



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)155(20)**

gel. VB zur öAnh am 17.6.2020 -

GKV-IPReG

11.6.2020

## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer  
Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen  
Krankenversicherung  
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)  
(BT-DrS. 19/19368)

sowie

zu Formulierungshilfen für fachfremde Änderungsanträge der Fraktionen der  
CDU/CSU und SPD (Stand: 02.06.2020)

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 17.06.2020

Berlin, 11.06.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
2.	Stellungnahme im Einzelnen.....	4
2.1	Außerklinische Intensivpflege.....	4
	Zu Artikel 1 Nr. 2, § 37c SGB V NEU.....	4
	Zu Artikel 1 Nr. 3, § 39 SGB V NEU.....	5
2.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	6
	Zu Artikel 1 Nr. 4, § 40 NEU SGB V-E.....	6
2.3	Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung.....	7
	Zu Artikel 1 Nr. 14, § 132j SGB V NEU.....	7
2.4	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	8
	Artikel 4 Nr. 1 (§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen) in Verbindung mit.....	8
	Artikel 1 Nr. 3 (§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung / Entlassmanagement) und mit.....	8
	Artikel 1 Nr. 12 (§ 112 SGB V Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung / Feststellung des Beatmungsstatus vor Entlassung oder Verlegung eines Patienten).....	8
2.5	Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes (Zusatzentgelte für prolongierte Beatmungsentwöhnung).....	9
	Artikel 4 Nr. 2 (§ 6 Krankenhausentgeltgesetz (Vereinbarung sonstiger Entgelte)).....	9
3.	Ergänzender Änderungsbedarf.....	9
3.1	Terminologie der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018.....	9
	Artikel 1 Nummer 2 Absatz 1 des Begründungstextes (S. 28).....	9
3.2	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.....	9
	§ 116b SGB V.....	9
4.	Stellungnahme zu fachfremden Änderungsanträgen.....	10
	Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) - § 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V.....	10
	Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) - § 140a Absatz 2 Satz 4 SGB V.....	10
	Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) - § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V (neu).....	11
	Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc) - § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 SGB V (neu).....	12
	Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe d) - § 140a Absatz 3b SGB V (neu).....	12

## 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die Bundesärztekammer befürwortet den mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation verbundenen leichteren Zugang der Versicherten zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere zur geriatrischen Rehabilitation, sowie die vorgesehenen Änderungen bei der außerklinischen Intensivpflege.

Als positiv wertet die Bundesärztekammer insbesondere, dass zur Erleichterung und Beschleunigung der Verfahren der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erfolgen soll. Bei anderen Indikationen soll die GKV von der ärztlichen Verordnung nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) abweichen können.

Dabei spricht sich die Bundesärztekammer jedoch dafür aus, die vorgesehenen Erleichterungen nicht auf die geriatrische Rehabilitation zu begrenzen, sondern sie entsprechend der in der Gesetzesbegründung zutreffend dargelegten Bedeutung der medizinischen Rehabilitation indikations- und altersunabhängig zu erweitern. Alle Patientinnen und Patienten sollten erreicht werden, die nicht mehr akutmedizinisch behandlungsbedürftig und noch nicht zum Anschlussheilverfahren fähig sind.

Befürwortet wird ferner, dass das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung gestärkt wird. Hier sieht der Gesetzentwurf vor, dass ein Versicherter, der eine von seiner Krankenkasse nicht bestimmte Einrichtung wählt, die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht mehr vollständig, sondern nur zur Hälfte tragen muss.

Als erfreulich wertet die Bundesärztekammer weiterhin die vorgesehene Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V für Vergütungsvereinbarungen für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation. Hierdurch sollen die Einrichtungen in die Lage versetzt werden, Mehrausgaben, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen, zu finanzieren. Der Gesetzentwurf sieht ferner vor, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Versicherte mit außerklinischen intensivpflegerischen Versorgungsbedarfen erhalten künftig die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auf Grundlage der neu geschaffenen Vorschrift des § 37c SGB V. Aufgrund der tatsächlich vorliegenden Fehlanreize und Qualitätsmängel sieht die Bundesärztekammer die Notwendigkeit, diesen Leistungsbereich neu zu regeln. Dies darf aber nicht zu einer unverhältnismäßigen Einschränkung des Wahlrechts der Patientinnen und Patienten bezüglich des Orts der Leistungserbringung führen. Positiv hervorzuheben ist ferner, dass die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, reduziert werden.

Die Bundesärztekammer befürwortet grundsätzlich, dass Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an die Erbringer von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert werden sollen. Als nicht erforderlich wird jedoch angesehen, „besondere Qualifikationsanforderungen“ für die Verordnung zur außerklinischen Intensivpflege vorzusehen. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass vor Abschluss der Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege neben der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auch der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden sollte.

Positiv wertet die Bundesärztekammer zudem, dass die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung gestärkt wird. Die Klarstellung, dass zur Krankenbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten gehört, wird daher befürwortet. Die Anforderungen an die Entwöhnung sind medizinisch festzulegen. Die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse wird durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausespezifischer Zusatzentgelte verbessert. Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, sollen einer voreiligen Überführung von Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegenwirken.

Angesichts der bisher nicht ausgeschöpften Möglichkeiten zur Beatmungsentwöhnung und der in der Gesetzesbegründung erwähnten Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege befürwortet die Bundesärztekammer die Erstellung eines Berichtes über die Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege durch den GKV-Spitzenverband. Wünschenswert wäre hierbei eine Einbeziehung der Erfahrungen der betroffenen Versicherten, ihrer An- und Zugehörigen sowie der beteiligten Leistungserbringer.

Erfreulich ist weiterhin, dass die finanzielle Entlastung der Versicherten und deren Angehörigen mit Verminderung der Eigenanteile, wie auch bereits in SGB XI geplant, nun umgesetzt wird.

## **2. Stellungnahme im Einzelnen**

### **2.1 Außerklinische Intensivpflege**

#### ***Zu Artikel 1 Nr. 2, § 37c SGB V NEU***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

###### **Absatz 1**

Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur vollständigen Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren.

###### **Absatz 2**

Außerklinische Intensivpflege soll in stationären Pflegeeinrichtungen, spezialisierten Wohneinheiten sowie in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten, aber auch in Schulen, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden. Den Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen, sofern die medizinische und pflegerische Versorgung an diesen Orten tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann.

## **Absatz 5**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vorzulegen. Dieser Bericht soll u.a. Angaben zum Leistungsort einschließlich der Berücksichtigung von Wünschen der Versicherten enthalten.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

### **Absatz 1**

Die Bundesärztekammer spricht sich dagegen aus, „besondere Qualifikationsanforderungen“ für die Verordnung zur außerklinischen Intensivpflege über die Begrenzung auf die in der Gesetzesbegründung genannten Fachärztkompetenzen hinaus vorzusehen. Die mit der Betreuung dieser Patientinnen und Patienten betrauten Fachärztinnen und Fachärzte sind ausreichend qualifiziert, um entsprechende Verordnungen vorzunehmen. Zudem würde das Nachhalten besonderer Qualifikationen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen. Im Übrigen führt der aktuelle Regelungsvorschlag zu einer unnötigen und unspezifischen Festlegung der Qualifikationen eines Vertragsarztes.

### **Absatz 2**

Die Bundesärztekammer befürwortet, dass nach Überarbeitung des Referentenentwurfs nunmehr im Regierungsentwurf die Passage gestrichen wurde, nach der Patienten durch den rigiden Ausschluss einer häuslichen Versorgung in der Möglichkeit einer selbstbestimmten und frei gewählten Lebensführung eingeschränkt worden wären. Im Hinblick auf die Lebensqualität und -perspektive sollten sowohl die geeignete Wohnform als auch die nötige Versorgungsform gemeinsam mit den Patienten sorgsam und verantwortungsvoll ermittelt werden, auch vor dem Hintergrund von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dies darf nicht auf bestimmte Altersgruppen beschränkt werden.

### **Absatz 5**

Angesichts der grundlegenden Neuregelung dieses Leistungsanspruchs unterstützt die Bundesärztekammer nachdrücklich die Erstellung eines Berichtes über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Wünschenswert wäre hierbei eine Einbeziehung der Erfahrungen der betroffenen Versicherten, ihrer An- und Zugehörigen sowie der beteiligten Leistungserbringer.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In § 37c Absatz 1 Satz 4 NEU SGB V ist folgende Streichung vorzusehen:

„Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, ~~die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist.~~“

§ 37 c Absatz 1 Satz 8 Nr. 5 NEU SGB V ist zu streichen.

## **Zu Artikel 1 Nr. 3, § 39 SGB V NEU**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

An § 39 Absatz 1 SGB V soll ein Satz angefügt werden, in dem klargestellt wird, dass zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des

Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von beatmeten oder tracheotomierten Patienten gehört.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer befürwortet diese Klarstellung, mit der die Verantwortung der Krankenhäuser für den weiteren Behandlungsverlauf beatmeter oder tracheotomierter Patientinnen und Patienten verdeutlicht wird.

## **2.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

### ***Zu Artikel 1 Nr. 4, § 40 NEU SGB V-E***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

##### **Nr. 4b) aa)**

Bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme wird das Antragsverfahren vereinfacht, indem die medizinische Erforderlichkeit von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nicht mehr überprüft wird, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente überprüft wurde.

Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des MD abweichen. In diesen Fällen soll den Versicherten und mit deren Zustimmung auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Verfügung gestellt werden.

##### **Nr. 4b) bb)**

Die bisherige Höchstdauer von 20 Tagen bei ambulanter Behandlung und drei Wochen bei stationärer Behandlung wird bei einer geriatrischen Rehabilitation als Regeldauer festgelegt.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

### **Zu Nr. 4b) aa)**

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation ist seit langem im Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ verankert (§ 11 Abs. 2 SGB V, § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX, § 8 Abs. 1 und § 3 SGB IX und §§ 5, 18 Abs. 1, 31 SGB XI). Die Bundesärztekammer befürwortet, dass sich dieser Grundsatz auch im vorliegenden Gesetzesentwurf wiederfindet und nunmehr das Antragsverfahren zur geriatrischen Rehabilitation beschleunigt sowie vereinfacht wird. Wie jedoch in der Gesetzesbegründung zutreffend dargestellt wird, sollte das Gesetz nicht allein auf die geriatrische Rehabilitation ausgerichtet sein, sondern indikations- und altersunabhängig die medizinische Rehabilitation regeln. Alle Patienten sollen erreicht werden, die nicht mehr akutmedizinisch behandlungsbedürftig und noch nicht zur Anschlussheilbehandlung (AHB) fähig sind.

Versorgungsformen für Patienten, die nicht einer neurologischen Krankheitsentität (analog Phase C nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)) oder der geriatrischen Reha (Alter > 70 Jahre) zuzuordnen sind, fehlen. Mit bestehenden (AHB-) Rehakliniken sollten entsprechende Vereinbarungen getroffen werden, um diesen Patienten den Weg in ein Pflegeheim zu ersparen und Rehabilitationspotential zu nutzen.

### **Zu Nr. 4b) bb)**

Die nun als Regeldauer vorgesehenen 20 Tage für eine ambulante oder drei Wochen für eine stationäre geriatrische Rehabilitation stellen eine Verbesserung dar, sind angesichts der betroffenen Patientengruppe jedoch nach wie vor begrenzt. Zu überdenken wäre nach Auffassung der Bundesärztekammer auch die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation, da am Wochenende neben der pflegerischen Versorgung kaum Therapien in einer stationären Reha stattfinden.

Die Bundesärztekammer weist ferner darauf hin, dass laut OPS-Statistik zu wenig Krankenhauspatienten eine umfassende Beratung erhalten. Eine Stärkung der Sozialdienste im Krankenhausbereich kann dazu beitragen, diesen Missstand abzuschaffen.

## **2.3 Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung**

### **Zu Artikel 1 Nr. 14, § 132j SGB V NEU**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

##### **Absatz 1**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege im Hinblick auf die verschiedenen möglichen Leistungsorte zu vereinbaren. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den gemeinsam und einheitlich geschlossenen Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

##### **Absatz 7**

Die Krankenkassen sind nunmehr verpflichtet, die für die infektionshygienische Überwachung zuständigen Gesundheitsämter über die Leistungserbringer zu informieren, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

In der pflegerischen Versorgung nach SGB V werden Pflegefachkräfte bei vielen verschiedenen Patienten mit unterschiedlichen medizinischen, therapeutischen und technischen Anforderungen eingesetzt. Die Bundesärztekammer erachtet es als geboten, gerade im Bereich der außerklinischen Beatmung und insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit, die Qualitätsanforderungen für eine sichere Patientenversorgung festzulegen und zu konkretisieren.

Aufgrund der sektorenübergreifenden Zuständigkeit spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, dass vor Abschluss der Vereinbarung auch die Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme erhält.

Die Bundesärztekammer unterstützt die neu aufgenommene Meldeverpflichtung der Krankenkassen, da dies zu einer Erleichterung der Arbeit der Gesundheitsämter führt.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Ergänzung des § 132j Absatz 1 Satz 2 SGB V:

„Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

### **2.4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

**Artikel 4 Nr. 1 (§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen) in Verbindung mit**

**Artikel 1 Nr. 3 (§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung / Entlassmanagement) und mit**

**Artikel 1 Nr. 12 (§ 112 SGB V Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung / Feststellung des Beatmungsstatus vor Entlassung oder Verlegung eines Patienten)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch Änderungen im SGB V sollen Krankenhäuser zukünftig

a) im Rahmen des Entlassmanagements eine „Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus“ verordnen können – hierdurch soll eine Verlegung in spezialisierte Krankenhäuser mit Weaning-Station ermöglicht werden.

b) vor der Entlassung oder Verlegung eines Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus durchführen, um das Entwöhnungspotential zu ermitteln. Dies soll zwingender Bestandteil von Verträgen zur Krankenhausbehandlung auf Landesebene werden. Durch die Regelung soll vermieden werden, dass Patienten vorschnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden.

Durch die Änderung in § 5 des Krankenhausentgeltgesetzes soll geregelt werden, dass Krankenhäuser bei Nicht-Einhaltung dieser beiden Regelungen Abschläge zahlen müssen. Die Abschläge sollen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden. Die Höhe der Abschläge soll dabei so bemessen werden, „dass für Krankenhäuser ein hinreichender Anreiz besteht, für Patientinnen und Patienten, die die Voraussetzungen für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung erfüllen, auch tatsächlich die erforderliche Anschlussversorgung zu verordnen.“

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Grundsätzlich befürwortet die Bundesärztekammer das Ziel, durch strukturierte Maßnahmen sicherzustellen, dass Patienten, die im Rahmen der Akutversorgung nicht von der Beatmung entwöhnt werden können, einer professionellen Beatmungsentwöhnung in darauf spezialisierten Einrichtungen zugeführt werden. Die Bundesärztekammer gibt jedoch zu bedenken, dass diese Regelungen nur dann greifen können, wenn ausreichende Weaning-Kapazitäten zur Verfügung stehen, um Patienten zügig aus der akut-intensivmedizinischen Versorgung verlegen können. Die bestehenden intensivmedizinischen Ressourcen lassen keinen Raum für ausreichende Weaning-Kapazitäten und bedingen zwangsläufig lange Wartezeiten für diese spezialisierten Einrichtungen.

## **2.5 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes (Zusatzentgelte für prolongierte Beatmungsentwöhnung)**

### **Artikel 4 Nr. 2 (§ 6 Krankenhausentgeltgesetz (Vereinbarung sonstiger Entgelte))**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Solange für prolongiertes Weaning kein Zusatzentgelt kalkuliert werden kann, ist ab 2021 ein gesondertes krankenhausespezifisches Zusatzentgelt zu vereinbaren. Voraussetzung hierfür ist die Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels für 2021. Der OPS-Code zum prolongierten Weaning muss sich von dem bereits vorhandenen Code zur Entwöhnung unterscheiden, der für alle Beatmungspatienten gilt. Diese Regelung gilt, bis bundesweite Zusatzentgelte kalkuliert werden können. Für diese Kalkulation sollen die Werte der bis dahin vereinbarten krankenhausespezifischen Zusatzentgelte berücksichtigt werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer befürwortet die Einführung eines Zusatzentgeltes für prolongiertes Weaning. Dabei sollten jedoch die derzeitige Fokussierung der Vergütung auf invasive Beatmungsmethoden überdacht und nicht-invasive Beatmungsmethoden, die in der Regel personal- und zeitintensiver, für den Patienten jedoch weitaus schonender sind, leistungsentsprechend vergütet werden. Ebenso müssen beatmungsfreie Intervalle im Rahmen der Beatmungsentwöhnung sachgerecht vergütet werden.

## **3. Ergänzender Änderungsbedarf**

### **3.1 Terminologie der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018**

#### **Artikel 1 Nummer 2 Absatz 1 des Begründungstextes (S. 28)**

Im Begründungstext auf Seite 28 wird eine Facharztbezeichnung verwendet, die nicht mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 übereinstimmt.

Die Bundesärztekammer regt an, die korrekte Bezeichnung anzuwenden, die wie folgt lautet:

Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie (statt Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie).

### **3.2 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

#### **§ 116b SGB V**

In § 116b SGB V „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ wird die respiratorische Insuffizienz noch nicht unter „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie“ aufgeführt.

#### **Ergänzungsvorschlag:**

Ergänzung in § 116b Absatz 1 Nr. 1 SGB V um einen neuen Aufzählungspunkt:

„j) respiratorische Insuffizienz“.

#### **4. Stellungnahme zu fachfremden Änderungsanträgen**

Zu den vorab bekannt gewordenen Formulierungshilfen für fachfremde Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD mit Stand 02.06.2020 macht die Bundesärztekammer die folgenden Anmerkungen:

##### **Änderungsantrag 2: Selektivverträge**

**Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) - § 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Besondere Versorgungsverträge sollen auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern in deren jeweiligen Versorgungsbereichen möglich sein. Dabei wird in der Begründung des Änderungsantrages ausgeführt, dass damit keine Ausweitung der Tätigkeit über den Zulassungs- oder Berechtigungsstatus oder die für den jeweiligen Leistungserbringer geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen verbunden sein soll.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Aus Sicht der Bundesärztekammer kommt die vorgenannte Intention des Änderungsantrages im Wortlaut der geplanten Neuregelung nicht hinreichend zum Ausdruck. Zum einem bezieht sich das Wort „dafür“ („der dafür berechtigten Leistungserbringer“) auf die „besonderen Versorgungsaufträge“, die durch die Verträge, welche die Neuregelung ermöglichen, aber gerade erst begründet werden. Die Formulierung könnte daher in der Rechtsanwendung missverstanden werden, wenn die in der Begründung wiedergegebene Begrenzung im Normtext keinen Niederschlag findet. Zum anderen ergibt sich aus dem Gesetz nicht, dass der Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus auch in quantitativer Hinsicht nicht erweitert werden darf. Ohne diese Klarstellung wäre es z. B. denkbar, dass ein Arzt, der aufgrund der Bedarfsplanung nur einen halben vertragsärztlichen Versorgungsauftrag wahrnehmen darf, diesen über einen besonderen Versorgungsauftrag auf einen vollen aufstockt.

##### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Nach Satz 2 (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Die Berechtigung ergibt sich nach Art und Umfang und unter Beachtung der für den Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen nach deren jeweiligen Zulassungs-, Ermächtigung- oder Berechtigungsstatus.“

**Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) - § 140a Absatz 2 Satz 4 SGB V**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bei nach § 92a SGB V geförderten neuen Versorgungsformen sollen die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V und die Anforderungen des zweiten Halbsatzes von § 140a Absatz 2 SGB V als erfüllt gelten. Zugleich soll auf den Nachweis der Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung, der bisher spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge vorliegen musste, entfallen.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die vorgesehene Änderung wird damit begründet, dass mit der Förderentscheidung bereits eine Aussage über das Innovationspotential der Versorgung getroffen worden sei, so dass die Anforderungen des § 140a Absatz 1 an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung und die Anforderungen des § 140a Absatz 2 Satz 3 an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung als erfüllt angesehen werden können. Aus Sicht der Bundesärztekammer wird damit einer notwendigen Evaluation von Nutzen und Schaden einer neuen Versorgungsform vorgegriffen.

Nur weil der Innovationsausschuss des G-BA ein Vorhaben nach § 92a SGB V als förderungswürdig einstuft, bedeutet dies noch nicht, dass die neue Versorgungsform sich später auch tatsächlich als Bereicherung der Versorgungslandschaft herausstellt.

Die Bundesärztekammer rät davon ab, bereits die Förderzusage des Innovationsausschusses als ausreichende Grundlage für die Erfüllung der Anforderungen an eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V heranzuziehen, und vielmehr die Empfehlungen des Innovationsausschusses zur Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung, die nach Abschluss des geförderten Vorhabens ausgesprochen werden, in eine solche Entscheidung obligatorisch einzubeziehen.

Zudem würde eine solche Regelung in den Krankenkassenwettbewerb eingreifen. Die Fiktion führt dazu, dass die Aufsichtsbehörde den konkret geförderten und dann weitergeführten Vertrag nicht beanstanden kann, wohl aber einen anderen, den sie im Gegensatz zur konkurrierenden Krankenkasse für nicht gleichartig zu dem geförderten und dann weitergeführten Projekt ansieht. Dem könnte allenfalls begegnet werden, wenn die Regelung dahingehend erweitert würde, dass die Krankenkasse, welche die geförderte Versorgungsform übernehmen will, einen Anspruch gegenüber dem Innovationsausschuss auf Feststellung der Gleichartigkeit erhält.

### ***Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) - § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V (neu)***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen sollen auch die Vertragspartner der Krankenkassen oder Dritte übernehmen können.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Begründung führt aus, dass die genannten Aufgaben auf „geeignete“ Dritte übertragen werden dürfen und nennt als nachvollziehbares Beispiel Sozialarbeiter, die vulnerable Versichertengruppen aufsuchend beraten. Der vorgeschlagene Normtext verzichtet jedoch auf jegliche qualitätssichernde Kriterien. Auch ist die Transparenz der Aufgabenwahrnehmung durch Dritte nicht hinreichend, um der Gefahr zu begegnen, dass der eingeschaltete Dritte keine inakzeptablen Interessenkonflikte hat. Denn Vertragspartner, denen die Managementaufgaben übertragen werden könnten, können nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 und 6 auch pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten sein.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Der einzufügende Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten dürfen durch Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 4 oder 7 oder neutrale sowie geeignete Dritte erbracht werden.“

**Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc) - § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 SGB V (neu)**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Vertragspartner der Krankenkassen sollen zukünftig auch „Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3“ sein können.

**B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Verweis führt dazu, dass (neue) Vertragspartner auch „Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie“ und „Forschungseinrichtungen“ bzw. deren Träger sein können. Die in Satz 2 Nummern 1 und 4 genannten Anbieter können bereits nach geltendem Recht, und zwar nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 6, Verträge abschließen, und zwar auch dann, wenn sie keine digitalen Dienste und/oder Anwendungen anbieten.

Allerdings ist der Katalog des § 68a Absatz 3 nicht abschließend, denn die Aufzählung wird durch das Wort „insbesondere“ eingeleitet. Das Gesetz sollte daher auch insofern klarer gefasst werden. Schließlich sollte die Abschlussbefugnis auf Verträge beschränkt sein, die digitale Anwendungen beinhalten.

**C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Zur Klarstellung schlägt die Bundesärztekammer folgende Fassung vor.

"8. Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummern 2 und 3, soweit der Vertrag digitale Dienste und Anwendungen beinhaltet."

**Artikel 1, Nummer 14b, Buchstabe d) - § 140a Absatz 3b SGB V (neu)**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Vertragspartner der Krankenkassen sollen zukünftig auch nicht zugelassene Leistungserbringer sein können.

**B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Zulassung obliegt, zumindest im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, namentlich den bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Zulassungsausschüssen. Diese können über das Instrument der Ermächtigung ebenso wie über Sonderbedarfszulassungen Versorgungslücken schließen. Die beabsichtigte Neuregelung führt dazu, dass Entscheidungen über die Berechtigung zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen allein Krankenkassen treffen. Es bedarf aus Sicht der Bundesärztekammer in diesen Fällen stattdessen des Einvernehmens mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder Zulassungsausschüssen.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer spricht sich gegen diese Neuregelung aus. Die Einbindung nicht zugelassener Leistungserbringer über Selektivverträge bedarf zumindest weitergehender regulatorischer Vorgaben und einer vorhergehenden intensiven Erörterung mit den Interessenvertretern der zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer.