wichtigen Schritt, die dringend gebotene vertragsärztliche Expertise wieder mehr in die Gestaltung der Patientenversorgung einzubinden.

Wir sind davon überzeugt, dass am Ende der Beratungen das Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) einen der wichtigsten Beiträge vergangener Jahre zur Verbesserung der Versorgungssituation betroffener Menschen leisten wird.

Einige Detailfragen bei der Ausgestaltung des Gesetzes bedürfen unseres Erachtens jedoch noch einer Konkretisierung/Ergänzung, die wir nachfolgend näher spezifizieren.



Zu den Regelungen im Einzelnen

A) Thema Rehabilitation:

Die medizinische Rehabilitation bedarf aufgrund ihrer medizinischen und sozioökonomischen Bedeutung einer allgemeinen Aufwertung. Der vorgelegte Gesetzentwurf leitet die notwendigen Schritte zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation durch klare Vorgaben zur Verordnung und verbesserten Finanzierung ein und geht somit in die richtige Richtung.

Diese Schritte werden außerordentlich befürwortet. Ergänzend zum aktuell vorliegenden Entwurf halten wir jedoch eine im Gesetz zu formulierende **Stärkung niederschwelliger, ambulant-vertragsärztlicher Reha-Angebote** für erforderlich!

Begründung: Der spezielle Versorgungsbereich der Inneren Medizin/Pneumologie umfasst mehrere chronische Erkrankungen mit potentiell schweren Verlaufsformen und potentiell hohem Risiko für eine Pflegebedürftigkeit. Die Häufigkeit der Erkrankungen der Lunge ist in den vergangenen Jahrzehnten massiv angestiegen, sie führen in Ihrer Gesamtheit inzwischen die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik an (Beispiele: COPD, Lungenemphysem, Lungenfibrosen, chronisch ventilatorische Insuffizienz mit Notwendigkeit zur intermittierenden Beatmung, Asthma bronchiale, Lungenkrebs, Lungenentzündungen u.v.m.). Zudem nimmt in diesem Bereich die Komorbidität im Alter massiv zu. Mit Blick auf den demographischen Wandel und den künftig kaum zu bewältigenden Versorgungsbedarf durch stationäre Rehabilitationseinrichtungen ist unserer Auffassung nach zur Erfüllung des Grundsatzes **„Rehabilitation vor Pflege“** die niederschwellige Versorgung, meist älterer multimorbider Lungenkranker besonders wichtig, um eine Krankheitsprogression zu verzögern, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder zu verhindern. Ambulante geriatrische Komplexbehandlungen multiprofessioneller Teams nach dem Beispiel des KBV-Versorgungskonzeptes konnten exemplarisch sind die qualifizierte und erfolgreiche Verhinderung von Pflegebedürftigkeit belegen. Diese und ähnliche Konzepte z.B. für die hochspezialisierte ambulant-rehabilitative Komplexbehandlung von schweren Lungenerkrankungen sollten dringend gefördert werden.

Vorschlag: Wir schlagen deshalb eine Ergänzung im § 87 SGB V vorzunehmen, die die Vertragspartner verpflichten, im Bundesmantelvertrag Vereinbarungen zur besonders qualifizierten a) *geriatrischen*, b) *pneumologisch-rehabilitativen* oder c) *vergleichbaren Komplexbehandlung* abzuschließen.

B) Thema Intensivpflege/Langzeitbeatmung:

Die heutige Situation in der ambulanten ärztlichen Betreuung Beatmungspflichtiger ist teilweise durch erhebliche Defizite gekennzeichnet und in etwa vergleichbar mit der früheren Situation palliativmedizinisch erkrankter Menschen vor Einführung der bundesweiten **Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)**. Die adäquate ambulante Versorgung der palliativmedizinisch Erkrankten war bekanntermaßen aber erst **flächendeckend** und **kassenübergreifend** gelungen, als das BMG den gesetzlichen Auftrag an die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag (BMV) formuliert hatte, eine intersektorale Zusammenarbeit im



Sinne der SAPV zu vereinbaren. Seither sind regionale Netzwerkstrukturen (SAPV-Teams) zum Wohle der Betroffenen entstanden, die sich sehr gut bewährt haben.

1.) Artikel 1 – die folgenden Änderung des SGB V werden deshalb ausdrücklich begrüßt:

- Neu eingefügt §37c – „**Außerklinische Intensivpflege**“ (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege) – dafür Streichung des entspr. Passus §37(2)
- **§37c(1) Anspruch** – Verordnung “durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt“ und zuvor
- „das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren.“
- GBA-Richtlinie nach §92 bis zum 30.06.2020 (Inhalt und Umfang der Leistung, Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf, Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, etc. incl. Verfahren)

In der Begründung (Teil B) wird erläutert, dass in der **GBA-Richtlinie Inhalt und Umfang der Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer** zu beschreiben ist. Diese Regelung erlaubt es, den besonderen ärztlichen Versorgungsbedarf für diese Patientengruppe abzubilden.

Aufgrund der Komplexität dieser Versorgungsaufgaben und zur dringend notwendigen Verbesserung der Versorgung nicht entwöhnter/dekanulierbarer Patienten bedarf es regionaler Netzwerkstrukturen bestehend aus Haus- und Fachärzten, die geeignet sind, eine leitliniengerechte, qualitätsgesicherte und regelmäßige ärztliche Betreuung der Patienten – **nicht nur zu Verordnungszwecken** - zu gewährleisten.

Der BdP hat in den letzten Jahren aus diesem Grunde nach einem aufwendigen Verfahren in Kooperation mit der KBV unter Einbeziehung von Verbänden und Fachgesellschaften ein **Versorgungskonzept zur Behandlung von Beatmungspatienten** auf der Grundlage von § 140a SGB V entwickelt (siehe KBV-Mustervertrag).

Die Ziele und Inhalte dieses Konzeptes gehen über den im vorliegenden Entwurf beschriebene Anspruch auf Verordnung der außerklinischen Intensivpflege hinaus:

Neben der

- qualifizierten Überprüfung des Weaningpotentials, der
- Optimierung der Überweisungsabläufe und
- der Förderung der indikations- und leitliniengerechten Einweisung in qualifizierte spezialisierte Einrichtungen *ist darin geregelt,*
- die Koordination der medizinischen Behandlung von Beatmungspatienten sowie der dies betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
- die allgemeine und fachärztliche Versorgung von Beatmungspatienten um somit die Lebensqualität dieser schwerstkranken Patienten zu verbessern,
- bei Bedarf Aufnahme der behandelnden Tätigkeit innerhalb von fünf Werktagen,
- Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung der Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen des Netzwerks, insbesondere auch mit dem Hausarzt,



- Behandlung von immobilen Beatmungspatienten in der Häuslichkeit, Wohngemeinschaften oder Pflegeeinrichtungen,
- Beratung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen in der beatmungsmedizinischen Versorgung.

Abhängig davon, welche Patientengruppen versorgt werden sollen, sind nach diesem Versorgungsvorschlag von den Vertragsärzten entsprechende beatmungsmedizinische Qualifikationen und Erfahrungen vorzuweisen. Zudem müssen im Rahmen eines regionalen Netzwerks Kooperationsvereinbarungen mit spezifischen Fachärzten, stationären Einrichtungen, Pflegediensten sowie Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten geschlossen werden. Die Beschäftigung von pneumologisch qualifiziertem Assistenzpersonal sowie eine grundlegende technische Ausstattung sind ebenfalls erforderlich.

Vorschlag I: Die o.g. Versorgungsinhalte sollten bereits in der Begründung zum Gesetz und nachfolgend in der Richtlinie präzise erfasst werden, um die hier neu entstehenden Strukturen von Anfang vollständig zu beschreiben.

Vorschlag II: Da es sich zudem um neue ärztliche Leistungen handelt, die bisher nicht im EBM abgebildet sind, ist die gesetzlich fixierte Überprüfung im Bewertungsausschuss erforderlich.

Vorschlag III: Der GBA-Richtlinienprozess stellt ein sehr aufwendiges und langwierig Verfahren dar. Wir schlagen deshalb hilfsweise eine Regelungen vor, die durch die Partner des Bundesmantelvertrages auf Basis der Vorarbeiten des BdP/ KBV (gemäß „Mustervertrag Beatmung“) vereinbart wird.

Die zuvor benannten Missstände in der Versorgungsrealität erfordern aus unserer Sicht eine Ausweitung des nachfolgenden Passus:

Vorschlag IV - Ergänzung nachfolgend unterstrichener Textinhalte im § 37 c(1): Zur dringend verbesserungswürdigen Versorgung ggf. nicht entwöhnter/dekanulierbarer Patienten bedarf es **neben** der „Verordnung“ **auch** einer „kontinuierlichen Betreuung“ durch „für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierte(n) Vertragsärzt(e)“ „in Kooperation mit dem zuständigen Hausarzt und den übrigen Leistungserbringern“.

Zudem wird zur Klarstellung des Umfangs des Auftrages an den GBA vorgeschlagen, **in § 37c(1)** nach dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und -koordination“ einzufügen. (Regelungsinhalt nach Maßgabe KBV Mustervertrag!)

- **§37c(2) Anspruch auf außerklinische Intensivpflege** in:
- „vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen“,
- „Wohneinheiten im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1“
- „Wenn die Pflege in einer Einrichtung nach Satz 1 nicht möglich oder nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen; bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Pflege außerhalb des



eigenen Haushalts oder der Familie in der Regel nicht zumutbar.“ (oder wer beim Inkrafttreten des Gesetzes bereits in der Häuslichkeit versorgt wird / wurde (3 Jahre)

Anmerkung des BDP zur Änderung bzgl. § 37 c (2): Wir begrüßen ausdrücklich die Absicht, die Benachteiligung von vollstationären und stationären Pflegeeinrichtungen beseitigen zu wollen, indem beispielweise Zuzahlungen für Versicherte künftig angeglichen werden. Die Vereinbarung nach §132i SGB V setzt zudem bundesweit einheitliche Standards für solche Einrichtungen. Gleichwohl ist festzustellen, dass auch in Wohngemeinschaften bzw. der Häuslichkeit qualitativ hochwertige Intensivpflege erbracht werden kann, sofern die Rahmenbedingungen stimmen. Die Vorgaben des GBA sollen deshalb auch diesen Bereich umfassen. Im Interesse der Selbstbestimmung des Patienten sollte deshalb zwingend berücksichtigt werden, dass es Fälle gibt, in denen Patienten gut zu Hause intensivpflegerisch versorgt werden können. Deshalb sollten bei der Zumutbarkeitsprüfung differenzierende Kriterien festgelegt werden und die individuellen Umstände des Einzelfalls eingehend Berücksichtigung finden, so dass „Zwangshospitalisierungen“ vermieden werden.

- Änderung §39 – Krankenhausbehandlung:
- (1a) „Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.“

Vorschlag V: Es wird angeregt, dass die Vertragspartner nach § 39 Abs. 1a Satz 10 spezifische Vorgaben zum Entlassmanagement bei Beatmungspatienten als Teil des Rahmenvertrages beschließen sollen. Nur so kann aus unserer Sicht sichergestellt werden, dass passgenaue Vorgaben für diese hoch belastete Patientengruppe spezifiziert und Teil des Entlassmanagement werden.

Weiterer Anpassungsbedarf besteht aus Sicht des Bdp darüber hinaus wie folgt:

- Betrifft: §131i (6). „Hierzu haben die Leistungserbringer insbesondere ...

Vorschlag VI: nach § 132i Abs. 6, 1. ist nach Bdp- Auffassung und der KBV nicht nur ein Stellungnahmerecht, sondern ein Einvernehmen mit der Vertretung der Vertragsärzte herzustellen, da hier originäre Interessen von Vertragsärzten berührt werden, so dass eine Einvernehmensregelung gerechtfertigt erscheint.

Die folgende, stichpunktartige Auflistung enthält Änderungen, die unserer Ansicht nach keiner über die o.g. Vorschläge hinausgehenden wesentlichen Anpassung bedürfen:

- Änderung §92 – Richtlinien des GBA: § 92 (1) 6. “Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege.“



- § 92 (7) – VO von häusl. Krankenpflege etc. (hier in 7b auch SAPV geregelt) neu (7 g): in die Entscheidung über die Richtlinie zur VO der Intensivpflege sind die Organisationen der Leistungserbringer nach §131 i (Stellungnahmeverfahren) einzubeziehen.
- § 92 (8) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der Bundesmantelverträge.
- Änderung §132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege: Streichung entsprechender Passus für
- Neu §131i. “Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege“
- Spitzenverbände der KK, Träger der Pflegeeinrichtungen, Spitzenorganisationen von Pflegediensten auf Bundesebene unter Berücksichtigung der GBA-Richtlinien bis 31.12.2020 Rahmenempfehlungen. Vor Abschluss der Vereinbarung sind die Stellungnahmen KBV und DKG in die Entscheidung einzubeziehen. Verträge mit LE.
- Änderung §132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege: Streichung entsprechender Passus
- Neu §131i (6). „Hierzu haben die Leistungserbringer insbesondere
- 1. Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten zu schließen, die insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der mit der Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 Satz 3 dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen,“
- Änderung §132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege: Streichung entsprechender Passus für

a. **Artikel 2** – Weitere Änderungen des SGB V

- §275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst
- §275b (2): Prüfungen...“die Wohneinheiten nach § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 betreiben, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen; dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 betreiben.

b. **Artikel 3** – Änderungen des SGB XI

- §17 – Richtlinien Pflegekassen, Erlass „bis zum 3 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes“



- Ergänzung: Richtlinien über „...Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches in Verbindung mit § 132i des Fünften Buches“.

c. **Artikel 4 – Änderungen des KHEntg**

- § 5 Vereinbarungen von Zu- und Abschlägen
- (3f) „Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 Abschläge für Krankenhäuser, wenn eine Feststellung des Beatmungsstatus nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder entgegen § 39 Absatz 1a Satz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht erfolgt.“
- § 6 Vereinbarungen sonstiger Entgelte
- Ergänzung (2a): „Soweit für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung noch kein ZE nach § 7 Abs 1, S.1. (2) kalkuliert werden kann, ist hierfür ab dem Jahr 2021 ein gesondertes krankenhausespezifisches ZE zu vereinbaren.“
- § 9 Vereinbarungen auf Bundesebene
- Ergänzung (1a) neu 8. : „bis zum 31. August 2020 das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser, wenn eine Feststellung des Beatmungsstatus nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder entgegen § 39 Absatz 1a Satz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht erfolgt.“

d. **Artikel 5 - Folgeänderungen in weiteren Gesetzen / Verordnungen**

Abschließend bitten wir um Präzisierung der sonst im Allgemeinen von uns begrüßten Regelungen im Teil B des Gesetzes.

e. **Teil B: Begründung zum Gesetz - besonderer Teil:
„zu Artikel 1, Nr. 2, Absatz 1“**

- Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege kann nur durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärzte verordnet werden. Dies sind insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege und deren Verordnung. Dies umfasst beispielsweise Inhalt und Umfang der



Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer,

- Auf Grundlage der Richtlinien hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5b Satz 2 den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie anzupassen. Da es sich hierbei um neue und förderungswürdige Leistungen handelt, sind diese entsprechend der Beschlusslage des Bewertungsausschusses zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten.

In der Begründung (Teil B) wird demnach erläutert, dass in der **GBA-Richtlinie „Inhalt und Umfang der Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer“** zu beschreiben ist. Gerade weil diese Leistungen nicht nur von Vertragsärzten erbracht werden sollen, halten wir eine zeitliche Befristung für unangemessen. Die „neuen und förderungswürdigen Leistungen“ sollten deshalb grundsätzlich „außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ vergütet werden.

Vorschlag VII: Wir bitten deshalb den Passus, ...“zunächst für zwei Jahre“ ... gänzlich zu streichen.