



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

Berlin, 06.09.2019

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
2.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	5
	Zu Artikel 1 Nr. 4, § 40 NEU SGB V-E.....	5
2.3	Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege – Einbezug der DKG und KBV zur Stellungnahme vor Abschluss der Vereinbarung .....	6
	Zu Artikel 1 Nr. 14, § 132i SGB V NEU.....	6
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
	Zu Artikel 1 Nummer 2 Absatz 1 des Begründungstextes (S. 22) .....	9
3.2	Nomenklatur .....	9
	Zum SGB V .....	9
3.3	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung .....	10
	Zu § 116 b SGB V.....	10

## 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich den mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung verbundenen leichteren Zugang der Versicherten zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie die vorgesehenen Änderungen bei der außerklinischen Intensivpflege sowie bei der Versorgung von Beatmungspatienten.

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 (MDK) abweichen können.

Grundsätzlich spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, die vorgesehenen Erleichterungen nicht auf die geriatrische Rehabilitation zu begrenzen, sondern 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. Die Bundesärztekammer befürwortet grundsätzlich, dass die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V regelhaft in Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden sollen. Allerdings sollten für ausgewählte Patientengruppen Ausnahmen möglich sein, um ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. 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 weiterhin im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden.

Die Bundesärztekammer befürwortet, dass Leistungen der außerklinischen Intensivpflege künftig nur von denjenigen erbracht werden dürfen, 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

sollen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen abschließen. Diese müssen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien, z. B. der personellen Ausstattung der Leistungserbringung, Regelungen treffen. Ferner wird ein Schiedsverfahren eingerichtet.

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass vor Abschluss der Rahmenempfehlungen 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 Anforderungen an die Entwöhnung sind medizinisch festzulegen. Die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse wird durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte verbessert. Abschlüsse für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, sollen einer voreiligen Überführung von Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegenwirken.

Es ist zu begrüßen, 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 und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren.

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

Außerklinische Intensivpflege soll in häuslicher Umgebung nur noch in Ausnahmefällen stattfinden. Regelhaft soll dieses Angebot in stationären Pflegeeinrichtungen und spezialisierten Wohneinheiten erbracht werden. Jedoch besteht auch künftig ein Anspruch auf Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit, insbesondere bei Minderjährigen.

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

###### **Zu Absatz 1 Satz 2**

Die Bundesärztekammer spricht sich dagegen aus, „besondere Qualifikationsanforderungen“ für die Verordnung zur außerklinischen Intensivpflege 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 Qualifikation

bürokratischen Aufwand nach sich ziehen. Im Übrigen führt der aktuelle Regelungsvorschlag zu einer unnötigen und unspezifischen Festlegung der Qualifikationen eines Vertragsarztes.

#### **Zu Absatz 2**

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass durch die Neuregelung bestimmte Patientengruppen durch den rigiden Ausschluss einer häuslichen Versorgung in der Möglichkeit einer selbstbestimmten und frei gewählten Lebensführung eingeschränkt werden würden.

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.

#### **Zu Absatz 3 und 4**

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die finanzielle Entlastung der Versicherten und der Angehörigen mit deutlicher Reduzierung der Eigenanteile, wie auch bereits in SGB XI geplant, vorgesehen wird.

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

In § 37c Absatz 1 Satz 2 NEU SGB V ist folgende Streichung vorzusehen:

„Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen ~~für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten~~ Vertragsarzt.“

## **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. Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK abweichen.

##### **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 Bundesärztekammer begrüßt, dass die Überprüfung der durch Vertragsärzte gestellten Rehabilitationsanträge oder Verordnungen entfallen soll.

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 und „Reha vor Pflege“ 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 Vorgabe für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation für 20 Tage ambulant oder stationär für drei Wochen ist zu überdenken, 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 – Einbezug der DKG und KBV zur Stellungnahme vor Abschluss der Vereinbarung**

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

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

##### **Absatz 1**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und 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 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.

##### **Absatz 2 Nr. 1**

In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere personelle Anforderungen, einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs zu regeln.

##### **Absatz 6 Nr. 1 bis 3**

Verträge nach Absatz 5 können nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Einhaltung der Rahmenempfehlungen 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 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.

## **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 sowie entsprechende Kompetenzen für eine sichere Patientenversorgung weiter zu konkretisieren. Dazu gehört insbesondere die vorgesehene Verpflichtung zur Zusammenarbeit von vollstationären Pflegeeinrichtungen oder speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten mit Fachärztinnen und Fachärzten.

### **Zu Absatz 1 Satz 2**

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

### **Zu Absatz 6 Nr. 1**

Ausweislich der Regelung sollten Verträge über die außerklinische Intensivpflege nach Absatz 5 nur mit Leistungserbringern geschlossen werden können, die u. a. Kooperationsvereinbarungen mit „spezialisierten“ Fachärzten schließen, die insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der mit der Verordnung außerklinischer Intensivpflege dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen.

Unklar ist, wie die Formulierung „spezialisierte Fachärzte“ zu verstehen ist. Eine besondere Spezialisierung ist nach Auffassung der Bundesärztekammer nicht erforderlich, vielmehr ergeben sich die hierfür qualifizierten Facharztgruppen aus der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

### **Zu Absatz 6 Nr. 2 und 3**

Es wird begrüßt, dass die bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung der Versicherten, insbesondere mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, durch Kooperationsvereinbarungen oder mit eigenem Personal zu gewährleisten ist und zudem ein internes Qualitätsmanagement durchgeführt werden soll. Bei der komplexen Versorgung von Patienten in der außerklinischen Intensivpflege muss nach einem strukturierten Gesamtkonzept kooperiert werden. So kann die Qualität der Versorgung auf hohem Niveau gewährleistet werden.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

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

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

Streichung in § 132i Absatz 6 Nr. 1 SGB V:

Kooperationsvereinbarungen mit ~~spezialisierten~~ Fachärzten zu schließen sind, (...)

## **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 begrüßt 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 knappen 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 begrüßt 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, leistungentsprechend vergütet werden. Ebenso müssen beatmungsfreie Intervalle im Rahmen der Beatmungsentwöhnung sachgerecht vergütet werden.

## **3. Ergänzender Änderungsbedarf**

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

#### ***Zu Artikel 1 Nummer 2 Absatz 1 des Begründungstextes (S. 22)***

Im Begründungstext auf Seite 22 werden verschiedene Facharztbezeichnungen verwendet, die nicht mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 übereinstimmen. Die Bundesärztekammer regt an, die korrekten Bezeichnungen anzuwenden, die wie folgt lauten: Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie (statt Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde) und Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie (statt Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie).

### **3.2 Nomenklatur**

#### ***Zum SGB V***

Zur Nomenklatur ist anzumerken, dass die Betroffenen nicht nur beatmete Patientinnen und Patienten sind. Ca. 60 % der Anspruchsberechtigten atmen ausschließlich spontan über die Trachealkanüle. Sie werden nicht durch eine Maschine beatmet. Deswegen wird angeregt, dass im Gesetz durchgängig von den „invasiv“ oder „abhängig nicht-invasiv beatmeten oder tracheotomierten Patientinnen und Patienten“ gesprochen wird.

### **3.3 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

#### ***Zu § 116 b SGB V***

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

#### **Ergänzungsvorschlag:**

Ergänzung in § 116 b Absatz 1 Nr. 1 SGB V um einen neuen Aufzählungspunkt: „j) respiratorische Insuffizienz“.