



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
von Rehabilitation und intensivpflegerischer  
Versorgung in der gesetzlichen  
Krankenversicherung  
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz –  
RISG)

Stand: 06.09.2019

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>7</b>
• Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....	7
• Zu Artikel 1 Nr. 2 § 37c – neu (Außerklinische Intensivpflege).....	7
• Zu Artikel 1 Nr. 3 § 39 (Krankenhausbehandlung) .....	11
• Zu Artikel 1 Nr. 4 § 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) .....	12
• Zu Artikel 1 Nr. 8 § 111 (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen).....	15
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 111a (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen).....	17
• Zu Artikel 1 Nr. 11 § 111c (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen).....	18
• Zu Artikel 1 Nr. 14 § 132i – neu (Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege) .....	20
• Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes .....	23
• Zu Artikel 4 Nr. 1 und 3 §§ 5 und 9 (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen) und (Vereinbarung auf Bundesebene) .....	23
• Zu Artikel 4 Nr. 2 § 5 (Vereinbarung sonstiger Entgelte).....	24

## 1. Allgemeiner Teil

Der Referentenentwurf für das Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) unterscheidet zwei Regelungsbereiche:

1. Der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege soll als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V neu gefasst werden.
2. Im Weiteren soll durch ein Bündel von Maßnahmen die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestärkt werden.

### Zu 1. Intensivpflege

Der vdek begrüßt den Vorstoß, die Versorgung von Intensivpflege- und Beatmungspatienten zu verbessern, ausdrücklich. Die angedachten Neuregelungen sind insgesamt positiv und geeignet, mehr Patienten vor einer nicht notwendigen Beatmung zu schützen. Handlungsdruck ist gegeben, einerseits durch den medizinischen Fortschritt, andererseits durch bestehende Fehlversorgung. Es muss davon ausgegangen werden, dass heute medizinische Möglichkeiten ungenutzt bleiben, Patienten wieder von den Beatmungsgeräten zu entwöhnen. Dabei spielen auch Gründe eine Rolle, die in den unterschiedlichen Finanzierungsgegebenheiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung liegen. Der Referentenentwurf führt richtigerweise aus, dass ein ambulanter Fall in der Betreuung rund 25.000 Euro im Monat kostet. Im stationären Pflegeheim sind es etwa 6.500 Euro; allerdings bei Eigenanteilen der Betroffenen von 2.000 bis 3.000 Euro. In der ambulanten Pflege übernehmen die Krankenkassen die Kosten vollständig.

Um bestehende Fehlanreize abzubauen, sollen mit dem RISG unter anderem folgende Regelungen getroffen werden:

Die medizinische Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf soll in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt werden. Dies wird vom vdek begrüßt. Es sind jedoch noch Konkretisierungen zum anspruchsberechtigten Personenkreis notwendig. Dieser stellt derzeit ausschließlich auf einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ab. Eine derartig ungenaue Regelung führte bereits in der Vergangenheit bei der leistungsrechtlichen Entscheidung oftmals zu Problemen.

Die außerklinische Intensivpflege soll künftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten, die strengen Qualitätsanforderungen unterliegen, erbracht werden. Der grundsätzliche Vorrang der stationären Versorgung wird aufgrund der besonders anspruchsvollen Versorgungsform begrüßt. Die angedachte Zumutbarkeitsprüfung bei einer vom Patienten gewünschten Versorgung im

häuslichen Bereich halten wir allerdings für nachbesserungsbedürftig. Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Krankenkassen Verträge, u. a. mit vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen. Aus Sicht des vdek sollten diese Verträge – anders als es der Referentenentwurf vorsieht – einheitlich und gemeinsam geschlossen werden und nicht dem Wettbewerb der Krankenkassen unterliegen.

Nur noch in Ausnahmefällen soll die außerklinische Intensivpflege im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden können. Sie soll künftig auch nur noch von Leistungserbringern erbracht werden, die besondere Anforderungen erfüllen. Hierzu gehören beispielsweise der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern und die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements. Allerdings sollten noch die konkreten Inhalte der Kooperationsvereinbarungen gesetzlich fixiert werden, um eine Überprüfung dieser zu ermöglichen.

Auf der Bundesebene sollen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Rahmenempfehlungen über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege geschlossen werden. Diese müssen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien (z. B. personelle Ausstattung der Leistungserbringung) Regelungen enthalten. Dies erscheint sinnvoll, um eine gleichgerichtete Umsetzung in den Ländern sicherzustellen.

Es wird zudem eine Schiedsstellenregelung vorgeschlagen, die jedoch auf je zwei Vertreter auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Kostenträger beschränkt ist. Der vdek schlägt vor, diese Zahl auf acht zu erhöhen und sich damit an der Schiedsstelle gemäß § 132a Absatz 3 SGB V zu orientieren; auch um zu gewährleisten, dass alle relevanten Akteure auf beiden Seiten beteiligt werden.

- **Vgl. hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 132i – neu)**

Die Eigenanteile der Versicherten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zur außerklinischen Intensivpflege sollen erheblich reduziert werden. In den Fällen, in denen die Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird, wird die Zuzahlung auf 280 Euro begrenzt, die Krankenkassen können die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ganz oder teilweise als Satzungsleistung übernehmen. Es ist zu begrüßen, die Eigenanteile der Versicherten zu begrenzen. Keine gute Idee ist es, die Finanzierung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung dem Wettbewerb der Krankenkassen zu unterstellen, in dem diese als Satzungsleistungen angeboten werden können. Hinsichtlich der Regelung zur Tragung der Investitionskosten empfiehlt der vdek, die Länder in die Pflicht zu nehmen.

- **Vgl. hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c – neu)**

Krankenhäuser sollen im Rahmen des Entlassmanagements eine besondere ärztliche Anschlussbehandlung im Wege der stationären Weiterbehandlung durch ein anderes Krankenhaus veranlassen können, um sich bietende Möglichkeiten einer längerfristigen Beatmungsentwöhnung zu nutzen. Diese Regelung ist im vorliegenden Entwurf weit gefasst. Um zu verhindern, dass es zu einer unnötigen Steigerung von externen Verlegungen und damit zu Kostensteigerungen kommt, ist eine Präzisierung nötig. Eine zusätzliche Differenzierung sollte zudem verhindern, dass der Anspruch auf das Entlassmanagement auch für stationäre Rehabilitationseinrichtungen gilt und damit mit bereits bestehenden Regelungen konkurrieren würde.

- **Vgl. hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 39 Absatz 1a)**

Für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung wird die Finanzierungsgrundlage ab 2021 durch Ermöglichung eines krankenhausindividuellen Zusatzentgelts verbessert. In den Verträgen über Krankenhausbehandlung auf Landesebene soll außerdem zwingend vereinbart werden, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus erfolgt. So sollen gezielt Patienten mit Entwöhnungspotenzial identifiziert werden können. Krankenhäuser, die keine Feststellung des Beatmungsstatus vornehmen, oder die trotz bestehendem Entwöhnungspotenzial von der maschinellen Beatmung keine Anschlussbehandlung veranlassen, müssen künftig Abschlüsse hinnehmen. Die im Referentenentwurf beabsichtigte Sanktionsmöglichkeit wird vom vdek unterstützt. Einige technische Details – u. a. zum Datenaustauschverfahren – müssen noch mal in den Blick genommen werden, da sie noch nicht optimal geregelt sind.

- **Vgl. hierzu die Kommentierung zu Artikel 4 Nr. 1 und 3 (§ 5 Absatz 3f)**

## **Zu 2. Rehabilitation**

Weniger positiv als Vorschläge zur Versorgung von Intensivpflege- und Beatmungspatienten werden die Vorschläge zur Rehabilitation eingeschätzt.

Im Zentrum der Vorschläge steht die Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität und damit die unbefristete Aussetzung der Anbindung an die Grundlohnsumme für Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen. So sollen die Vergütungsvereinbarungen in diesem Bereich nicht mehr der Grundlohnbindung unterliegen und Mehrausgaben der Einrichtungen, die zum Beispiel durch Tariferhöhungen entstehen, voll auf den Vergütungssatz angerechnet werden. Diese Regelung etabliert das in der Vergangenheit bereits abgeschaffte „Selbstkostendeckungsprinzip“ wieder und wird erhebliche Mehrkosten nach sich ziehen, insbesondere da die Regelung nicht auf eine Berufsgruppe (Pflegefachkräfte) begrenzt ist. Zudem soll zum Zweck der Erhöhung der Transparenz geregelt werden, dass Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene abschließen sollen, um

einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen. Die Regelung schränkt die Verhandlungs- und Vertragsfreiheit der Kassen unnötig ein und wird vom vdek kritisch gesehen.

- **Vgl. hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 111), Nr. 9 (§ 111a) und Nr. 11 (§ 111c)**

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können. Eine Einbindung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V fehlt gänzlich. Vor diesem Hintergrund und dem Umstand, dass diese Regelung in Zukunft nicht auf den Bereich der geriatrischen Rehabilitation beschränkt bleiben wird, ist von deutlichen Ausgabensteigerungen für die GKV auszugehen.

Das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung soll gestärkt werden, indem der Versicherte zukünftig nur noch die Hälfte der Mehrkosten zu tragen hat, wenn er sich für eine andere Einrichtung als die medizinisch notwendige entscheidet. Die Neuregelung ist grundsätzlich überflüssig, da bereits heute schon geregelt ist, dass Mehrkosten bei Ausübung des Wahlrechts nicht zu tragen sind, wenn sie angemessen sind. Die Notwendigkeit, dass darüber hinausgehende (nicht medizinisch) begründete Wünsche zukünftig die Beitragszahler hälftig finanzieren sollen, ist unverständlich. Die Regelung sollte gestrichen werden.

- **Vgl. hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 40)**

## 2. Kommentierung des Gesetzes

### Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 37c – neu (Außerklinische Intensivpflege)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 1)

Für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege wird ein eigenständiger Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege geschaffen. Die Verordnung dieser Leistung darf nur durch einen besonders qualifizierten Vertragsarzt erfolgen. Sofern Versicherte kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, muss vor der Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung erhoben und dokumentiert werden. Zu dieser neuen Leistung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie u. a. den Inhalt und Umfang der Leistungen, die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung festlegen.

Absatz 2)

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht regelhaft nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Wohneinheiten. Nur sofern eine Versorgung in diesen Einrichtungen nicht möglich oder zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch in der Häuslichkeit oder an einem geeigneten Ort erbracht werden. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, liegt grundsätzlich eine Unzumutbarkeit vor, in den anderen Fällen ist diese unter Berücksichtigung der persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu prüfen. Zudem ist ein Bestandsschutz für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestehenden Versorgungsfälle vorgesehen.

Absatz 3)

Der Anspruch auf Leistungen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wird dahingehend definiert, dass dieser die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für die Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasst. Dabei werden der Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI des Versicherten und die notwendigen Investitionskosten in Abzug gebracht werden. Im Rahmen einer Satzungsleistung können/sollen die Krankenkassen zusätzlich die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ganz oder teilweise übernehmen.

Absatz 4)

Die Zuzahlung für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen, beschränkt sich auf täglich zehn Euro für maximal 28 Kalendertage je Kalenderjahr. Wohingegen die Zuzahlung in Wohneinheiten und in der Häuslichkeit

zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung beträgt. In diesen Fällen ist keine zeitliche Beschränkung vorgesehen.

### **Bewertung**

Absatz 1)

Der vdek begrüßt die Einführung eines eigenen Leistungsanspruches auf außerklinische Intensivpflege, die dem vom vdek im Vorfeld eingebrachten Vorschlag entspricht. Nachzubessern ist aus Sicht des vdek die vorgeschlagene gesetzliche Regelung zur Beschreibung des anspruchsberechtigten Personenkreises. Dieser stellt derzeit ausschließlich auf einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ab. Eine derartig ungenaue Regelung führte bereits in der Vergangenheit bei der leistungsrechtlichen Entscheidung oftmals zu Problemen. Aus Sicht des vdek ist hier eine dezidierte Beschreibung des anspruchsberechtigten Personenkreises im Gesetzestext notwendig.

Der vdek begrüßt hingegen ausdrücklich die Regelung, dass die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege an bestimmte Qualifikationen des Verordners geknüpft werden soll und dass bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten auf der Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und zu dokumentieren ist.

Des Weiteren wird die Regelung unterstützt, dass der G-BA für diese Leistung eine eigenständige Richtlinie erarbeiten soll. Die dafür vorgegebene Frist von einem halben Jahr ist aus Sicht des vdek höchst ambitioniert und sollte überdacht werden.

Ergänzend zu den aufgezeigten Regelungsinhalten dieser Richtlinien sollten aus Sicht des vdek die folgenden Regelungsinhalte aufgenommen werden:

- das Nähere zum Verordnungs- und Genehmigungsverfahren dieser Leistung sowie
- die Anforderungen an den verordnenden Vertragsarzt.

Absatz 2)

Der vdek begrüßt, dass die außerklinische Intensivpflege zukünftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Wohneinheiten und nur in Ausnahmefällen in der eigenen Häuslichkeit oder an einem geeigneten Ort erbracht werden soll. Dies insbesondere vor dem Hintergrund einer sehr personalintensiven Versorgungsform, bei der es aufgrund des besonderen Krankheitsbildes jederzeit zu unvorhergesehenen lebensbedrohlichen Veränderungen kommen kann.

Es muss jedoch möglich sein, den berechtigten Wunsch des Versicherten oder seiner Angehörigen nach intensiv pflegerischer Betreuung in der Häuslichkeit oder an einem angemessenen Ort zu berücksichtigen. Dazu schlägt der vdek vor, dass im Falle einer gewünschten Versorgung in der Häuslichkeit, vor Inanspruchnahme zwingend eine unabhängige Beratung z. B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein qualifiziertes Weaningzentrum wahrgenommen werden muss. Diese soll dazu dienen, umfangreich über das Erkrankungsbild und auch die Folgen für Angehörige/Familie bei einer Versorgung in der Häuslichkeit zu



informieren. Dies könnte dazu beitragen, den häufig emotional gebundenen Angehörigen auf Basis vollständiger Informationen eine objektive Entscheidung zur Wahl des Versorgungsortes zu ermöglichen.

Absatz 3)

Es ist sachgerecht, dass zukünftig die außerklinische Intensivpflege die pflegebedingten Aufwendungen und die Aufwendungen für die Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasst und dass davon der Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI des Versicherten sowie die Investitionskosten in Abzug gebracht werden. Allerdings gibt es beim Thema „Investitionskosten“ zwischen dem Gesetzestext und der Gesetzesbegründung eine Diskrepanz. Sofern – wie in der Begründung dargestellt – die Investitionskosten nicht den Pflegebedürftigen belasten sollen, müssten Regelungen geschaffen werden, die die Länder in die Pflicht nehmen. Wenn man nachvollziehbarerweise die Pflegebedürftigen von den Investitionskosten entlasten will, ist es aus Sicht des vdek nicht tragbar, die in die Aufgabe der Länder fallende Investitionskostenfinanzierung den Krankenkassen zuzuschreiben.

Die – mittels Satzungsleistung – geplante Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege würde aus Sicht des vdek zu einer Ungleichbehandlung zu anderen schwerstpflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen führen, die keinen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben. Aus diesem Grund lehnt der vdek eine grundsätzliche Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung (auch im Rahmen von Satzungsregelungen) ab.

Absatz 4)

Die vorgeschlagene Zuzahlungsregelung lehnt sich an bestehende Regelungen für die stationäre Krankenhausversorgung und Häusliche Krankenpflege an und wird grundsätzlich begrüßt. Da die außerklinische Intensivpflege nicht eindeutig unter stationäre Maßnahmen subsummiert werden kann, müsste aber aus Sicht des vdek der § 61 SGB V angepasst werden, da sich dieser derzeit ausschließlich auf stationäre Maßnahmen bezieht.

### **Änderungsvorschlag**

Absatz 1)

In Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

*„Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige medizinisch-pflegerische Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können, sodass eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft medizinisch erforderlich ist, haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege.“*

Absatz 1 wird folgendermaßen ergänzt:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. Juni 2020 den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an*

*der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation, die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials, das Nähere zum Verordnungs- und Genehmigungsverfahren dieser Leistung und die Anforderungen an die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt.“*

Absatz 2)

Absatz 2 wird nach Satz 1 wie folgt gefasst:

*„Wenn die Pflege im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden soll, ist eine unabhängige Beratung zum Erkrankungsbild und den Folgen bei einer Versorgung in der Häuslichkeit durchzuführen. Bei der Beratung 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. Bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsdreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gilt die Unterbringung in einer Einrichtung nach Satz 3 auch für solche Versicherte als nicht zumutbar, die am ... [einfügen: Tag des Inkrafttretens] Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bereits in Anspruch genommen haben.“*

Absatz 3)

In Satz 1 werden die Worte *„sowie die notwendigen Investitionskosten“* gestrichen.

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

*„Zur Sicherstellung der Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer müssen die gesetzlichen Regelungen, die bisher nur eine „Kann“-Regelung im § 9 Absatz 1 Satz 2 SGB XI vorsehen, in verpflichtende Regelungen überführt werden.“*

In diesem Zusammenhang ist außerdem eine Anpassung des § 82 Absatz 3 Satz 1 SGB XI notwendig, der bisher noch eine Zahlungspflicht der Investitionskosten durch den Pflegebedürftigen vorsieht.

Absatz 4)

In § 61 Satz 2 SGB V werden nach den Worten *„stationäre Maßnahmen“* die Worte *„und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen“* ergänzt.

In § 61 Satz 3 wird das Wort *„und“* durch ein Komma ersetzt. Nach den Worten *„Häuslicher Krankenpflege“* werden die Worte *„und außerklinischer Intensivpflege in Wohneinheiten, in der Häuslichkeit oder in geeigneten Orten“* eingefügt.

Zu Artikel 1 Nr. 3  
§ 39 (Krankenhausbehandlung)

#### **Beabsichtigte Neuregelung:**

Die Regelungen zum Entlassmanagement werden erweitert. Das Entlassmanagement umfasst zukünftig auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.

#### **Bewertung**

Die Regelung ist sehr weit gefasst und kann zu einer Steigerung der externen Verlegungen führen. Dies kann gerade bei Krankenhäusern innerhalb einer Trägerschaft zu Konflikten in der Abrechnungsprüfung der Krankenkassen führen.

Durch den Verweis in § 40 Absatz 1 Satz 6 SGB V auf § 39 Absatz 1a SGB V gelten die Regelungen zum Entlassmanagement auch für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Entsprechend der Gesetzesbegründung sollen jedoch nur Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements die Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus verordnen können. Es ist daher erforderlich, den Verweis in § 40 Absatz 1 SGB V auf § 39 Absatz 1a SGB V zu differenzieren. Eine Differenzierung ist auch vor dem Hintergrund notwendig, dass es durch den Verweis in § 40 SGB V auf den gesamten Absatz 1a des § 39 SGB V seit Inkrafttreten des TSVG in Bezug auf die Kostenübernahme für Entlassfahrten aus stationären Rehabilitationseinrichtungen zwei konkurrierende Regelungen gibt (§ 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V und § 73 SGB IX). Da in § 73 SGB IX bereits ein umfassender Rechtsanspruch auf Kostenübernahme für die Hin- und Rückfahrten zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen geregelt ist, ist der Hinweis auf die Regelung in § 39 Absatz 1 Satz 7 (neu: Satz 8) SGB V nicht erforderlich. Eine Streichung des Verweises trägt zur Rechtssicherheit bei.

#### **Änderungsvorschlag**

In Satz 6 wird nach dem Wort „Anschlussversorgung“ die Worte „von Patienten mit künstlicher Beatmung“ eingefügt.

In § 40 Absatz 1 wird nach Satz 6 folgende Sätze eingefügt:

*„§ 39 Absatz 1a Satz 7 [neu] gilt nicht. § 39 Absatz 1a Satz 8 [neu] gilt mit der Maßgabe, dass eine Verordnung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 ausgeschlossen ist.“*

### **Beabsichtigte Neuregelung**

a)

Versicherte, die eine andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen, als die Krankenkasse vorgesehen hat, müssen die Mehrkosten nicht mehr wie bisher vollständig, sondern nur noch zur Hälfte tragen. Die andere Hälfte der Mehrkosten hat die Krankenkasse zu übernehmen.

b)

aa)

Verordnet ein Vertragsarzt eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme, sind die Krankenkassen zukünftig nicht mehr berechtigt, die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme zu prüfen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Vertragsarzt die geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente überprüft hat.

Bei allen anderen Fällen der medizinischen Rehabilitation können die Krankenkassen von der vertragsärztlichen Verordnung hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme abweichen.

bb)

Die bisherige Regelung zur Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen wird für die geriatrische Rehabilitation enger gefasst. Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sollen jetzt in der Regel (vorher: längstens für) ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für (vorher: längstens für) drei Wochen erbracht werden.

cc)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

dd)

Der Grundsatz, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren wiederholt werden können, wird für Kinder und Jugendliche aufgehoben.

ee)

Es wird eine einmalige Berichtspflicht für den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) eingeführt. Zu berichten ist über die Entwicklung der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation und der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen in diesem Bereich.

### **Bewertung**

a)

Die Regelung wird abgelehnt. Berechtigten Wünschen der Rehabilitanden entsprechen die Krankenkassen im Einklang mit dem Gesetz bereits heute. Bei der Entscheidung wird auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse der Anspruchsberechtigten Rücksicht genommen. Wählt der Rehabilitand unabhängig

von den medizinischen Erfordernissen eine andere Einrichtung, weil er z. B. eine Nordseelage dem Binnenland vorzieht, kann die Tragung der (hälftigen) Mehrkosten nicht Aufgabe der Solidargemeinschaft sein.

b)

aa)

Grundsätzlich wird die Stärkung der geriatrischen Rehabilitation insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Alterung begrüßt. Der Ausschluss der Möglichkeit der Überprüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen durch die Krankenkassen ist jedoch nicht die richtige Maßnahme zur Erhöhung der Fallzahlen.

Da durch die Regelung die Möglichkeit zur Anspruchsprüfung durch die Krankenkassen erheblich eingeschränkt wird, ist es mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit erforderlich, die Budgetverantwortung auf die Vertragsärzte zu übertragen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V ist daher auch auf die Verordnung von Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu erstrecken.

Um eine einheitliche Umsetzung der Regelung sicherzustellen, ist es erforderlich, Mindestanforderungen an geeignete Abschätzungsinstrumente zu definieren. Für die Krankenhäuser wurde die einheitliche Anwendung des Barthel-Indexes im Rahmen der Verhandlung zum einheitlichen Antrag auf Anschlussrehabilitation vereinbart. Gleiches müsste auch für den vertragsärztlichen Bereich gelten. Hierfür ist entweder eine Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA erforderlich oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-SV müssten verpflichtet werden, eine entsprechende Vereinbarung zu treffen.

bb)

Die Regelung kann mitgetragen werden, da geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen bereits heute in der Regel für 20 Behandlungstage bzw. drei Wochen erbracht werden.

cc)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

dd)

Die Regelung wird befürwortet, um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen. Zudem wird ein Gleichklang mit den Regelungen der Rentenversicherung (§ 15a Absatz 4 SGB VI) hergestellt.

ee)

Die Regelung ist folgerichtig zur Regelung unter b) aa).

### **Änderungsvorschlag**

a)

Die Regelung wird gestrichen.

b)

aa)

Die Regelung wird gestrichen.

In § 40 Absatz 3 wird nach Satz 2 [neu] folgender Satz einzufügen:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Mindestanforderungen an geeignete Abschätzinstrumente.“*

bb)

Keiner.

cc)

Keiner.

dd)

Keiner.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

a)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate werden für den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen mit stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgehoben. Die Bezahlung von Tariflöhnen darf nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Die Krankenkassen können einen Nachweis über die Zahlung dieser Vergütung verlangen.

b)

Der GKV-SV hat mit den für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge zu vereinbaren. Kommt eine Einigung nicht zustande, können die Vereinbarungspartner die neu einzurichtende Schiedsstelle nach § 111b SGB V anrufen.

### **Bewertung**

a)

Die Aufhebung der Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate ist nicht erforderlich. In den letzten Jahren gab es keine Marktabgänge von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in nennenswertem Umfang, auch die Zahl der Betten und Fälle bewegt sich seit Jahren auf einem konstanten Niveau. Die Auslastung der Rehabilitationseinrichtungen lag laut statistischem Bundesamt im Jahr 2017 bei durchschnittlich lediglich 83,6 Prozent. Die Landesschiedsstellen für Vergütungsvereinbarungen nach § 111b werden nur sehr selten angerufen (z. B. nur 17-mal im Jahr 2017 bei 1.142 Einrichtungen). Dies alles lässt darauf schließen, dass die Vertragspartner regelhaft im Rahmen der Verhandlung zu einer angemessenen Vergütung kommen.

Das mit dieser Regelung wieder eingeführte „Selbstkostendeckungsprinzip“ wird erhebliche Mehrkosten nach sich ziehen, insbesondere da die Regelung nicht auf eine Berufsgruppe (Pflegefachkräfte) begrenzt ist.

b)

Gemeinsame Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge sind in diesem gut etablierten Versorgungsbereich nicht erforderlich, da es keine Hinweise darauf gibt, dass in der Praxis grundlegend unterschiedliche Auffassungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der zu erbringenden Leistungen bestehen. Bereits heute vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Versorgungsverträge mit den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Nichtsdestotrotz können gemeinsame Rahmenempfehlungen einen einheitlichen Rahmen für die Vertragsgestaltung in den Ländern bieten und könnten aus diesem Grund mitgetragen werden. Gemeinsame Rahmenempfehlungen für die Vergütungsverträge bieten keinen Mehrwert. Die Vergütungsstruktur sollte weiterhin flexibel zwischen den jeweiligen

Vertragspartnern verhandelt werden können, um auf lokale oder einrichtungsspezifische Besonderheiten Rücksicht nehmen zu können.

### **Änderungsvorschlag**

a)

Die Regelung wird gestrichen.

b)

Die Änderung ist dahingehend anzupassen, dass Rahmenempfehlungen lediglich für die Versorgungsverträge zu fassen sind.



### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate werden für den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen mit Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen aufgehoben. Die Bezahlung von Tariflöhnen darf nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Die Krankenkassen können einen Nachweis über die Zahlung dieser Vergütung verlangen. Der GKV-SV hat mit den für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge zu vereinbaren. Kommt eine Einigung nicht zustande, können die Vertragspartner die neu einzurichtende Schiedsstelle nach § 111b SGB V anrufen.

### **Bewertung**

Die Aufhebung der Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate ist nicht erforderlich. In den letzten Jahren gab es keine Marktabgänge von Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen in nennenswertem Umfang, auch die Zahl der Betten und Fälle bewegt sich seit Jahren auf einem konstanten Niveau. Die Landesschiedsstellen für Vergütungsvereinbarungen nach § 111b SGB V wurden bisher nicht angerufen. Dies lässt alles darauf schließen, dass die Vertragspartner regelhaft im Rahmen der Verhandlung zu einer angemessenen Vergütung kommen. Das mit dieser Regelung wieder eingeführte „Selbstkostendeckungsprinzip“ wird erhebliche Mehrkosten nach sich ziehen, insbesondere da die Regelung nicht auf eine Berufsgruppe (Pflegefachkräfte) begrenzt ist.

Gemeinsame Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge sind nicht erforderlich, da es keine Hinweise darauf gibt, dass in der Praxis grundlegend unterschiedliche Auffassungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der zu erbringenden Leistungen bestehen. Bereits heute vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Versorgungsverträge mit den Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen. Nichtsdestotrotz können gemeinsame Rahmenempfehlungen einen einheitlichen Rahmen für die Vertragsgestaltung in den Ländern bieten und könnten aus diesem Grund mitgetragen werden. Gemeinsame Rahmenempfehlungen für die Vergütungsverträge bieten keinen Mehrwert. Die Vergütungsstruktur sollte weiterhin flexibel zwischen den jeweiligen Vertragspartnern verhandelt werden können, um auf lokale oder einrichtungsspezifische Besonderheiten Rücksicht nehmen zu können.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

a)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate werden für den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aufgehoben. Die Bezahlung von Tariflöhnen darf nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Die Krankenkassen können einen Nachweis über die Zahlung dieser Vergütung verlangen.

b)

Der GKV-SV hat mit den für die Erbringung von ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge zu vereinbaren. Kommt eine Einigung nicht zustande, können die Vereinbarungspartner die neu einzurichtende Schiedsstelle nach § 111b SGB V anrufen.

### **Bewertung**

a)

Die Aufhebung der Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate ist nicht erforderlich. In den letzten Jahren gab es keine Marktabgänge von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in nennenswertem Umfang. Die Landesschiedsstellen wurden nicht angerufen. Dies lässt alles darauf schließen, dass die Vertragspartner regelhaft im Rahmen der Verhandlung zu einer angemessenen Vergütung kommen.

Das mit dieser Regelung wieder eingeführte „Selbstkostendeckungsprinzip“ wird erhebliche Mehrkosten nach sich ziehen, insbesondere da die Regelung nicht auf eine Berufsgruppe (Pflegefachkräfte) begrenzt ist.

b)

Gemeinsame Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge sind nicht erforderlich, da es keine Hinweise darauf gibt, dass in der Praxis grundlegend unterschiedliche Auffassungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der zu erbringenden Leistungen bestehen. Bereits heute vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Versorgungsverträge mit den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. Nichtsdestotrotz können gemeinsame Rahmenempfehlungen einen einheitlichen Rahmen für die Vertragsgestaltung in den Ländern bieten und könnten aus diesem Grund mitgetragen werden. Gemeinsame Rahmenempfehlungen für die Vergütungsverträge bieten keinen Mehrwert. Die Vergütungsstruktur sollte weiterhin flexibel zwischen den jeweiligen Vertragspartnern verhandelt werden können, um auf lokale oder einrichtungsspezifische Besonderheiten Rücksicht nehmen zu können.

### **Änderungsvorschlag**

a)

Die Regelung wird gestrichen.

b)

Die Änderung ist dahingehend anzupassen, dass Rahmenempfehlungen lediglich für die Versorgungsverträge zu fassen sind.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

#### Absatz 1)

Mit dieser Regelung werden der GKV–SV und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene verpflichtet, gemeinsame Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zu erarbeiten und zu beschließen. Dazu sollen der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Diese ist im Entscheidungsprozess einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlung sind dann Bestandteil der Verträge nach § 132i Absatz 5 SGB V.

#### Absatz 2)

Der Entwurf legt die Inhalte der Rahmenempfehlung beispielhaft fest.

#### Absatz 3)

Es wird eine Schiedsstellenregelung eingeführt. In dieser hat auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Möglichkeit, die Schiedsstelle anzurufen. Die Schiedsstelle legt innerhalb von drei Monaten die Rahmenempfehlungsinhalte fest.

#### Absatz 4)

Der Entwurf beschreibt in dieser Regelung die Zusammensetzung der Schiedsstelle und legt fest, dass das BMG über die Besetzung der Schiedsstelle bei Nichteinigung entscheiden kann. Des Weiteren enthält diese gesetzliche Regelung die Möglichkeit, im Rahmen einer Rechtsverordnung, die Inhalte der Rahmenempfehlung bei Überschreiten einer Frist von drei Monaten festzulegen.

#### Absatz 5)

Mit dieser gesetzlichen Regelung wird die vertragliche Grundlage geschaffen, mit den Leistungserbringern, unterschieden nach vollstationären Pflegeeinrichtungen und Leistungserbringern, die in Wohneinheiten, in der Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort versorgen, zu schließen. Des Weiteren sieht die gesetzliche Regelung einen Konfliktlösungsmechanismus in Form einer Schiedsperson vor. Diese soll innerhalb eines Monats die Vertragsinhalte festlegen.

#### Absatz 6)

Der Entwurf regelt, dass Verträge nur mit Leistungserbringern geschlossen werden können, wenn diese Kooperationsverträge u. a. mit spezialisierten Fachärzten und zur Sicherstellung bedarfsgerechter rehabilitativer Versorgungsleistungen schließen. Zudem müssen sie ein internes Qualitätsmanagement durchführen.

### **Bewertung**

#### Absatz 1 und 2)

Die Regelungen zur Etablierung einer Rahmenempfehlung und die beispielhafte Nennung von Inhalten werden vom vdek begrüßt. Da es sich hier um eine neu definierte eigenständige Leistung handelt, ist es sinnvoll, auf Bundesebene die wichtigsten Eckpunkte vorzugeben, um eine gleichgerichtete Umsetzung in den Ländern und eine qualitätsgesicherte Versorgung sicherzustellen.

Absatz 3)

Die Einführung eines Konfliktlösungsmechanismus ist nachvollziehbar.

Absatz 4)

Die Regelungen zur Besetzung der Schiedsstelle und der dazugehörige Konfliktlösungsmechanismus zur Besetzung dieser Schiedsstelle sind nachvollziehbar. Es ist jedoch nicht sachgerecht, dass die Anzahl der Sitze in der Schiedsstelle sowohl auf Seiten der Kostenträger, als auch der Leistungserbringer auf jeweils zwei Vertreter beschränkt ist. Aus Sicht des vdek sollte die Größe der bestehenden Schiedsstelle gemäß § 132a Absatz 3 SGB V zum Vorbild genommen werden. Damit wäre gewährleistet, dass alle relevanten Akteure sowohl auf der Kostenträger-, als auch auf der Leistungserbringerseite in der Schiedsstelle beteiligt wären. Demnach sollte die Schiedsstelle aus acht Vertretern der Krankenkassen und acht Vertretern der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Pflegedienste bestehen.

Absatz 5)

Die hier geregelte Vertragsgrundlage sollte aus Sicht des vdek um die Vorgabe ergänzt werden, dass die Verträge auf Seiten der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen sind. Die Praxis zeigt, dass der hochsensible Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege ist nicht für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geeignet ist. Damit würde u. a. auch sichergestellt, dass kein Bewohner aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse monetär mehr belastet wird als andere.

Zudem sollte konkretisiert werden, dass Verträge mit Leistungserbringern ausschließlich für die von den Leistungserbringern angegebenen Wohneinheiten geschlossen werden. Eine Leistungserbringung außerhalb der vertraglichen Regelungen sollte nicht mehr möglich sein. Mit dieser Klarstellung würden die Kostenträger zukünftig die notwendige Transparenz darüber erhalten, wie viele Wohneinheiten mit welchem Personal für die Versorgung zur Verfügung stehen und wo diese zu finden sind.

Absatz 6)

Aus Sicht des vdek sind die gesetzlich festgelegten Vertragsvoraussetzungen nachvollziehbar. Ergänzend sollte noch geregelt werden, mit welchen konkreten Inhalten die Kooperationsverträge zu schließen sind, um eine (Über-)Prüfung dieser Kooperationsvereinbarungen möglich zu machen.

### **Änderungsvorschlag**

Absatz 4)

In Satz 2 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

Absatz 5)

Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

*„(5) Über die außerklinische Intensivpflege, einschließlich deren Vergütung und Abrechnung, schließen die Krankenkassen gemeinsam und einheitliche Verträge mit vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des SGB XI erbringen. Die Krankenkassen schließen mit Leistungserbringern, für die angegebene Wohneinheit, die sie für mindestens zwei Versicherte organisieren, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen, Verträge einschließlich deren Vergütung und Abrechnung. Zudem schließen die Krankenkassen über die außerklinische Intensivpflege, einschließlich deren Vergütung und Abrechnung, Verträge mit Leistungserbringern, die Leistungen in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 2 SGB V im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbringen.“*

Absatz 6)

Schaffung einer gesetzlichen Regelung zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen den in diesem Abschnitt beschriebenen Akteuren. Dabei müssen auch die Inhalte dieser Kooperationsvereinbarungen beschrieben werden.

## Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 4 Nr. 1 und 3

§§ 5 und 9 (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen) und  
(Vereinbarung auf Bundesebene)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren Abschläge für Krankenhäuser, die keine Feststellung des Beatmungsstatus oder keine Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zu Beatmungsentwöhnung vorgenommen haben.

### Bewertung

Das Vorhaben, Versäumnisse bei der Beatmungsentwöhnung zu sanktionieren, ist zu begrüßen. Die Vertragsparteien der Budgetvereinbarungen sind jedoch nicht geeignet, um die Abschläge zu vereinbaren, da der Krankenkassenseite keine belastbaren Daten für eine Kalkulation einer Abschlagshöhe vorliegen. Um das Ausmaß der Versäumnisse des Krankenhauses feststellen zu können, wäre eine Zusammenführung der Daten aus dem Entlassmanagement über alle Krankenkassen notwendig. Der hiermit verbundene Aufwand erscheint nicht gerechtfertigt und kann vermieden werden. Die Vorgabe in der Gesetzesbegründung, die benötigten Informationen im § 301-Verfahren im Entlassungsgrund zu verschlüsseln ist unpraktikabel, da entweder der Schlüssel für den Entlassungsgrund um ein Vielfaches aufgebläht werden müsste oder bisherige Entlassungsinformationen verloren gehen würden. Die Regelungen zur technischen Umsetzung der Übermittlung der benötigten Informationen sollten den Vereinbarungspartnern nach § 301 SGB V vorbehalten bleiben.

### Änderungsvorschlag

Absatz 3f wird wie folgt gefasst:

*„(3f) Die nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 vereinbarten Abschläge sind für vollstationäre Krankenhausfälle mit einem Aufnahmedatum ab dem 1. Juli 2021 in jeder Schlussrechnung eines Krankenhauses rechnungsmindernd auszuweisen, sofern die nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 vereinbarten Voraussetzungen für die Abschläge erfüllt sind. Sollte keine Rechnungsminderung durch das Krankenhaus erfolgen, ist die Krankenkasse berechtigt, diesen Abschlag vom Rechnungsbetrag abzusetzen. Die Vereinbarungspartner nach § 301 Absatz 3 SGB V vereinbaren die notwendigen Datenstrukturen für die Entlassungsanzeige des Krankenhauses, die zum Nachweis der nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 vereinbarten Voraussetzungen benötigt werden.“*

In § 9 Absatz 1a Nummer 8 [neu] wird folgender Satz angehängt:

*„Die Höhe des festzulegenden Abschlages orientiert sich an den Aufwendungen des Entlassmanagements zur Vermeidung der festgelegten Voraussetzungen und hat diese mindestens um das Doppelte zu übertreffen.“*

Zu Artikel 4 Nr. 2  
§ 5 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Einfügung eines weiteren Satzes in § 6 Absatz 2a KHEntgG erlaubt die Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Zusatzentgeltes für Weaningeinheiten.

### **Bewertung**

Weaningeinheiten an Krankenhäusern sind keine Intensivstationen. Sie können daher oft keine Beatmungsstunden abrechnen oder intensivmedizinische Komplexbehandlungen erbringen. Dies resultiert nicht selten in einer Mindervergütung von Weaningeinheiten, weil nur geringer bewertete DRGs abgerechnet werden können, die Patienten aber einen hohen, insbesondere personellen Aufwand verursachen. Die Möglichkeit, auf Hausebene ein Zusatzentgelt zu vereinbaren, ist daher zielführend und wird begrüßt, weil sie einen Anreiz zu einer frühen Verlegung in diese Einheiten und gegen eine Langzeitbeatmung setzt. Ist die Abrechnung eines solchen Zusatzentgeltes ausschließlich für Weaningeinheiten beabsichtigt, wäre dies durch entsprechende Vorgaben sicherzustellen. Das DIMDI sollte daher einen OPS-Kode erstellen, der die Mindestanforderung für Weaningeinheiten festlegt.

### **Änderungsvorschlag**

In § 17b Absatz 1 KHG wird folgender Satz 14 angefügt:

*„Das Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information erstellt im Benehmen mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Deutschen Gesellschaft für Pneumologie einen OPS-Kode, der die Mindestmerkmale einer Weaningeinheit, unter anderem die Qualifikation des Arztes und technische Anforderungen, bis zum 1. Juli 2020 festlegt.“*

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 – 0  
Fax: 030/2 69 31 – 2900  
Politik@vdek.com