

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/23483, 19/24231, 19/24535 Nr. 9 –

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

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund,
Uwe Witt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/23712 –

**Testzentren und Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von
Reiserückkehrern**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Petr Bystron, Dietmar Friedhoff, Mariana Iris
Harder-Kühnel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/23715 –

**Elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte
Krebsfrüherkennungsprogramme aussetzen**

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/23699 –

Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/19165 –

Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe – Frauen und Kinder in den Mittelpunkt

A. Problem

Zu Buchstabe a

Nach Angaben der Bundesregierung sind im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung bis zum Ende des Jahres 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen. Ziel des Gesetzentwurfs sei es unter anderem, die finanzielle Stabilität der GKV zeitnah zu verbessern. Weitere Themen seien die Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie, das Inkrafttreten der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung und erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge.

Zu Buchstabe b

Die AfD-Fraktion zweifelt nach eigenen Angaben grundsätzlich den Sinn von Testzentren und der Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern an. Eine wissenschaftlich basierte Evidenz der bisherigen Maßnahmen der Bundesregierung im Zuge der Corona-Krise liege nicht vor. Dennoch stelle die AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag diesen Antrag, um Schaden von Krankenkassen und Beitragszahlern abzuwenden.

Zu Buchstabe c

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen müssen laut Antragsteller nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) elektronisch dokumentiert werden. Ursprünglich habe diese Dokumentationspflicht schon ab 1. Januar 2020 gegolten. Sie sei jedoch ausgesetzt worden, weil einige Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) die technischen Voraussetzungen noch nicht erfüllt hätten. Der G-BA habe die Aussetzung der Dokumentationsverpflichtung der Praxen zum 1. Oktober 2020 beendet, weil dann voraussichtlich eine geprüfte Dokumentationssoftware zur Verfügung stehen würde. Dem sei aber offenbar nicht so.

Zu Buchstabe d

Die Finanzprognose der gesetzlichen Krankenversicherung für 2021 ist nach Darstellung der Antragsteller schlecht. Da die Bundesregierung nicht mehr als 5 Milliarden Euro zusätzliche Steuermittel bereitstellen wolle, sei es zur Vermeidung von höheren Zusatzbeiträgen notwendig, andere Finanzierungswege zu finden. Hierzu böte es sich an, neben der Erhöhung und Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auch die bisher nicht zu verbeitragenden Kapitaleinkommen einzubeziehen. Durch diese Erweiterung der Beitragsbemessung könnte der finanzielle Mehrbedarf im nächsten Jahr ohne Rückgriff auf die Rücklagen der Krankenkassen gedeckt werden und es wären zusätzlich sogar noch Senkungen des Zusatzbeitrags möglich.

Zu Buchstabe e

Die Bundesregierung solle u. a. mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe und der Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, dass ein Personalbemessungsinstrument für die Hebammenversorgung in Kreißsälen eingeführt werde, das von einer 1:1-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme in wesentlichen Phasen der Geburt ausgehe. Die Bundesregierung solle zudem mit dem Ziel der Konzipierung einer umfassenden Reform in der Geburtshilfe ein nationales Forum, z. B. einen „Geburtshilfegipfel“, zur Zusammenkunft und Zusammenarbeit relevanter Akteurinnen und Akteure auf kommunaler, Landes- und Bundesebene anzuberaumen.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung soll der Bund im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds leisten. Die Finanzreserven der Krankenkassen, die 0,4 Monatsausgaben überschreiten, sollen anteilig herangezogen und diese Mittel den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Außerdem soll die Frist für das Inkrafttreten der auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen abzuschließenden Verträge vom 1. Oktober 2020 auf den 1. Januar 2021 verschoben und erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken und zur zielgerichteten Berücksichtigung regionaler Bedarfe geschaffen werden. Gleichzeitig werde es den Krankenkassen erleichtert, durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsinnovationen auf freiwilliger Basis in Selektivverträge zu überführen.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums soll dahingehend angepasst werden, dass die Kosten der Corona-Testungen der Bundeshaushalt im vollen Umfang trage und die Kosten nicht aus den Reserven der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert würden. Außerdem sollen Testungen auf Corona nicht nur zu diesem Zeitpunkt, sondern auch zukünftig ausschließlich in den dafür vorgesehenen Testzentren stattfinden. Schließlich soll sichergestellt werden, dass Fachkräfte und Materialien für diese Testzentren aufgestockt würden, um den Mehrbedarf an Corona-Testungen und Schutzkleidung zukünftig sicherzustellen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/23712 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die elektronische Dokumentationspflicht nach der G-BA-Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme soll ausgesetzt werden, bis die technischen Voraussetzungen dafür sicher gegeben seien.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/23715 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Neben Arbeitseinkommen und Renten sollen nach dem Willen der Fraktion DIE LINKE. auch bei Pflichtversicherten in der Kranken- und Pflegeversicherung zur Berechnung der Beiträge Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie Vermietung und Verpachtung herangezogen werden. Zur Vermeidung der Verbeitragung geringer Summen und zur Harmonisierung mit dem Steuerrecht gelte der Sparerpauschbetrag von derzeit 801 Euro im Jahr.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/23699 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe e

Die Bundesregierung solle mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe und der Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, dass ein Personalbemessungsinstrument für die Hebammenversorgung in Kreißsälen eingeführt werde, das von einer 1:1-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme in wesentlichen Phasen der Geburt ausgehe. Kliniken sollen verpflichtet werden, ihren Hebammen-Betreuungsschlüssel und von ihnen ergriffene Maßnahmen zur Senkung ihrer risikoadjustierten Kaiserschnitttrate zu veröffentlichen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/19165 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b bis e

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

1. Bund und Länder und Gemeinden

Durch den ergänzenden Bundeszuschuss entstehen den Angaben zu Folge für den Bundeshaushalt für das Haushaltsjahr 2021 Mehrausgaben in Höhe von 5 Milliarden Euro. Durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes würden für den Bund als Arbeitgeber im Jahr 2021 Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 30 Millionen Euro vermieden. Durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes würden für die Länder und Kommunen als Arbeitgeber im Jahr 2021 Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 400 Millionen Euro vermieden. Für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung würden durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes bei der Tragung ihres Beitragssatzanteils im Jahr 2021 Mehrausgaben in Höhe von 1,3 Milliarden Euro vermieden. Durch die Erweiterung der Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser im ländlichen Raum um Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin könnten diese Krankenhäuser eine zusätzliche Finanzierung gemäß § 5 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) erhalten. Die Voraussetzungen für die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum würden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen. Mit den Änderungen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum entstünden jährlich Mehrausgaben von rund 12 Millionen Euro für alle Kostenträger. Hiervon entfielen aufgrund von Beihilfefzahlungen jährlich rund 300 000 Euro auf den Bund und die Länder. Die Mehrausgaben der Beihilfestellen von Bund, Ländern und Gemeinden würden im Zusammenhang mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm jährlich auf rund 1,63 Millionen Euro insgesamt geschätzt; die Länder und Gemeinden hätten davon rund 1,14 Millionen Euro, der Bund rund 0,49 Millionen Euro zu tragen. Mehrausgaben an Sach- und Personalmitteln für den Bundeshaushalt seien finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan auszugleichen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Verschiebung des Inkrafttretens der bundesweiten Verträge über Preise im Bereich der Heilmittelversorgung um drei Monate entstünden für die GKV Minderausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe. Je ein Prozentpunkt nicht vereinbarter Preissteigerung entspreche dies einem jährlichen Finanzvolumen von rund 90 Millionen Euro. Für die GKV ergäben sich im Jahr 2021 durch den ergänzenden Bundeszuschuss Mehreinnahmen in Höhe von 5 Milliarden Euro. Durch die Zuführung von rund 8 Milliarden Euro aus den Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen entstünden dem Gesundheitsfonds im Jahr 2021 ent-

sprechende Mehreinnahmen. Damit stünden im Jahr 2021 insgesamt rund 13 Milliarden Euro für höhere Zuweisungen an die Krankenkassen und damit zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zur Verfügung. Mit der Erweiterung der Anzahl der förderungsfähigen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2020 sowie mit der Einführung gestaffelter Zuschläge nach der Anzahl der basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum entstünden für die GKV jährlich Mehrausgaben in Höhe von rund 11 Millionen Euro. Für das dreijährige Hebammenstellen-Förderprogramm habe die GKV zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe für die Jahre 2021 bis 2023 bis zu rund 58,5 Millionen Euro jährlich für die Neueinstellung oder die Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von Hebammen und von Hebammen unterstützendem Fachpersonal zur Verfügung zu stellen. Die Gesamtkosten für das Förderprogramm für alle Kostenträger lägen bei rund 200 Millionen Euro. Durch die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bis zum 31. März 2021 entstünden im Bereich der häuslichen Krankenpflege Mehrausgaben in Höhe von rund 30 Millionen Euro.

3. Soziale Pflegeversicherung

Für die zukunftsorientierte Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen entstünden für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2021 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 340 Millionen Euro, im Jahr 2022 und in den darauffolgenden Jahren in Höhe von rund 680 Millionen Euro jährlich. Durch die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI bis zum 31. März 2021 entstünden Mehrausgaben in Höhe von rund 500 Millionen Euro im Jahr 2021. Darüber hinaus werden im SGB XI zwei Förderprogramme eingerichtet, die zu Ausgaben in Höhe von bis zu 3 Mio. Euro jährlich bzw. in Höhe von bis zu 12 Millionen Euro einmalig bis 2024 führen würden.

Zu den Buchstaben b bis e

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehe kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

a) Hebammenstellen-Förderprogramm

Durch Nachweispflichten hinsichtlich der Einstellung zusätzlichen oder der Aufstockung bestehenden Personals gegenüber dem Bestand zum Stichtag 1. Januar 2020 entstehe für die Krankenhäuser in den Jahren 2021 bis 2023 befristeter zusätzlicher Aufwand von bis zu rund 520 000 Euro.

b) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zur Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals könnten die vollstationären Pflegeeinrichtungen gesonderte Vergütungszuschläge vorab im Rahmen eines

vereinfachten Verfahrens (§ 85 Absatz 11 SGB XI) beantragen oder – nach Bekanntmachung der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes – im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Pflegesatzverhandlungen mit vereinbaren (§ 85 Absatz 9 SGB XI). Dies führe für die Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen zu einem einmaligen Einfüllungsaufwand von rund 62 000 Euro, wenn sie von dem Antragsverfahren Gebrauch machten. Werde der Vergütungszuschlag im Rahmen des regulären Pflegesatzverfahrens ausgehandelt, sei mit einem geringfügigen, nicht bezifferbaren Mehraufwand zu rechnen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Nach den Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie könne die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Anpassungen an dem Honorarverteilungsmaßstab vornehmen. Der daraus einmalig entstehende Erfüllungsaufwand für die Gesamtvertragspartner werde auf einen Betrag in Höhe von ca. 15 000 Euro geschätzt.

b) Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Den gesetzlichen Krankenkassen entstehe Verwaltungsaufwand durch die Verpflichtung, Altverträge an die neue Rechtslage anzupassen. Darüber hinaus entstehe dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) geringfügiger Mehraufwand durch die Umstellung der Altverträge bis zum 31. Dezember 2024. Eine verlässliche Aussage über die Höhe des Erfüllungsaufwandes könne hierfür nicht getroffen werden.

c) Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung

Für das BAS entstehe ein geringfügiger Mehraufwand durch die Erstellung von Bescheiden, die gegenüber den Krankenkassen die Höhe der abzuführenden Finanzreserven festlegten, und die Verrechnung der Beträge im Zuweisungsverfahren aus dem Gesundheitsfonds.

d) Hebammenstellen-Förderprogramm

Durch die Pflicht der Krankenkassen, den GKV-Spitzenverband über die zusätzlichen Stellen zu informieren, die mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm gefördert würden, entstehe den Krankenkassen in den Jahren 2021 bis 2023 insgesamt ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 18 000 Euro. Darüber hinaus entstehe beim GKV-Spitzenverband durch den zu erstellenden Bericht zum Hebammenstellen-Förderprogramm zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 000 Euro pro Jahr, insgesamt rund 15 000 Euro.

e) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Die Vertragsparteien auf Bundesebene hätten auf der Grundlage der aktuellen Beschlussfassung des G-BA zu Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ihre Liste vom 30. Juni 2020 zur Ausweisung der gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG in Verbindung mit § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Bu-

ches Sozialgesetzbuch (SGB V) anspruchsberechtigten Krankenhäuser zu erweitern. Dafür müssten sie die Kinderkrankenhäuser und die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ermitteln, die die Vorgaben zur Aufnahme in die Liste erfüllten. Hierdurch entstehe für die Vertragsparteien auf Bundesebene einmalig ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

f) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Die Umsetzung führe in der Verwaltung der Pflegekassen auf Bundesebene für die Erarbeitung des Verfahrens zu einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 8 500 Euro und geringfügigen jährlichen Erfüllungsaufwendungen für die quartalsweise Berichterstattung. Für die Pflegekassen auf Landesebene entstehe ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 76 000 Euro, wenn die Pflegeeinrichtungen von dem Antragsverfahren Gebrauch machen. Werde der Vergütungszuschlag im Rahmen des regulären Pflegesatzverfahrens ausgehandelt, sei mit einem geringfügigen, nicht bezifferbaren Mehraufwand zu rechnen.

Zu den Buchstaben b bis e

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes würden für die Wirtschaft im Jahr 2021 Mehrbelastungen in einer Größenordnung von ca. 4,3 Milliarden Euro vermieden. Die Mehrausgaben der privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen von Bund, Ländern und Gemeinden im Zusammenhang mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm würden jährlich auf rund 6,5 Millionen Euro geschätzt. Davon entfielen rund 1,63 Millionen Euro auf die Beihilfestellen insgesamt. Auf die private Krankenversicherung entfielen damit Kosten in Höhe von 4,87 Millionen Euro. Durch die Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und die Einführung gestaffelter Zuschläge nach der Anzahl der basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum entfielen jährlich Mehrausgaben von rund 900 000 Euro auf die private Krankenversicherung. Bei der Umsetzung der zukunftsorientierten Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ergäben sich für die private Pflegepflichtversicherung im Jahr 2021 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 25 Millionen Euro und im Jahr 2022 und in den darauffolgenden Jahren in Höhe von rund 50 Millionen Euro jährlich. Die Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen habe direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergäben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen in diesem Bereich. Für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführten, ergäben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent durch die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI bis zum 31. März 2021 Netto-Mehrausgaben in Höhe von rund 35 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben b bis e

Die weiteren Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/2423 aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/23712 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/23715 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 19/23699 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 19/19165 abzulehnen.

Berlin, den 25. November 2020

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel
Vorsitzender

Karin Maag
Berichterstatterin

Bettina Müller
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Dr. Achim Kessler
Berichterstatter

Dr. Kirsten Kappert-Gonthier
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
 – Drucksache 19/23483 –
 mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege	Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflege- verbesserungsgesetz – GPVG)	(Gesundheitsversorgungs- und Pflege- verbesserungsgesetz – GPVG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlos- sen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlos- sen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	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 zu- letzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zu- letzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 32 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„(1c) Ab dem 1. Oktober 2020 bedürfen Ver- ordnungen von Heilmitteln mit Ausnahme des Genehmigungsverfahrens nach Absatz 1a Satz 2 keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.“	
	1a. Nach § 79 Absatz 3d wird folgender Absatz 3e eingefügt:
	„(3e) Die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kas- senärztlichen Bundesvereinigungen können aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schrift- lich abstimmen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Nach § 85 wird folgender § 85a eingefügt:	2. Nach § 85 wird folgender § 85a eingefügt:
„§ 85a	„§ 85a
Sonderregelungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Pandemie	Sonderregelungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Pandemie
(1) Um die finanziellen Auswirkungen zu überbrücken, die sich aus der infolge der COVID-19-Pandemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ergeben <i>haben</i>, wird die Gesamtvergütung vertragszahnärztlicher Leistungen abweichend von § 85 Absatz 2 Satz 1 für das Jahr 2020 auf 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen des Jahres 2019 als Abschlagszahlung festgesetzt. Satz 1 gilt nicht, wenn die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 2. Juni 2020 einer solchen Festsetzung schriftlich widersprochen hat.	(1) Um die finanziellen Auswirkungen zu überbrücken, die sich aus der infolge der COVID-19-Pandemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ergeben, wird die Gesamtvergütung vertragszahnärztlicher Leistungen abweichend von § 85 Absatz 2 Satz 1 für das Jahr 2020 und das Jahr 2021 jeweils auf 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen des Jahres 2019 als Abschlagszahlung festgesetzt. Satz 1 gilt für das Jahr 2020 nicht, wenn die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 2. Juni 2020 einer solchen Festsetzung schriftlich widersprochen hat. Satz 1 gilt für das Jahr 2021 nicht, wenn die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 1. Februar 2021 einer solchen Festsetzung schriftlich widerspricht.
(2) Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung gezahlte Gesamtvergütung nach Absatz 1 die im Jahr 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen in den Jahren 2021 und 2022 vollständig auszugleichen. Das Nähere zu dem Ausgleich vereinbaren die Partner der Gesamtverträge nach § 83.	(2) Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung im Jahr 2020 gezahlte Gesamtvergütung nach Absatz 1 die im Jahr 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen in den Jahren 2021 bis 2023 vollständig auszugleichen. Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung im Jahr 2021 gezahlte Gesamtvergütung nach Absatz 1 die im Jahr 2021 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen in den Jahren 2022 und 2023 vollständig auszugleichen. Das Nähere zu dem Ausgleich vereinbaren die Partner der Gesamtverträge nach § 83.
(3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können in den Jahren 2020 bis 2022 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab von § 85 Absatz 4 Satz 3 bis 5 abweichende Regelungen vorsehen, um die vertragszahnärztliche	(3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können in den Jahren 2020 bis 2023 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab von § 85 Absatz 4 Satz 3 bis 5 abweichende Regelungen vorsehen, um die vertragszahnärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit sicherzustellen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
che Versorgung unter Berücksichtigung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit sicherzustellen.	
(4) Soweit die vertragszahnärztliche Versorgung mit den Abschlagszahlungen nach Absatz 1 nicht sichergestellt werden kann, können die Partner der Gesamtverträge nach § 83 für <i>das Jahr 2020</i> Abschlagszahlungen bezogen auf den in den Festzuschussbeträgen nach § 55 enthaltenen Anteil für zahnärztliche Leistungen vereinbaren. Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung geleistete Abschlagszahlung die im Jahr 2020 tatsächlich erbrachten zahnärztlichen Leistungen nach Satz 1, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen im Jahr 2021 vollständig auszugleichen. Das Nähere zum Ausgleich vereinbaren die Partner der Gesamtverträge nach § 83. “	(4) Soweit die vertragszahnärztliche Versorgung mit den Abschlagszahlungen nach Absatz 1 nicht sichergestellt werden kann, können die Partner der Gesamtverträge nach § 83 für die Jahre 2020 und 2021 Abschlagszahlungen bezogen auf den in den Festzuschussbeträgen nach § 55 enthaltenen Anteil für zahnärztliche Leistungen vereinbaren. Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung im Jahr 2020 geleistete Abschlagszahlung die im Jahr 2020 tatsächlich erbrachten zahnärztlichen Leistungen nach Satz 1, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen im Jahr 2021 vollständig auszugleichen. Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung im Jahr 2021 geleistete Abschlagszahlung die im Jahr 2021 tatsächlich erbrachten zahnärztlichen Leistungen nach Satz 1, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen im Jahr 2022 vollständig auszugleichen. Das Nähere zum Ausgleich vereinbaren die Partner der Gesamtverträge nach § 83.
	(5) Die Partner der Gesamtverträge haben in den Jahren 2021 und 2022 bei den nach § 85 Absatz 3 Satz 1 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen auch die infolge der COVID-19-Pandemie verminderte Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen angemessen zu berücksichtigen.
	(6) Für die Vereinbarung der Gesamtvergütung in den Jahren 2021 und 2022 findet § 85 Absatz 2 Satz 7 keine Anwendung.“
	2a. § 105 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:
	„Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann in den Jahren 2021 und 2022 aus Mitteln des Strukturfonds eine Förderung von in den Jahren 2019 bis 2021 neu niedergelassenen Praxen vorsehen.“
	b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Die Krankenkassen haben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maß-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nehmen, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. Zum Zweck der Abrechnung der Erstattung nach Satz 1 übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen rechnungsbe gründende Unterlagen, aus denen sich die Art und die Höhe der zu erstattenden Kosten im Einzelnen ergeben.“
	2b. § 111 wird wie folgt geändert:
	a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
	b) Nach Absatz 5 Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in Satz 5 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.“
	2c. § 111c wird wie folgt geändert:
	a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
	b) Nach Absatz 3 Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Satz 5 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.“
3. § 125 wird wie folgt geändert:	3. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „1. Januar 2021“ ersetzt.	
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2020“ durch die Angabe „1. Januar 2021“ ersetzt.	
bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Das Schiedsverfahren beginnt vor den in Satz 1 genannten Zeitpunkten, wenn mindestens eine Vertragspartei die Verhandlungen ganz oder teilweise für gescheitert erklärt und die Schiedsstelle anruft.“	
4. In § 125a Absatz 3 wird die Angabe „15. November 2020“ durch die Angabe „15. März 2021“ ersetzt.	4. un v e r ä n d e r t
	4a. § 125b wird wie folgt geändert:
	a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
	b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
	„(2a) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass nach § 124 Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 1 zugelassene Leistungserbringer zur pauschalen Abgeltung der ihnen infolge der COVID-19-Pandemie entstehenden Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen für jede Heilmittelverordnung, die sie längstens bis zum 31. Dezember 2021 abrechnen, einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 1,50 Euro gegenüber den Krankenkassen geltend machen können. Die Vertragsparteien nach § 125 Absatz 1 Satz 1

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	können in ihren Verträgen davon abweichende Vereinbarungen treffen.“
	4b. § 127 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Darüber hinaus können die Vertragsparteien in den Verträgen nach Satz 1 auch einen Ausgleich der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie vereinbaren.“
	b) In Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „Satz 3 und 4“ durch die Wörter „Satz 2, 4 und 5“ ersetzt.
5. Dem § 137g Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	5. un v e r ä n d e r t
„Abweichend von § 140a Absatz 1 Satz 4 müssen Verträge, die nach § 73a, § 73c oder § 140a in der jeweils am 22. Juli 2015 geltenden Fassung zur Durchführung der Programme geschlossen wurden, nicht bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach § 140a ersetzt oder beendet werden; wird ein solcher Vertrag durch einen Vertrag nach § 140a ersetzt, folgt daraus allein keine Pflicht zur Vorlage oder Unterrichtung nach Satz 3.“	
	5a. Dem § 139 Absatz 11 wird folgender Satz angefügt:
	„Soweit vor einer Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2 mögliche Berührungspunkte des voraussichtlichen Fortschreibungsbedarfs mit digitalen oder technischen Assistenzsystemen festgestellt werden, ist zusätzlich mindestens eine Stellungnahme eines Sachverständigen oder unabhängigen Forschungsinstituts aus dem Bereich der Technik einzuholen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“
6. § 140a wird wie folgt geändert:	6. un v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Verträge“ ersetzt und werden die Wörter „unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
durch die Wörter „besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften“ ersetzt.	
bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die besondere Versorgung regional beschränken.“	
cc) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „gelten fort“ durch die Wörter „sind spätestens bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach dieser Vorschrift zu ersetzen oder zu beenden“ ersetzt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die abweichende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der besonderen Versorgung entsprechen, sie muss insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Wenn Verträge über eine besondere Versorgung zur Durchführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen abgeschlossen werden, gelten die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 und die Anforderungen nach Satz 4 als erfüllt. Das gilt auch für Verträge zur Fortführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen oder wesentlicher Teile daraus sowie für Verträge zur Übertragung solcher Versorgungsformen in andere Regionen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nach dem bisherigen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Partner eines Vertrages nach Absatz 1 können sich darauf verständigen, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung durch die Vertragspartner oder Dritte erbracht werden; § 11 Absatz 4 Satz 5 gilt entsprechend.“	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Nach Nummer 3 werden die folgenden Nummern 3a und 3b eingefügt:	
„3a. anderen Leistungsträgern nach § 12 des Ersten Buches und den Leistungserbringern, die nach den für diese Leistungsträger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigt sind,	
3b. privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, um Angebote der besonderen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen,“.	
bbb) In Nummer 7 werden nach den Wörtern „Kassenärztlichen Vereinigungen“ die Wörter „oder Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1“ eingefügt und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
ccc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:	
„8. Anbietern von digitalen Diensten und Anwen-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3.“	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Bei Verträgen mit Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach Nummer 8 sind die Zugänglichkeitskriterien für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.“	
d) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a und 3b eingefügt:	
„(3a) Gegenstand der Verträge kann sein	
1. die Förderung einer besonderen Versorgung, die von den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern selbständig durchgeführt wird, oder	
2. die Beteiligung an Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger nach § 12 des Ersten Buches.	
Die Förderung und Beteiligung nach Satz 1 dürfen erfolgen, soweit sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.	
(3b) Gegenstand der Verträge kann eine besondere Versorgung im Wege der Sach- oder Dienstleistung sein	
1. im Einzelfall, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder	
2. in den Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen.	
Verträge nach Satz 1 können auch mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, wenn eine dem Versorgungsniveau in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.“	
	6a. In § 217b Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 64 Abs. 1 bis 3“ durch die Wörter „§ 64 Absatz 1 bis 3a“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	6b. § 219a Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Bei Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland haben, gilt dies für alle Behandlungen, die bis zum 31. Dezember 2020 begonnen werden.“
7. Nach § 221 wird folgender § 221a eingefügt:	7. u n v e r ä n d e r t
„§ 221a	
Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021	
Unbeschadet des § 221 Absatz 1 leistet der Bund im Jahr 2021 zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen nach Satz 1 der landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Betrag von 30 Millionen Euro.“	
8. In § 242 Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag“ durch die Wörter „das 0,8-Fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags“ ersetzt.	8. § 242 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag“ durch die Wörter „das 0,8-Fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags“ ersetzt.
	b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
	„(1a) Krankenkassen, deren Finanzreserven gemäß § 260 Absatz 2 Satz 1 nach ihrem Haushaltsplan für das Jahr 2021 zum Ende des Jahres 2021 einen Betrag von 0,4 Monatsausgaben unterschreiten würden, wenn keine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes erfolgt, dürfen ihren

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Zusatzbeitragssatz abweichend von Absatz 1 Satz 4 zum 1. Januar 2021 anheben; diese Zusatzbeitragssatzanhebung ist begrenzt auf einen Zusatzbeitragssatz, der der Absicherung dieser Finanzreserven in Höhe von 0,4 Monatsausgaben am Ende des Jahres 2021 entspricht. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann einer Krankenkasse, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung für das Jahr 2021 über weniger als 50.000 Mitglieder verfügt, auf Antrag eine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes zum 1. Januar 2021 genehmigen, die über die nach Satz 1 zulässige Anhebung hinausgeht, soweit dies erforderlich ist, um den für diese Krankenkasse notwendigen Betrag an Finanzreserven zur Absicherung gegen unvorhersehbare Ausgabenrisiken nicht zu unterschreiten. Bei der Anhebung und der Genehmigung der Anhebung der Zusatzbeitragssätze nach den Sätzen 1 und 2 soll die Entwicklung der Ausgaben zugrunde gelegt werden, die der Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für das Jahr 2021 erwartet. Die in den Haushaltsplänen der Krankenkassen für das Jahr 2021 vorzusehenden Beträge der Zuführungen nach § 170 Absatz 1 Satz 1 und zum Deckungskapital für Verpflichtungen nach § 12 Absatz 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung sind 2021 auf die für das Haushaltsjahr notwendigen Beträge begrenzt.“
9. In § 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils das Wort „Einfache“ durch die Angabe „0,8-Fache“ ersetzt.	9. un verändert
10. § 271 wird wie folgt geändert:	10. un verändert
a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	
„Die Mittel des Gesundheitsfonds sind so anzulegen, dass sie für den in den §§ 266, 268 und 270 bis 271 genannten Zweck verfügbar sind. Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.“	
b) In Absatz 1a Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt und werden die Wörter „in voller Höhe für	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
den Einkommensausgleich“ durch die Wörter „für die Durchführung des Einkommensausgleichs“ ersetzt.	
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Gesundheitsfonds“ die Wörter „auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr“ eingefügt.	
bb) Die Sätze 6 bis 9 werden aufgehoben.	
d) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 266 Abs. 1 Satz 1“ durch die Wörter „den §§ 266, 268, 270 und 270a“ ersetzt.	
e) Die Absätze 4 bis 6 werden durch die folgenden Absätze 4 bis 7 ersetzt:	
„(4) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2021 900 Millionen Euro, im Jahr 2022 600 Millionen Euro und im Jahr 2023 300 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt, um die Mindereinnahmen, die sich aus der Anwendung von § 226 Absatz 2 Satz 2 ergeben, zu kompensieren.	
(5) Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 100 Millionen Euro, jeweils abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugeführt; Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve werden nach § 92a Absatz 3 Satz 4 und 6 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgeführt.	
(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und in den Jahren 2019 bis 2024 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.	
(7) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.“	
11. § 272 wird wie folgt gefasst:	11. § 272 wird wie folgt gefasst:
„§ 272	„§ 272
Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021	Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021
(1) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2021 Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 zugeführt, indem 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, herangezogen werden. Maßgebend für die Rechengrößen nach Satz 1 sind die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse.	(1) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2021 Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 zugeführt, indem 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, herangezogen werden. Abweichend von Satz 1 werden 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 einer Krankenkasse, die ein Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke zuzüglich von 3 Millionen Euro überschreiten, herangezogen, wenn dieser Betrag geringer als der sich nach Satz 1 für die Krankenkasse ergebende Betrag ist. Maßgebend für die Rechengrößen nach den Sätzen 1 und 2 sind die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit am 14. August 2020 übermittelt hat.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet den Betrag nach Absatz 1 <i>Satz 1</i>, der sich für jede betroffene Krankenkasse ergibt, und macht ihn durch Bescheid gegenüber der Krankenkasse geltend. Es verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung verteilt die Verrechnung nach Satz 2 in monatlich gleichen Teilbeträgen auf alle Ausgleichsmonate des Jahres 2021, die auf den Monat, in dem der Bescheid nach Satz 1 erlassen wird, folgen. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge haben keine aufschiebende Wirkung.“	(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet den Betrag nach Absatz 1, der sich für jede betroffene Krankenkasse ergibt, und macht ihn durch Bescheid gegenüber der Krankenkasse geltend. Es verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung verteilt die Verrechnung nach Satz 2 in monatlich gleichen Teilbeträgen auf alle Ausgleichsmonate des Jahres 2021, die auf den Monat, in dem der Bescheid nach Satz 1 erlassen wird, folgen. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge haben keine aufschiebende Wirkung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung soll die Bescheide nach Satz 1 bis zum 31. März 2021 erlassen.
	(3) Vereinigen sich Krankenkassen nach § 155 ab dem 15. August 2020 und hätte sich für eine, einen Teil oder alle der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ein Betrag nach Absatz 1 ergeben, macht das Bundesamt für Soziale Sicherung den Betrag oder die Summe der Beträge gegenüber der neuen Krankenkasse nach § 155 Absatz 6 Satz 2 durch Bescheid geltend. Es verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die neue Krankenkasse nach § 155 Absatz 6 Satz 2 auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken; Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Satz 1 gilt nicht, wenn das Bundesamt für Soziale Sicherung zum nach § 155 Absatz 5 bestimmten Zeitpunkt bereits den Bescheid oder die Bescheide nach Absatz 2 Satz 1 gegenüber den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen erlassen hat.“
	11a. § 275c wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse in jedem Quartal von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bis zu 5 Prozent

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Anzahl der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent.“
	bb) Satz 2 wird aufgehoben.
	cc) Nach dem neuen Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Maßgeblich für die Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal und zu der maßgeblichen quartalsbezogenen Prüfquote ist das Datum der Einleitung der Prüfung.“
	dd) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.
	b) In Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „in dem betrachteten Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung“ durch die Wörter „Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die, ausgehend vom betrachteten Quartal, im vorvergangenen Quartal eingegangen sind“ ersetzt.
	12. Dem § 279 wird folgender Absatz 9 angefügt:
	„(9) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen.“
	12a. In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ eingefügt.
	13. § 414 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „am“ durch die Wörter „ab dem“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4“ ein Komma und die Angabe „des § 279 Absatz 9“ eingefügt.
	b) In Absatz 2 werden die Sätze 3 und 4 wie folgt gefasst:
	„§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 28. Februar 2021 erlässt. Diese Richtlinie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“
	c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
	„(2a) § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 31. Dezember 2021 erlässt. In der Richtlinie ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben. Hierfür sind geeignete Gruppen der Aufgaben der Medizinischen Dienste (Begutachtungsaufträge) zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Satz 1 erforderlichen Daten sind von allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise spätestens ab dem 1. März 2021 zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste anonymisiert auszuwerten. Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Begutachtungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen. Sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 1a
	Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 79 Absatz 3e und § 279 Absatz 9 werden aufgehoben.
	2. In § 217b Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „§ 64 Absatz 1 bis 3a“ durch die Wörter „§ 64 Absatz 1 bis 3“ ersetzt.
	3. In § 414 Absatz 1 Satz 3 wird nach den Wörtern „§§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4“ ein Komma und die Angabe „des § 279 Absatz 9“ gestrichen.
Artikel 2	Artikel 2
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Dem § 4 wird folgender Absatz 10 angefügt:	1. Dem § 4 wird folgender Absatz 10 angefügt:
„(10) Die Personalkosten, die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich entstehen, werden bis zur Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus finanziert. Die Anzahl der Geburten wird für jedes Krankenhaus einmalig auf Grundlage der durchschnittlichen Anzahl an jährlichen Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 bestimmt. Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal in	„(10) Die Personalkosten, die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich entstehen, werden bis zur Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus finanziert. Die Anzahl der Geburten wird für jedes Krankenhaus einmalig auf Grundlage der durchschnittlichen Anzahl an jährlichen Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 bestimmt. Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal in

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal auf 10 Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum Hebammen unterstützenden Fachpersonal gehören	Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal auf bis zu 25 Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum Hebammen unterstützenden Fachpersonal gehören
1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung Medizinische Dokumentation abgeschlossen haben,	2. u n v e r ä n d e r t
3. <i>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufgesetzes,</i>	3. entfällt
4. <i>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes,</i>	4. entfällt
5. <i>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes,</i>	5. entfällt
6. <i>Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach dem Pflegeberufgesetz.</i>	6. entfällt
Zur Umsetzung der Sätze 1 und 3 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass im Vergleich zum 1. Januar 2020 zusätzliche Stellen für Hebammen oder für Hebammen unterstützendes Fachpersonal geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden. Die Schaffung neuer Stellen im Sinne von Satz 6 hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zu belegen. Zudem ist zu belegen, dass das neue oder aufgestockte Personal entsprechend	Zur Umsetzung der Sätze 1 und 3 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass im Vergleich zum 1. Januar 2020 zusätzliche Stellen für Hebammen oder für Hebammen unterstützendes Fachpersonal geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden. Die Schaffung neuer Stellen im Sinne von Satz 6 hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zu belegen. Zudem ist zu belegen, dass das neue oder aufgestockte Personal entsprechend

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung beschäftigt wird und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des nach Satz 5 für die Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Bei der Vereinbarung sind nur Löhne und Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu berücksichtigen; Maßstab für die Ermittlung ist jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem Krankenhaus für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen nicht in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die zum 1. Januar 2020 festgestellte Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Bereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern. Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:	der schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung beschäftigt wird und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des nach Satz 5 für die Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Bei der Vereinbarung sind nur Löhne und Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu berücksichtigen; Maßstab für die Ermittlung ist jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem Krankenhaus für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen nicht in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die zum 1. Januar 2020 festgestellte Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Bereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern. Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:
1. einmalig eine Bestätigung über die Anzahl der Geburten in den Jahren 2017 bis 2019,	1. u n v e r ä n d e r t
2. einmalig eine Bestätigung über die zum 1. Januar 2020 festgestellte Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe insgesamt und unterteilt nach Hebammen und den in Satz 4 genannten Berufsgruppen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe unterteilt nach Hebammen und den in Satz 4 benannten Berufsgruppen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und	3. u n v e r ä n d e r t
4. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.	4. u n v e r ä n d e r t
Werden die Bestätigungen nach Satz 14 nicht oder nicht vollständig vorgelegt, ist der zusätzliche Betrag vollständig zurückzuzahlen. Die Vorlage der Bestätigungen nach Satz 14 hat durch das Krankenhaus gegenüber den Vertragspartnern bis zum 28. Februar des jeweiligen Folgejahres zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2022 über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für das Hebammen unterstützende Fachpersonal, die auf Grund der Finanzierung nach den Sätzen 1 und 3 in den Jahren 2021, 2022 und 2023 neu eingestellt oder deren vorhandene Teilzeitstellen aufgestockt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berichterstattung nach Satz 17 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach den Sätzen 1 und 3 finanziertem Personal zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Verfahren für die Übermittlung fest.“	Werden die Bestätigungen nach Satz 14 nicht oder nicht vollständig vorgelegt, ist der zusätzliche Betrag vollständig zurückzuzahlen. Die Vorlage der Bestätigungen nach Satz 14 hat durch das Krankenhaus gegenüber den Vertragspartnern bis zum 28. Februar des jeweiligen Folgejahres zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2022 über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für das Hebammen unterstützende Fachpersonal, die auf Grund der Finanzierung nach den Sätzen 1 und 3 in den Jahren 2021, 2022 und 2023 neu eingestellt oder deren vorhandene Teilzeitstellen aufgestockt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berichterstattung nach Satz 17 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach den Sätzen 1 und 3 finanziertem Personal zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Verfahren für die Übermittlung fest.“
2. In § 5 Absatz 2a Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „hält ein Krankenhaus mehr als zwei Fachabteilungen vor, die <i>Leistungen erbringen, für die nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist</i> , hat das Krankenhaus darüber hinaus Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 200 000 Euro jährlich je weiterer vorgehaltener Fachabteilung, die <i>solche Leistungen erbringt</i> “ eingefügt.	2. In § 5 Absatz 2a Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „hält ein Krankenhaus mehr als zwei Fachabteilungen vor, die die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen , hat das Krankenhaus darüber hinaus Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 200 000 Euro jährlich je weiterer vorgehaltener Fachabteilung, die die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt “ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Dem § 9 Absatz 1a Nummer 6 werden die Wörter „die Liste ist bis zum 31. Dezember 2020 um Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin zu erweitern, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen;“ angefügt.	3. u n v e r ä n d e r t
	Artikel 2a
	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	In § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) geändert worden ist, wird die Angabe „1. Oktober“ durch die Angabe „6. November“ ersetzt.
	Artikel 2b
	Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung
	In § 21 Absatz 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) geändert worden ist, wird die Angabe „1. Oktober“ durch die Angabe „6. November“ ersetzt.“
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	0. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 78 wie folgt gefasst:
	„§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen“.
	0a. § 8 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a und 3b eingefügt:
	„(3a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Bei Modellvorhaben, die den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung der Modellvorhaben nicht belastet werden. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das folgende Haushaltsjahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Über die Auswertung der Modellvorhaben ist von unabhängigen Sachverständigen ein Bericht zu erstellen. Der Bericht ist zu veröffentlichen. § 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.
	(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sicher. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein. Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen werden zur Finanzierung der Maßnahmen nach Satz 1 in den Jahren 2021 bis 2024 bis zu 12 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel re-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	geln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Einsatz von zusätzlichem Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Teilnahme an Modellprojekten nach Satz 1 sollen in das Fördervolumen nach Satz 5 einbezogen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1 nicht belastet werden.“
	b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
	„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten.“
	bb) In Satz 7 werden nach dem Wort „fällig“ ein Komma und die Wörter „sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird“ eingefügt.
	cc) In Satz 8 werden die Wörter „und den Nachweis nach Satz 4“ gestrichen.
1. In § 17 Absatz 1a Satz 1 und 4 werden die Wörter „der Krankenkassen“ jeweils durch das Wort „Bund“ ersetzt.	1. un verändert
2. § 18 Absatz 6a Satz 5 wird wie folgt gefasst:	2. un verändert
„Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird die Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches.“	
	2a. § 40 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „überprüft“ durch die Wörter „kann in geeigneten Fällen“ ersetzt und werden nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	den Wörtern „des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „überprüfen lassen“ angefügt.
	b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
	„§ 40 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“
	c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
	„(6) Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antrags Eingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“
	2b. § 78 wird wie folgt geändert:
	a) Der Überschrift wird ein Komma und die Wörter „Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen“ angefügt.
	b) Nach Absatz 2 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen fortzuschreiben. Unbeschadet der regelhaften Fortschreibung nach Satz 4 entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert und berät Hersteller auf deren Anfrage über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis; im Übrigen gilt § 139 Absatz 8 des Fünften

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Buches entsprechend. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens des Pflegehilfsmittels.“
	c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
	„(2a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gemäß § 40 Absatz 4 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien, einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen. Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.“
3. Dem § 84 wird folgender Absatz 9 angefügt:	3. unverändert
„(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.“	
4. Dem § 85 werden die folgenden Absätze 9 bis 11 angefügt:	4. Dem § 85 werden die folgenden Absätze 9 bis 11 angefügt:
„(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass	„(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass
1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,	1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
a) das über eine abgeschlossene <i>Ausbildung verfügt, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Län-</i>	a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>derzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz. AT 17.02.2016 B3) erfüllt, oder</i>	
b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder	b) u n v e r ä n d e r t
c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von <i>drei</i> Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende <i>Ausbildung im Sinne von Buchstabe a</i> beginnen wird, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,	c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, 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) erfüllt , es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,
2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegegesetzzeitraum finanziert werden,	2. u n v e r ä n d e r t
3. notwendige Ausbildungsaufwendungen 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,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und	4. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.	5. u n v e r ä n d e r t
Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.	Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.
(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest. Die Festlegungen nach Satz 2 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.	(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9, für die notwendigen Ausbildungsaufwendungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest. Die Festlegungen nach Satz 2 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
(11) Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:	(11) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. die Anzahl der zum Zeitpunkt der Mitteilung versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden,	
2. die zusätzlichen Stellenanteile, die entsprechend Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 auf der Grundlage der versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden nach Nummer 1 berechnet werden,	
3. die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal,	
4. die mit einer berufsbegleitenden Ausbildung nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und c verbundenen notwendigen, nicht anderweitig finanzierten Aufwendungen und	
5. die Erklärung, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal über das Personal hinausgeht, das die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat.	
Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bereitstellt. Die nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger können die nach Satz 1 mitgeteilten Angaben beanstanden. Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien nach Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. Die mit dem Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	5. § 148 wird wie folgt gefasst:
	„§ 148
	Beratungsbesuche nach § 37
	Abweichend von § 37 Absatz 3 Satz 1 erfolgt die von den Pflegebedürftigen abzurufende Beratung bis einschließlich 31. März 2021 telefonisch, digital oder per Videokonferenz, wenn die oder der Pflegebedürftige dies wünscht.“
	6. In § 150 Absatz 6 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
Artikel 4	Artikel 4
Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung	u n v e r ä n d e r t
§ 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 (BAnz. AT 04.05.2020 V1) wird aufgehoben.	
	Artikel 4a
	Änderung der Coronavirus-Testverordnung
	§ 13 Absatz 4 der Coronavirus-Testverordnung vom 14. Oktober 2020 (BAnz AT 14.10.2020 V1) wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 4b
	Änderung des Familienpflegezeitgesetzes
	Das Familienpflegezeitgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In § 3 Absatz 3 Satz 6 werden die Wörter „bis 31. Dezember 2020“ durch die Wörter „bis 31. März 2021“ ersetzt.
	2. § 16 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2 wird die Angabe „1. Dezember 2020“ durch die Angabe „1. März 2021“ ersetzt.
	b) In Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 wird jeweils die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
	c) In Absatz 6 wird das Wort „einmalig“ gestrichen und wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
	Artikel 4c
	Änderung des Pflegezeitgesetzes
	§ 9 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In Absatz 1 Satz 1, Absatz 2, 4 Satz 1 und Absatz 5 wird jeweils die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
	2. In Absatz 7 wird das Wort „einmalig“ gestrichen und wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 4d
	Änderung des Krankenhauszukunftsgesetzes
	Artikel 13 Absatz 4 des Krankenhauszukunftsgesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:
	„(4) Die Artikel 4 und 5 Nummer 4 treten am 1. Januar 2021 in Kraft.
	(5) Die Artikel 9 und 11 treten am 1. April 2021 in Kraft.“
Artikel 5	Artikel 5
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2021 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2021 in Kraft.
(2) Artikel 1 Nummer 1 und 3 tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum des Kabinettschlusses] in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer 1, 3 und 11a tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum des Kabinettschlusses] in Kraft.
	(2a) Artikel 1 Nummer 6b und Artikel 3 Nummer 5 treten mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 in Kraft.
	(3) Die Artikel 2a und 2b treten mit Wirkung vom 29. Oktober 2020 in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 7 bis 9 und 11 und Artikel 2 Nummer 3 treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum der 2. Lesung des Deutschen Bundestages] in Kraft.	(3a) Artikel 1 Nummer 7 bis 9 und 11 und Artikel 2 Nummer 3 treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum der 2. Lesung des Deutschen Bundestages] in Kraft.
	(3b) Die Artikel 4b, 4c und 4d treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.
	(4) Artikel 1a tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

**Bericht der Abgeordneten Karin Maag, Bettina Müller, Detlev Spangenberg,
Dr. Andrew Ullmann, Dr. Achim Kessler und Dr. Kirsten Kappert-Gonther**

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/23483, 19/24231** in seiner 186. Sitzung am 29. Oktober 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss Digitale Agenda sowie den Haushaltsausschuss überwiesen. Ferner wurde der Haushaltsausschuss nach § 96 GO-BT beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/23712** in seiner 186. Sitzung am 29. Oktober 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Tourismus überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/23715** in seiner 186. Sitzung am 29. Oktober 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/23699** in seiner 186. Sitzung am 29. Oktober 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und an den Ausschuss für Wirtschaft und Energie überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/19165** in seiner 186. Sitzung am 29. Oktober 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung sind nach Darstellung der Bundesregierung bis zum Ende des Jahres 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen. Ziel des Gesetzentwurfs sei es, die finanzielle Stabilität der GKV zu verbessern sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in einigen Bereichen zeitnah und nachhaltig zu verbessern. Durch die Wirtschaftskrise, die die COVID-19-Pandemie ausgelöst habe, würden für die GKV auch im Jahr 2021 erhebliche konjunkturbedingte Mindereinnahmen erwartet. Zugleich seien der GKV durch die Folgen der Pandemie sowie durch Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung erhebliche Mehrausgaben entstanden und weitere würden voraussichtlich entstehen. Daher bedürfe es zusätzlicher unterstützender Maßnahmen, um die finanzielle Stabilität der GKV im Jahr 2021 zu gewährleisten und die Beiträge zur GKV weitestgehend stabil zu halten. Außerdem seien in der COVID-

19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) Regelungen zur Festsetzung der Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für das Jahr 2020 als Abschlagszahlung sowie zu einem in den Jahren 2021 und 2022 gegebenenfalls erforderlichen Ausgleich enthalten. Dieser Regelungen bedürfe es auch über das spätestens zum 31. März 2021 erfolgende Außerkrafttreten der Verordnung hinaus. Des Weiteren habe der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, das Inkrafttreten der Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Verordnung (Heilmittel-Richtlinie) vom 1. Oktober 2020 auf den 1. Januar 2021 zu verschieben. Da in der Folge Rechtsunsicherheiten bei der Umsetzung der erstmals auf Bundesebene abzuschließenden Verträge zur Heilmittelversorgung zu erwarten seien, solle das Inkrafttreten dieser Verträge ebenfalls auf den 1. Januar 2021 verschoben werden. Die Betreuungsrelationen von Hebammen zu Schwangeren fielen regional sehr unterschiedlich aus und es könne gerade auf großen Geburtsstationen insbesondere in Großstädten zu Belastungsspitzen und Personalengpässen kommen. Daher solle die stationäre Hebammenversorgung von Schwangeren durch zusätzliches Personal verbessert werden.

Der Gesetzentwurf sieht daher eine Kombination unterstützender Maßnahmen vor, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zur GKV nach § 242a SGB V im Jahr 2021 weitestgehend stabil zu halten. Hierfür leiste der Bund im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von fünf Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds, einschließlich eines Zuschusses von 30 Millionen Euro an die landwirtschaftliche Krankenkasse. Die finanziellen Lasten der GKV infolge der COVID-19-Pandemie würden durch einen einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich im Jahr 2021 gleichmäßiger auf die Mitglieder der GKV verteilt, indem die Finanzreserven der Krankenkassen, die 0,4 Monatsausgaben überschritten, anteilig herangezogen und diese Mittel den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt würden. Die Finanzreserven der Krankenkassen lägen Mitte des Jahres 2020 (ohne landwirtschaftliche Krankenversicherung) bei 20,6 Milliarden Euro. Das entspreche in etwa dem Fünffachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve. Die Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen, die bisher bei einer Monatsausgabe und damit beim Vierfachen der Mindestreserve vor der Absenkung gelegen habe, werde auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt. Dadurch würden mehr überschüssige Finanzreserven zur Finanzierung stabiler Zusatzbeiträge eingesetzt. Mit dem ergänzenden Bundeszuschuss und dem kassenübergreifenden Solidarausgleich stünden im Jahr 2021 insgesamt rund 13 Milliarden Euro für höhere Zuweisungen an die Krankenkassen und damit zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge zur Verfügung.

Zudem würden die in § 1 der COVID-19-VSt-SchutzV enthaltenen Regelungen zur Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte weitgehend in das SGB V überführt. Die Frist für das Inkrafttreten der auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen abzuschließenden Verträge werde vom 1. Oktober 2020 auf den 1. Januar 2021 verschoben. Es würden neue Möglichkeiten zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken und zur zielgerichteten Berücksichtigung regionaler Bedarfe geschaffen. Gleichzeitig werde es den Krankenkassen erleichtert, durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsinnovationen auf freiwilliger Basis in Selektivverträge zu überführen. Außerdem werde ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt. Zusätzlich würde mit der Erweiterung förderungsfähiger, bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum um Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin sowie mit der Einführung gestaffelter Zuschläge in Abhängigkeit der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen der Erhalt bedarfsnotwendiger Krankenhausstrukturen gefördert werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/23483 geprüft und erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen (Drucksache 19/23483, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 995. Sitzung am 6. November 2020 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Drucksache 561/20, Anlage 3). Der Beschluss enthält insgesamt 10 Änderungsforderungen und Prüfbitten. Die Änderungsforderungen betreffen zum einen die deutliche Erhöhung des ergänzenden Bundeszuschusses von fünf auf elf Milliarden Euro bei gleichzeitigem Verzicht auf den einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich sowie die Streichung der Absenkung des Zusatzbeitragsanhebungsverbotes und der Forderung einer Streichung der Obergrenze für Finanzreserven in Artikel 1 des Gesetzentwurfs. Zum anderen beziehen sie sich auf die Erhöhung der Förderquote von Hebammen unterstützendem Fachpersonal von 10 Prozent auf 25 Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der beschäftigten Hebammen. Zugleich wird vorgeschlagen, im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms eine Förderung bis zum Erreichen einer 1:1-Betreuung von Hebammen zu Gebärenden festzulegen. Darüber hinaus wird

seitens des Bundesrates vorgeschlagen, alte Menschen mit einem komplexen Beratungs- und Unterstützungsangebot über präventive Hausbesuche zu erreichen. Hinsichtlich der derzeit bis Ende des Jahres 2020 befristeten Vorschriften zur Erstattung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden außerordentlichen Aufwendungen sowie von Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag wird eine Verlängerung vorgeschlagen. Gleichfalls sollen vollstationäre Einrichtungen auch Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal erhalten, 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. Zudem hat der Bundesrat gebeten zur prüfen, den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ein Wahlrecht einzuräumen, krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung zu vereinbaren.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung angekündigt, einen Teil der Forderungen des Bundesrates zu prüfen und einige zu übernehmen. Hinsichtlich verschiedener weiterer Forderungen des Bundesrates hat die Bundesregierung keinen Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf gesehen (Drucksache 19/24231, Anlage 4). Zugestimmt hat die Bundesregierung unter anderem dem Vorschlag des Bundesrates, Hebammen unterstützendes Fachpersonal bis zu 25 Prozent statt der bisher vorgesehenen 10 Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der beschäftigten Hebammen zu fördern. Darüber hinaus wird grundsätzlich dem Vorschlag zugestimmt, alte Menschen mit einem komplexen Beratungs- und Unterstützungsangebot über präventive Hausbesuche erreichen zu können. Schon heute unterstützen die Krankenkassen die Kommunen bei der Durchführung präventiver Hausbesuche im Rahmen ihres Auftrags zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Bundesregierung prüft derzeit im Rahmen eines anderen Gesetzgebungsverfahrens gesetzgeberische 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. Auch den Vorschlag des Bundesrates, Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ein Wahlrecht einzuräumen, krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung zu vereinbaren, wird die Bundesregierung prüfen. Abgelehnt wurden insbesondere die Vorschläge des Bundesrates zur deutlichen Erhöhung des ergänzenden Bundeszuschusses von fünf auf elf Milliarden Euro bei gleichzeitigem Verzicht auf den einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich sowie der Streichung der Absenkung des Zusatzbeitragsatzanhebungsverbots und der Obergrenze für Finanzreserven. Darüber hinaus wurden unter anderem der Vorschlag abgelehnt, im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms eine Förderung bis zum Erreichen einer 1 : 1-Betreuung von Hebammen zu Gebärenden festzulegen.

Zu Buchstabe b

Die AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag zweifelt grundsätzlich den Sinn der Testzentren und der Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern an. Eine wissenschaftlich basierte Evidenz der bisherigen Maßnahmen der Bundesregierung in Zuge der Corona-Krise liege nicht vor. Dennoch stelle die AfD-Fraktion diesen Antrag, um Schaden von Krankenkassen und Beitragszahlern abzuwenden. Die Gesundheitsminister von Bund und Ländern hätten Corona-Testzentren als Maßnahme für Reiserückkehrer bei ihrem Treffen beschlossen. An allen deutschen Flughäfen, Bahnhöfen und Grenzübergängen mit relevantem Reiseverkehr sollten oder seien bereits sogenannte Teststellen eingerichtet worden. Ziel dieser Maßnahme solle sein, dass sich Reiserückkehrer binnen drei Tagen nach der Einreise testen lassen könnten. Für Einreisende aus Risikogebieten sollten die Tests direkt an den Flughäfen angeboten werden. Menschen, die aus vom Robert Koch-Institut (RKI) als Risikogebiete eingestuften Ländern zurückkehrten, müssten in Deutschland zunächst für 14 Tage in häusliche Quarantäne, sofern sie nicht einen negativen Corona-Test vorweisen könnten, der höchstens 48 Stunden alt sein dürfe. Private Krankenkassen müssten sich zum Beispiel gar nicht an den Kosten beteiligen. Somit trügen die gesetzlichen Krankenkassen und die Allgemeinheit auch die Kosten für privat Versicherte.

Die Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums solle dahingehend angepasst werden, dass die Kosten der Corona-Testungen der Bundeshaushalt im vollen Umfang trage und die Kosten nicht aus den Reserven der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert würden. Außerdem solle die Rechtsverordnung so angepasst werden, dass Testungen auf Corona nicht nur zu diesem Zeitpunkt, sondern auch zukünftig ausschließlich in den dafür vorgesehenen Testzentren stattfänden. Zudem sollen Fachkräfte und Materialien für diese Testzentren aufgestockt werden, um den Mehrbedarf an Corona-Testungen und Schutzkleidung zukünftig sicherzustellen.

Zu Buchstabe c

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen müssen laut Antrag nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zusätzlich auf Datensätzen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) elektronisch dokumentiert werden. Ursprünglich habe diese Dokumentationspflicht bereits ab 1. Januar 2020 gegolten. Sie sei jedoch ausgesetzt worden, weil einige Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) die technischen Voraussetzungen noch nicht erfüllt hätten. Der G-BA habe die Aussetzung der Dokumentationsverpflichtung der Praxen zum 1. Oktober 2020 beendet, weil dann voraussichtlich eine geprüfte Dokumentationssoftware zur Verfügung stehen werde. Dem sei aber offenbar nicht so. Nach Kenntnis des Berufsverbandes der Frauenärzte seien die vorgeschriebenen Probelläufe mit der Dokumentationssoftware noch nicht vollständig gelaufen.

Die elektronische Dokumentationspflicht nach der G-BA-Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme solle daher ausgesetzt werden, bis die technischen Voraussetzungen dafür sicher gegeben seien.

Zu Buchstabe d

Die Finanzprognose der Gesetzlichen Krankenversicherung für 2021 ist nach Darstellung der Antragsteller schlecht. Nach den Berechnungen im Vorfeld der Prognose des Schätzerkreises beim Bundesamt für soziale Sicherung gehe der Spitzenverband Bund der Krankenkassen davon aus, dass dem Gesundheitsfonds 16,6 Milliarden Euro fehlen würden, um den Kassen ausreichend Mittel zuzuweisen, damit diese das Jahr ohne Erhöhung der Zusatzbeiträge durchhalten könnten. Die Bundesregierung plane, die fehlenden Mittel durch einen um fünf Milliarden Euro erhöhten Bundeszuschuss zu verringern. Die dann immer noch bestehende Differenz von 11,6 Milliarden Euro solle entgegen der Zusage der Bundesregierung in der „Sozialgarantie“ mit Beitragsmitteln bezahlt werden. Da die Bundesregierung nicht mehr als fünf Milliarden Euro zusätzliche Steuermittel bereitstellen wolle, sei es zur Vermeidung von höheren Zusatzbeiträgen notwendig, andere Finanzierungswege zu finden. Hierzu böte es sich an, neben der Erhöhung und Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auch die bisher nicht zu verbeitragenden Kapitaleinkommen einzubeziehen. Hierdurch würde die noch immer einseitig auf Arbeitseinkommen und Renten verteilte Last fair auch auf diejenigen verteilt, die etwa aus Vermietung oder aus Aktiengewinnen ihren Lebensunterhalt bestreiten. Zusätzliche Ausgaben stünden auch in der Pflegeversicherung an. Bereits für 2021 veranschlage die Bundesregierung 340 Millionen Euro, um 10 000 zusätzliche Pflegekräfte zu finanzieren. Dieser Betrag werde sich 2022 verdoppeln. Ohne zusätzliche Einnahmen drohten in der Pflegeversicherung noch höhere Eigenanteile in der stationären Versorgung und Leistungsverzicht in der ambulanten Pflege durch höhere Preise oder weitere Beitragssteigerungen.

Daher sollten auch bei Pflichtversicherten in der Kranken- und Pflegeversicherung neben Arbeitseinkommen und Renten auch Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung herangezogen werden. Zur Vermeidung der Verbeitragung geringer Summen und zur Harmonisierung mit dem Steuerrecht gelte der Sparerpauschbetrag in Höhe von derzeit 801 Euro im Jahr. Die zusätzlichen Einnahmen durch die Einbeziehung weiterer Einkünfte würden zur Ausfinanzierung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Kassen genutzt, soweit sie notwendig seien, um Erhöhungen des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu vermeiden.

Zu Buchstabe e

Die Unterstützung von Schwangeren, Gebärenden, Kindern und Eltern in dieser Lebensphase ist nach Überzeugung der Antragsteller eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Alle Familien, egal, ob Mutter und Vater, Mutter und Co-Mutter, Regenbogenfamilien oder Alleinerziehende, bräuchten eine gute und persönliche Begleitung durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die ihnen einen geschützten Rahmen biete und die Bedürfnisse und Selbstbestimmung der Schwangeren bzw. der Gebärenden in den Mittelpunkt stelle. Allen Schwangeren und Gebärenden stehe eine hochwertige, qualitätsgesicherte und möglichst wohnortnahe Beratung und medizinische Versorgung zu, bei der die beteiligten Berufsgruppen gut zusammenarbeiteten. Freiberufliche Hebammen sowie ein ausreichendes Angebot an klinischer Geburtshilfe seien Teile eines verlässlichen Betreuungsbogens. Dieser Betreuungsbogen müsse auf dem Land und in der Stadt gewährleistet sein, damit es den Schwangeren möglich sei zu wählen, in welchem Umfeld und wie sie gebären wollten. Medizinische Interventionen während der Geburt müssten angemessen und sicher und nicht von Zeitdruck geleitet sein. Doch Schwangere, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte berichteten von gravierenden Problemen in der Geburtshilfe. Bei Schichten mit einer überdurchschnittlichen Zahl Gebärender müsse ein Drittel der in einer Studie von 2019 befragten Hebammen vier oder mehr Gebärende und 85 Prozent der Hebammen vier oder mehr Frauen im Kreißsaal gleichzeitig betreuen. Wegen der

hohen Arbeitsbelastung würden viele Hebammen über eine Berufsaufgabe nachdenken. Selbst in einer üblichen Schicht gebe ein Viertel der Hebammen an, vier und mehr Frauen im Kreißaal gleichzeitig zu betreuen. Unter befragten Kliniken hätten mehr als die Hälfte Hebammenvakanz im Umfang von 18 Prozent. Die Hälfte dieser Kliniken berichte von Schwierigkeiten, diese Planstellen zu besetzen.

Die Bundesregierung solle daher mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe und der Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, dass ein Personalbemessungsinstrument für die Hebammenversorgung in Kreißsälen eingeführt werde, das von einer 1:1-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme in wesentlichen Phasen der Geburt ausgehe. Außerdem sollten Kliniken verpflichtet werden, ihren Hebammen-Betreuungsschlüssel und von ihnen ergriffene Maßnahmen zur Senkung ihrer risikoadjustierten Kaiserschnittquote zu veröffentlichen. Die Vergütung von Spontangeburt (physiologischen Geburten) und Kaiserschnitten sollen angeglichen und die flächendeckende Etablierung von hebammengeleiteten Kreißsälen unterstützt werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 101. Sitzung am 25. November 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 72. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 67. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 82. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat er einen Bericht nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages abgegeben.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich im Rahmen seines Auftrags gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 19/1837 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/23483 befasst und festgestellt, dass eine Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs gegeben sei. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und daher eine Prüfbitte nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 19(26)86-6).

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Tourismus** hat in seiner 57. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/23712 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 67. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/23715 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 82. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/23699 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 96. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/23699 abzulehnen.

Zu Buchstabe e

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 101. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/19165 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 72. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/19165 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstabe a bis e

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 109. Sitzung am 28. Oktober 2020 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum beschlossen, zu den fünf Vorlagen eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Seine Beratungen zu allen Vorlagen hat er in der 111. Sitzung am 4. November 2020 aufgenommen und zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in seiner 116. Sitzung am 16. November 2020 fortgeführt.

Die öffentliche Anhörung fand in der 117. Sitzung am 16. November 2020 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK Bundesverband (AOK), AWO Bundesverband (AWO), Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), BKK Dachverband (BKK), Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesverband Deutscher Privatkliniken, Bundesverband Managed Care (BMC), Bundesverband Rehabilitation (BDH), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung (DGIV), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGMED), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Praxisklinikgesellschaft (PKG), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK), Deutscher Caritasverband (DCV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband, Deutscher Hebammenverband (DHV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Der Paritätische), Deutscher Pflegerat (DPR), Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung (Diakonie), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilung in Deutschland (GKiND), GKV-Spitzenverband, IKK Bundesverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa), Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV), Verband der Ersatzkassen (vdek), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VBAB), Verband medizinischer Fachberufe (vmf), Verbraucherzentrale Bundesverband, ver.-di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, WIR! Stiftung pflegender Angehöriger.

Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Peter Bechtel (Bundesverband Pflegemanagement), Patrica Drube (Pflegekammer Schleswig-Holstein), Prof. Dr. Gerlinger (Universität Bielefeld), Dr. Norbert Smetak (Bundesverband Niedergelassener Kardiologen), Prof. Dr. Rothgang (SOCIUM Universität Bremen).

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in geänderter Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/23712 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/23715 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/23699 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP, den Antrag auf Drucksache 19/19165 abzulehnen.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/23483 eine Reihe von Änderungen beschlossen. Diese haben insbesondere folgenden Inhalt:

Wichtige Änderungen sind die erleichterten Möglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane zu einer schriftlichen Beschlussfassung, die Verlängerung der Kostenübernahmeregelung von in deutschen Krankenhäusern behandelten COVID-19-Patienten aus dem EU-Ausland, als auch Regelungen für zwei Modellprogramme des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Förderung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen sowie zur weiteren wissenschaftlichen Begleitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Im Bereich der Pflege wird zudem die Pflicht der einzelnen Pflegekasse zur Entscheidung über Anträge der Versicherten auf Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen innerhalb von drei Wochen bzw. bei Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen von fünf Wochen nach Antragseingang geregelt. Gleichfalls wird die Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung vorangetrieben, indem etwa der GKV-Spitzenverband verpflichtet wird, Empfehlungen zur Gewährung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen bis 30.9.2021 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien zu erlassen oder die Entscheidung über Aufnahme von Produkten in das Pflegehilfsmittelverzeichnis spätestens innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung der Hersteller zu erfolgen hat. Es wird im Weiteren ermöglicht, Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 während der Corona-Pandemie auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen. Die pandemiebedingten Sonderregelungen nach § 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich des coronabedingten Pflegeunterstützungsgeldes, und pandemiebedingte Regelungen zur Familienpflegezeit und zur Pflegezeit werden bis zum 31. März 2021 verlängert. Der Forderung des Bundesrates Rechnung tragend, sind eine mindestens einjährige staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Assistenzausbildung in der Pflege als Qualifikationsniveau für geförderte Pflegehilfsmittelkräfte ausreichend. Nur wenn über das Förderprogramm Ausbildungsaufwendungen finanziert werden, muss die Ausbildung den Mindestanforderungen der GMK/der ASMK entsprechen.

Darüber hinaus wird insbesondere die Finanzierung außerordentlicher Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Pandemiebewältigung fortgeführt und ausgeweitet. Zudem sind Regelungen zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Regelung zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen worden. Außerdem wurden Änderungen auch bei den Sonderregelungen für Zahnärzte aufgrund der Corona-Pandemie vorgenommen, sodass die verminderte Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen in den Jahren 2021 und 2022 bei der Fortschreibung der Gesamtvergütung berücksichtigt wird.

Im Zuge der im Gesetzentwurf der Bundesregierung enthaltenen umfangreichen Förderung von Hebammenstellen wird eine Erhöhung der Förderung von Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal von 10 Prozent auf bis zu 25 Prozent verankert.

Mit den Sonderregelungen zum Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot erhalten Krankenkassen, die über Finanzreserven verfügen, die wegen Überschreitung des 0,8-fachen einer Monatsausgabe ihre Zusatzbeitragssätze zu Beginn des Jahres 2021 nicht anheben dürfen, zum 1. Januar 2021 einmalig das Recht zur Beitragssatzanhebung bis zu einem Beitragssatz, der der Absicherung von Finanzreserven in Höhe von insgesamt 0,4 Monatsausgaben im Jahr 2021 entspricht. Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern kann die zuständige Aufsichtsbehörde auf Antrag einen Zusatzbeitragssatz genehmigen, der über die Sicherstellung einer Finanzreserve von 0,4 Monatsausgaben hinaus eine höhere Reserve zulässt. Zudem wird bei der Vermögensabführung ein Freibetrag in Höhe von 3 Millionen Euro für kleine Krankenkassen eingeführt.

Der Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 3 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 13 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 16 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag 17 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der Änderungsantrag 20 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 2, 4 bis 12, 14, 15, 18, 19, 21 und 22 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Weiter hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)242.1 ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen)

In Artikel 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. § 43a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „haben“ die Wörter „im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung“ eingefügt.

b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „oder in gemäß §119 dazu ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentren“ eingefügt.“

Begründung:

Bisher ist die Finanzierung sog. „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen“ nur in der ambulanten psychiatrischen Behandlung eindeutig geregelt (vgl. § 43 a Abs. 2 SGB V). Die bisherige Formulierung in Absatz 1 hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen Rechtsunsicherheiten geführt, so dass sich in einigen Bundesländern

die Träger der Eingliederungshilfe bereits aus der Finanzierung zurückgezogen haben. Zuletzt sorgte ein Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG BB) aus dem Oktober 2018 dafür, dass nun auch z. B. in NRW die Landschaftsverbände flächendeckend ab 01.01.2021 die Finanzierung beenden. Das Urteil hatte in einem Einzelfall der GKV die vollumfängliche Finanzierungspflicht für alle Leistungen des SPZ in Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung zugesprochen, also auch für die „nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen“. Zur Vermeidung einer Vielzahl von Klageverfahren aller SPZ zur Durchsetzung Ihrer Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)242.1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** erläuterte, das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) sei ein Omnibusgesetz mit verschiedenen Zielrichtungen. Zum einen verlängere man die notwendigen Schutzmaßnahmen und Unterstützungsleistungen, die für die Bewältigung der Pandemie notwendig seien, in der Regel bis zum 31. März 2021. Es gehe um Vergütungsvereinbarungen für stationäre Vorsorge und Reha-Einrichtungen sowie die ambulanten Reha-Einrichtungen und die Einrichtungen des Mütter-Genesungswerks. Es gebe den Schutzschirm weiterhin für Heil- und Hilfsmittelerbringer und Zahnärzte. Außerdem würden die Familienpflegezeit und weitere Pflegezeiten verlängert. Darüber hinaus sehe das Gesetz ein Hebammenstellenförderprogramm mit zusätzlichen Hebammenstellen und der Unterstützung für die Hebammen durch das entsprechende Fachpersonal auf Geburtsstationen vor. 20 000 Hilfskraftstellen in der stationären Altenpflege würden finanziert, ohne dass die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen belastet würden. Die Möglichkeiten der Krankenkassen, Selektivverträge anzubieten, würden erweitert. Bedingt durch die nicht nur coronabedingten Mehrkosten sei im Bereich der GKV ein Defizit von etwa 16 Milliarden Euro entstanden, das man mit einem Bündel von Maßnahmen beheben wolle. Dazu gehöre die Erhöhung des Bundeszuschusses um 5 Milliarden Euro und die Hinzuziehung der Finanzreserven der Kassen. Diesen habe man, soweit sie über Rücklagen von mehr als 0,8 Monatsausgaben verfügten, verboten, den Zusatzbeitrag trotzdem anzuheben, um die Bürgerinnen und Bürger vor höheren Beiträgen zu schützen.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, bei den gesetzlichen Krankenkassen werde 2021 ein Defizit von rund 16 Milliarden Euro zu erwarten sein. Damit Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie Rentner dieses Defizit nicht alleine über ihrer Beiträge finanzieren müssten, seien die Lasten durch das GPVG auf mehrere Schultern verteilt worden. Der Bundeszuschuss an die GKV werde um 5 Milliarden auf 19,5 Milliarden Euro erhöht und die Zusatzbeiträge würden um 0,2 Prozent steigen. Damit habe man 3 Milliarden Euro generiert. Krankenkassen mit besonders hohen Rücklagen müssten insgesamt 8 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds abführen. Diesen Eingriff in die Beitragsautonomie der Kassen habe man sich nicht leicht gemacht. Er sei aber erforderlich und vertretbar, um Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden. Zudem habe man erreicht, dass die Einschränkungen für die Kassen bei der Beitragssatzfestlegung für 2021 nicht so restriktiv ausfallen würden, wie ursprünglich geplant. Über Sonderregelungen vermeide man, dass kleine Kassen durch den Rücklagenabbau in finanzielle Not gerieten. Das Hebammenstellenförderprogramm werde die stationäre Geburtshilfe stärken. Die Hebammen könnten künftig durch Assistenzpersonal unterstützt werden und die Arbeitsbedingungen würden verbessert. Für die SPD-Fraktion sei die Schaffung von 20 000 zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte besonders wichtig gewesen. Diese würden insbesondere für die psychosoziale Betreuung in Pflegeheimen dringend benötigt.

Die **Fraktion der AfD** begrüßte die Schaffung von 20 000 zusätzlichen Stellen für Pflegekräfte, da dadurch Menschen eine Chance erhielten, die keine akademische Ausbildung hätten. Richtig sei auch, dass Krankenhäuser künftig mehr Hebammenstellen und bis zu 700 weitere Stellen für Fachpersonal erhalten sollten. Das entspreche einer AfD-Forderung. Die Möglichkeit für Hebammen im Krankenhaus angestellt zu sein, anstatt freiberuflich zu arbeiten, werde genauso befürwortet wie die Lösung des Haftpflichtversicherungsproblems. Die Fraktion kritisierte aber, dass die Kosten der Regierungsmaßnahmen im Rahmen der sogenannten COVID-19-Pandemie teilweise auf die Krankenkassen abgewälzt würden, indem diese 8 Milliarden Euro ihrer Rücklagen in den Gesundheitsfonds einzahlen müssten. Krankenkassen seien keine Sparkassen und deswegen sei es zwar richtig, die Reserven zu nutzen, aber nicht in der geplanten Form. Der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von 5 Milliarden Euro ist nach Auffassung der AfD zu niedrig. Darüber hinaus sei das Problem der versicherungsfremden Leistung immer noch nicht gelöst. Nach eigenen Berechnungen betrügen die versicherungsfremden Leistungen

zwischen 8 und 10 Milliarden Euro, die vom Bund finanziert werden müssten. Auch bei der Rente bestehe das Problem. Die Fraktion war der Meinung, dass wer die Kosten verursache, dafür im Grundsatz aufkommen müsse. Zusammengefasst begrüßte die Fraktion viele Regelungen, nannte aber auch einige Kritikpunkte. Deshalb werde man sich bei der Abstimmung enthalten.

Die **Fraktion der FDP** stellte fest, das GPVG enthalte zum Teil gesundheits- und pflegepolitische Maßnahmen, die man nicht für falsch halte, da sie für die Versorgung wichtig seien. Der entscheidende Punkt sei aber die GKV-Finanzierungsfrage der coronabedingten Lücke von 16 Milliarden Euro im nächsten Jahr. Der Rückgriff auf die Reserven von Krankenkassen, die gut gewirtschaftet hätten, käme einer Enteignung gleich. Kassen und Versicherte müssten nun die Hauptlast der Krisenpolitik der Bundesregierung finanzieren. Dies sei jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Schaffung von 20 000 neuen Pflegestellen in der Altenpflege sei zwar zu begrüßen, jedoch bleibe ungeklärt, wie man die Stellen aufgrund des akuten Personalmangels besetzen wolle. Auch das Hebammenstellenförderungsprogramm sei gänzlich ungeeignet, um die Arbeitssituation in der Geburtshilfe nachhaltig zu verbessern. Das hätte sich in der Anhörung bestätigt. Die Geburtshelferinnen und -helfer würden künftig von fachfremden Tätigkeiten entlastet, das sei aber insgesamt zu wenig. Die FDP-Fraktion werde deshalb einen Entschließungsantrag ins Plenum einbringen, der der Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserung wirklich gerecht werde. Die Anträge der Linken und der AfD werde man ablehnen. Der sehr umfangreiche Antrag der Grünen-Fraktion enthalte einige Forderungen, die richtig seien, allerdings seien beispielsweise die verlangten Personalbemessungsinstrumente problematisch. Deshalb werde sich die Fraktion bei diesem Antrag enthalten.

Die **Fraktion DIE LINKE** hielt die vorgeschlagenen Maßnahmen für die Finanzierung des Defizites in der gesetzlichen Krankenversicherung für falsch, weil die Schulterung der Kosten der Pandemie eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei, die mit Steuermitteln finanziert werden müsse. Außerdem seien in dieser Legislaturperiode erhebliche Mehrausgaben durch teilweise unsinnige Gesetzesvorhaben der Koalition entstanden. Daher sei die vorgeschlagene Lösung ein Strohfeuer, das vor allem die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler belaste. Die Fraktion schlage vor diesem Hintergrund mit ihrem Antrag vor, die Beitragsbemessungsgrundlage zu erweitern, indem künftig Kapitaleinkünfte einbezogen würden. Dies hätte nicht nur den Vorteil, dass eine Erhöhung der Zusatzbeiträge vermieden werden, sondern diese sogar gesenkt werden könnten. Die Änderungen zur Pflege seien zu begrüßen, da Menschen mit Pflegebedarf nicht an den Mehrkosten beteiligt würden. Allerdings führten die vorgesehenen Regelungen zu einer Absenkung von Personalstandards, was sehr kritisch gesehen werde. Es sei falsch, nur einzelne Elemente einer wissenschaftlichen Personalbemessung herauszulösen und dann flächendeckend umzusetzen, ohne zu prüfen, welche Auswirkungen dies auf den Pflegeprozess, die Arbeitsbedingungen und die Qualität der pflegerischen Versorgung habe. Das Personalbemessungsinstrument werde auf einzelne Ausbaustufen bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Fachkraftquote reduziert und der Personalzuwachs führe zu höchstens 4,2 Minuten mehr pro Tag. Die Ausweitung der Selektivverträge sieht die Fraktion kritisch, denn diese seien vor allem ein Wettbewerbsinstrument für die Kassen, trügen aber nichts zur Verbesserung der Versorgung aller Versicherten bei. Das Hebammenstellenförderungsprogramm sei eher ein Tropfen auf den heißen Stein und diene dem Vortäuschen von Tätigkeit durch die Bundesregierung mehr als der Verbesserung der Hebammenversorgung.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** merkte an, das Gesetz adressiere einige Schieflagen im Gesundheitssystem wie die unzureichende sektorübergreifende Versorgung, die defizitäre Personalsituation in der Geburtshilfe und Pflege sowie die Finanzlücken in der GKV. Es sei richtig, die Defizite in diesen Bereichen anzugehen, allerdings bleibe die Koalition auf halber Strecke stehen und belasse es weitgehend bei Flickwerk. So solle die sektorübergreifende Versorgung zum Regelfall gemacht werden. In der Geburtshilfe gebe es viele strukturelle Problemlagen, die dann dazu führten, dass nicht nur Frauen und Kinder nicht im Mittelpunkt der Geburtshilfe stünden, sondern dass zunehmend weniger Hebammen Vollzeit arbeiteten oder relativ schnell aus dem Beruf ausgeschieden. Es reiche daher nicht aus, eine Refinanzierung für Hebammen in den Kliniken vorzunehmen. In der stationären Langzeitpflege sei es zwar richtig, 20.000 neue Stellen zu schaffen. Eine Finanzierung von Stellen reiche allerdings nicht aus, solange eine Veränderung des pflegerischen Berufsbildes im Sinne einer Aufwertung nicht stattfinde, um die Pflege attraktiv zu machen. Auch die einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses und der Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen würden die strukturellen Probleme bei der Finanzierung der GKV nicht lösen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/23843, 19/24231 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1a

Der neu eingefügte § 79 Absatz 3e entspricht dem bis zum 30. September 2020 geltenden Absatz 3e (eingefügt mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)). Den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Bundesvereinigungen soll angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie befristet bis zum 31. Dezember 2021 weiterhin eine erleichterte schriftliche Abstimmung ermöglicht werden.

Zu Nummer 2

Aufgrund der bis in das Jahr 2021 zu erwartenden anhaltenden COVID-19-Pandemie soll die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen und die Aufrechterhaltung der Versorgungsstruktur auch im Jahr 2021 sichergestellt werden. Die Krankenkassen leisten daher auch im Jahr 2021 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen des Jahres 2019 als Abschlagszahlung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben auch für das Jahr 2021 die Möglichkeit, auf den Ausgleichsmechanismus zu verzichten.

Die Berücksichtigung der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Abnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen bei der jährlichen Fortschreibung der Gesamtvergütung für die Jahre 2021 und 2022 hat zum Ziel, den Partnern der Gesamtverträge den notwendigen Gestaltungsspielraum zu geben. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Auswirkungen der Pandemie auf das vertragszahnärztliche Leistungsgeschehen regional unterschiedlich sind. Die Gesamtvertragspartner vor Ort sollen mit ihren vertraglichen Vereinbarungen sicherstellen, dass ein angemessenes Vergütungsniveau erhalten bleibt.

Die Pflicht, bei Gesamtverträgen auf der Grundlage von Einzelleistungen ein Ausgabenvolumen zu bestimmen, wird für die Jahre 2021 und 2022 ausgesetzt. Hiermit wird gewährleistet, dass die spätestens nach dem Ende der COVID-19-Pandemie zu erwartenden Nachholeffekte den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten vergütet werden können.

Zu Nummer 2a

Zu Buchstabe a

Mit dem neuen Satz 8 wird den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgungsstrukturen die Möglichkeit eröffnet, einzelne Zahnarztpraxen gezielt zu fördern. Gerade Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie medizinische Versorgungszentren, die sich in den Jahren 2019 bis 2021 und damit kurz vor oder während der Corona-Pandemie neu niedergelassen haben bzw. neu gegründet wurden, können mangels bestehender Rücklagen von einer verminderten Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen in besonderem Maße wirtschaftlich betroffen sein.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird gewährleistet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch in Zukunft ausreichend handlungsfähig sind, um die Gesundheitsversorgung auch in einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sicherzustellen. Zu diesem Zweck sieht bereits die mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingeführte Regelung des § 105 Absatz 3 vor, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite zu erstatten haben. Damit sollte etwa der Aufbau und der Betrieb spezieller Zentren (wie z. B. Schwerpunktambulanzen) zur Trennung von Patientenströmen sowie Dienste zur Erbringung vermehrter Besuchsleistungen und der strukturelle Ausbau der Servicenummer 116117 finanziert werden.

Diese Regelung ist zunächst bis zum Ende des Jahres 2020 befristet worden (Artikel 6 in Verbindung mit Artikel 7 Absatz 3 des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes) und wird nunmehr in weiterentwickelter Fassung fortgeführt.

Dabei wird in Satz 1 zunächst der sachliche Anwendungsbereich der Regelung erweitert, um den Kassenärztlichen Vereinigungen in pandemiebedingten Ausnahmesituationen eine größere Handlungsfreiheit einzuräumen. Dementsprechend wird sich die Regelung künftig nicht mehr auf die außerordentlichen Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beschränken. Stattdessen sieht die Regelung eine Sonderfinanzierung auch für entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören.

Mit Satz 2 wird die Erstattung und damit eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen, soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist.

Dies betrifft zum einen etwa den bisher geregelten Fall, dass die betreffende Maßnahme aus finanziellen Mitteln, die aufgrund von Vereinbarungen und Beschlüssen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlt werden, finanziert wird (zum Beispiel Gesamtverträge, einheitlicher Bewertungsmaßstab, Verträge nach § 75 Absatz 3 bis 6, § 132e und § 140a), zum anderen führt zum Beispiel auch eine bestehende Finanzierung aus Mitteln des Strukturfonds nach Absatz 1a insoweit zu einem Erstattungsausschluss. Aufgrund der nunmehr gewählten Formulierung („soweit“) kann eine Erstattung in diesen Fällen gleichwohl erfolgen, soweit die Kosten für außerordentliche Maßnahmen die hierfür gezahlten finanziellen Mittel übersteigen. Vor diesem Hintergrund entfällt auch der bisherige Satz 3, ohne dass damit eine Änderung des bisherigen Regelungsgehalts verbunden ist.

Zum anderen sieht die Regelung vor dem Hintergrund der Entwicklung seit dem Inkrafttreten dieser Regelung einen Erstattungsausschluss auch für die Fälle vor, in denen die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch verordnungsrechtliche Spezialregelungen bereits anderweitig geregelt ist. Damit wird – auch hier mit dem Ziel, Doppelfinanzierungen zu vermeiden – insbesondere sichergestellt, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen errichteten und betriebenen Testzentren abschließend nach den in der Coronavirus-Testverordnung vom 14. Oktober 2020 (BAnz AT 14.10.2020 V1) enthaltenen Vorgaben finanziert werden. Eine zusätzliche Finanzierung der Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren nach § 105 Absatz 3 ist somit ausgeschlossen. Von dem Ausschluss ausgenommen sind Kosten für Einrichtungen, die unabhängig von Testungen medizinische Versorgungsleistungen erbringen, die als außerordentliche Sicherstellungsmaßnahmen im Sinne von § 105 Absatz 3 nicht von der Erstattung nach der Coronavirus-Testverordnung sowie anderweitig durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes gedeckt sind. Der Ausbau von Telefon- und Internetdiensten, zum Beispiel in Form von Informationshotlines und Terminvermittlungsservices, oder die ausnahmsweise Beschaffung Persönlicher Schutzausrüstung einschließlich deren Lagerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben auch weiterhin denkbare Anwendungsbereiche des § 105 Absatz 3.

Der bisherige in Satz 2 enthaltene Erstattungsausschluss bei bereits im Haushaltsplan abgebildeten Maßnahmen entfällt, weil andernfalls die Erstattungsfähigkeit bei Erfüllung der Anforderungen zum Haushalts- und Rechnungswesen (§ 78 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit den §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, den §§ 72 bis 77 Absatz 1 SGB IV und weiteren) weitgehend in Frage gestellt würde.

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen zum Zweck der Erstattung rechnungsbegründende Unterlagen übermittelt, aus denen sich Art und Höhe der zu erstattenden Kosten ergeben. Die Regelung entspricht den anerkannten Grundsätzen des Geschäftsverkehrs und stellt sicher, dass etwaige Erstattungsansprüche gegenüber den Krankenkassen nachvollziehbar dargelegt und begründet werden. Die Kostenträger werden damit etwa in die Lage versetzt, die Wirtschaftlichkeit der zu erstattenden Maßnahmen zu beurteilen und nachzuvollziehen, wie sich die geltend gemachten Kosten auf einzelne Kostenpositionen verteilen.

Eine erneute, über das Bestehen einer epidemischen Lage nationaler Tragweite hinausgehende, Befristung ist nicht erforderlich, da sich die Regelung in der Praxis bewährt hat.

Zu Nummer 2b

Vor dem Hintergrund der fortbestehenden epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird vorgesehen, dass die Krankenkassen und die Träger der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen. Dies kann den Ausgleich von Mehraufwänden bei

Personal- und Sachkosten sowie fehlender Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen betreffen, die durch die bisher vereinbarten Vergütungen nicht abgebildet werden. Damit soll die Leistungsfähigkeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Dauer der derzeitigen epidemischen Lage gewährleistet werden. Die Regelungen zur Schiedsstelle in Absatz 5 gelten für die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Satz 5 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.

Zu Nummer 2c

Vor dem Hintergrund der fortbestehenden epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird vorgesehen, dass die Krankenkassen und die Träger der zugelassenen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen. Dies kann den Ausgleich von Mehraufwänden bei Personal- und Sachkosten sowie fehlender Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen der Therapieplätze betreffen, die durch die bisher vereinbarten Vergütungen nicht abgebildet werden. Damit soll die Leistungsfähigkeit der Rehabilitationseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Dauer der derzeitigen epidemischen Lage gewährleistet werden. Die Regelungen zur Schiedsstelle in Absatz 3 gelten für die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Satz 5 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.

Zu Nummer 4a

Nach § 2 Absatz 7 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 (BAnz AT 04.05.2020 V1) konnten die Heilmittelerbringer zunächst befristet bis zum 30. September 2020 bei jeder Abrechnung einer Verordnung eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 1,50 Euro geltend machen (sogenannte Hygienepauschale). Mit der Verordnung zur Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 29. September 2020 (BAnz AT 30.09.2020 V2) wurde diese Abrechnungsmöglichkeit bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Aufgrund der anhaltenden COVID-19-Pandemie sind die Heilmittelerbringer weiterhin darauf angewiesen insbesondere persönliche Schutzausrüstung selbst zu beschaffen. Vor dem Hintergrund der nicht vorhersehbaren Dauer dieser epidemischen Lage kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung die Abrechenbarkeit der Hygienepauschale bis längstens zum 31. Dezember 2021 erneut verlängern.

Den Vertragspartnern im Heilmittelbereich bleibt es – unabhängig von der in der Verordnungsermächtigung genannten Höhe der Hygienepauschale – weiterhin möglich, eine hiervon abweichende Vergütung für pandemiebedingte persönliche Schutzausrüstung zu vereinbaren, die den Besonderheiten des jeweiligen Heilmittelbereichs Rechnung trägt.

Zu Nummer 4b

Die Hilfsmittelversorgung hat für die Gesunderhaltung der Bevölkerung und die Sicherung einer hohen Lebensqualität trotz behinderungsbedingter Einschränkungen eine erhebliche Bedeutung, weshalb die Arbeitsfähigkeit dieses Leistungsbereichs auch während der COVID-19-Pandemie sicherzustellen ist. Hierzu sollen die Leistungserbringer und die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf einen Ausgleich etwaig gestiegener Kosten der Leistungserbringer für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie vereinbaren zu können. Die auszugleichenden Schutzmaßnahmen sollen dabei insbesondere die Ausstattung mit notwendiger persönlicher Schutzausrüstung umfassen.

Die Hilfsmittelversorgung hat viele Anwendungsfelder, die je nach Produktgruppe und Leistungsart in unterschiedlicher Intensität und Dauer einen Kontakt mit Versicherten erfordern. Dementsprechend sind auch die Bedarfe nach persönlicher Schutzausrüstung zwischen den Leistungserbringern sehr unterschiedlich. Die tatsächlichen Bedarfe sollen in den jeweiligen Verträgen zur Hilfsmittelversorgung produktgruppen- und leistungsspezifisch angemessen berücksichtigt werden.

Zu Nummer 5a

Zur Förderung der technischen Innovation in der (Pflege-)Hilfsmittelversorgung soll die Einholung von Stellungnahmen technischer Sachverständiger oder Forschungsinstitute bei geplanten Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses, die einen Bezug zu technischen und digitalen Assistenzsystemen aufweisen, erfolgen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über Art und Umfang eines etwaigen Fortschreibungsbedarfs mit einzubeziehen.

Zu den Nummern 6a, 12 und 13

Mit den Änderungen wird die für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen in § 79 Absatz 3e vorgesehene erleichterte schriftliche Abstimmung auch auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ausgedehnt.

Zu Nummer 6b**Zu Buchstabe a**

Die steigende Anzahl an COVID-19 erkrankten Personen führt weiterhin in einigen europäischen Staaten zu einer starken Belastung der Gesundheitssysteme. Vor diesem Hintergrund kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich auch nach dem 30. September 2020 einige von der Pandemie stark betroffene Staaten mit der Bitte an Deutschland bzw. an einzelne Länder wenden werden, schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern zu behandeln. Als ein Akt europäischer Solidarität und ein Zeichen des gemeinsamen Bemühens der europäischen Staaten um Bewältigung der aus der Pandemie entstehenden Herausforderungen für die Gesundheitssysteme werden die Kosten, die im Zusammenhang mit einer bis zum 31. März 2021 begonnenen Krankenhausbehandlung anfallen, vom Bund übernommen. Bleibt es bei der gegenwärtigen Entwicklung, würden die Kosten für die Verlängerung höchstens 8 Millionen Euro betragen.

Zu Buchstabe b

Das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ist seit dem 1. Februar 2020 nicht mehr Mitglied der Europäischen Union. Das Abkommen über den Austritt des Vereinigten Königreiches Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft sieht bis zum 31. Dezember 2020 eine Übergangsphase vor, in der die Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin Anwendung finden. Ab dem 1. Januar 2021 ist eine Anwendung der Regelung für Personen, deren Wohnstaat das Vereinigte Königreich ist, daher ausgeschlossen.

Zu Nummer 8**Zu Buchstabe a**

Die Formulierung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird ein Ausgleich zwischen der Auswirkung des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbots nach Absatz 1 Satz 4 und der besonderen haushälterischen Situation der Krankenkassen im Jahr 2021 im Zusammenhang mit dem Abbau ihrer Finanzreserven nach § 272, der Reform des Risikostrukturausgleichs durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) sowie der zu erwartenden Ausgabenentwicklung geschaffen. Die Vermögensabgabe nach § 272 wird erst im Jahr 2021 für die Krankenkassen finanzwirksam, sodass sie entsprechend dem Rechnungsjahr 2021 zuzuordnen ist und nicht in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen für das Jahr 2020 abzubilden sind. Krankenkassen, die in den vorgelegten Rechnungsergebnissen für das erste bis dritte Quartal 2020 (Stichtag 30. September 2020) die Obergrenze ihrer Finanzreserven von 0,8 Monatsausgaben nach § 242 Absatz 1 Satz 4 überschreiten, dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, auch wenn sie nach ihrem Haushaltsplan für das Jahr 2021 Finanzreserven von 0,4 Monatsausgaben bis zum Ende des Jahres 2021 unterschreiten würden. Aufgrund dieser besonderen Situation wird diesen Krankenkassen daher ermöglicht, ihre Zusatzbeitragssätze abweichend vom Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot einmalig bereits zum 1. Januar 2021 anzuheben. Die Anhebung ist der Höhe nach begrenzt auf einen Zusatzbeitragssatz, der der Absicherung von Finanzreserven in Höhe von 0,4 Monatsausgaben am Ende des Jahres 2021 auf der Grundlage ihres Haushaltsplanes entspricht. Damit wird den Krankenkassen neben der Absicherung der gesetzlichen Mindestrücklage nach § 261 Absatz 1 Satz 2 auch ein zusätzlicher Spielraum für ihre individuelle Beitragssatzgestaltung eingeräumt. Die Krankenkassen haben dadurch die Möglichkeit, bis Ende 2021 Finanzreserven in einer Höhe vorzuhalten, die die gesetzliche Mindestrücklage um 100 Prozent überschreiten. Durch diese Sonderregelung wird die Planungssicherheit für die betroffenen Krankenkassen gestärkt und Wettbewerbsgleichheit zwischen allen Krankenkassen gewahrt. Zugleich wird dadurch im Interesse der Beitragszahler vermieden, dass es im Laufe des Jahres 2021 teilweise zu erheblichen unterjährigen Zusatzbeitragssatzsteigerungen kommen kann. Da der Ge-

sundheitsfonds die unterjährigen Einnahmerisiken, z. B. konjunkturelle Mindereinnahmen, über die Liquiditätsreserve abdeckt, dienen die Finanzreserven der Krankenkassen zur Absicherung unterjähriger Ausgabeschwankungen.

Abweichend davon können sich Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern auf Antrag von den Aufsichtsbehörden eine Anhebung ihrer Zusatzbeitragssätze zum 1. Januar 2021 genehmigen lassen, die über die nach Satz 1 zulässige Anhebung hinausgeht. Eine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes ist in Höhe eines Beitragssatzes zulässig, der erforderlich ist, um ausreichende Finanzreserven zur Absicherung der Krankenkasse gegen unvorhersehbare Ausgabenrisiken vorzuhalten. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass kleinere Krankenkassen durch ihren begrenzten Versichertenbestand höhere unterjährige Ausgabenschwankungen, z. B. bei Hochkostenfällen, gegebenenfalls nur mit einer höheren Finanzreserve als 0,4 Monatsausgaben ausgleichen können.

Um in der besonderen haushälterischen Situation des Jahres 2021 Wettbewerbsgleichheit unter den betroffenen Krankenkassen zu gewährleisten, ist zudem bei der Bemessung der Zusatzbeitragssätze nach den Sätzen 1 und 2 eine grundsätzliche Orientierung an den Ausgabenschätzungen des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für das Jahr 2021 vorgesehen. Die Zuführungen nach § 170 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung sowie die Zuführungen zum Deckungskapital für Verpflichtungen nach § 12 Absatz 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung sind im Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 2021 auf die in diesem Jahr notwendigen Beträge begrenzt. Der notwendige Betrag ist dem jeweils maßgebenden Zuführungsplan, der auf Grundlage des aktuellen versicherungsmathematischen Gutachtens erstellt wurde, zu entnehmen. Eine vorgezogene Zuführung von Geldmitteln für zukünftige Haushaltsjahre ist für die Haushaltsplanung 2021 ausgeschlossen.

Zu Nummer 11

Zu Absatz 1

Zu Satz 2 neu

Im neuen Absatz 1 Satz 2 wird eine neue Vorgabe zur Höhe des durch die Krankenkassen im Jahr 2021 aus ihren Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abzuführenden Betrags geregelt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) berechnet nach Satz 1 66,1 Prozent der Finanzreserven einer Krankenkasse, die zwei Fünftel der durchschnittlichen Monatsausgaben überschreiten. Nach Satz 2 berechnet es 66,1 Prozent der Finanzreserven einer Krankenkasse, die ein Fünftel der durchschnittlichen Monatsausgaben zuzüglich von drei Millionen Euro überschreiten. Das BAS legt gegenüber einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 fest, wenn dieser geringer als der sich nach Satz 1 ergebende Betrag ist.

Im Ergebnis wird durch den neuen Satz 2 eine geringere Abführung von Finanzreserven an den Gesundheitsfonds für kleinere Krankenkassen erreicht. Kleine Krankenkassen können durch ihren begrenzten Versichertenbestand weniger Möglichkeiten haben, mit unvorhersehbaren Ausgabensprüngen insbesondere durch Hochkostenfälle umzugehen. Aufgrund der Sondersituation im Jahr 2021 kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass es für kleine Krankenkassen auch unter Berücksichtigung der im neuen § 242 Absatz 1a vorgesehenen Möglichkeit zur Anhebung der Zusatzbeitragssätze zum 1. Januar 2021 durch unvorhersehbare Ausgabensprünge im weiteren Verlauf des Jahres 2021 zu einem Unterschreiten der Mindestrücklage kommen kann.

Den Krankenkassen wird daher für den Zweck der Abführung von Finanzreserven nach § 272 ein Freibetrag in Höhe von drei Millionen Euro zuzüglich von einem Fünftel der durchschnittlichen Monatsausgaben der Krankenkasse – d. h. der Mindestrücklage – eingeräumt. Die Ausnahmeregelung berücksichtigt damit die Interessen der Beitragszahler von kleineren Krankenkassen, ohne dem Zweck des neuen § 272 entgegenzustehen. Letzteres ist insbesondere von Bedeutung, da die durch alle betroffenen Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel im Jahr 2021 über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen ausgeschüttet werden.

Ein Freibetrag in Höhe von 3 Millionen Euro über die Mindestrücklage hinaus ist für kleine Krankenkassen ausreichend, um unterjährige Hochkostenfälle abzusichern. Im Ergebnis werden Krankenkassen mit bis zu ca. 40 000 Mitgliedern durch den Freibetrag entlastet. Der Entlastungsbetrag je Krankenkasse fällt dabei umso größer aus, je weniger Versicherte eine Krankenkasse aufweist. Dadurch wird sichergestellt, dass kleine Krankenkassen nicht pauschal und undifferenziert entlastet werden, sondern über den Freibetrag hinaus weiterhin entsprechend ihrer jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit zu dem besonderen Solidarausgleich der Krankenkassen im Jahr 2021

beitragen. Insbesondere haben sich hierdurch sehr vermögende kleine Krankenkassen, die teilweise Finanzreserven in Höhe von mehreren Monatsausgaben vorhalten, weiterhin zu beteiligen.

Zu Satz 3 neu

Durch die Anpassung des neuen Absatz 1 Satz 3 wird vorgegeben, dass unabhängig davon, ob der durch eine Krankenkasse an den Gesundheitsfonds abzuführende Betrag durch das BAS nach Satz 1 oder 2 festgelegt wird, die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (Statistik KV 45) des ersten Halbjahres 2020 die maßgebliche Berechnungsgrundlage sind. Zum anderen wird die Berechnungsgrundlage präzisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen war nach Nummer 44 des Erlasses des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 6. Juli 2020 verpflichtet, die Statistik KV 45 des Berichtszeitraums 1. Januar bis 30. Juni 2020 für alle Krankenkassen bis spätestens zum 14. August 2020 an das BMG weiterzuleiten. Die Übermittlung erfolgte am 14. August 2020 und wurde wie immer dem BAS zugeleitet. Spätere Korrekturen durch einzelne Krankenkassen werden nicht berücksichtigt.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Durch die Anpassung in Absatz 2 Satz 1 wird die Einfügung des neuen Absatz 1 Satz 2 berücksichtigt. Demnach ergibt sich der durch eine Krankenkasse abzuführende Betrag nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2, wenn der nach Absatz 1 Satz 2 abzuführende Betrag geringer ist.

Zu Satz 5 neu

Zudem wird bestimmt, dass die Bescheide gegenüber den betroffenen Krankenkassen durch das BAS möglichst bis zum 31. März 2021 zu erlassen sind. Es handelt sich dabei um keine Ausschlussfrist, nach der Bescheide gegenüber den Krankenkassen nicht mehr möglich sein sollen, sondern eine zeitliche Soll-Vorgabe für das BAS. Dies gibt dem BAS die notwendige Flexibilität im Hinblick auf die Berechnung, die Anhörung der Krankenkassen und den Erlass der Verwaltungsakte und berücksichtigt gleichzeitig das Interesse der Krankenkassen an einem frühen Beginn der Verrechnung, um eine möglichst gleichmäßige Belastung der Liquidität der Krankenkassen über das Jahr 2021 zu gewährleisten.

Zu Absatz 3 neu

Mit dem neuen Absatz 3 wird eine Regelung für den Fall getroffen, dass sich Krankenkassen nach § 155 freiwillig vereinigen, nachdem sie die hier maßgebliche Statistik KV 45 abgegeben haben. Die am 14. August an das BMG übermittelte Statistik KV 45 ist die Berechnungsgrundlage für den durch die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 abzuführenden Betrag. Die Höhe des Gesamtbetrags der Abführung durch alle Krankenkassen soll weder durch spätere Korrekturen der Statistik KV 45 durch die Krankenkassen noch durch Fusionen von Krankenkassen verändert werden können, um das Ziel der Regelung, die Beitragsbelastung der Mitglieder verschiedener gesetzlicher Krankenkassen im Jahr 2021 gleichmäßig zu verteilen, zu erreichen. Die konkrete Verpflichtung der Krankenkassen zur Abführung von Finanzreserven entsteht aber erst mit der Bescheidung durch das BAS gegenüber den zu diesem Zeitpunkt bestehenden Krankenkassen. Der Stichtag „15 August 2020“ nach dem neuen Absatz 3 Satz 1 ist daher im Zusammenhang mit Vereinigungen von Krankenkassen erforderlich, um dem BAS die richtigen Adressaten der Bescheide vorzugeben. Er hat aber keine zusätzlichen belastenden Rechtsfolgen zur Folge.

Das BAS berechnet nach dem neuen Absatz 3 Satz 1 die Beträge, die sich für die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen bei der Berechnung nach Absatz 1 (Satz 1 oder abweichend nach Satz 2) ergeben hätten. Die nach Absatz 1 Satz 3 bestimmten Rechengrößen sind dabei unverändert zugrunde zu legen. Das BAS addiert die Beträge und macht den Gesamtbetrag gegenüber der aus der Vereinigung nach § 155 Absatz 6 Satz 2 entstandenen neuen Krankenkasse geltend. Auch im Fall, dass sich nur für eine der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ein Betrag nach Absatz 1 ergeben hätte, macht es diesen gegenüber der neuen Krankenkasse geltend. Es legt nach Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 die Verrechnung mit den Zuweisungen an die neue Krankenkasse in den folgenden Ausgleichsmonaten des Jahres 2021 fest. Der Bescheid gegenüber der neuen Krankenkasse soll ebenfalls möglichst bis zum 31. März 2021 erlassen werden, ohne dass es sich um eine Ausschlussfrist handelt.

Nach dem neuen Absatz 3 Satz 3 ist die Festlegung des abzuführenden Betrages gegenüber der aus einer Fusion entstandenen neuen Krankenkasse nicht erforderlich, wenn das BAS bereits gegenüber den an der Vereinigung

beteiligten Krankenkassen Bescheide erlassen hat, soweit diese nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 heranzuziehen sind. Die Zahlungsverpflichtungen der beteiligten Krankenkassen werden nach § 155 Absatz 6 Satz 2 durch die neue Krankenkasse übernommen und die bereits festgelegte Verrechnung ist in den monatlichen Zuweisungen für die neue Krankenkasse ohne Änderungen umsetzbar. Im Zusammenspiel mit Absatz 3 Satz 1 ergibt sich, dass das BAS die Wahl hat, ob es gegenüber den beteiligten Krankenkassen vor dem Wirksamwerden der Fusion oder gegenüber der neuen Krankenkasse nach dem Wirksamwerden der Fusion die Bescheide nach § 272 erlässt. Vereinigungen, die nach dem Erlass der Bescheide nach § 272 gegenüber den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen wirksam werden, sind damit von Absatz 3 nicht erfasst.

Zu Nummer 11a

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird die Ermittlung der absoluten Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung geregelt. Diese absolute Anzahl ergibt sich, indem die im jeweils laufenden Quartal geltende Prüfquote auf die Anzahl der im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bezogen wird. Diese Berechnung gewährleistet einen eindeutigen Bezugspunkt für die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende absolute Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen für die Zeit ab dem Jahr 2020. Die Regelung dient der Herstellung einer einheitlichen Auffassung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, die bisher bei der Ermittlung der absoluten Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen teilweise auf die im jeweils laufenden Quartal eingehenden Schlussrechnungen abgestellt haben. Da erst mit Abschluss eines Quartals festgestellt werden kann, wie viele Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eingegangen sind, kann während des laufenden Quartals die absolute Anzahl an maximal prüfbaren Schlussrechnungen nicht ermittelt werden. Mit dem klaren Bezug auf das vorvergangene Quartal wird eine valide Angabe zur absoluten Anzahl an maximal prüfbaren Schlussrechnungen sichergestellt.

In einem Quartal prüfbar sind alle Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die sich noch in der Vier-Monatsfrist nach Absatz 1 Satz 1 befinden. Dazu gehören Schlussrechnungen aus dem laufenden Quartal, aus dem vorangegangenen und aus dem vorvergangenen Quartal, die in den letzten vier Monaten bei der Krankenkasse eingegangen sind. § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt, so dass weitere Schlussrechnungen prüfbar sind, sofern sich die Vertragsparteien in der Prüfverfahrensvereinbarung darauf verständigt haben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der bisherige Satz 2 wird aufgehoben, um Missverständnisse bei der Zuordnung von Prüfungen zu einem Quartal und zu der maßgeblichen Prüfquote zu vermeiden. Aufgrund der Streichung ist der Eingang einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei der Krankenkasse nicht mehr relevant, um eine Prüfung einem Quartal und einer Prüfquote zuzuordnen. Der Eingang der Rechnung ist lediglich maßgeblich für die Frist nach Absatz 1 Satz 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit dem neuen Satz 3 wird geregelt, dass für die Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal und zu der in diesem Quartal geltenden quartalsbezogenen Prüfquote das Datum der Prüfungseinleitung maßgeblich ist. Die Herkunft der Rechnung in Form des Eingangsdatums der Schlussrechnung bei der Krankenkasse ist nicht relevant für die Quartalszuordnung. Durch die Einfügung der Regelung als neuer Satz 3 wird klarstellt, dass sich diese Zuordnungsvorgabe sowohl auf die Jahre 2020 und 2021 als auch auf die Jahre ab 2022 bezieht.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die aus der Streichung des bisherigen Satzes 2 resultiert. Der alte Satz 3 wird dadurch zu dem neuen Satz 2, wodurch auch in Satz 4 diese Änderung nachvollzogen werden muss.

Zu Buchstabe b

Die in Absatz 2 Satz 1 vorgenommene Regelung des Bezugspunktes für die Ermittlung der absoluten Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung wird mit der

Änderung in Satz 3 Nummer 1 auch für die quartalsbezogenen Auswertungen nachvollzogen. Die realisierte Prüfquote wird ermittelt, indem die bei dem Medizinischen Dienst in dem betrachteten Quartal eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung ins Verhältnis zu allen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung gesetzt werden, die, vom betrachteten Quartal ausgehend, im vorvergangenen Quartal eingegangen sind.

Zu Nummer 12

Mit den Änderungen wird die für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen in § 79 Absatz 3e vorgesehene erleichterte schriftliche Beschlussfassung auch auf die Medizinischen Dienste auf Landesebene ausgedehnt.

Zu Nummer 12a

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) wurde der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) beauftragt, eine Richtlinie zur Personalbedarfsbemessung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die den Medizinischen Diensten (MD) übertragenen Aufgaben (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4) unter fachlicher Beteiligung der MD zu erlassen. Diese Richtlinie sollte noch vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bis zum 30. September 2020 erlassen werden (§ 414 Absatz 2 Satz 3).

In der Begründung des MDK-Reformgesetzes wird zum Erlass der Richtlinie ausgeführt, dass die Richtlinie aufgabenbezogene Richtwerte enthalten muss, wie z. B. für die Aufgabe der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit. Von diesen Richtwerten können die MD jedoch aufgrund ihrer unterschiedlichen Strukturen begründet abweichen (vgl. Begründung zum MDK-Reformgesetz, Bundestags Drucksache 19/13397, Seite 77). Daraus ergibt sich, dass die Richtlinie aufgabenbezogene Richtwerte zu enthalten hat, die MD-übergreifend gelten.

Im Rahmen der Vorarbeiten an dieser Richtlinie sind Unklarheiten bezüglich der Frage aufgetreten, ob die aufgabenbezogenen Richtwerte MD-spezifisch oder MD-übergreifend auszugestalten seien. Um diese Unklarheiten zu vermeiden, wird mit der Neuregelung klargestellt, dass die vom MD Bund bzw. beim erstmaligen Erlass aufgrund der Sonderregelung des § 414 Absatz 2 Satz 3a vom MDS zu erlassende Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den MD übertragenen Aufgaben enthalten muss. Diese Richtwerte gelten für alle MD einheitlich, lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen MD weiterhin zu, dass begründete Abweichungen möglich sind.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Die Änderung bewirkt, dass die erleichterte schriftliche Beschlussfassung auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gilt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b, weil der erstmalige Erlass der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 (Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung) gesondert im neuen Absatz 2a geregelt wird. Der übrige Regelungsinhalt der Sätze 3 und 4, der den Erlass der Richtlinie zu den Prüfungen der Strukturmerkmale von Krankenhäusern nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 betrifft, bleibt inhaltlich unverändert und wird nur redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe c

Im Rahmen der Vorarbeiten für die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 durch den MDS unter fachlicher Beteiligung der MD hat sich gezeigt, dass die Festlegung aufgabenbezogener Richtwerte für die Personalbedarfsermittlung der MD eine methodisch komplexe Aufgabe ist, die einen längeren zeitlichen Vorlauf erfordert. Bezogen auf die großen Aufgabenbereiche der MD, wie die Begutachtung von Krankenhausleistungen, von Arbeitsunfähigkeitsfällen oder von Anträgen auf Rehabilitations- oder Vorsorgeleistungen, ergibt sich eine große Bandbreite des Bearbeitungsaufwandes bei den einzelnen MD. Denn dieser Arbeitsaufwand hängt insbesondere ab von der Art der Erledigung durch den MD wie z. B. mit persönlicher Untersuchung, als Aktenlagengutachten oder im Rahmen einer Fallbesprechung mit dem Krankenhaus, dem Grad der Konkretisierung der Fragestellung durch die Krankenkasse und der unterschiedlichen Qualität der dem MD vorliegenden Daten. Es ist daher für eine

belastbare und MD-übergreifende Personalbedarfsermittlung zunächst erforderlich, die jeweiligen Begutachtungsaufgaben in typische in allen MD vergleichbar ablaufende, kleinere Gruppen mit homogenem Arbeitsaufwand zu differenzieren.

Die gesetzliche Neuregelung dient der Unterstützung des MDS und der MD bei der Erfüllung dieser komplexen Aufgabe und gewährt ihnen durch die Verlängerung der Frist zum erstmaligen Erlass der Richtlinie in Satz 1 die nötige Zeit für die Umsetzung.

Nach Satz 2 ist in der Richtlinie eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben, die nach § 280 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches in Verbindung mit § 69 Absatz 6 des Vierten Buches von den MD zur Begründung der Ausbringung von Planstellen und Stellen zu beachten sind. Angemessene und anerkannte Methoden der Personalbedarfsermittlung sind beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt.

Methodisch wesentlich ist es angesichts der Heterogenität des Aufwandes der Begutachtung, die großen Aufgabenbereiche zunächst in typische, in allen MD vergleichbar ablaufende, kleinere Gruppen von Begutachtungsaufträgen mit homogenem Arbeitsaufwand zu differenzieren (Satz 3). Die so definierten Gruppen sind dann Gegenstand der Erhebung des Aufwandes in allen MD, bei der auch Stichprobenverfahren angewendet werden können.

Satz 4 gibt für die zur Erarbeitung der Richtlinie erforderliche Datenerhebung und Datenauswertung vor, dass diese nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erfolgen hat und vom MDS unter fachlicher Beteiligung der MD koordiniert wird. Die Erhebung der Daten erfolgt zwar in den einzelnen MD personenbezogen, jedoch ist auf der Ebene des Medizinischen Dienstes Bund nur eine anonymisierte Auswertung zulässig. Die Verarbeitung richtet sich nach den einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes, insbesondere des Beschäftigtendatenschutzes. Der Personenbezug ist also vor einer Übermittlung der Daten durch die MD zu entfernen. Die Erhebung der für die Bestimmung der einzelnen Richtwerte erforderlichen Daten hat spätestens ab dem 1. März 2021 bei allen MD zu beginnen, um den Erlass der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2021 zu ermöglichen. Da der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a Absatz 1 Satz 1 die Aufgaben des MD für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt, ist auch er in die Datenerhebung, die Datenauswertung und die fachliche Begleitung wie die anderen MD einzubeziehen.

Gegenstand der Richtlinie sind nach Satz 5 MD-übergreifende Richtwerte mindestens für Aufgabengruppen aus den Begutachtungsbereichen Krankenhausleistungen, Arbeitsunfähigkeit und Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Dies dient der Erleichterung der Umsetzung, weil sich der MDS und die MD zunächst auf diese drei großen Begutachtungsbereiche konzentrieren können.

Nach Satz 6 unterliegt auch der erstmalige Erlass dieser Richtlinie durch den MDS der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Zu Artikel 1a – Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 1a bestimmt, dass die Regelungen zum 1. Januar 2022 aufgehoben werden.

Zu Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 1

Zu Satz 3

Die Förderung der Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal wird von 10 Prozent auf bis zu 25 Prozent erhöht. Mit der Anhebung soll eine Ausweitung der Entlastung von Hebammen bewirkt werden. Dies entspricht dem Ansinnen des Hebammenstellen-Förderprogramms. Insbesondere in der Entlastung von fachfremden Tätigkeiten wird eine geeignete Maßnahme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von im Krankenhaus beschäftigten Hebammen gesehen.

Zu Satz 4

Examiniertes Pflegepersonal wird aus dem Katalog des Hebammen unterstützenden Fachpersonals gestrichen. Mit der Streichung werden u. a. die Erkenntnisse des IGES-Gutachten zur stationären Hebammenversorgung berücksichtigt, wonach Hebammen vor allem von administrativen und tätigkeitsfernen Aufgaben, die primär dem Zuständigkeitsbereich von medizinischen Fachangestellten oder medizinischen Dokumentarassistenten zugesprochen werden, Entlastung erfahren sollen. Aufgrund des erheblichen Mangels an Fachpersonal in der Kranken- und Altenpflege würde der Einsatz von examiniertem Fachpersonal als unterstützendes Personal im Kreißsaal zudem falsche Signale senden.

Zu Nummer 2

Die Änderung in § 5 Absatz 2a Satz 1 wird dahingehend klargestellt, dass sich die zusätzliche Finanzierung für Krankenhäuser nach der in einem Krankenhaus vorgehaltenen Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen, unverändert nach der Erfüllung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für Leistungszuschläge nach § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V richtet. Eine Verengung auf eine einzelne Vorgabe des G-BA erfolgt nicht.

Zu Artikel 2a – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Die Regelung soll gewährleisten, dass sich die Förderanteile, die den Ländern nach dem Krankenhauszukunftsfonds zustehen, nach dem am 29. Oktober 2018 bekanntgemachten und am 6. November 2018 im Bundesanzeiger veröffentlichten für das Jahr 2018 gültigen Königsteiner Schlüssel bemessen. Der für das Jahr 2018 geltende Königsteiner Schlüssel ist der aktuelle Königsteiner Schlüssel. Ohne die Regelung würde bei der Bemessung der Förderanteile der Länder infolge der im Gesetz vorgesehenen Regelung, die auf den zum 1. Oktober 2018 geltenden Königsteiner Schlüssel abstellt, lediglich die am 23. Februar 2018 bekanntgemachte und am 8. März 2018 im Bundesanzeiger veröffentlichte für das Jahr 2017 geltende Vorgängerversion des Königsteiner Schlüssels verwendet werden. Durch die Regelung wird insoweit eine redaktionelle Ungenauigkeit im Hinblick auf die Bemessungsgrundlage der Förderanteile der Länder behoben.

Zu Artikel 2b – Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Artikel 3 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**Zu Nummer 0**

Redaktionelle Folgeänderung zur Umbenennung des § 78.

Zu Nummer 0a**Zu Buchstabe a****Zu Absatz 3a**

Mit dem Modellprogramm wird eine Vereinbarung aus der Konzentrierten Aktion Pflege umgesetzt. Nach dieser Vereinbarung sollen innovative Versorgungskonzepte entwickelt und erprobt werden, bei denen Pflegefachpersonen in besonderem Maße ihre Kompetenzen, auch im Sinne einer erweiterten Versorgungsverantwortung, einsetzen können. Die Zweckbestimmung des Modellprogramms umfasst die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen. Dazu können auch Projekte gehören, in denen unter Verantwortung einer Advanced Practice Nurse die Versorgung von Pflegebedürftigen organisiert wird, z. B. um unnötige Krankenhausweisungen der Pflegebedürftigen zu vermeiden. Durch die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals

in Pflegeeinrichtungen soll ermittelt werden, ob sich die Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit des Personals in Pflegeeinrichtungen durch innovative Versorgungsansätze maßgeblich verbessern und ggf. zur Einsparung von Kosten für das Gesundheitswesen beitragen.

Um innovative Versorgungsansätze mit einer für wirksame Aussagen geeigneten Größe erproben zu können, sind aufgrund der Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten aus diesem Bereich Fördermittel in Höhe von 3 Millionen Euro pro Jahr erforderlich, um entsprechende Projekte – auch über mehrere Jahre – durchführen zu können. Der Einsatz von zusätzlichem Personal in Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Durchführung von Modellprojekten können in das Fördervolumen einbezogen werden. Das Verfahren zur Durchführung des Modellvorhabens orientiert sich an § 8 Absatz 3.

Zu Absatz 3b

Zur wissenschaftlich gestützten Begleitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationären Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, führt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ein Modellprogramm durch, aus dem Studien, Modellprojekte und wissenschaftliche Expertisen finanziert werden sollen.

Im Rahmen des Modellprogramms werden ab dem Jahr 2021 Konzepte für eine veränderte Aufgabenverteilung mit begleitenden Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung sowie Maßnahmen der Digitalisierung und des Technikeinsatzes für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt. Diese Konzepte sollen in einer begrenzten Zahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen erprobt werden. Die am Modellprogramm teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen bei der Erprobung eine Personalausstattung erhalten, die sich am Algorithmus 1.0 des Personalbemessungsinstruments nach dem Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ orientiert. Wie im Abschlussbericht des PeBeM-Projekts dargestellt, ist bei der Personalausstattung der an der Erprobung teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Effizienzreserve zu berücksichtigen. Der Personalmehrbedarf der am Modellprogramm teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wird aus dem Modellprogramm finanziert. Die Erprobung soll unter Einbeziehung der Kriterien der Mitarbeiterzufriedenheit und der Qualität der Versorgung evaluiert werden. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Evaluation soll das Personalbemessungsinstrument (Algorithmus 1.0) angepasst und ein Algorithmus 2.0 empfohlen werden. Für eine flächendeckende Verbreitung und Umsetzung der erprobten Konzepte in allen vollstationären Einrichtungen soll zudem die Entwicklung eines Implementationskonzeptes (z. B. Multiplikatorenschulungen) finanziert werden.

Um die ambulanten Pflegeeinrichtungen im Sinne der Empfehlungen des Abschlussberichts im PeBeM-Projekt zu unterstützen, sollen aus dem Modellprogramm auch Maßnahmen für ambulante Pflegeeinrichtungen finanziert werden. Dadurch sollen neue Modelle der Arbeitsorganisation für eine wohnortnahe ambulante pflegerische Versorgung mit einem veränderten, kompetenzorientierten Personalmix etabliert werden.

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen werden für das Modellprogramm bis zu 12 Millionen Euro im Zeitraum von 2021 bis 2024 aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Die Durchführung des Modellprogramms erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zur Begleitung des Modellprogramms wird vom Bundesministerium für Gesundheit ein Begleitgremium eingesetzt. In diesem Begleitgremium sollen die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege sowie der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege vertreten sein.

Zu den Doppelbuchstaben aa und cc

Mit den im mittlerweile vollständig in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) enthaltenen Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch sollen durch verschiedene Fördermaßnahmen insbesondere in Umsetzung des Sofortprogrammes Pflege spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte, etwa durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege, erreicht werden.

Bislang ist die Gewährung des Vergütungszuschlags an antragstellende, vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe des § 8 Absatz 6 grundsätzlich zur Refinanzierung von Pflegefachkraftstellen, die zusätzlich über Neueinstellungen oder über Stellenaufstockung in der Einrichtung geschaffen wurden, möglich. Nach § 8 Absatz 6

Satz 4 kann nur im Ausnahmefall, wenn von der Pflegeeinrichtung der Nachweis geführt wird, dass es ihr in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, für die gewünschte Stelle bzw. Stellenerweiterung eine Pflegefachkraft zu finden, auch auf Pflegehilfskräfte zurückgegriffen werden, die sich – als zwingende Voraussetzung – in Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Durch den geänderten Satz 4 wird die Wartefrist zur Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften zugunsten der Einrichtungsträger aufgehoben. Entsprechend entfällt auch der Nachweis zur Einhaltung dieser Wartefrist, weshalb auch Satz 8 angepasst wird.

Gleichzeitig soll es den Pflegeeinrichtungen angesichts der kritischen Arbeitsmarktsituation für examinierte Pflegefachkräfte ermöglicht werden, den Vergütungszuschlag auch für weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu erhalten. Dies können zum Beispiel Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein. Diese weiteren zusätzlichen Fachkräfte unterstützen insgesamt die Pflegefachkräfte in den Pflegeeinrichtungen, was damit zu einer weiteren Entlastung im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege beiträgt.

Zu Doppelbuchstabe b

Zur Erleichterung des Antragsverfahrens im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 8 Absatz 6 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wurde im Herbst 2019 zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Verbänden der Leistungserbringer und den Kostenträgern auf Bundesebene zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Orientierungshilfe nebst einem Fragen- und Antwortkatalog erstellt. Hierin war gemeinsam festgelegt worden, dass eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, die einen Vergütungszuschlag für die Finanzierung zusätzlicher Personalfachkraftstellen erhält, bei unverändert vorliegenden Anspruchsvoraussetzungen ein entsprechend unterschriebenes Bestätigungsformular unaufgefordert vorzulegen hat. Diese Meldepflichtung, die sich als einfaches und bürokratiearmes Mittel im Verfahren bewährt hat, wird nun zur Klarstellung als Voraussetzung für die fortlaufende Auszahlung des Zuschlages gesetzlich in Satz 7 aufgenommen. Nach den geltenden Vergütungszuschlags-Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen ist bereits eine Bestätigungsmeldung zum Bescheid erstmals zum 15. März 2021 an die zuständige Pflegekasse zu senden, wenn die Einrichtung einen vorläufigen Zahlungsstopp vermeiden will. Wird sie nicht innerhalb von zehn Werktagen nachgereicht, kann die zuständige Pflegekasse nach den o.g. Festlegungen prüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen noch vorliegen und ob ggf. Erstattungsansprüche aufgrund von Überzahlungen bestehen.

Zu Nummer 2a

Die Vorschriften bezwecken die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds bei den Pflegekassen. Dies dient damit zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Pflegebedürftigen bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen.

Gemäß Absatz 1 Satz 2 kann die Pflegekasse vor Bewilligung eines Pflegehilfsmittels in geeigneten Fällen durch eine Pflegefachkraft oder den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das beantragte Pflegehilfsmittel erforderlich ist. Damit wird die Beauftragung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes in das Ermessen der Pflegekasse gestellt. Durch die vorgenommene Gesetzesänderung erfolgt eine Angleichung an die bereits in § 275 Absatz 3 des Fünften Buches bestehende Regelung zur Beauftragung des Medizinischen Dienstes vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch die Krankenkasse.

Mit der Regelung in Absatz 4 Satz 5 erfolgt eine Klarstellung, dass auch vor Bewilligung eines beantragten Zuschusses zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen die Pflegekasse in geeigneten Fällen die Notwendigkeit durch eine Pflegefachkraft oder den Medizinischen Dienst überprüfen lassen kann.

Kann über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst beteiligt wird, nicht innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entschieden werden, muss die Pflegekasse dies dem Pflegebedürftigen unter Darlegung eines hinreichenden Grundes rechtzeitig vor Ablauf der Frist schriftlich mitteilen. Dabei kann die Pflegekasse nicht Gründe anführen, die in ihrem Verantwortungsbereich liegen wie beispielsweise Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung von Mitarbeiterinnen und Mitar-

beitern. Ergänzend wird eine Genehmigungsfiktion für den Fall eingeführt, dass eine Mitteilung eines hinreichenden Grundes ausbleibt. Hiernach gilt das beantragte Pflegehilfsmittel oder der beantragte Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Zu Nummer 2b

Nicht nur im Bereich der medizinischen Versorgung, sondern auch im Bereich der pflegerischen Versorgung schreitet die Entwicklung digitaler Technologien immer rascher voran. Ziel der Neuregelungen ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung auch diese Techniken möglichst zeitnah zugänglich zu machen, soweit die Techniken als Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen pflegerischen Nutzen aufweisen (siehe § 40 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1).

Die Neuregelungen greifen Anregungen und Fragestellungen aus den Diskussionen im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege auf.

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung der Überschrift dient der Klarstellung, da sich der Regelungsinhalt des Paragraphen auch auf das Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen bezieht.

Zu Buchstabe b

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist nach der neuen Verfahrensvorgabe spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Diese Vorgabe erstreckt sich auch auf die sogenannten doppelunktionalen Pflegehilfsmittel, die sowohl den in §§ 23 und 33 des Fünften Buches als auch den in § 40 Absatz 1 diesen Buches genannten Zwecken dienen können (§ 40 Absatz 5 Satz 1). Dabei bezieht sich die neue Vorgabe nur auf den Turnus der Fortschreibung. Im Übrigen bleiben die Verfahrensvorgaben zur Fortentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 des Fünften Buches unberührt, soweit § 78 nichts anderes vorsieht.

Zum Teil werden hier Regelungen getroffen, die auch bereits mit gleicher Zielsetzung in § 139 des Fünften Buches enthalten sind und durch den Verweis in Absatz 2 auch Geltung für die Pflegehilfsmittelversorgung beanspruchen. Gleichwohl sollen die Vorgaben auch hier gesetzlich verankert werden, um deren Bedeutung für die Pflegehilfsmittelversorgung insbesondere im Zusammenhang mit digitalisierter Technik zu betonen. Eigenständige Bedeutung erlangen die Vorgaben für den Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (siehe dazu Begründung zu Buchstabe c).

Es soll sichergestellt werden, dass auch abweichend von dem dreijährigen Turnus eine Fortentwicklung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nicht ausgeschlossen ist. Daher wird zugleich geregelt, dass unbeschadet der regelhaften Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses über Anträge zur Aufnahme von Produkten als Pflegehilfsmittel in das Pflegehilfsmittelverzeichnis bei Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen spätestens innerhalb von drei Monaten zu entscheiden ist. Dabei ist zu beachten, dass eine Bescheidung nur erfolgen kann, wenn die erforderliche Entscheidungsreife gegeben ist und beispielsweise die Funktionstauglichkeit oder der pflegerische Nutzen durch entsprechende Nachweise dargelegt sind. In der Sache dürfte bei der Beurteilung des pflegerischen Nutzens neben den Vorgaben aus § 40 Absatz 1 Satz 1 vor allem auch die Ausrichtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Rolle spielen, sodass etwa Produkte zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, die beispielsweise darauf ausgerichtet sind, die zeitliche oder örtliche Orientierung zu unterstützen oder der Vermeidung oder Erkennung von Gefahren zu dienen, künftig stärkere Berücksichtigung finden.

Ungeachtet einer Zuordnung der Produkte zum Pflegehilfsmittelverzeichnis ist die Pflegekasse verpflichtet, eine Prüfung des Leistungsanspruchs jeweils nach den konkreten Umständen des Einzelfalls vorzunehmen. Bei bisher nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produkten ist nach den Ausführungen aus dem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene ein vergleichbarer Maßstab anzuwenden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist nach dem neuen Recht ferner verpflichtet, Hersteller von neuartigen Pflegehilfsmitteln auf Anfrage über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von Produkten in das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu informieren und zu beraten. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass manche Anbieter und Hersteller digitalbasierter Produkte und Anwendungen die Verfahrensabläufe für die Aufnahme von Produkten in das Pflegehilfsmittelverzeichnis aus ihrer Sicht als nicht ausreichend transparent

wahrnehmen. Dem soll mit dieser Vorschrift abgeholfen werden. Neben Antragsberatung ist in diesem Zusammenhang auch die Durchführung von Muster- oder Pilotverfahren denkbar oder die Einrichtung webbasierter Beratungsportale. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berechtigt ist, für die individuelle Beratung von Anbietern und Herstellern digitalbasierter Produkte und Anwendungen angemessene Gebühren zu erheben; § 139 Absatz 8 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Zu Buchstabe c

Nicht nur im Zusammenhang mit Pflegehilfsmitteln, sondern auch bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen stellt sich zunehmend die Frage, wie digitale Technologien den Pflegebedürftigen leichter zugänglich gemacht werden können, ohne dass der pflegerische Nutzen, wie in § 40 Absatz 4 Satz 1 beschrieben, vernachlässigt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat daher erstmals bis zum 30. September 2021 Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gemäß § 40 Absatz 4 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien zu beschließen.

Ziel der Empfehlungen soll sein, ähnlich wie im Hilfsmittelkatalog, Maßnahmen systematisiert aufzuführen, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Betracht kommen. Dabei sollen auch Festlegungen über das Verfahren zur Aufnahme in den Empfehlungskatalog getroffen werden. Damit wird kein Neuland betreten, sondern an Ausführungen aus dem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene angeknüpft und hierbei der Aspekt digitaler Technologien hervorgehoben. Darüber hinaus können auch die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Gesamtevaluation des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f hierbei einen wichtigen Beitrag leisten und sollten daher in die weitere Analyse miteinbezogen werden. Die Empfehlungen sind spätestens in einem Dreijahresturnus fortzuschreiben, um aktuelle Entwicklungen möglichst zeitnah abzubilden.

Durch den Verweis auf die Sätze 5 bis 7 des Absatzes 2 werden zudem weitere wesentliche Verfahrensvorgaben für das Pflegehilfsmittelverzeichnis auch für die neuen Empfehlungen über wohnumfeldverbessernden Maßnahmen im Interesse der Anbieter von Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung entsprechend anwendbar gemacht. Danach informiert und berät der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf deren Anfrage auch Hersteller und Anbieter von neuartigen Produkten und Leistungen im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme in den neuen Empfehlungskatalog. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens.

Unbeschadet der regelhaften dreijährigen Fortschreibung entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zudem über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Maßnahmen in den Empfehlungskatalog innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen.

Unberührt von der Aufnahme einer Maßnahme in den Empfehlungskatalog bleibt die Pflicht der Pflegekassen, Anträge der Anspruchsberechtigten in jedem Einzelfall zu prüfen und bei Vorliegen der Voraussetzungen auch Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu bewilligen, die in den Empfehlungen nicht benannt sind.

Zu Nummer 4

Zu § 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1

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. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen auch Vergütungszuschläge für zusätzliche Pflegehilfskräfte erhalten, die über eine mindestens einjährige, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege verfügen. Eine Änderung der bisher vorgesehenen Regelung ist erforderlich, weil der Vergütungszuschlag im Gesetzentwurf auf Personen beschränkt ist, deren Ausbildung 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) erfüllt. Dies würde jedoch zu einer Benachteiligung von bereits qualifizierten Pflegehilfskräften mit landesrechtlich geregelter Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege führen, die eine Ausbildung vor der Einführung der Eckpunkte absolviert haben beziehungsweise deren Ausbildungen nicht vollständig die Vorgaben in den o. g. Eckpunkten erfüllen. Damit wird auch einer Forderung des Bundesrates

Rechnung getragen. Für Vergütungszuschläge, die für Ausbildungen vereinbart werden, die erst nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages beginnen, wird an der Beschränkung auf Ausbildungen, 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, festgehalten. Der Zeitraum, innerhalb dem die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellen muss, dass ungelernte Hilfskräfte eine landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege beginnen, wird zudem von drei auf zwei Jahre angepasst.

Zu § 85 Absatz 10 Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die sich bisher nur aus der Begründung zum Gesetzentwurf ergeben hat.

Zu Nummer 5

Durch den mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingefügten § 148 wurden die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 faktisch bis zum 30. September 2020 ausgesetzt. Diese Regelung wurde nicht verlängert, so dass die Beratungsbesuche, die in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen durchzuführen sind, entsprechend dem gesetzlichen Turnus wieder aufzunehmen sind. Hintergrund ist, dass der Beratungsbesuch bei häuslicher Pflege eine wichtige Funktion und Bedeutung sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegenden hat. Er dient insbesondere der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung, beispielsweise pflegender Angehöriger, und somit der langfristigen Sicherstellung der häuslichen Pflege.

Auf der anderen Seite wird es Pflegebedürftige geben, die angesichts der erneut außerordentlich dynamischen Entwicklung der COVID-19-Pandemie lieber keinen fremden Menschen in ihrer Wohnung haben möchten, um sich insbesondere keinem zusätzlichen Infektionsrisiko auszusetzen. Auf diese Pflegebedürftigen wird mit der neuen Übergangsregelung Rücksicht genommen. Statt einer Beratung in der eigenen Häuslichkeit erhalten sie die Möglichkeit, den Beratungsbesuch telefonisch, digital oder mittels Einsatz von Videotechnik abzurufen.

Eine erneute faktische Aussetzung der turnusmäßigen Beratungsbesuche soll unter anderem auch deshalb vermieden werden, weil die bisherigen Erfahrungen im Verlauf der Pandemie gezeigt haben, dass die Betroffenen trotz ihres erhöhten Infektionsrisikos nicht selten um Beratungsbesuche nachsuchen. Gerade unter den erschwerten Pflegebedingungen während der COVID-19-Pandemie besteht ein Bedarf nach Beratung und Unterstützung. Mit der Sonderregelung, die befristet vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 gilt, soll diesem Bedarf unter Berücksichtigung des Infektionsrisikos Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 6

Um Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige bei der Bewältigung der Folgen der COVID-19-Pandemie zu entlasten und zu unterstützen, wurden durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) und durch das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 23. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) unter anderem die bis einschließlich 30. September 2020 befristeten Regelungen des § 150 getroffen. Die Sonderregelungen der Absätze 1 bis 5d wurden zuletzt mit dem Krankenhauszukunftsgesetz vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) bis einschließlich 31. Dezember 2020 verlängert.

Die durch das Corona-Virus SARS-CoV-2 bestehende Gefährdungslage hält weiter an. Laut Robert Koch-Institut ist aktuell weiterhin eine hohe Anzahl der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten. Seit Anfang September nehme der Anteil älterer Personen unter den COVID-19-Fällen wieder zu. Auch werden wieder vermehrt COVID-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen gemeldet (Lagebericht des Robert Koch-Instituts vom 17. November 2020). Entsprechend schätzt das Robert Koch-Institut die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland weiterhin als hoch ein, für Risikogruppen als sehr hoch. Eine Verlängerung um weitere drei Monate der in § 150 enthaltenen Regelungen, die auf den besonders vulnerablen Bereich der Langzeitpflege zielen, ist daher angezeigt.

Zur Begründung der einzelnen Maßnahmen des § 150 wird auf die Ausführungen in den Bundestags-Drucksachen 19/18112, Seite 40 bis 42, und 19/18967, Seite 72 bis 74, Bezug genommen, die vor dem oben beschriebenen Hintergrund weiterhin Geltung haben.

Zu Artikel 4a – Änderung der Coronavirus-Testverordnung

Mit der Aufhebung des § 13 Absatz 4 werden die Vorgaben der Coronavirus-Testverordnung an die Neufassung des § 105 Absatz 3 SGB V angepasst. Nach § 105 Absatz 3 Satz 3 SGB V in der Fassung dieses Gesetzes ist die Erstattung der Kosten für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausgeschlossen, wenn die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. Damit soll insbesondere sichergestellt werden, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen errichteten und betriebenen Testzentren abschließend nach den in der Coronavirus-Testverordnung enthaltenen Vorgaben finanziert werden. Mit diesem Erstattungs Ausschluss kollidiert der bisherige § 13 Absatz 4, der die Finanzierung von Testzentren über § 105 Absatz 3 ausdrücklich nicht ausschließt.

Zu Artikel 4b – Änderung des Familienpflegezeitgesetzes**Zu Nummer 1**

Aufgrund des sich fortsetzenden Infektionsgeschehens und der andauernden COVID-19-Pandemie werden auf Antrag im Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. März 2021 auch weiterhin Kalendermonate bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts durch das Bundesamt für zivilgesellschaftliche Aufgaben außer Betracht gelassen, in denen das Einkommen zum Beispiel infolge von Kurzarbeit abgesenkt war. Der Zusammenhang des geringeren Arbeitsentgelts mit der COVID-19-Pandemie wird weiterhin vermutet.

Zu Nummer 2**Zu Buchstabe a**

Die Verkürzung der Ankündigungsfrist auf zehn Arbeitstage in Textform wird verlängert und gilt für Familienpflegezeit, die spätestens am 1. März 2021 gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wird.

Zu Buchstabe b

Verlängert wird die Regelung in Absatz 3, wonach die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer beendeten Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit kann längstens bis zum 31. März 2021 in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt auch für die Inanspruchnahme der Pflegezeit oder Freistellung nach § 3 Absatz 5 nach einer Familienpflegezeit in Absatz 4. Auch hier muss die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 31. März 2021 enden.

Zu Buchstabe c

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Familienpflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Familienpflegezeit beendet ist, wird verlängert und eine mehrfache Inanspruchnahme während der Pandemie ermöglicht. Damit haben Beschäftigte weiterhin die Möglichkeit, bislang nicht genutzte Monate in Anspruch zu nehmen, wenn sich Pflegearrangements aufgrund der Pandemie ändern. Die Familienpflegezeit muss spätestens bis 31. März 2021 beendet sein.

Zu Artikel 4c – Änderung des Pflegezeitgesetzes**Zu Nummer 1****Zu Absatz 1**

Das Recht, der Arbeit zur Bewältigung einer pandemiebedingten akuten Pflegesituation bis zu 20 Arbeitstage fernzubleiben, bleibt bis zum 31. März 2021 bestehen. Denn im Zuge der COVID-19-Pandemie kann es wieder zu Änderungen bestehender Pflegearrangements kommen.

Zu Absatz 2

Mit der Regelung wird abweichend von der Regelung des § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch auf die Bestimmung des § 150 Absatz 5d Satz 1, 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, wonach das Pflegeunterstützungsgeld bei coronabedingten Versorgungsengpässen für bis zu zwanzig Arbeitstage in Anspruch genommen werden kann, unabhängig davon, ob eine akute Pflegesituation im Sinne von § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes vorliegt.

Zu den Absätzen 4 und 5

Beschäftigte haben weiterhin das Recht, aufgrund der aktuellen Pandemie, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit muss spätestens zum 31. März 2021 enden. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder Freistellung nach § 3 Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes nach einer Familienpflegezeit. Die Pflegezeit muss spätestens zum 31. März 2021 enden.

Zu Nummer 2

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Familienpflegezeit beendet ist, wird verlängert und eine mehrfache Inanspruchnahme während der Pandemie ermöglicht. Damit haben Beschäftigte weiterhin die Möglichkeit, bislang nicht genutzte Monate in Anspruch zu nehmen, wenn sich Pflegearrangements aufgrund der Pandemie ändern. Die Familienpflegezeit muss spätestens bis 31. März 2021 beendet sein.

Zu Artikel 4d – Änderung des Krankenhauszukunftsgesetzes

Die Änderung des Datums des Inkrafttretens der Artikel 9 und 11 führt dazu, dass die Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie bis 31. März 2021 verlängert werden.

Zu Artikel 5 – Inkrafttreten**Zu Absatz 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung eines neuen Absatzes 4 an Artikel 5.

Zu Absatz 2

Bei den Änderungen für die Anwendung von quartalsbezogenen Prüfquoten handelt es sich um Regelungen, mit denen eine einheitliche Auffassung bei den mit der Krankenhausabrechnungsprüfung befassten Beteiligten erreicht werden soll. Da die quartalsbezogenen Prüfquoten mit Beginn des Jahres 2020 eingeführt worden sind und derzeit Auffassungsunterschiede bestehen, die die Umsetzung der Prüfquoten erschweren, muss die Regelung frühzeitig in Kraft treten. Damit wird für alle Beteiligten vorgegeben, dass die Regelungen bereits ab dem Jahr 2020 Anwendung finden.

Zu Absatz 2a

Durch das rückwirkende Inkrafttreten von Artikel 1 Nummer 6b zum 1. Oktober 2020 erfolgt eine lückenlose Verlängerung der Befristung über den 30. September 2020 hinaus.

Am 30. September 2020 endete die bisherige Sonderregelung zu den Beratungsbesuchen gemäß § 37 Absatz 3 während der COVID-19-Pandemie. Im Hinblick auf die erneut außerordentlich dynamische Entwicklung des Pandemiegeschehens besteht die Notwendigkeit für eine weitere Sonderregelung in Artikel 3 Nummer 5. Diese soll im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis 31. März 2021 gelten und somit nahtlos an die bisherige Sonderregelung anknüpfen.

Zu Absatz 3

Die Regelung dient dazu, rückwirkend das zeitgleiche Inkrafttreten der Änderungen der Artikel 2a und 2b mit dem Inkrafttreten der Artikel 1 und 2 des Krankenhauszukunftsgesetzes sicherzustellen.

Zu Absatz 3b

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Artikel 4b bis 4d.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Aufhebung der §§ 79 Absatz 3e und 279 Absatz 9 des Fünften Buches sowie der in § 217 b Absatz 1 Satz 3 und § 414 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches vorgenommenen Änderungen.

Berlin, den 25. November 2020

Karin Maag
Berichterstatlerin

Bettina Müller
Berichterstatlerin

Detlev Spangenberg
Berichterstatler

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatler

Dr. Achim Kessler
Berichterstatler

Dr. Kirsten Kappert-Gonthier
Berichterstatlerin

