

Referentenentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

A. Problem und Ziel

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben einen umfassenden Leistungsanspruch, der ein hohes Versorgungsniveau nach anerkannten medizinischen Standards gewährleistet. Die geltenden leistungsrechtlichen Regelungen bedürfen an verschiedenen Stellen der Anpassung. Dies betrifft insbesondere die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation und zur außerklinischen Intensivpflege.

Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, Körperfunktionen (wieder-) herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, so dass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder in diesen zurückfinden. Bei chronischen Erkrankungen liegt die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation darin, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen soweit möglich zu reduzieren und dauerhaften Beeinträchtigungen, wie einer Pflegesituation, vorzubeugen.

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ kann die medizinische Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Ziel ist es, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll deshalb erleichtert werden.

Für Versorgungs- und Vergütungsverträge über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine einheitlichen Grundsätze oder Empfehlungen. Auf Bundesebene sollen verbindliche Vorgaben vereinbart werden.

Für Vergütungsverträge gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Vergütungsanpassungen können deshalb bislang nicht über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinausgehen. Bei erforderlichen Mehraufwänden der Einrichtungen soll davon abweichend eine Erhöhung der Vergütung im entsprechenden Umfang ermöglicht werden.

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben.

Gleichzeitig liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten und die Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung. Erhebliche Unterschiede in der Vergütung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im ambulanten Bereich einerseits und im stationären Bereich andererseits führen überdies zu Fehlanreizen in der Leistungserbringung. An die bedarfsgerechte Versorgung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege sind daher besondere Anforderungen zu stellen.

Ziel der Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege ist es,

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

Darüber hinaus zielt das Gesetz auf eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung ab, um eine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen zu vermeiden.

B. Lösung

Durch ein Bündel von Maßnahmen wird die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Gleichzeitig wird der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege neu gefasst.

Die vorgesehene Nichtanwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auf Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht es, dass Vergütungen bei erforderlichen Mehrausgaben der Einrichtungen, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entstehen, angepasst werden.

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll zur Erleichterung und Beschleunigung des Verfahrens nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können.

Das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung wird gestärkt.

Um mehr Transparenz zu erreichen wird geregelt, dass Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen.

Die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf werden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt.

Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege werden künftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten, die strengen Qualitätsanforderungen unterliegen, erbracht. Die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, werden erheblich reduziert. In Ausnahmefällen kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden.

Leistungen der außerklinischen Intensivpflege dürfen künftig nur 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.

Über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege schließen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen ab. Diese müssen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien (bspw. personelle Ausstattung der Leistungserbringung) Regelungen treffen.

Krankenhäuser können im Rahmen des Entlassmanagements eine besondere ärztliche Anschlussbehandlung im Wege der stationären Weiterbehandlung durch ein anderes Krankenhaus veranlassen. Für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung wird die Finanzierungsgrundlage dafür durch Ermöglichung eines krankenhausespezifischen Zusatzentgelts verbessert.

In den Verträgen über Krankenhausbehandlung auf Landesebene ist außerdem als zwingender Bestandteil zu vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungstatus erfolgt, damit Patienten mit Entwöhnungspotenzial identifiziert werden können.

Krankenhäuser, die keine Feststellung des Beatmungstatus vornehmen, oder die trotz bestehendem Entwöhnungspotenzial von der maschinellen Beatmung keine Anschlussbehandlung veranlassen, müssen künftig Abschlüsse hinnehmen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Bund, Ländern und Gemeinden entstehen durch die Maßnahmen dieses Gesetzes keine Mehrausgaben. Gegebenenfalls entstehen den Kommunen als Trägern der Sozialhilfe Einsparungen in nicht bezifferbarer Höhe in Fällen, in denen bislang von der Sozialhilfe getragene Eigenanteile in Pflegeeinrichtungen künftig von den Krankenkassen getragen werden.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2020 im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch einen erleichterten Zugang zu medizinisch erforderlichen Maßnahmen, die Stärkung der Wahlrechte der Patientinnen und Patienten sowie die Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei Vertragsvereinbarungen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und gesetzlichen Krankenkassen nicht bezifferbare Mehrausgaben. Diesen Mehrausgaben stehen ebenfalls nicht bezifferbare Einsparungen durch eine Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten etwa im Bereich von stationärer Akutbehandlung gegenüber. Durch Verbesserungen der Qualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege verbunden mit einer regelhaften Leistungserbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten können der gesetzlichen Krankenversicherung bei voller Jahreswirkung Einsparungen in einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag entstehen. Diesen Minderausgaben stehen Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag durch eine Übernahme bisher von den Versicherten oder der Sozialhilfe getragenen Kos-

tenanteilen bei einer Leistungserbringung in Pflegeeinrichtungen gegenüber. Durch Ermöglichung eines Zusatzentgelts für längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung entstehen den gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2021 geringfügige nicht zu beziffernde Mehrausgaben, denen jedoch durch die Vermeidung intensivmedizinischer Behandlungspflege Einsparungen gegenüberstehen.

3. Soziale Pflegeversicherung

Durch zusätzliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation entstehen Einsparungen für die soziale Pflegeversicherung in nicht einschätzbarer Höhe.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch die Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei der Verordnung außerklinischer Intensivpflege ein geringfügiger Erfüllungsaufwand. Den Krankenhäusern entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand bei der Erhebung und Dokumentation des Beatmungsstatus von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten. Darüber hinaus entsteht Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Abschlägen für die Krankenhäuser, die pflichtwidrig die Feststellung des Beatmungsstatus oder die Veranlassung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung unterlassen.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zur medizinischen Rehabilitation. Gleiches gilt für die Einrichtung eines Schiedswesens.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung der Vorgaben für die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen für Krankenhäuser sowie für die Vereinbarung des Näheren zur Übermittlung der Daten in Bezug auf die Feststellung des Beatmungsstatus.

Den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Landeskrankhausgesellschaften entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Anpassung der Verträge nach § 112 SGB V.

Den Krankenkassen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Abschlägen, wenn ein Krankenhaus pflichtwidrig die Feststellung des Beatmungsstatus oder die Veranlassung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung unterlässt.

F. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

Referentenentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel des Gesetzes vom (BGBl. I. S.) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 37 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben.“

2. Nach § 37b wird folgender § 37c eingefügt:

„§ 37c

Außerklinische Intensivpflege

(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 und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. 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 und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.

(2) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Fünften Buches erbringen, oder in einer Wohneinheit 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. Bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten 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.

(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches sowie die notwendigen Investitionskosten. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse auch die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches ganz oder teilweise übernimmt.

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr an die Krankenkasse. In den Fällen des Absatzes 2 Satz 2 leisten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, als Zuzahlung abweichend hiervon den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.“

3. § 39 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.“

b) Im bisherigen Satz 10 wird die Angabe „bis 7“ durch die Angabe „bis 8“ ersetzt.

4. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „die dadurch entstehenden Mehrkosten“ die Wörter „zur Hälfte“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente. Von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nach Absatz 1 und 2 in allen anderen Fällen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.“

bb) Im neuen Satz 6 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und es werden die Wörter „Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sollen in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden.“ angefügt.

- cc) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 6“ und im neuen Satz 11 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.
- dd) Im neuen Satz 8 werden nach den Wörtern „Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können“ die Wörter „für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben“ eingefügt.
- ee) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2021 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation nach Satz 2, auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen, wiedergegeben werden.“

- 5. § 41 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„§ 40 Absatz 2 Satz 1 und 4 gilt nicht; § 40 Absatz 2 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.“

- 6. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 werden nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „und außerklinischer Intensivpflege“ eingefügt.
- 7. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 werden nach dem Wort „Krankenpflege“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Soziotherapie“ die Wörter „und außerklinischer Intensivpflege“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 7f wird folgender Absatz 7g eingefügt:

„(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132i Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- 8. § 111 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

- b) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Absatz 2 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 5 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

9. In § 111a Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Absatz 5“ die Angabe „und 7“ eingefügt.

10. § 111b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 111b Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden erstmals bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene nach § 111 Absatz 7 Satz 1 oder im Falle ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der maßgeblichen Verbände auf Bundesebene nach § 111c Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.“

11. § 111c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Absatz 1 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 3 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

12. § 112 wird wie folgt geändert:

„a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a werden nach dem Wort „Versicherten“ ein Semikolon und die Wörter „dabei ist auch vorzusehen, dass vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus erfolgt“ eingefügt.

b) In Absatz 3 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 1989“ gestrichen und werden nach dem Wort „Vertragspartei“ die Wörter „innerhalb von drei Monaten“ eingefügt.“

13. § 132a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 5 aufgehoben.

b) In Absatz 4 wird Satz 14 aufgehoben.

14. Nach § 132h wird folgender § 132i eingefügt:

„§ 132i

Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegedienstleistern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzugeben. 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 Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

(2) In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Personelle Anforderungen einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs,
2. Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern,
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung und
5. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.

(3) Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach Absatz 4 anrufen.

Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus je zwei Vertretern der Krankenkassen, der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Pflegedienste sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Die gemeinsame Schiedsstelle trifft die Entscheidung über den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 Sätze 1 bis 4 und 7 sowie Absatz 10 Satz 1 gilt entsprechend.

(5) Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Krankenkassen Verträge mit

1. Leistungserbringern, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen oder
3. Leistungserbringern, die Leistungen in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 2 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbringen.

Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der zuständigen Aufsichtsbehörde der Krankenkasse innerhalb eines Monats bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(6) Verträge nach Absatz 5 können nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Einhaltung der Rahmenempfehlungen nach den Absätzen 1 und 2 gewährleisten. 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,
2. die bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung der Versicherten, insbesondere mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie durch Kooperationsvereinbarungen oder mit eigenem Personal zu gewährleisten und
3. ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt.“

15. § 275b wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „und außerklinischen Intensivpflege“ eingefügt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden vor dem Wort „abgeschlossen“ die Wörter „oder nach § 132i Absatz 5“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden vor dem Wort „abgeschlossen“ die Wörter „oder nach § 132i Absatz 5“ eingefügt und vor dem Wort „erfüllt“ die Wörter „und § 37c“ eingefügt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 betreiben“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 werden vor dem Wort „abgeschlossen“ die Wörter „oder nach § 132i Absatz 5“ eingefügt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 275b Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 betreiben, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.“

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. S. 1014, 1015), das zuletzt durch ...geändert worden ist, wird wie folgt geändert:“

1. In § 17 Absatz 1b Satz 1 wird die Angabe „ 30. November 2016“ durch die Angabe „[Datum einsetzen: 3 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]“ ersetzt und werden die Wörter „der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches“ durch die Wörter „Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches in Verbindung mit § 132i des Fünften Buches“ ersetzt.

2. In § 82 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 37 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 37c des Fünften Buches“ ersetzt.
3. In § 84 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 37 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 37c des Fünften Buches“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2003 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch ... (BGBl. I. S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 5 wird nach Absatz 3d folgender Absatz 3f eingefügt:

„(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.“

2. Dem § 6 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Soweit für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung noch kein Zusatzentgelt nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 kalkuliert werden kann, ist hierfür ab dem Jahr 2021 ein gesondertes krankenhausespezifisches Zusatzentgelt zu vereinbaren, Satz 2 gilt entsprechend.“

3. § 9 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
- b) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 angefügt:

„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.“

Artikel 5

Inkrafttreten

- (1) Das Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 1 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b und Artikel 2 treten am [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, Körperfunktionen (wieder-) herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, so dass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder in diesen zurückfinden. Bei chronischen Erkrankungen liegt die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation darin, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen soweit möglich zu reduzieren und dauerhaften Beeinträchtigungen, wie einer Pflegesituation, vorzubeugen.

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ kann die medizinische Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Ziel ist es, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll deshalb erleichtert werden.

Für Versorgungs- und Vergütungsverträge über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine einheitlichen Grundsätze oder Empfehlungen. Auf Bundesebene sollen hierfür verbindliche Vorgaben vereinbart werden.

Für Vergütungsverträge steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bislang Vergütungsanpassungen entgegen, die über die Steigerung der Grundlohnrate hinausgehen. Künftig soll bei erforderlichen Mehrausgaben der Einrichtungen eine Erhöhung der Vergütung im entsprechenden Umfang auch über die Entwicklung der Grundlohnrate hinaus ermöglicht werden.

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben. Für das Jahr 2018 ist von bis zu 50.000 Leistungsfällen in der ambulanten Intensivpflege auszugehen; die Leistungsausgaben hierfür beliefen sich nach der amtlichen GKV-Statistik auf rd. 1,8 Mrd. Euro.

Gleichzeitig liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatienten. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) geht in einem Positionspapier zusammen mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften davon aus, dass die Verordnung einer 24-stündigen ambulanten Intensivpflege wegen eines Tracheostomas mit oder ohne Beatmung in vielen Fällen nicht notwendig ist, da keine Indikation für ein Tracheostoma bzw. eine invasive außerklinische Beatmung besteht (Pneumologie 2017; 71: 204-206). Nach Ansicht von Experten wird das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Entfernung des Tracheostomas (Dekanülierung) bei Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft.

Erhebliche Unterschiede in der Vergütung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im ambulanten Bereich einerseits und im stationären Bereich andererseits führen überdies zu Fehlanreizen in der Leistungserbringung. Die ambulante Versorgung, insbesondere in der eigenen Häuslichkeit der Pflegebedürftigen, erfordert wesentlich größere personelle und finanzielle Ressourcen als die Versorgung in vollstationären Einrichtungen. In zunehmender Häufigkeit haben Versicherte zudem Schwierigkeiten, einen Pflegedienst zu finden, dem die erforderlichen Kapazitäten für die sehr personalintensive und pflegerisch anspruchsvolle Leistung zur Verfügung stehen. Zugleich gibt es keine Belege dafür, dass die Versorgungsqualität im stationären Bereich geringer ist als in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten. Hingegen liegen aus der Presseberichterstattung verschiedene Hinweise darauf vor, dass gerade in der ambulanten Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit in manchen Fällen nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt wird. Dies gefährdet nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten, sondern schadet auch der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten (bspw. Ärzteblatt vom 14. Mai 2019: „Razzia wegen Abrechnungsbetrug bei Intensivpflege; abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103085/Razzia-wegen-Abrechnungsbetrug-bei-Intensivpflege>).

An die bedarfsgerechte Versorgung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege sind daher besondere Anforderungen zu stellen. Deshalb wird mit § 37c der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege neu geregelt. Ziel dieser Neuregelung ist es,

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

Darüber hinaus ist für eine bedarfsgerechte Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten zu gewährleisten, dass Potenziale der Beatmungsentwöhnung im stationären Sektor ausgeschöpft werden. Die hohe Zahl von aus dem Krankenhaus als Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten entlassenen Patientinnen und Patienten ist kritisch zu bewerten. Dafür werden insbesondere Fehlanreize und Versorgungslücken im Übergang von stationärer zur ambulanten Behandlung als Gründe genannt. Soweit keine qualifizierte Entwöhnung erfolgt oder diese während der ursprünglichen Indikation für stationäre Behandlung erfolglos bleibt, besteht das Risiko, dass die Patientinnen oder Patienten dauerhaft Beatmungspatienten bleiben, was sowohl hohe Kosten für die Versichertengemeinschaft als auch Einbußen der Lebensqualität der Betroffenen bedeutet.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Durch ein Bündel von Maßnahmen wird die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt.

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll zur Erleichterung und Beschleunigung des Verfahrens nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können.

Bei anderen Indikationen soll die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen können.

Das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung wird gestärkt. Wenn Versicherte eine von der Krankenkasse nicht bestimmte Einrichtung wählen, sind die Mehrkosten nicht mehr vollständig, sondern nur zur Hälfte von ihnen zu übernehmen.

Für die Verträge zur Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine einheitlichen Grundsätze oder Empfehlungen. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, schließen Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Ein Schiedsverfahren wird ermöglicht.

Durch die Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität können Vergütungsverträge bei erforderlichen Mehrausgaben der Einrichtungen, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen, angepasst werden. Es wird geregelt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Versicherte mit außerklinischen, intensivpflegerischen Versorgungsbedarfen erhalten künftig die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auf Grundlage der neu geschaffenen Spezialvorschrift des § 37c; Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 werden in diesen Fällen nicht mehr erbracht. Der anspruchsberechtigte Personenkreis nach § 37c ist der Personenkreis, der nach bisherigem Recht aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege auch bei Unterbringung in stationären Pflegeeinrichtungen ausnahmsweise Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 3 bzw. Satz 8 hatte. Insoweit wird auf die bestehende, bewährte Abgrenzung des Anwendungsbereichs zurückgegriffen.

Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c werden regelhaft in Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten, die strengen Qualitätsanforderungen unterliegen, erbracht. Die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, werden erheblich reduziert. In Ausnahmefällen, wenn die Unterbringung in einer solchen Einrichtung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden.

Leistungen der außerklinischen Intensivpflege dürfen künftig nur 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. Über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege schließen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen ab. Diese müssen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien (z.B. personelle Ausstattung der Leistungserbringung) Regelungen treffen.

Die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung wird gestärkt. Während die Diskussion über die Voraussetzungen und Anforderungen an die Entwöhnung medizinisch zu führen ist, wird die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausespezifischer Zusatzentgelte verbessert. Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von

Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, wirken einer voreiligen Überführung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz (Sozialversicherung).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Mit dem Gesetz werden die notwendigen Reformen des Gesundheitswesens weitergeführt. Der Entwurf zielt auf eine Verbesserung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung ab.

Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung der Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung geprüft. Es entspricht insbesondere dem Prinzip 3 „Natürliche Lebensgrundlagen erhalten“ und 5 „Sozialen Zusammenhalten in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“ den Anforderungen der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig Anpassungen an den demografischen Wandel vorzunehmen. Auch wird dem Nachhaltigkeitsindikator Nummer 3.1a und b der Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung getragen, indem mit dem Gesetz die Zielstellung unterstützt, die Fälle der vorzeitigen Sterblichkeit zu verringern, u. a. durch die mit dem Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung und Stärkung der medizinischen Versorgung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Bund, Ländern und Gemeinden entstehen durch die Maßnahmen dieses Gesetzes keine Mehrausgaben. Gegebenenfalls entstehen den Kommunen als Trägern der Sozialhilfe Einsparungen in nicht bezifferbarer Höhe in Fällen, in denen bislang von der Sozialhilfe getragene Eigenanteile in Pflegeeinrichtungen künftig von den Krankenkassen getragen werden.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2020 im Bereich der medizinischen Rehabilitation Mehr- und Minderausgaben. Durch einen erleichterten Zugang zu medizinisch erforderlichen Leistungen der geriatrischen Rehabilitation können den gesetzlichen Krankenkassen in Abhängigkeit von der Zahl zusätzlicher Maßnahmen je 1000 zusätzlich erbrachter Maßnahmen Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 3,5 bis 4 Mio. Euro entstehen. Diesen Mehrausgaben stehen in erheblichem Umfang nicht bezifferbare Einsparungen durch eine Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten, insbesondere im Bereich von stationärer Akutbehandlung, gegenüber. Durch eine geringere Mehrkostentragung der Patientinnen und Patienten bei der Wahl einer Rehabilitationseinrichtung können den gesetzlichen Krankenkassen in geringem Umfang nicht bezifferbare Mehrausgaben entstehen. Durch die Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Bereich der stationären Vorsorge – und der ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen können den Krankenkassen im Falle einer über die jeweiligen Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehenden Vergütungsvereinbarungen je Prozentpunkt Überschreitung jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von 30 Mio. Euro entstehen.

Durch Verbesserungen der Qualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege, verbunden mit einer regelhaften qualitätsgesicherten Leistungserbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten können im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bei voller Jahreswirkung erhebliche Minderausgaben in einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag entstehen. Diesen Minderausgaben stehen Mehrausgaben in einem zweistelligen Millionenbetrag durch eine Übernahme bisher von den Versicherten oder der Sozialhilfe getragenen Kostenanteilen bei einer Leistungserbringung in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenüber.

Durch Ermöglichung eines Zusatzentgelts für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung entstehen den gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2021 geringfügige nicht zu beziffernde Mehrausgaben, denen jedoch durch die Vermeidung intensivmedizinischer Behandlungspflege Einsparungen gegenüberstehen.

Soziale Pflegeversicherung

Durch zusätzliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation entstehen Einsparungen für die soziale Pflegeversicherung in nicht einschätzbarer Höhe.

4. Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand. Bei der Wahl einer Rehabilitationseinrichtung werden Versicherte entlastet, weil sie Mehrkosten nur noch zur Hälfte tragen müssen.

Die zusätzliche Übernahme von Kostenanteilen durch die gesetzliche Krankenversicherung bei intensivpflegerischer Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen führt zu einer entsprechenden Entlastung der Versicherten.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch die Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei der Verordnung außerklinischer Intensivpflege ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.

Den Krankenhäusern kann durch die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen. Da die Verhandlungen als Routineaufgaben im Rahmen der turnusmäßigen Budgetverhandlungen eingebettet sind, ist allenfalls von geringfügigem, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand auszugehen. Darüber hinaus entsteht Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Abschlägen für die Krankenhäuser, die pflichtwidrig die Feststellung des Beatmungsstatus oder die Veranlassung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung unterlassen. Auch dabei ist aufgrund der Einbindung in Routineaufgaben allenfalls von geringfügigem, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand auszugehen.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zur medizinischen Rehabilitation. Gleiches gilt für die Einrichtung eines Schiedswesens.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung der Vorgaben für die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen für Krankenhäuser sowie für die Vereinbarung des Näheren zur Übermittlung der Daten in Bezug auf die Feststellung des Beatmungsstatus.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege.

Den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Anpassung der Verträge nach § 112 SGB V.

Für die gesetzlichen Krankenkassen kann durch die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung entstehen. Den Krankenkassen entsteht darüber hinaus Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Abschlägen, wenn ein Krankenhaus pflichtwidrig die Feststellung des Beatmungsstatus oder die Veranlassung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung unterlässt. Da die Verhandlungen als Routineaufgaben im Rahmen der turnusmäßigen Budgetverhandlungen eingebettet sind, ist allenfalls von geringfügigem, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand auszugehen.

5. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

VII. Befristung; Evaluierung

Der Spitzenverband der Krankenkassen evaluiert die vertragsärztliche Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation, auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsfristen der Krankenkassen.

Im Übrigen ist keine Befristung oder Evaluierung der Regelungen erforderlich.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege geht als Spezialnorm künftig Ansprüchen auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 vor.

Zu Nummer 2

Zu Absatz 1

Es wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Der Anspruch besteht für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dabei handelt es sich um Versicherte, die bislang auch bei Unterbringung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 des Elften Buches erbringen, ausnahmsweise Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 hatten. Der anspruchsberechtigte Personenkreis wird insoweit nicht verändert. Nach der Spezifizierung in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbarer intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

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 von Kindern und Jugendlichen. Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten ist das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen. Die Vertragsärzte haben vor der Verordnung zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht und dies mit der Verordnung zu dokumentieren. 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 nicht-ärztlichen Leistungserbringer, Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärzte sowie Anforderungen an die mit der Verordnung vorzunehmende Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials, die auch die Einbeziehung externer Gutachten qualifizierter Entwöhnungseinrichtungen beinhalten kann.

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.

Zu Absatz 2

Außerklinische Intensivpflege wird künftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in qualitätsgesicherten sogenannten Intensivpflege-Wohngemeinschaften erbracht. Ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit besteht nur in Ausnahmefällen, wenn eine Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer Wohneinheit im Sinne des § 132i nicht zumutbar oder nicht möglich ist, beispielsweise weil keine geeignete Einrichtung zur Verfügung steht. In diesen Fällen besteht weiterhin Anspruch auf Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, der Familie bzw. sonst an einem geeigneten Ort, hierzu können auch Werkstätten für behinderte Menschen gehören. Bei der Entscheidung über die Zumutbarkeit sind persönliche, familiäre und örtliche Umstände angemessen zu berücksichtigen. So wird es vor allem bei der Versorgung von minderjährigen Kindern nicht zumutbar sein, diese von ihrer Familie zu trennen, wenn die Betroffenen eine Versorgung im Haushalt, in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort wünschen. Davon unberührt besteht auch bei der Versorgung minderjähriger Kinder die Möglichkeit, die Leistungen in einer entsprechenden vollstationären Einrichtung in Anspruch zu nehmen, wenn die Betroffenen dies wünschen.

Die Übergangsregelung in Satz 4 erhält grundsätzlich den bisherigen Leistungsanspruch für Versicherte, die bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Für diese Versicherten und ihre Angehörigen würde eine abrupte Verlegung in ein neues Umfeld eine besondere Härte darstellen.

Zu Absatz 3

Versicherte mit gleichgelagerten Versorgungsbedarfen sollen grundsätzlich gleich behandelt werden – auch in finanzieller Hinsicht. Deshalb soll die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, für die Versicherten nicht mit finanziellen Belastungen verbunden sein, die erheblich höher sind als in der ambulanten Versorgung. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst daher

bei Leistungserbringung in einer entsprechenden vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung sowie die notwendigen Investitionskosten. Die Leistungen nach § 43 des Elften Buches sind hierbei anzurechnen.

Zusätzlich können die Krankenkassen in ihrer Satzung regeln, dass bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung auch die nach § 87 des Elften Buches vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ganz oder zum Teil übernommen werden. Dies kann weiter dazu beitragen, dass die Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen nicht dazu führt, dass die Versicherten im Vergleich zur ambulanten Versorgung mit erheblichen Mehrkosten belastet werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Zuzahlungen der Versicherten. Zu den Leistungen der außerklinischen Intensivpflege leisten die Versicherten Zuzahlungen, die sich bei Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 an den bestehenden Zuzahlungsregelungen im stationären Bereich orientieren. Die Zuzahlung beträgt 10 Euro je Kalendertag, begrenzt auf 28 Tage. Wird die außerklinische Intensivpflege in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 2 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht, leisten die Versicherten Zuzahlungen wie bei den Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37. Die Zuzahlung beträgt dann 10 vom Hundert der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung. In allen Fällen haben die Versicherten die Zuzahlungen nur bis zum Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 zu leisten.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch eine erforderliche ärztliche Anschlussbehandlung im Wege der stationären Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus verordnen können. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein besonderes fachärztliches Versorgungsbedürfnis vom behandelnden Krankenhaus nicht erfüllt werden kann und eine ambulante fachärztliche Anschlussversorgung aktuell nicht zur Verfügung steht. Denkbar sind z. B. Fälle, in denen nach intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung mit maschineller Atemunterstützung eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in Betracht kommt und in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus mit Weaningstation durchgeführt werden kann. In solchen Fällen hat das Entlassmanagement sicherzustellen, dass keine voreilige Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung durch dafür fachlich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte erfolgt. Weitere Einzelheiten sind in dem Rahmenvertrag zum Entlassmanagement zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln. § 4 Absatz 7 des Rahmenvertrages ist entsprechend zu korrigieren.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Schaffung eines neuen Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Nach Absatz 2 Satz 4 können Versicherte für eine stationäre Rehabilitation auch eine andere, von der Krankenkasse nicht bestimmte zertifizierte Einrichtung wählen. Sie tragen hierfür die Mehrkosten. Dieses freie Wahlrecht wird gestärkt, indem der von den Versicherten zu tragende Mehrkostenanteil auf die Hälfte reduziert wird. Von den Krankenkassen sind die Berechnungsgrundlagen für den Mehrkostenanteil nachvollziehbar darzulegen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ soll insbesondere eine geriatrische Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Insbesondere soll die geriatrische Rehabilitation noch vor einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden möglichen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. § 18 SGB XI) gestärkt werden. Zu diesem Zweck soll nach Satz 4 eine medizinisch erforderliche geriatrische Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchgeführt werden können. Das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse wird dadurch erleichtert, und der Zugang zur Leistung kann für die Versicherten schneller erfolgen. Nach der „Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Stand: 2. Juli 2018, Seite 40) erstreckt sich die vertragsärztliche Indikationsprüfung für eine geriatrische Rehabilitation typischerweise auf mehrere verschiedene Aktivitäts- und Teilhabebereiche. Dies begründet für die geriatrische Rehabilitation, unabhängig von der rehabilitationsbegründenden Diagnose, die Durchführung eines geriatrischen Assessments durch die Vertragsärzte. Es wird deshalb bestimmt, dass als Leistungsvoraussetzung die geriatrische Indikation vertragsärztlich durch geeignete Abschätzungsinstrumente zu überprüfen ist.

In allen anderen Fällen einer Rehabilitation kann nach Satz 5 die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nach Absatz 1 und 2 hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur noch aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sollen in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden. Kürzere Leistungen sind nicht zweckmäßig, da die Wiedererlangung von Funktionen bei dem Personenkreis der geriatrischen Patienten länger dauert. Kürzere Fristen könnten zu Folgeanträgen, weiteren Genehmigungsverfahren und möglicherweise Behandlungslücken führen, was gerade beim betroffenen Personenkreis vermieden werden sollte.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe dd

Für Versicherte gilt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden können. Dieser Grundsatz wird für Minderjährige aufgehoben, um den besonderen gesundheitlichen Bedingungen des Kindes- und Jugendalters Rechnung zu tragen und einen Gleichklang mit den für den Bereich der Rentenversicherung geltenden Regelungen herzustellen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2021 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation nach Satz 2, auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen, wiedergegeben werden.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um die Korrektur einer Verweisung, die durch die Änderung des § 40 Absatz 2 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 unrichtig geworden ist.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses wird um eine Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege erweitert.

Zu Buchstabe b

Vor der Beschlussfassung zu einer Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege erhalten die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene ein Stimmrecht. Dieses Stimmrecht erhöht die Gewähr dafür, dass die Entscheidungen des G-BA zur außerklinischen Intensivpflege auf einer fachlich fundierten und die realen Versorgungsaspekte berücksichtigenden Grundlage getroffen werden. Der fachliche Diskurs und die in den beschlussbegründenden Unterlagen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu dokumentierende Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen dienen zudem der Transparenz, dem Verständnis und der Akzeptanz der Entscheidungen.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird bestimmt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 nicht für die Vereinbarung von Vergütungen für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation nach Absatz 5 Satz 1 gelten soll. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung im Einzelfall die jährliche Grundlohnsummensteigerung nach § 71 Absatz 3 überschreiten kann. Durch höhere Vergütungen können Einrichtungen in die Lage versetzt werden, Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen.

Klargestellt wird, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

Zu Buchstabe b

Nach § 111 Absatz 2 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die die Anforderungen des § 107 Absatz 2 erfüllen und die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit diesen Leistungen notwendig sind. Nach § 111 Absatz 5 werden die Vergütungen für die Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen vereinbart.

Für diese Verträge gibt es weder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch übergreifend für alle Rehabilitationsträger einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, wird geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist eine leistungsgerechte Vergütung der Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Eine angemessene Vergütung soll u.a. erbrachte Leistungen, die Verweildauer der Patienten in der Einrichtung, besondere Aufwände, Preissteigerungen, notwendige Investitionskosten sowie das Unternehmerrisiko berücksichtigen. Bereits heute sind Vergütungen oftmals differenziert. Es wird nach Indikationen unterschieden und es werden Zuschläge z. B. für einen erhöhten Pflegeaufwand, besondere Gesundheitseinschränkungen oder eine Kostenerstattung für besonders teure Medikamente vereinbart.

Kommt eine Rahmenempfehlung ganz oder teilweise nicht zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Die Schiedsstelle ist aufgefordert, innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt festzusetzen.

Zu Nummer 9

Für Vergütungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen soll wie für Vergütungsverträge nach § 111 Absatz 5 gelten, dass der Grundsatz der Beitragsatzstabilität nach § 71 nicht angewendet werden soll. Dies muss nicht gesondert geregelt werden, da die entsprechende Geltung von § 111 Absatz 5 bereits angeordnet ist. Gleiches gilt für die entsprechende Anwendung der Regelungen zur Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6.

Neu geregelt wird die entsprechende Anwendung des § 111 Absatz 7. Danach sind für Versorgungs- und Vergütungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen verbindliche Rahmenempfehlungen wie für Versorgungs- und Vergütungsverträgen nach § 111 Absatz 2 und 5 abzuschließen.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird entsprechend der Erweiterung des Norminhalts (Einrichtung einer Schiedsstelle für Rahmenempfehlungen) angepasst.

Zu Buchstabe b

In Absatz 6 wird Näheres zur Bildung einer Schiedsstelle für Rahmenempfehlungen bestimmt, die von den Rahmenempfehlungspartnern angerufen werden kann, falls Rahmenempfehlungen zu Versorgungs- oder Vergütungsverträgen nach §§ 111, 111a oder 111c ganz oder teilweise nicht zustande kommen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden erstmals bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene nach § 111 Absatz 7 Satz 1 oder der im Falle ambulanter Rehabilitationsleistungen nach § 111c Absatz 5 Satz 1 maßgeblichen Verbände auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird bestimmt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 wie für die Vereinbarung von Vergütungen für stationäre Leistungen auch für ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 111c Absatz 3 Satz 1 nicht gelten soll. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung im Einzelfall die jährliche Grundlohnsummensteigerung nach § 71 Absatz 3 überschreiten kann. Durch höhere Vergütungen können Einrichtungen in die Lage versetzt werden, Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen.

Klargestellt wird auch insoweit, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

Zu Buchstabe b

Nach § 111c Absatz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften unter den genannten Voraussetzungen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung von ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen. Nach § 111c Absatz 3 werden die Vergütungen für die Rehabilitationsleistungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen vereinbart.

Auch für diese Verträge gibt es weder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch übergreifend für alle Rehabilitationsträger einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, wird geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist eine leistungsgerechte Vergütung der Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Eine angemessene Vergütung soll u.a. erbrachte Leistungen, die Anzahl der Behandlungstage, besondere Aufwände, Preissteigerungen sowie notwendige Investitionskosten sowie das Unternehmerrisiko berücksichtigen. Bereits heute sind Vergütungen oftmals differenziert. Es wird nach Indikationen unterschieden und es werden Zuschläge z.B.

für einen erhöhten Pflegeaufwand, besondere Gesundheitseinschränkungen oder eine Kostenerstattung für besonders teure Medikamente vereinbart.

Kommt eine Rahmenempfehlung ganz oder teilweise nicht zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111 Absatz 6 anrufen. Die Schiedsstelle ist aufgefordert, innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt festzusetzen.

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Die Regelung verpflichtet die Vertragsparteien auf Landesebene, in den Verträgen über Krankenhausbehandlung auch zu vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten deren Beatmungsstatus durch einen hierfür qualifizierte Fachärzte festgestellt wird. Verfügt ein Krankenhaus nicht über solche Fachärzte, hat es entsprechende externe Fachkompetenz hinzuzuziehen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Beatmungspatinnen und Beatmungspatienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vor schnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden, sondern noch vorhandene Entwöhnungspotenziale durch Verlegung in spezialisierte Entwöhnungszentren ausgeschöpft werden.

Zu Buchstabe b

In Absatz 3 wird die obsolet gewordene Frist für den Abschluss der Verträge nach Absatz 1 gestrichen und eine Verpflichtung der Schiedsstelle eingeführt, den Inhalt des Vertrags innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung durch eine Vertragspartei festzusetzen. Einigen sich die Vertragsparteien daher nicht über die Ergänzung der Verträge um die auf Grund von Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a zu vereinbarende Regelung zur Feststellung des Beatmungsstatus von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten, hat die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten nach Anrufung durch eine Vertragspartei die Inhalt der Vereinbarung festzusetzen.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege in § 132i.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Versorgung mit außerklinische Intensivpflege in § 132i. Die Anzeigepflicht bei Versorgung mehrerer intensivpflegebedürftiger Versicherter in einer Wohneinheit kann entfallen, da der Leistungsanspruch ambulant künftig regelhaft ohnehin nur noch in besonders regulierten Wohneinheiten besteht.

Zu Nummer 14

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird geregelt, dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen über die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege abgeben. Diese sollen mit einheitlichen Qualitätsvorgaben und Standards zu mehr Transparenz und Verlässlichkeit des Versorgungsgeschehens beitragen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die inhaltlichen Anforderungen an die Rahmenempfehlungen konkretisiert. In den Rahmenempfehlungen sind für die verschiedenen Formen der Leistungserbringung (Intensivpflege-Wohngemeinschaften, vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, Häuslichkeit des Versicherten) konkrete Vorgaben beispielsweise zum vorzuhaltenden Personal und zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit weiteren Leistungserbringern zu treffen. Dies umfasst auch Regelungen zur Sicherstellung der Umsetzung der mit der Verordnung außerklinischer Intensivpflege dokumentierten notwendigen Maßnahmen zu Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Schiedsregelung für den Fall, dass sich die Vereinbarungspartner nicht auf gemeinsame Rahmenempfehlungen einigen können. Entweder die Rahmenvereinbarungspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit können eine Schiedsstelle anrufen, wenn eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Um ein zügiges Schiedsverfahren zu gewährleisten, wird geregelt, dass die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten zu entscheiden hat.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden Regelungen zur Zusammensetzung und zur Organisation der Schiedsstelle getroffen. Es wird eine gemeinsame Schiedsstelle gebildet, die sich aus je zwei Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, und für ambulante Pflegedienste maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied zusammensetzt. Zur Wahrung der Rechte aller Vertragsparteien wird für die Beschlussfindung über den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt eine Zweidrittelmehrheit vorgesehen (erforderlich sind somit mindestens sechs Stimmen für einen Beschluss). Damit kann eine einzelne Vertragspartei nur dann überstimmt werden, wenn beide unparteiischen Mitglieder sich der Auffassung der beiden anderen Parteien anschließen. Es wird auch sichergestellt, dass keine Verträge zu Lasten Dritter ergehen, dass keine Seite allein einen Mehrheitsbeschluss erreichen kann und die Stimmen der unparteiischen Mitglieder für einen Beschluss immer erforderlich sind. Über den Vorsitzenden der Schiedsstelle und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates kann das Bundesministerium für Gesundheit weitere Einzelheiten über Zusammensetzung und Organisation der Schiedsstelle regeln.

Zu Absatz 5 und 6

In den Absätzen 5 und 6 wird geregelt, dass die Krankenkassen auf Grundlage der Rahmenempfehlungen nach den Absätzen 1 und 2 Verträge mit den Leistungserbringern abschließen. Gleichmaßen möglich sind auch Verträge auf Ebene der Landesverbände der Krankenkassen. Zur Sicherung der Versorgungsqualität werden Mindestanforderungen an die Vertragsinhalte hinsichtlich der Vorgaben für die Leistungserbringer gesetzlich festgelegt. Diese sollen insbesondere die multiprofessionelle Einbindung weiterer Leistungserbringer in die Versorgung sicherstellen und damit dazu beitragen, das kurative und rehabilitative Potenzial der betroffenen Versicherten zu erkennen und auszuschöpfen. Können sich die Vertragspartner nicht auf einen Vertragsinhalt einigen, wird der Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt.

Ausdrückliche Voraussetzung ist zudem, dass die Leistungserbringer ein internes Qualitätsmanagement durchführen. Die Leistungserbringer haben dabei insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen, die auch den Prüfungen nach § 275b unterliegen. Die Entwicklung von Regelungen zur Qualitätssicherung nach dem SGB XI zur speziellen Krankenbeobachtung in der ambulanten Pflege sowie in neuen Wohnformen nach § 113b Absatz 4 Nummer 3 und 6 SGB XI ist zu beachten.

Zu Nummer 15

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Die bisher schon bestehende Pflicht für Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen, soll auch künftig für Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege gelten, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132i Absatz 5 abgeschlossen haben.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung des § 132a Absatz 4 Satz 14.

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen und Anpassung zum neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, der die bisherige Regelung zur besonders aufwändigen medizinischen Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches vollumfänglich ablöst.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung der neuen Nummer 8 in § 9 Absatz 1a. Die Regelung schafft durch eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene die Rechtsgrundlage dafür, dass Abschläge bei Krankenhäusern zu erheben sind, die entgegen einer vertraglichen Vereinbarung nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a keine Feststellung des Beatmungsstatus von Beatmungspatinnen und Beatmungspatienten durchführen, oder die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V eine erforderliche Verordnung von Beatmungsentwöhnung in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus nicht vornehmen. Die erforderlichen Informationen, für welche Krankenhäuser ein Abschlag zu vereinbaren ist, erhalten die Krankenkassen auf Grund der nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V übermittelten Daten. Im Rahmen dieser Datenübermittlung sind u. a. der Grund für die Entlassung oder Verlegung anzugeben. Als Grund für die Entlassung eines Beatmungspatienten in die ambulante Intensivpflege oder für seine Verlegung in ein Weaningzentrum ist daher künftig als Ergebnis der Feststellung des Beatmungsstatus nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V anzugeben, ob ein Entwöhnungspotenzial besteht oder nicht. Es ist Aufgabe der Vertragsparteien, im Rahmen des § 301 Absatz 3 SGB V das Nähere zur Übermittlung dieser Angaben zu vereinbaren.

Zu Nummer 2

Die Regelung ermöglicht es Krankenhäusern, die eine längerfristige Beatmungsentwöhnung durchführen, hierfür ab dem Jahr 2021 gesonderte krankenhausespezifische Zusatzentgelte zu vereinbaren. Die gesonderten Zusatzentgelte sind im Rahmen der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 zu vereinbaren. Grundlage hierfür sind eine näher zu definierende Leistungsbeschreibung und Kriterien des Entwöhnungsprozesses, die in eine Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels für das Jahr 2021 einfließen müssen. Zu

unterschieden ist der zusätzlich erforderliche OPS-Code für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung von dem bereits im Jahr 2019 eingeführten OPS-Code zur Abbildung der bei allen Beatmungspatienten vorzunehmenden Entwöhnung.

Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte für die längerfristige Beatmungsentwöhnung können solange vereinbart werden, bis ein bundesweites Zusatzentgelte kalkuliert werden kann. Die an der Vereinbarung der Erlössumme beteiligten gesetzlichen Krankenkassen haben durch Bezugnahme auf § 6 Absatz 2a Satz 2 die Höhe der krankenspezifischen Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung den Vertragsparteien auf Bundesebene mitzuteilen. Hierdurch ist eine bundesweite Information über die Anzahl und die Höhe der krankenspezifischen Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung möglich.

Zu Nummer 3

Die Regelung soll sicherstellen, dass Potenziale zur Beatmungsentwöhnung bei Patientinnen und Patienten ausgeschöpft werden, bei denen etwa nach intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung mit maschineller Atemunterstützung eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in Betracht kommt und in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus durchgeführt werden kann. Um eine unmittelbare Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer längerfristigen Beatmungsentwöhnung durch dafür fachlich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu vermeiden, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur näheren Ausgestaltung von Abschlägen zu vereinbaren, wenn ein Krankenhaus eine erforderliche Verordnung von längerfristiger Beatmungsentwöhnung in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus nicht vornimmt. Die Höhe der Abschläge ist so zu bemessen, 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. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene ist bis zum 31. August 2020 zu schließen. Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet nach § 9 Absatz 2 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Die vollständige Ablösung des Anspruch auf häusliche Krankenpflege für den nach § 37c anspruchsberechtigten Personenkreis kann erst erfolgen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss den Richtlinienauftrag nach § 37c Absatz 1 umgesetzt hat und wenn die Vereinbarungspartner die Rahmenempfehlungen nach § 132i Absatz 2 abgeschlossen haben. Deshalb haben Versicherte, mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die nach § 37c anspruchsberechtigt sind, ab dem 1. Januar 2021 keinen Anspruch mehr auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2.

Zu Absatz 3

Die Anzeigepflicht für Wohneinheiten, die von Leistungserbringern organisiert werden, soll für die Übergangsfrist des § 37c Absatz 2 Satz 4 noch bestehen bleiben. Deshalb tritt diese Regelung entsprechend später in Kraft.