

## **Unterrichtung**

**durch die Bundesregierung**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz –GPVG)**

**– Drucksache 19/23483 –**

### **Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung**

#### **Stellungnahme des Bundesrates**

Der Bundesrat hat in seiner 995. Sitzung am 6. November 2020 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 221a Satz 1 und Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 221a wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „5“ werden durch die Angabe „11“ zu ersetzen.
- b) In Satz 2 ist die Angabe „30“ durch die Angabe „60“ zu ersetzen.

Begründung:

Der als einmalige Erhöhung vorgesehene (ergänzende) Bundeszuschuss für das Jahr 2021 ist mit der vorgesehenen Höhe von 5 Milliarden Euro entspricht nicht annähernd der Finanzierungsverantwortung des Bundes.

Bei einem zu erwartenden Defizit von über 16 Milliarden Euro im Jahr 2021 sollen mit dem zu geringen Bundeszuschuss im Ergebnis milliardenschwere, gesamtgesellschaftliche Kosten allein den Beitragszahlern der GKV aufgebürdet werden.

Zahlreiche Maßnahmen zur Pandemieabwehr, diverse Rettungsschirme sowie Corona-Massentests für ausgewählte Personengruppen wurden durch den Bund verordnet und mit Hinweis auf eine spätere angemessene Beteiligung des Bundes sofort aus Mitteln der GKV finanziert. Diese Zusage gilt es bundesseitig jetzt einzuhalten und finanziell angemessen umzusetzen.

Für die Finanzierung der Sozialgarantie 2021 ist eine sozial ausgewogene Lösung notwendig, die nicht überwiegend von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen wird.

Neben den coronabedingten Mehrausgaben in der GKV berücksichtigt der zu geringe Bundeszuschuss zudem nicht die ab dem Jahr 2021 wirksam werdenden, ausgabentreibenden Leistungsausweitungen durch zahlreiche Gesetzgebungsverfahren der laufenden Legislaturperiode.

Aus diesem Grund ist eine deutliche Erhöhung des Bundeszuschusses als Einmalzahlung im Jahr 2021 vorzusehen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V) und  
Nummer 9 (§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 8 ist zu streichen.
- b) Nummer 9 ist zu streichen.

Begründung:

Die Regelungen zu § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V, § 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V, § 260 Absatz 2a SGB V sowie § 272 SGB V entfalten in ihrer Gesamtheit eine sehr gefährliche Wechselwirkung auf die finanzielle Stabilität der GKV. Krankenkassen, die in der Vergangenheit Finanzreserven aufgebaut haben, bauen diese bereits jetzt gemäß § 260 Absatz 2a SGB V durch einen niedrigen, nicht ausgabendeckenden Zusatzbeitrag ab und weisen daher ein negatives Finanzergebnis aus. Falls die vorgesehene Finanzreserveschwelle von 0,8 Monatsausgaben damit nicht schon unterschritten wird, dürfen diese Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch 2021 nicht erhöhen, obwohl der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag voraussichtlich um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 1,3 Prozent ansteigen wird. Zusätzlich müssen die Kassen im Jahr 2021 aufgrund ihrer Finanzreserven, die sie im 1. Halbjahr 2020 noch aufwiesen, einen sehr hohen Finanzierungsanteil für die Vermögensabgabe nach § 272 SGB V bezahlen. Alleine durch diese Effekte können die Finanzreserven der Kasse zum Ende des Jahres 2021 bis zur Mindestrücklage aufgebraucht sein. Erfolgt darüber hinaus noch eine weitere Belastung durch die zum 1. Januar 2021 wirkenden Änderungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, kann es bei Krankenkassen gegebenenfalls zu einer Überschuldung bereits in 2021 führen.

Gerade jetzt brauchen die Krankenkassen die Freiheit, ihre Haushalte zu konsolidieren und ihre Leistungsfähigkeit trotz des enormen Abflusses von Finanzmitteln durch die Vermögensabgabe zu erhalten. Das sichert stabile Zusatzbeitragsätze.

Die Beitragszahler haben ein Interesse an langfristig stabilen Beitragssätzen bei gleichbleibendem hohen Versorgungsniveau. Diesem berechtigten Anliegen können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie über ausreichende finanzielle Handlungsspielräume verfügen. Genau diese werden mit dem GPVG-Gesetzesentwurf jedoch deutlich verringert. Sind die Finanzreserven im Laufe des Jahres 2021 aufgebraucht, stehen dann keine Mittel zur Abfederung von heute bereits absehbaren Beitragssatzsprüngen zur Verfügung.

Die GKV ist in der Corona-Krise eine wesentliche Stütze für das deutsche Gesundheitswesen. Die Beitragszahler in der GKV haben einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben geleistet. Es ist daher inakzeptabel, dass sie zusätzlich zu den entstehenden Ausgabenbelastungen die Finanzreserven noch weiter abschmelzen müssen, um die politisch auf den Weg gebrachten Kostensteigerungen im Jahr 2021 auszugleichen. Die aktuell bestehende Grenze in § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V und § 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V – das „Einfache“ des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben nach § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V – garantiert eher stabile Zusatzbeiträge als eine weitere Herabsetzung dieses Wertes auf 0,8. Schwankungen bei den Einnahmen und Ausgaben können nach der bereits bestehenden Regelung besser ausgeglichen werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 272 SGB V)

Artikel 1 Nummer 11 ist zu streichen.

Begründung:

Die Regelung zu dem einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich wird kritisch gesehen. Sie führt zu einer massiven Schwächung der Liquidität der gesetzlichen Krankenkassen, so dass ihnen kaum noch Spielräume bleiben, um künftige Aufgaben zu bewältigen und auf Herausforderungen infolge der Krise zu reagieren.

4. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 4 Absatz 10 Satz 1, Satz 3, Satz 4 Nummern 3 bis 6, Satz 6, Satz 14 Nummer 2 und Satz 17 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist § 4 Absatz 10 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Wörter „Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus“ durch die Wörter „Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu Gebärenden“ zu ersetzen.
- b) Satz 3 ist wie folgt zu fassen:  
„Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen assistierendes Fachpersonal in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen assistierendes Fachpersonal auf bis zu 25 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl der zum jeweils 1. Januar des Vorjahres beschäftigten Hebammen begrenzt ist.“
- c) Satz 4 ist wie folgt zu ändern:
  - aa) Das Wort „unterstützenden“ ist durch das Wort „assistierenden“ zu ersetzen und nach dem Wort „gehören“ ist ein Doppelpunkt zu setzen.
  - bb) In Nummer 2 ist das Komma am Ende durch einen Punkt zu ersetzen und die Nummern 3 bis 6 sind zu streichen.
- d) In Satz 6 ist das Wort „unterstützendes“ durch das Wort „assistierendes“ zu ersetzen.
- e) In Satz 14 Nummer 2 ist die Angabe „2020“ durch die Wörter „des Vorjahres“ zu ersetzen.
- f) In Satz 17 ist das Wort „unterstützende“ durch das Wort „assistierende“ zu ersetzen.

Begründung:

Bei diesem Gesetzentwurf geht die Bundesregierung davon aus, dass durch die Schaffung neuer Stellen die Betreuung der schwangeren Frauen unter der Geburt verbessert wird; – das IGES-Gutachten\* zur Stationären Hebammenversorgung aus 2019 zeigt auf, dass teilweise eine Hebamme vier Frauen gleichzeitig zu versorgen hat; angestrebt wird vom Bundesministerium für Gesundheit eine Betreuung von maximal zwei Schwangeren durch eine Hebamme gleichzeitig, langfristig ist das Ziel eine 1:1-Betreuung wie im außerklinischen Bereich.

Laut bereits zitiertem Gutachten sind 18 Prozent der Hebammenstellen in den Kliniken nicht besetzt, dies entspricht bei circa 9 400 (laut Statistischem Bundesamt 2017) fest angestellten, klinisch arbeitenden Hebammen einer Vakanz von knapp 1 700 Hebammen; es gibt also in erster Linie zu wenige Hebammen, die klinisch tätig sein wollen, nur in zweiter Linie zu wenige Stellen.

Die Mobilisierung von einer solch beträchtlichen Zahl von aktuell nicht in ihrem Beruf tätigen Hebammen wird mit der vorgesehenen geringfügigen Verbesserung des Versorgungsschlüssels in der klinischen Versorgung nicht zu erreichen sein, sondern nur über eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Kliniken.

---

\* [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere\\_Hebammenversorgung\\_IGES-Gutachten.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf)

Ein richtiges Signal kann dementsprechend nur gesetzt werden, wenn auch versucht wird, die 1:1-Betreuung zu erreichen. Es gibt eine deutliche Empfehlung im IGES-Gutachten zur Erhöhung der Vergütungen beziehungsweise Löhne und Gehälter der Hebammen, die ähnlich wie im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz durch eine verbesserte Refinanzierung der Aufwendungen des Krankenhauses befördert werden müsste.

Assistierendes Personal zu finanzieren ist ein richtiger Schritt zur Entlastung der Hebammen von fachfremden Tätigkeiten und vor allem solchen, die nicht in engem Zusammenhang mit der Geburtshilfe stehen. Laut IGES-Gutachten liegt hier der Bedarf bei circa 0,25 pro VK Hebamme. Hoch qualifizierte Pflegekräfte wie im Gesetzentwurf vorgesehen, hierfür einzusetzen ist jedoch nicht zielführend und würde die Personalknappheit in der Pflege nur verstärken.

5. Zu Artikel 2 (Änderung des KHEntgG)

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren im Bereich der stationären Kinder- und Jugendmedizin weitergehende Abhilfe in der Vergütung zu schaffen, als dies durch den vorgesehenen Sicherstellungszuschlag erreicht werden kann. Notwendig ist für pädiatrische Abteilungen zumindest die Option, nach dem individuellen Bedarf und damit auf Basis einer wirtschaftlichen Betriebsführung ohne verbleibendes Defizit abrechnen zu können.

Der Bundesrat hält es daher für erforderlich, für diese Einrichtungen ein Wahlrecht zu ermöglichen, wonach die Vergütungen entweder nach den schon derzeit gültigen Fallpauschalen oder analog den Regelungen für besondere Einrichtungen nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mit den Kostenträgern vereinbart werden können.

Begründung:

Der Bundesrat anerkennt das Bestreben der Bundesregierung, in den Bereichen der Geburtshilfe und der Pädiatrie über das Krankenhausvergütungssystem Abhilfe gegen eine Ausdünnung der Versorgungsstrukturen schaffen zu wollen.

Im Bereich der Pädiatrie geht die Hilfe jedoch im Grundsatz fehl, wenn sie über den Sicherstellungszuschlag geregelt werden soll, der strukturell nur für Einrichtungen in Regionen mit geringem Versorgungsbedarf in Betracht kommt. Pädiatrische Abteilungen erfordern demgegenüber schon wegen der Vielzahl der Subdisziplinen eine hinreichend große Fallzahl, um die Versorgung in der gebotenen Spezialisierung sicherstellen zu können.

Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin werden deshalb krankenhauplanerisch nicht selten der Schwerpunktversorgung zugewiesen – und existieren somit schon aus fachlichen Gründen, aber auch, um die Akquise des knappen Personals gewährleisten zu können, sehr häufig an größeren Krankenhäusern mit großen Einzugsgebieten. Diese Krankenhäuser, die gerade die Personalknappheit in diesem Bereich besonders nachteilig spüren, können von der Neuregelung in Artikel 2 Nummern 2 und 3 des Gesetzentwurfs nicht profitieren.

Um gerade auch die medizinisch leistungsfähigen pädiatrischen Einrichtungen, die den Großteil der Versorgungslast zu tragen haben, dauerhaft sichern zu können, ist eine dem individuellen Bedarf angepasste Vergütung notwendig, die den Besonderheiten der Pädiatrie besser Rechnung trägt als ein eigentlich auf die Erwachsenenversorgung zugeschnittenes Fallpauschalensystem.

6. Zu Artikel 2 (Änderung des KHEntgG)

- a) Der Bundesrat begrüßt die Intention der Bundesregierung, die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch bis zu 20 000 zusätzliche Stellen zu verbessern ohne die Bewohnerinnen und Bewohner finanziell zu belasten. Gleichzeitig sieht der Bundesrat das Erfordernis einer partnerschaftlichen Verständigung von Bund und Ländern, wie die Personalbemessung in der Langzeitpflege anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse grundlegend neu gestaltet wird. Die Bundesregierung wird gebeten, diesen Umsetzungsprozess gemeinsam mit den Ländern zu initiieren und zu steuern.

- b) Die Bundesregierung wird gebeten, von der Verordnungsmächtigung gemäß § 152 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Gebrauch zu machen, um insbesondere die derzeit bis 31. Dezember 2020 befristeten Vorschriften zur Erstattung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag zu verlängern.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Finanzierung von bis zu 20 000 zusätzlichen Pflegekräften in der vollstationären Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung ist ein erster Schritt, um auf den Personalmehrbedarf zu reagieren, den das Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ identifiziert hat. Gleichzeitig jedoch zerfasert die Systematik zur Personalbemessung in der vollstationären Pflege zunehmend. Nachdem die Personalbemessung zunächst durch die Pflegeselbstverwaltung in den Ländern und flankierend vom Ordnungsrecht geprägt war, refinanzieren die Pflegekassen nunmehr in jeweils separaten Verfahren zusätzliche Pflegefach-, -hilfs- und Betreuungskräfte nach jeweils voneinander abweichenden Maßgaben. Vor diesem Hintergrund bekennen sich die Länder weiterhin zu dem Vorhaben, ein bundeseinheitliches, wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren stufenweise umzusetzen. Neben der Einbindung in die Erstellung eines Fahrplans sehen die Länder aufgrund der damit verbundenen Folgefragen (Ausbildungskapazitäten, Finanzierung, Ordnungsrecht) die Notwendigkeit, den weiteren Umsetzungsprozess mit dem Bund gemeinsam zu gestalten.

Zu Buchstabe b:

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurde die Laufzeit des sogenannten „Rettungsschirms“ für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie für Angebote zur Unterstützung im Alltag um drei Monate bis zum Jahresende 2020 verlängert. Das Infektionsgeschehen wird jedoch absehbar auch im Jahr 2021 sowohl das pflegerische Handeln, als auch die Finanzierung der Angebotsstruktur maßgeblich beeinflussen. Um den Trägern der Pflegeeinrichtungen und der Angebote zur Unterstützung im Alltag Planungssicherheit zu geben, ist es sinnvoll, die Verlängerung des „Rettungsschirms“ frühzeitig auf den Weg zu bringen. Eine Verlängerung der ebenfalls bis Jahresende geltenden Flexibilisierungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung soll darüber hinaus geprüft werden.

7. Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a SGB XI)

In Artikel 3 Nummer 4 ist § 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a wie folgt zu fassen:

- „a) das über eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder über eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Assistenz Ausbildung in der Pflege verfügt, oder“

Begründung:

Aufgrund des aktuellen und zukünftigen Bedarfs an qualifizierten staatlich anerkannten Pflegehilfskraftpersonal ist die Einengung der Qualifikation nach § 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a SGB XI nicht hinnehmbar.

Um die Betreuung, Unterstützung und Pflege von Menschen sicherzustellen sind neben qualifizierten Pflegefachpersonen auch qualifizierte Helferinnen und Helfer beziehungsweise qualifizierte Assistenzkräfte in der Pflege unverzichtbar. Diese führen im Rahmen ihres Aufgaben- und Verantwortungsbereiches eigenständige Aufgaben bei Menschen in stabilen Pflegesituationen durch. Zudem unterstützen sie Pflegefachpersonen bei der qualifizierten Pflege von Menschen in komplexen Pflegesituationen und führen einzelne delegierte Maßnahmen der Behandlungspflege durch. Sie wirken mit bei der von der Pflegefachperson geplanten Pflege und sind im Rahmen des Pflegeprozesses in den Schritten Informationssammlung, Durchführung von Maßnahmen sowie der Evaluation der Pflegemaßnahmen unverzichtbar.

Die nicht begründbare Einengung auf das Pflegehilfskraftpersonal, das über eine abgeschlossene Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz

2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz. AT 17.02.2016 B3) erfüllen, würde zur Benachteiligung von qualifizierten staatlich anerkannten Pflegehilfskräften führen, die eine Ausbildung vor der Einführung der Eckpunkte absolviert haben beziehungsweise deren Ausbildungen nicht vollumfänglich die Mindestanforderungen erfüllen.

Darüber hinaus würde diese Engstellung dem zukünftigen Bedarf an qualifizierten Pflegehilfskräften entgegenstehen und dem vorliegenden Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege diametral entgegenstehen.

Entgegen dem nicht gedeckten Bedarf an Pflegefachpersonen stehen – regional unterschiedlich – durchaus staatlich anerkannte Pflegehilfskräfte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.

8. Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 SGB XI)

In Artikel 3 Nummer 4 ist § 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 wie folgt zu fassen:

- „3. notwendige Ausbildungsaufwendungen, wie insbesondere Aufwendungen für Praxisanleitung und Schulkosten, für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden; die Finanzierung der Ausbildungsvergütung über ein landesrechtlich geregeltes Umlageverfahren gilt nicht als Aufwendung, die von anderer Stelle finanziert wird,“

Begründung:

Dem § 85 Absatz 9 SGB XI sollen unter anderem Regelungen für Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach dem neuen § 84 Absatz 9 SGB XI hinzugefügt werden. Neben dem Berechnungsmodell, dass jede vollstationäre Pflegeeinrichtung Vergütungszuschläge für zusätzliche Stellenanteile von 0,016 bis zu 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigem in den einzelnen Pflegegraden vereinbaren kann, wird unter anderem geregelt, dass notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden. Weder dem Regelungstext noch der Begründung ist dabei zu entnehmen, was unter den Begriff „notwendige Ausbildungsaufwendungen“ zu subsumieren ist. Hierzu bedarf es im Gesetz einer Klarstellung durch Benennung der Aufwendungen, die insbesondere erfasst sein sollen. Durch die Verwendung des Zusatzes „insbesondere“ ist gewährleistet, dass sich die Definition der notwendigen Aufwendungen der Entwicklung dynamisch anpassen kann und auch über die benannten Aufwendungen hinaus weitere mögliche Aufwendungen anerkannt und finanziert werden können, um das Ziel, mehr Pflegehilfskräfte ausbilden zu können und gleichzeitig die damit einhergehenden finanziellen Belastungen zu begrenzen, erreicht werden kann.

Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass landesrechtliche Ausbildungsumlagen nach § 82a Absatz 3 und 4 SGB XI eine solche Finanzierung von einer anderen Stelle darstellen. Diese Auslegung widerspricht aber einem Kerngedanken des Gesetzes, da über eine Umlage die Ausbildungskosten lediglich umverteilt aber nicht von zusätzlichen Kostenträgern übernommen werden. Durch einen Einbezug in eine Umlage würden die Pflegebedürftigen belastet, was gerade vermieden werden soll. Eine Klarstellung im Gesetzestext zur Vermeidung dieser zusätzlichen finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen ist daher zwingend notwendig. Zudem ist die Umkehr dieser Auslegung in der Begründung zur Rechtssicherheit erforderlich.

9. Zu Artikel 5 Absatz 1, 2 und 3 (Inkrafttreten)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 sind die Wörter „vorbehaltlich der Absätze 2 und 3“ zu streichen.
- b) Die Absätze 2 und 3 sind zu streichen.

Begründung:

Das Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) bereits mit Kabinettsbeschluss oder der 2. Lesung des Gesetzes im Deutschen Bundestag verletzt die Mitwirkungsrechte ausgewählter Organe am Gesetzgebungsverfahren.

Durch den Bundesrat wirken die Länder bei jedem Gesetz mit. Ihre Mitwirkungsrechte sind dabei genau festgelegt. Diese Mitwirkungsrechte gilt es auch bei vorliegendem Gesetz einzuhalten.

Inkrafttretenstermine vor der Befassung im Bundesrat können das Vertrauen in ein ordnungsgemäßes Gesetzgebungsverfahren erschüttern. Mit dem Inkrafttreten ist daher zu warten bis feststeht, dass ein Entwurf auch tatsächlich Gesetz wird und nicht mehr in einem der Ausschüsse, im Bundesrat oder im Deutschen Bundestag scheitern, ergänzt oder verändert werden kann.

Aus diesem Grund ist auf ein Inkrafttreten ab 1. Januar 2021 für das vollständige Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) hinzuwirken.

#### 10. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren auch für die Anbieter ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen Unterstützungsleistungen zur Abmilderung von Erlösausfällen aufgrund der Corona-Pandemie vorzusehen.

Diese Leistungserbringer sind aufgrund der Corona-Pandemie wirtschaftlich besonders hart betroffen und in ihrer Existenz bedroht, weil Erlösausfälle – anders als im stationären Vorsorge- und Rehabilitationsbereich und im Heilmittelbereich – in voller Höhe von ihnen selbst zu tragen sind.

- b) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf neue Möglichkeiten zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken und zur zielgerichteten Berücksichtigung regionaler Bedarfe geschaffen werden. Gleichzeitig wird es den Krankenkassen erleichtert, durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsinitiativen auf freiwilliger Basis in Selektivverträge zu überführen.
- c) Der Bundesrat unterstreicht das Anliegen, neue, zugehende Angebote zu fördern, um über präventive Hausbesuche Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere für ältere Menschen – zu erschließen.
- d) Der Bundesrat ist der Auffassung, dass Leistungen der örtlichen Altenhilfe, Leistungen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII sowie Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung alter Menschen im Rahmen der präventiven Hausbesuche zu verzahlen sind.
- e) Der Bundesrat ersucht die Bundesregierung eine rechtliche Grundlage dafür zu schaffen, dass – insbesondere alte – Menschen mit einem komplexen Beratungs- und Unterstützungsangebot über präventive Hausbesuche erreicht werden können.

#### Begründung:

##### Zu Buchstabe a:

Zur Abmilderung der Auswirkungen der Corona-Pandemie unterstützt die Bundesregierung mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung auch Einrichtungen der stationären Vorsorge- und Rehabilitation einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Die Leistungserbringer ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind jedoch genauso von Erlösausfällen aufgrund der Corona-Pandemie betroffen, so dass deren Existenz derzeit massiv bedroht ist. Sie sind aber bisher von keinem Rettungsschirm umfasst.

Auch der Schutzschirm für Heilmittelerbringer, der nur nach § 32 SGB V zugelassene Leistungserbringer umfasst, greift nicht, obwohl fachlich vergleichbare Leistungen erbracht werden (medizinisch-therapeutische Leistungen einschließlich kurortspezifischer Heilmittel).

Der Bundesrat hat bereits mehrfach wirtschaftliche Sicherungsmaßnahmen für Leistungserbringer ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 23 Absatz 2, 40 Absatz 1 SGB V) angemahnt.

Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen haben Vorrang vor der stationären Leistungserbringung. Sie tragen dazu bei, eine unnötige Inanspruchnahme stationärer Maßnahmen zu vermeiden. Daher sind, um Insolvenzen der Einrichtungen zu vermeiden und deren Bestand für die Zeit nach der Corona-Pandemie zu sichern, für den ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsbereich ebenfalls Regelungen zur Kompensation der Einnahmeausfälle aufgrund der Corona-Pandemie notwendig.

Nachdem bei derzeit steigenden COVID-19-Infektionszahlen keine Normalisierung, sondern erneute Einbrüche des Leistungsgeschehens zu erwarten sind, ist eine zeitnahe Abhilfe für Erbringer von ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen dringend erforderlich.

Zu Buchstaben b bis e:

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden Versorgungsinnovationen gefördert, indem es den Krankenkassen erleichtert wird, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen. Dies geht jedoch nicht weit genug. Den Krankenkassen sollte es ebenfalls erleichtert werden, auf Basis des Präventionsgesetzes geförderte Projekte des präventiven Hausbesuchs auf freiwilliger Basis weiterzuführen. Zu verweisen ist insoweit auch auf den Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, der die Förderung des präventiven Hausbesuchs durch Mittel des Präventionsgesetz benennt und damit in das Regierungsprogramm für die laufende Legislaturperiode ausdrücklich einschließt.

Bereits im dritten Altenbericht (2003) der Bundesregierung ist der präventive Hausbesuch bei alten Menschen in ihrer häuslichen Umgebung als eine „geeignete Methode zur Vermeidung von Risikofaktoren, Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit“ beschrieben worden.

Rheinland-Pfalz ermöglicht präventive Hausbesuche im Rahmen des Projektes Gemeindeschwesterplus. Es gibt weitere Projekte, die mit dem Instrument der präventiven Hausbesuche arbeiten, zum Beispiel Handin-Hand (Rheinland-Pfalz), RubiN (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen), A-GATHE (Thüringen), PräSenZ (Baden-Württemberg).

Präventive Hausbesuche haben das Ziel, die auch im höheren Alter noch bestehenden erheblichen Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll zu erschließen. Sie werden als eigenständige Interventionsform verstanden, um die Gesundheit gewisser Teilzielgruppen zum Beispiel bei beginnender Gebrechlichkeit, drohender Vereinsamung oder bestehenden chronischen Erkrankungen zu fördern und mit diesen Gruppen präventiv zu arbeiten. Als präventiver Hausbesuch wird „die systematische Erfassung individueller Bedarfe älterer, zu Hause lebender Menschen im Rahmen eines anlassunabhängigen Hausbesuchs“ definiert.

Das Spektrum der Projekte zu präventiven Hausbesuchen ist groß und vielfältig. Sie alle eint jedoch der präventive Ansatz, das heißt ein frühzeitiges Sensibilisieren und Identifizieren von sich abzeichnenden gesundheitlichen und sozialen Problemlagen sowie die proaktive Bedarfsermittlung.

Zur Umsetzung des Koalitionsvertrags prüft das Bundesministerium für Gesundheit seit 2019 die Möglichkeiten zur Förderung des präventiven Hausbesuches aus Mitteln des Präventionsgesetzes. In den Ländern erprobte Modelle wurden analysiert und Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Um insbesondere die erforderlichen und geeigneten gesundheitsförderlichen Aspekte des präventiven Hausbesuchs zu ermitteln wurde vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband die BZgA mit der Vergabe einer Expertise beauftragt. Auf der Grundlage der zu erwartenden Ergebnisse dieser Expertise sollen die Gespräche fortgesetzt werden.

Bis 2022 möchte das BMG auf dieser Grundlage mit den Ländern und dem GKV-Spitzenverband klären, ob und wie eine Förderung eines in Verantwortung der Kommunen organisierten präventiven Hausbesuchs durch die Krankenkassen auf der Grundlage des geltenden Rechts erfolgen kann.

Die Möglichkeiten des Präventionsgesetzes werden teilweise bereits heute zur Projektfinanzierung des präventiven Hausbesuches eingesetzt, die Finanzierungsmöglichkeiten sind allerdings zeitlich befristet. Eine Verstetigung der erfolgreichen Modelle des präventiven Hausbesuchs macht jedoch auch eine rasche Verstetigung der Finanzierungsmöglichkeiten aus Mitteln des Präventionsgesetzes erforderlich. Ein Zuwarten könnte demgegenüber die nachhaltige Fortführung vielversprechender Ansätze gefährden.

## Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

### Zu Nummer 1 – Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 221a Satz 1 und Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag einer Erhöhung des ergänzenden Bundeszuschusses auf 11 Milliarden Euro ab. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Kombination aus einem ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds, einer Zuführung von Mitteln aus den Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von rund 8 Milliarden Euro zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds und der Absenkung der Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen auf 0,8 Monatsausgaben sachgerecht, um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der von der COVID-19-Pandemie ausgelösten Wirtschaftskrise zu gewährleisten. In Verbindung mit der moderaten Anhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes um 0,2 Prozentpunkte auf 1,3 Prozent (Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. Oktober 2020) kann durch dieses Maßnahmenpaket der ergänzende Finanzbedarf der GKV von insgesamt 16 Milliarden Euro gedeckt werden.

Der Bund hat die GKV im Jahr 2020 mit einem ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von insgesamt 3,5 Milliarden Euro unterstützt. Der Regierungsentwurf für den Bundeshaushalt 2021 sieht weitere Mittel des Bundes in Höhe von 5 Milliarden Euro zur Unterstützung der GKV vor. Darüber hinaus hat der Bund bis zu 11,5 Milliarden Euro im Jahr 2020 für die Freihaltung von Bettenkapazitäten in Krankenhäusern während der COVID-19-Pandemie zur Verfügung gestellt. Hiervon wurden bis Ende Oktober 2020 über das Bundesamt für Soziale Sicherung knapp 9 Milliarden Euro ausgezahlt. Im Jahr 2021 wird der Bund zusätzlich 3 Milliarden Euro für den Krankenhauszukunftsfonds aufbringen, um notwendige Investitionen in Krankenhäusern, unter anderem in die digitale Infrastruktur und Informationssicherheit, zu fördern. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Bundeshaushalt zum jetzigen Zeitpunkt in noch stärkerem Maße zusätzlich belastet werden soll, obwohl viele Krankenkassen noch über hohe Finanzreserven verfügen. Gerade in Krisenzeiten, in denen die Beitragseinnahmen konjunkturell deutlich zurückgehen und die Ausgaben steigen, sind zuerst die im System angesparten Finanzmittel heranzuziehen. Auch in anderen Sozialversicherungszweigen werden zunächst die bestehenden Finanzreserven zur Finanzierung der pandemiebedingten Belastungen eingesetzt.

### Zu Nummer 2 – Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V) und Nummer 9 (§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Regelungen, wonach das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot bei Finanzreserven, die das 0,8-Fache einer Monatsausgabe überschreiten, seine Wirkung entfaltet, sowie die Absenkung der Obergrenze für die Pflicht zum stufenweisen Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen auf das 0,8-Fache einer Monatsausgabe, sind notwendig, um sicherzustellen, dass die Krankenkassen konsequent ihre überschüssigen Finanzreserven einsetzen, um die finanziellen Belastungen der COVID-19-Pandemie abzufedern. Es ist zu vermeiden, dass Krankenkassen ihre Mitglieder und die Arbeitgeber über höhere Beiträge und damit höhere

Eine Obergrenze für die Finanzreserven von 0,8 Monatsausgaben entspricht dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve und ist grundsätzlich mehr als ausreichend, um unerwartete unterjährige Ausgabenrisiken der einzelnen Krankenkassen abzusichern, ohne die Mindestreserve zu unterschreiten. Die unterjährigen Einnahmerisiken werden durch den Gesundheitsfonds getragen. Der finanzielle Handlungsspielraum der einzelnen Krankenkassen wird somit auch mit den im GPVG vorgesehenen Änderungen gewährleistet.

### Zu Nummer 3 – Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 272 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag eines Verzichts auf den sogenannten kassenübergreifenden Solidarausgleich ab. In der derzeitigen Ausnahmesituation für alle gesellschaftlichen Bereiche wäre es nicht zu rechtfertigen, trotz im System der GKV verfügbarer erheblicher Finanzmittel die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über höhere Beiträge zu belasten. Mit der Vermögensabgabe werden Finanzreserven, die aus bereits gezahlten Beiträgen aufgebaut wurden und die die Mindestreserve um das Doppelte überschreiten, zu 66,1 Prozent herangezogen, um insbesondere die Beitragsbelastung im Jahr 2021 gerecht auf die Mitglieder verschiedener Krankenkassen zu

verteilen. Eine verminderte Handlungsfähigkeit der Krankenkassen kann hieraus nicht folgen, da die Mindestreserve bereits die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse sicherstellt. Die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen lagen Mitte 2020 bei rund 20,6 Milliarden Euro und damit knapp dem Fünffachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve. Daher ist die Heranziehung der bestehenden Finanzreserven unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, neben dem ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro, ein wesentliches Element, um die finanziellen Folgen der COVID-19-Pandemie solidarisch zu verteilen.

Zu Nummer 4 – Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 4 Absatz 10 Satz 1, Satz 3, Satz 4 Nummern 3 bis 6, Satz 6, Satz 14 Nummer 2 und Satz 17 KHEntgG)

Zu a)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag einer verbindlichen Festlegung einer 1:1-Betreuung ab. Dies würde die Frage aufwerfen, in welchen Phasen der Geburt diese Betreuungsrelation zu gewährleisten wäre. Davon abhängig wäre der Personal- und Kostenaufwuchs zu beziffern. Legt man die Berechnung des Deutschen Hebammenverbandes zu Grunde, der für die Umsetzung einer 1:1-Betreuung von einem Personalschlüssel von einer Hebammenstelle auf 30 Entbindungen pro Jahr ausgeht, würde dies (bei der aktuellen Betreuungsrelation von rund 90 Entbindungen pro Jahr) eine Verdreifachung des Hebammenbedarfs bedeuten.

Zu b) und e)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag einer Anhebung des unterstützenden Fachpersonals von 10 Prozent auf 25 Prozent zu, um eine gesteigerte Entlastung der Hebammen zu erreichen. Eine jährliche Anpassung der Berechnungsgrundlage wird abgelehnt. Eine Loslösung der Berechnung von der Stichtagsregelung wäre mit einem gegenüber der befristeten Laufzeit des Programms unverhältnismäßigen Bürokratieaufwand verbunden.

Zu c)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, das Hebammen unterstützende Fachpersonal weiter einzugrenzen. Die Vielzahl der benannten Berufsgruppen soll den Krankenhäusern Dispositionsfreiheit entsprechend ihrer individuellen Strukturen und Bedarfe ermöglichen.

Zu b), c), d) und f)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag einer Umbenennung von unterstützendem Fachpersonal in assistierendes Fachpersonal ab. Das Wort „assistierend“ suggeriert ein den Hebammen untergeordnetes Abhängigkeitsverhältnis, das insbesondere beim Einsatz von Pflegepersonal als unterstützendes Fachpersonal nicht angezeigt wäre.

Zu Nummer 5 – Zu Artikel 2 (Änderung des KHEntgG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ein Wahlrecht einzuräumen, krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren. Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass das pauschalierende Entgeltsystem mit aktuell 313 reinen Kinder-DRGs und Kindersplits bereits sehr differenziert die stationären Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin abbildet. Zusätzlich können Langliegerzuschläge und Zusatzentgelte, z. B. für Medikamente mit Kinderdosisklassen, abgerechnet werden. Zu berücksichtigen ist ferner, dass durch die Weiterentwicklung des DRG-Systems für das Jahr 2021 für die Kinder- und Jugendmedizin mit weiteren Verbesserungen in einem Umfang von rund 36,8 Millionen Euro zu rechnen ist. Für teilstationäre pädiatrische Leistungen werden ab dem Jahr 2021 zudem zehn krankenhausindividuelle Entgelte gesondert ausgewiesen. Zu erwähnen ist darüber hinaus, dass infolge der Änderungen durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) ab dem Jahr 2020 die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem DRG-System ausgegliedert und durch die Vereinbarung eines Pflegebudgets die im Krankenhaus tatsächlich anfallenden Pflegekosten vergütet werden, wodurch den hohen Pflegekosten für Kinder und Jugendliche Rechnung getragen wird. Schließlich erfolgt für das Jahr 2021 eine weitere Verbesserungen der finanziellen Situation von Kinderkrankenhäusern und Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, indem sie in die Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen einbezogen werden.

Zu Nummer 6 – Zu Artikel 3 (Änderung des SGB XI)Zu a)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates, dass eine partnerschaftliche Verständigung von Bund und Ländern darüber, wie die Personalbemessung in der Langzeitpflege anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse grundlegend neu gestaltet werden kann, erforderlich ist. Die Länder werden bereits in den Roadmap-Prozess zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen durch die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Arbeits- und Sozialministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz einbezogen. Die Roadmap stellt eine Grundlage für die künftige Gesetzgebung zur schrittweisen Einführung des o.g. Personalbemessungsverfahrens dar.

Zu b)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen, insbesondere den Befristungszeitraum der Vorschriften zur Erstattung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden außerordentlichen Aufwendungen sowie von Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen (§ 150 Absatz 2 SGB XI) und für anerkannte Angebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige zur Unterstützung im Alltag (§ 150 Absatz 5a SGB XI) zu verlängern.

Zu Nummer 7 – Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal erhalten sollen, das über eine mindestens einjährige staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder über eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Assistenz Ausbildung in der Pflege verfügt. Bislang beschränkt sich der Vergütungszuschlag auf Personen, deren Ausbildung die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zur Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BANz. AT 17.02.2016 B3) erfüllt.

Zu Nummer 8 – Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 SGB XI)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag einer Konkretisierung der notwendigen Ausbildungsaufwendungen ab. Der Vergütungszuschlag wird von den Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 SGB XI vereinbart. Die Vereinbarung erfolgt auf der Grundlage, dass notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine näher bestimmte Ausbildung durchläuft, finanziert werden. Die notwendigen Ausbildungsaufwendungen sollen in den Festlegungen des GKV-SV näher ausgeführt werden.

Zu Nummer 9 – Zu Artikel 5 Absatz 1, 2 und 3 (Inkrafttreten)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Das zu durchlaufende Gesetzgebungsverfahren ist unabhängig davon, ob Gesetzentwürfe ein rückwirkendes Inkrafttreten einzelner Regelungen vorsehen. Im Übrigen prüft die Bundesregierung bei der Erarbeitung ihrer Gesetzentwürfe sehr sorgfältig, ob sachliche Gründe ein rückwirkendes Inkrafttreten einzelner Regelungen rechtfertigen.

Zu Nummer 10 – Zum Gesetzentwurf allgemeinZu a)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag einer Erstreckung pandemiebedingter Unterstützungsleistungen auf die Anbieter ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ab. Soweit eine Ungleichbehandlung mit stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geltend gemacht wird, die bis zum 30. September 2020 Ausgleichszahlungen nach der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingefügten Regelung des § 111d SGB V erhalten konnten, lag insofern eine besondere Beanspruchung der stationären Einrichtungen insoweit vor, als sie im Einzelfall auch für Krankenhausbehandlungen oder zur Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen sollten. Dies galt nicht für ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Im Hinblick auf die Wiederaufnahme des Regelbetriebs wurden besondere Ausgleichszahlungen für ambulante Rehabilitationseinrichtungen nicht als zwingend erforderlich angesehen.

Zu b) bis e)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zu, über präventive Hausbesuche alte Menschen mit einem komplexen Beratungs- und Unterstützungsangebot zu erreichen. Die Krankenkassen unterstützen bereits in einigen Ländern die in kommunaler Verantwortung durchgeführten präventiven Hausbesuche. Zudem können interessierte Kommunen für diesen Zweck bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Fördermittel des GKV-Bündnisses für Gesundheit beantragen. Die Bundesregierung prüft derzeit im Rahmen eines anderen Gesetzgebungsverfahrens Handlungsoptionen im Hinblick auf eine Verzahnung der Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung alter Menschen im Rahmen präventiver Hausbesuche mit der örtlichen Altenhilfe, den Leistungen der Altenhilfe nach § 71 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie den kommunalen Infrastrukturen mit dem Ziel der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.