

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

A. Problem und Ziel

Medizinische Rehabilitation fördert als Leistung zur Teilhabe die Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft. Sie dient dazu, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. In diesem Rahmen hat die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ die Aufgabe, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Ziel ist es, so lange und so weit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation sollen deshalb erleichtert werden.

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

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

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

Allerdings liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und -patienten sowie Patientinnen und Patienten mit Tracheostoma und die fehlende Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung sowie zur Dekanülierung. Erhebliche Unterschiede bzgl. der Höhe der durch die Versicherten zu leistenden

Eigenanteile bei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im ambulanten Bereich einerseits und im stationären Bereich andererseits führen überdies zu Fehlanreizen in der Leistungsinanspruchnahme. Gleichzeitig sehen sich Versicherte angesichts des Mangels an Pflegefachkräften in zunehmender Häufigkeit mit Schwierigkeiten konfrontiert, einen geeigneten Pflegedienst zur Deckung ihres Versorgungsbedarfs zu finden.

An die bedarfsgerechte Versorgung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege sind daher besondere Anforderungen zu stellen. Ziel der Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege ist es,

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen und diesen durch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen Rechnung zu tragen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

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

B. Lösung

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

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auf Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen nicht angewendet. Dadurch können Vergütungen bei erforderlichen Mehrausgaben der Einrichtungen, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entstehen, angepasst werden.

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können, um das Verfahren zu erleichtern und zu beschleunigen.

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

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

Die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf werden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt. Die Leistung bedarf künftig der Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und wird an besondere Voraussetzungen geknüpft.

Die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, werden erheblich reduziert.

Leistungen der außerklinischen Intensivpflege dürfen künftig nur von Leistungserbringern erbracht werden, die besondere Anforderungen erfüllen. Hierzu gehört beispielsweise die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements.

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

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

Es wird klargestellt, dass zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten gehört, damit Patienten mit Entwöhnungspotenzial identifiziert werden können.

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

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bund entstehen durch die Maßnahmen dieses Gesetzes keine Mehrausgaben.

Bei Ländern und Gemeinden können sich für die Träger der Sozialhilfe durch die Verbesserungen der Rehabilitationsleistungen nicht bezifferbare Mehr- und Minderausgaben bei den Erstattungsleistungen nach § 264 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergeben. Für die Träger der Eingliederungshilfe können ebenfalls nicht bezifferbare Mehrausgaben für intensivpflegebedürftige Personen entstehen, die von der eigenen Häuslichkeit in eine vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe umziehen. Ebenfalls nicht bezifferbare Mehrausgaben können den Trägern der Sozialhilfe entstehen, wenn Krankenkassen bei Wegfall des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege keine Satzungsleistungen nach § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V gewähren und Patienten, die in Pflegeeinrichtungen umgezogen sind, nicht wieder ausziehen und finanziell bedürftig sind.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2020 im Bereich der geriatrischen medizinischen Rehabilitation durch einen erleichterten Zugang zu medizinisch erforderlichen Maßnahmen, die Stärkung der Wahlrechte der Patientinnen und Patienten sowie die Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei Vertragsvereinbarungen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und gesetzlichen Krankenkassen nicht bezifferbare Mehrausgaben. Diesen Mehrausgaben stehen ebenfalls nicht bezifferbare Einsparungen durch eine Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolge-

kosten etwa im Bereich von stationärer Akutbehandlung gegenüber. Durch Verbesserungen der Qualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege verbunden mit einer zu erwartenden steigenden Leistungserbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten können der gesetzlichen Krankenversicherung bei voller Jahreswirkung Einsparungen in einem niedrigen bis mittleren dreistelligen Millionenbetrag entstehen. Diesen Minderausgaben stehen Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag durch eine Übernahme bisher von den Versicherten oder der Sozialhilfe getragenen Kostenanteilen bei einer Leistungserbringung in Pflegeeinrichtungen gegenüber. Durch Ermöglichung eines Zusatzentgelts für längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung entstehen den gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2021 geringfügige nicht zu beziffernde Mehrausgaben, denen jedoch durch die Vermeidung intensivmedizinischer Behandlungspflege Einsparungen gegenüberstehen.

3. Soziale Pflegeversicherung

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

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene entsteht je Verband einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zur medizinischen Rehabilitation im niedrigen bis mittleren vierstelligen Eurobereich. Entsprechendes gilt für die Einrichtung eines Schiedswesens.

Den Krankenhäusern kann durch die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausspezifischer Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen. Da die Verhandlungen als Routineaufgaben im Rahmen der turnusmäßigen Budgetverhandlungen eingebettet sind, ist allenfalls von geringfügigem, nicht zu bezifferndem Erfüllungsaufwand auszugehen. Darüber hinaus entsteht Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser, die pflichtwidrig die Feststellung des Beatmungsstatus oder die Veranlassung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung unterlassen insoweit, als sie den vereinbarten Abschlagsbetrag in der Rechnung ausweisen müssen. Hierbei kann es sich um geringfügigen, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand für eine nicht bekannte Anzahl von Krankenhäusern handeln.

Den Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege im niedrigen bis mittleren vierstelligen Eurobereich je teilnehmender Vereinigung bzw. Spitzenorganisation.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zur medizinischen Rehabilitation im oberen vierstelligen Eurobereich. Entsprechendes gilt für die Einrichtung eines Schiedswesens.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Bund entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege im oberen vierstelligen Eurobereich.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung der Vorgaben für die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen für Krankenhäuser, dessen Höhe den Betrag von 30 000 Euro nicht übersteigen dürfte. Für die gesetzlichen Krankenkassen kann durch die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausspezifischer Zusatzentgelte für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen. Da auch für die Krankenkassen die Verhandlungen als Routineaufgaben in die turnusmäßigen Budgetverhandlungen eingebettet sind, ist allenfalls von geringfügigem, nicht zu bezifferndem Erfüllungsaufwand auszugehen. Den Krankenkassen entsteht darüber hinaus Erfüllungsaufwand, wenn ein Krankenhaus einen erforderlichen Abschlag nicht in der Rechnung ausgewiesen hat und die Krankenkasse den Abschlagsbetrag einbehält. Hierbei kann es sich allenfalls um geringfügigen, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand in einer nicht bekannten Zahl von Fällen handeln.

F. Weitere Kosten

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

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 20. Mai 2020

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Wolfgang Schäuble
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung
und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 989. Sitzung am 15. Mai 2020 gemäß Artikel 76 Absatz 2
des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2 ersichtlich
Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der
als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

Anlage 1

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung
und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)**

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 wird nach dem Wort „Krankenpflege“ ein Komma und werden die Wörter „außerklinische Intensivpflege“ eingefügt.
2. Nach § 37b wird folgender § 37c eingefügt:

„§ 37c

Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben und zu dokumentieren. Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter

entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,
3. an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2,
4. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
5. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 42 oder § 43 des Elften Buches erbringen,
2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung nach Satz 5 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. Die Leistung an einem Leistungsort nach Satz 3 oder 4 kann versagt und der Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten

1. durch die oder den Versicherten oder
2. durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechtigte Person

nicht erteilt wird und dadurch die Feststellung nach Satz 4 oder die Überprüfung nach den Sätzen 5 und 6 nicht möglich ist. Die §§ 65, 66 und 67 des Ersten Buches bleiben unberührt.

(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 weitergewährt werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalen-

derjahr an die Krankenkasse. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Ort im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor. Darin sind insbesondere aufzuführen:

1. die Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle,
 2. Angaben zur Leistungsdauer,
 3. Angaben zum Leistungsort einschließlich Angaben zur Berücksichtigung von Wünschen der Versicherten,
 4. Angaben zu Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnis sowie
 5. Angaben zu Satzungsleistungen der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 2.“
3. § 39 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.“
 - b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:
„Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.“
 - bb) In dem bisherigen Satz 10 wird die Angabe „bis 7“ durch die Angabe „bis 8“ ersetzt.
4. § 40 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 4 werden im ersten Halbsatz nach den Wörtern „entstehenden Mehrkosten“ die Wörter „zur Hälfte“ eingefügt und wird im zweiten Halbsatz das Wort „angemessen“ durch die Wörter „von der Krankenkasse zu übernehmen“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet die Abweichungen von der Verordnung. Mit Einwilligung der Versicherten in Textform übermittelt die Krankenkasse ihre Entscheidung schriftlich oder elektronisch den Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit.“

Die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 4 unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.“

bb) Der neue Satz 13 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, mit Ausnahme von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation, die als ambulante Leistungen nach Absatz 1 in der Regel für 20 Behandlungstage oder als stationäre Leistungen nach Absatz 2 in der Regel für drei Wochen erbracht werden sollen. Eine Verlängerung der Leistungen nach Satz 13 ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.“

cc) In dem neuen Satz 15 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 13“ ersetzt.

dd) In dem neuen Satz 16 werden nach den Wörtern „Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können“ die Wörter „für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,“ eingefügt.

ee) In dem neuen Satz 19 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 18“ ersetzt.

ff) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag erstmalig für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022 und danach jährlich bis zum 30. Juni 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.“

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

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

6. § 61 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „stationäre Maßnahmen“ die Wörter „und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132j Absatz 5 Nummer 1“ eingefügt.

b) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten“ eingefügt.

7. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und außerklinischer Intensivpflege“ eingefügt.

8. § 92 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 wird nach dem Wort „Krankenpflege“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Soziotherapie“ die Wörter „und außerklinischer Intensivpflege“ eingefügt.

b) Nach Absatz 7f wird folgender Absatz 7g eingefügt:

„(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132j Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

9. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,2 Prozent der nach § 85 vereinbarten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Sätze 2, 3 Nummer 1 bis 4 sowie die Sätze 4 und 5 gelten in diesem Fall entsprechend.“

b) Dem Absatz 1c wird folgender Satz angefügt:

„Für die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 57, 87 und 87e anzuwenden.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“, nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung“ und nach dem Wort „vertragsärztliche“ die Wörter „oder vertragszahnärztliche“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden jeweils nach dem Wort „vertragsärztlichen“ die Wörter „oder vertragszahnärztlichen“ und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ eingefügt.

cc) In Satz 3 werden jeweils nach dem Wort „Vertragsarzt“ die Wörter „oder den Vertragszahnarzt“ und jeweils nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung“ eingefügt und wird die Angabe „§ 83“ durch die Angabe „den §§ 83, 85“ ersetzt.

dd) In Satz 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ eingefügt.

10. § 111 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.“

b) Nach Absatz 5 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen

1. das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1,
2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen und
3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 4.

Vereinbarungen nach § 137d Absatz 1 bleiben unberührt. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 2 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

11. § 111a Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 111 Absatz 2, 4 Satz 1 und 2, Absatz 5 und 7 sowie § 111b gelten entsprechend.“

12. § 111b wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 111b

Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung“.

- b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine gemeinsame Schiedsstelle, die in Angelegenheiten nach § 111 Absatz 7, § 111a Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 111 Absatz 7 sowie nach § 111c Absatz 5 entscheidet. Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Rahmenempfehlungspartner nach § 111 Absatz 7 Satz 1 oder § 111c Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Die jeweiligen Rahmenempfehlungspartner sollen sich über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und von deren Stellvertretern durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.“

13. § 111c wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 3 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen

1. das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach § 40 Absatz 1,
2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen und
3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 3 Satz 4.

Vereinbarungen nach § 137d Absatz 1 bleiben unberührt. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 1 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 3 zugrunde zu legen. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

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

„§ 132j

Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 42 oder § 43 des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 24. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zu vereinbaren. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

(2) In den Rahmenempfehlungen sind im Hinblick auf den jeweiligen Leistungsort nach § 37c Absatz 2 Satz 1 insbesondere zu regeln:

1. personelle Anforderungen an die pflegerische Versorgung einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs,
2. strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten nach Absatz 5 Nummer 1 einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen,
3. Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Fortbildung,
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke nach § 302 jeweils zu übermittelnden Daten,
7. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariftlöhne oder Arbeitsentgelte und
8. Maßnahmen bei Vertragsverstößen.

(3) Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach Absatz 4 anrufen. Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 42 oder § 43 des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Leistungserbringern nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus sechs Vertretern der Krankenkassen, je zwei Vertretern der vollstationären Pflegeeinrichtungen, der Leistungserbringer nach Absatz 5 Nummer 3 und der Pflegedienste sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied werden zwei Stellvertreter bestellt. Die beiden unparteiischen Mitglieder haben je drei Stimmen. Jedes andere Mitglied hat eine Stimme. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Die gemeinsame Schiedsstelle trifft ihre Entscheidung mit der einfachen Mehrheit

der Stimmen ihrer Mitglieder. Ergibt sich keine Mehrheit, geben die Stimmen des Vorsitzenden den Ausschlag. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Rahmenempfehlungspartner nach Absatz 1 Satz 1 sollen sich über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 Satz 1 bis 3 und 7 sowie Absatz 10 Satz 1 gilt entsprechend.

(5) Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach § 42 oder § 43 des Elften Buches erbringen,
3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

(6) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Absatz 5 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1. Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages nach Absatz 5 durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Landesverbände der Krankenkassen jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(7) Die Krankenkassen informieren die für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Absatz 6 Satz 1 und Absatz 6a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämter über jeden Leistungserbringer, der in ihrem Auftrag Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringt.“

15. § 275 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 erster Halbsatz wird nach der Angabe „41“ ein Komma und werden die Wörter „mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2,“ eingefügt.
- b) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- c) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
„5. den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 Satz 1.“

16. § 275b wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „und außerklinischen Intensivpflege“ eingefügt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder nach § 132j Absatz 5“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Regelprüfungen bei Leistungserbringern zu veranlassen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder Nummer 2 abgeschlossen haben und die einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen.“

cc) In dem neuen Satz 3 werden nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder die Landesverbände der Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5“ und nach der Angabe „§ 37“ die Wörter „oder nach § 37c“ eingefügt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132j Absatz 5 Nummer 1 betreiben, und bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 Nummer 2 abgeschlossen haben“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „dieser Wohneinheit“ durch die Wörter „der Wohneinheiten und vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2“ ersetzt.

cc) In den Sätzen 4 und 5 werden jeweils nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder nach § 132j Absatz 5“ eingefügt.

17. In § 303 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 301 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 301 Absatz 1 und 4“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

b) Satz 8 wird aufgehoben.

2. § 132a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 5 wird aufgehoben.

b) Absatz 4 Satz 14 wird aufgehoben.

3. § 275b Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder Nummer 2 abgeschlossen haben, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.“

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Komma und werden die Wörter „insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18 Absatz 1 Satz 3“ eingefügt.
2. In § 17 Absatz 1b Satz 1 werden die Wörter „der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches“ durch die Wörter „Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ ersetzt.
3. § 18a wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter. Über die Möglichkeiten nach den Sätzen 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter im Rahmen der Begutachtung zu informieren. Die Einwilligung ist schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Widersprüche“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - bbb) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - ccc) Die folgenden Nummern 5 und 6 werden angefügt:
 - „5. die Gründe, warum Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwiefern die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist und
 6. die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihren Aufgaben nach Absatz 1 und § 31 Absatz 3 nachzukommen.“
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die für die Aufsicht über die Pflegekasse zuständige Stelle erhält von der jeweiligen Pflegekasse ebenfalls den Bericht.“
4. In § 31 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „informiert sie“ die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ eingefügt und werden die Wörter „den behandelnden Arzt“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch“

die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen,“ ersetzt.

5. § 72 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. sich verpflichten, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen;“.

6. In § 82 Absatz 1 Satz 3 und § 84 Absatz 1 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches“ durch die Wörter „außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ ersetzt.

7. Nach § 114 Absatz 2 Satz 9 wird folgender Satz eingefügt:

„In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, die auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132j Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden.“

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 5 Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:

„(3f) Sind die Voraussetzungen für die nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 vereinbarten Abschläge erfüllt, ist der Abschlagsbetrag vom Krankenhaus in der Rechnung mindernd auszuweisen oder, wenn keine Rechnungsminderung durch das Krankenhaus erfolgt, von der Krankenkasse einzubehalten.“

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

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

3. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

bb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser, die

a) entgegen § 39 Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Einschätzung des Beatmungsstatus vornehmen oder

b) im Falle einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung entgegen § 39 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Verordnung vornehmen.“

b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach der Angabe „Nummer 5“ die Wörter „oder Nummer 8“ eingefügt.

Artikel 5

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 2 tritt am ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 36. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Medizinische Rehabilitation fördert als Leistung zur Teilhabe die Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft. Sie dient dazu, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. In diesem Rahmen hat die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ die Aufgabe, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Bei chronischen Erkrankungen liegt die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation unter anderem auch darin, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen soweit möglich zu reduzieren und dauerhaften Beeinträchtigungen vorzubeugen. Ziel ist es, so lange und so weit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation sollen deshalb erleichtert werden.

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

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

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben. Für das Jahr 2018 verzeichnen die GKV-Statistiken ca. 19 100 Leistungsfälle in der ambulanten und ca. 3 400 Leistungsfälle in der stationären Intensivpflege und Leistungsausgaben in Höhe von rd. 1,9 Mrd. Euro.

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

Erhebliche Unterschiede in den durch die Versicherten zu leistenden Eigenanteilen bei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im ambulanten Bereich einerseits und im stationären Bereich andererseits führen überdies zu Fehlanreizen in der Leistungsanspruchnahme. Die ambulante Versorgung, insbesondere in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten, erfordert wesentlich größere personelle und finanzielle Ressourcen als die Versorgung in vollstationären Einrichtungen. In zunehmender Häufigkeit haben Versicherte zudem Schwierigkeiten, einen Pflegedienst zu finden, dem die erforderlichen Kapazitäten für die sehr personalintensive und pflegerisch anspruchsvolle Leistung zur Verfügung stehen. Zugleich gibt es keine Belege dafür, dass die medizinische und

pflegerische Versorgungsqualität im stationären Bereich geringer ist als in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten. Hingegen zeigen auch die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes in ambulanten Pflegediensten, die Versicherte mit Intensivpflegebedarf in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in organisierten Wohneinheiten versorgen, Optimierungsbedarf in der Versorgungsqualität auf. So hat beispielsweise eine Überprüfung von insgesamt 905 ambulanten Pflegediensten, die mindestens einen Versicherten Rund-um-die-Uhr, d. h. mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, u.a. ergeben, dass bei 20 Prozent der Personen, bei denen durch einen ambulanten Pflegedienst die spezielle Krankenbeobachtung durchgeführt wurde, die Versorgung nicht sachgerecht war (z. B. waren Schwellenwerte von Vitalparametern nicht dokumentiert, bei denen behandlungspflegerische Interventionen erfolgen müssen, Alarmgrenzen für die transcutane Sauerstoffsättigungsmessung waren nicht korrekt eingestellt, Verlaufskontrollen hinsichtlich Bewusstseinszustand, Beobachtung auf Ödeme, Schlafqualität, Atemgasbefeuchtung, Körpergewicht, Muskulatur, Bilanzierung wurden nicht durchgeführt). Auch aus der Presseberichterstattung liegen verschiedene Hinweise darauf vor, dass gerade in der ambulanten Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit in manchen Fällen nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt wird. (bspw. Ärzteblatt vom 14. Mai 2019: „Razzia wegen Abrechnungsbetrug bei Intensivpflege; abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103085/Razzia-wegen-Abrechnungsbetrug-bei-Intensivpflege>).

Die bestehenden Qualitäts- und Versorgungsmängel in der außerklinischen Intensivpflege gefährden nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten, sondern schaden auch der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten.

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

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen und diesen durch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen Rechnung zu tragen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

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

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

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

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können um das Verfahren zu erleichtern und zu beschleunigen.

Bei anderen Indikationen soll die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen können. Den Versicherten nahestehende Personen sollen Entscheidungen der Krankenkasse erhalten können, damit sie die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen unterstützen können. Eine Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen soll Transparenz zur Umsetzung der Neuregelung der Verordnung geriatrischer Rehabilitationen schaffen.

Anschlussrehabilitationen sollen in bestimmten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu definierenden Fällen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.

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

Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, schließen Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Ein Schiedsverfahren wird ermöglicht.

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

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

Die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, werden erheblich reduziert.

Leistungen der außerklinischen Intensivpflege dürfen künftig nur von Leistungserbringern erbracht werden, die besondere Anforderungen erfüllen. Hierzu gehört beispielsweise die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements. Über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege schließen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen ab. Diese müssen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien (z. B. personelle Ausstattung der Leistungserbringung) Regelungen treffen.

Die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung wird gestärkt. Während die Diskussion über die Voraussetzungen und Anforderungen an die Entwöhnung medizinisch zu führen ist, wird die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausspezifischer Zusatzentgelte verbessert. Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, wirken einer voreiligen Überführung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

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

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

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

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

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

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

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bund entstehen durch die Maßnahmen dieses Gesetzes keine Mehrausgaben.

Ländern und Gemeinden können als Träger der Sozialhilfe durch die verbesserte Rehabilitationsleistungen nicht bezifferbare Mehr- und Minderausgaben im Bereich der Erstattungsregelung nach § 264 SGB V entstehen. Ebenfalls nicht bezifferbare Mehrausgaben können den Trägern der Eingliederungshilfe für intensivpflegebedürftige Personen entstehen, die von der eigenen Häuslichkeit in eine vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe umziehen. Ebenfalls nicht bezifferbare Mehrausgaben können den Trägern der Sozialhilfe entstehen, wenn Krankenkassen bei Wegfall des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege keine Satzungsleistungen nach § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V gewähren und Patienten, die in Pflegeeinrichtungen umgezogen sind, nicht wieder ausziehen und finanziell bedürftig sind.

Gesetzliche Krankenversicherung

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

Durch die Verbesserungen der Qualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege, verbunden mit einer Stärkung der qualitätsgesicherten und zu erwartenden steigenden Leistungserbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbringen, oder

in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten können im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bei voller Jahreswirkung erhebliche Minderausgaben in einem niedrigen bis mittleren dreistelligen Millionenbetrag entstehen. Diesen Minderausgaben stehen Mehrausgaben in einem zweistelligen Millionenbetrag durch eine Übernahme bisher von den Versicherten oder der Sozialhilfe getragenen Kostenanteilen bei einer Leistungserbringung in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenüber.

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

Soziale Pflegeversicherung

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

4. Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

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

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene entsteht je Verband einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zur medizinischen Rehabilitation im niedrigen bis mittleren vierstelligen Eurobereich. Entsprechendes gilt für die Einrichtung eines Schiedswesens.

Den Krankenhäusern kann durch die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen. Da die Verhandlungen als Routineaufgaben im Rahmen der turnusmäßigen Budgetverhandlungen eingebettet sind, ist allenfalls von geringfügigem, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand auszugehen. Darüber hinaus entsteht Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser, die pflichtwidrig die Feststellung des Beatmungsstatus oder die Veranlassung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung unterlassen insoweit, als sie den vereinbarten Abschlagsbetrag in der Rechnung ausweisen müssen. Hierbei kann es sich um geringfügigen, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand für eine nicht bekannte Anzahl von Krankenhäusern handeln.

Den Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 SGB XI erbringen, auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sowie durch die Einrichtung des Schiedswesens im niedrigen bis mittleren vierstelligen Eurobereich je teilnehmender Vereinigung bzw. Spitzenorganisation. Die Vereinbarungspartner können dabei auf die umfangreichen Vorarbeiten zu den Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V zurückgreifen.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zur medizinischen Rehabilitation im oberen vierstelligen Eurobereich. Entsprechendes gilt für die Einrichtung eines Schiedswesens. Weiterer Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist mit der Erhebung von Daten und den Bewertungen zu den Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen zur Erfüllung der dreimaligen Berichtspflicht für die Jahre 2021 bis 2023 verbunden.

Den Krankenkassen kann geringer Erfüllungsaufwand durch die Übermittlung von Entscheidungen über die Leistung geriatrischer Rehabilitationen an Dritte entstehen, sofern Versicherte dies gewünscht haben.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung der Vorgaben für die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen für Krankenhäuser, deren Höhe den Betrag von 30 000 Euro nicht übersteigen dürfte.

Für die gesetzlichen Krankenkassen kann durch die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen. Da auch für die Krankenkassen die Verhandlungen als Routineaufgaben in die turnusmäßigen Budgetverhandlungen eingebettet sind, ist allenfalls von geringfügigem, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand auszugehen. Den Krankenkassen entsteht darüber hinaus Erfüllungsaufwand, wenn ein Krankenhaus einen erforderlichen Abschlag nicht in der Rechnung ausgewiesen hat und die Krankenkasse den Abschlagsbetrag einbehält. Hierbei kann es sich allenfalls um geringfügigen, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand in einer nicht bekannten Zahl von Fällen handeln.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege im oberen vierstelligen Eurobereich. Die Vereinbarungspartner können dabei auf die umfangreichen Vorarbeiten zu den Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V zurückgreifen. Geringer, nicht näher quantifizierbarer Erfüllungsaufwand entsteht überdies durch die Einrichtung der Schiedsstelle nach § 132j Absatz 4 SGB V. Da die Schiedsstelle nach § 132j Absatz 4 SGB V für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege im Wesentlichen die Aufgaben der bestehenden Schiedsstelle nach § 132a Absatz 3 SGB V übernimmt, kann nur von einem geringen zusätzlichen Aufwand ausgegangen werden.

5. Demografische Aspekte

Die Maßnahmen des Gesetzes berücksichtigen die demografische Entwicklung und den steigenden Bedarf an medizinischer Rehabilitation und außerklinischer Intensivpflege für ältere Menschen. Das Gesetz erleichtert den Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation und unterstützt damit ein selbstbestimmtes Wohnen und die Mobilität älterer Menschen. Auch die übrigen Maßnahmen zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation kommen in einem hohen Maße älteren Menschen zugute. Der Prüfbericht des „Kompetenzzentrum Jugend-Check“ (Projekt des Deutschen Forschungsinstituts für öffentliche Verwaltung; www.jugend-check.de) wurde berücksichtigt.

6. Weitere Kosten

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

7. Weitere Gesetzesfolgen

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

VII. Befristung; Evaluierung

Der Spitzenverband der Krankenkassen evaluiert die vertragsärztliche Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation sowie die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege.

Im Übrigen ist keine Befristung oder Evaluierung der Regelungen erforderlich.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Ausgliederung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Es wird klargestellt, dass die außerklinische Intensivpflege zu den Leistungen der Krankenbehandlung gehört, auf die die Versicherten einen Anspruch haben können.

Zu Nummer 2

Zu Absatz 1

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

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

Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen kann demnach nicht alleine auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Tracheostomas abgestellt werden.

In Anbetracht des Fachkräftemangels im Pflegebereich bezweckt die Neuregelung auch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen, um nicht zuletzt die besonders aufwändige Versorgung in der eigenen Häuslichkeit des Versicherten weiterhin ermöglichen zu können, ohne die Versorgung anderer Versicherter zu gefährden.

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege bedarf einer Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Ihnen gleichgestellt und mit umfasst sind alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 berechtigten besonders qualifizierten ärztlichen Leistungserbringer. Hierzu gehören neben medizinischen Versorgungszentren insbesondere ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie Einrichtungen, die ermächtigt werden, weil die ärztliche Versorgung der Versicherten ohne sie nicht sichergestellt wäre. Für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, sowie Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie, Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Mit der Leistung zur außerklinischen Intensivpflege soll ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel verfolgt werden. Um den Versicherten eine Bewertung der grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen, ist eine Erörterung des individuell festzustellenden Therapieziels mit den Patientinnen und Patienten vorgesehen. Bei Bedarf ist hierbei auch palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen. Bei beatmeten oder tracheotomierten Versicherten ist das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen. Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte haben vor der Verordnung zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht und dies sowie die hierfür erforderlichen Maßnahmen mit der Verordnung zu dokumentieren. Der Leistungsanspruch des Versicherten umfasst auch eine Beratung der Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege und deren Verordnung jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für volljährige Versicherte getrennt. Besondere Berücksichtigung

sollen dabei auch Fallgestaltungen finden, in denen ein im Kinder- und Jugendalter aufgetretenes Krankheitsbild weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt. Damit soll den unterschiedlichen Bedarfen in verschiedenen Lebensphasen Rechnung getragen werden. Der Auftrag an den G-BA umfasst die Ausgestaltung von Inhalt und Umfang der Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, von Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie von Anforderungen an die mit der Verordnung vorzunehmende Feststellung des Therapieziels sowie die Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials. Die Erhebung des Entwöhnungspotenzials kann auch durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt als die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt erfolgen, der oder die diesbezüglich besondere Kenntnisse hat (zum Beispiel durch eine Ärztin oder einen Arzt, die bzw. der in einer qualifizierten Entwöhnungseinrichtung tätig ist). Dies müssen keine Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte sein. Auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser sind berechtigt, das Entwöhnungspotenzial zu erheben. In diesem Fall sieht Satz 7 zudem vor, dass diese zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, d. h. die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung sind insoweit auch auf die Tätigkeit dieser Ärzte anwendbar.

Auf Grundlage der Richtlinien hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5b Satz 2 den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie anzupassen. Da es sich hierbei um neue und förderungswürdige Leistungen handelt, sind diese entsprechend der Beschlusslage des Bewertungsausschusses zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten.

Zu Absatz 2

Außerklinische Intensivpflege wird in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den § 42 oder § 43 SGB XI erbringen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI, in qualitätsgesicherten sogenannten Intensivpflege-Wohneinheiten oder in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort, beispielsweise in Schulen, Kindergärten oder Werkstätten für behinderte Menschen erbracht. Bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist Wünschen der Leistungsberechtigten hinsichtlich des Orts der Leistung Rechnung zu tragen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Wichtig ist dabei, dass die adäquate medizinische und pflegerische Versorgung kontinuierlich im Pflegealltag gewährleistet werden kann, denn Versorgungslücken im intensivpflegerischen Bereich könnten zu schweren, auch lebensbedrohlichen, Konsequenzen für den Versicherten führen. Können Versicherte ihre Wünsche nicht mehr selbst äußern, gilt Folgendes: Soweit Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe betroffen sind, richtet sich die Ermittlung und Berücksichtigung des Willens und der Wünsche des einwilligungsunfähigen Betroffenen nach § 1901a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Liegt keine Patientenverfügung nach dessen Absatz 1 vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- oder Behandlungssituation des Betroffenen zu, gelten die Vorgaben des § 1901a Absatz 2 und 3 BGB; zudem ist für die Feststellung des Patientenwillens § 1901b BGB maßgeblich.

Nach Satz 4 obliegt die Feststellung, ob die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische Versorgung insgesamt (Absatz 1) und am gewünschten Leistungsort (Absatz 2) vorliegen, der Krankenkasse. Die Krankenkasse hat dabei in jedem Fall den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Begutachtung zu beauftragen (vgl. § 275 Absatz 2). Eine persönliche Begutachtung ist aufgrund der komplexen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter und der Berücksichtigung des Leistungsortes, der aufgesucht werden muss, angezeigt; eine Entscheidung nach Aktenlage ist ausgeschlossen. Der MD hat im Rahmen dieser Begutachtung zu prüfen, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Mit Satz 5 und Satz 6 wird vorgegeben, dass die Krankenkasse den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege jährlich zu prüfen hat, bei Bedarf auch in einem kürzeren Abstand. Diese Prüfung dient insbesondere dazu, zu gewährleisten, dass die erforderliche medizinische und pflegerische Versorgung am jeweiligen Leistungsort auch hinsichtlich der Einhaltung der in Absatz 1 genannten Anforderungen tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann bzw. durch geeignete Nachbesserungen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann.

Unabhängig von der gewählten Wohnform können die Leistungsorte, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht wird, dem Schutzbereich von Artikel 13 Absatz 1 Grundgesetz unterfallen (Unverletzlichkeit der Wohnung), so dass für das Betreten durch den MD grundsätzlich eine Einwilligung des Schutzrechtsinhabers erforderlich ist. Erfolgt diese Einwilligung durch den oder die Versicherte, den oder die Hausrechtsinhaber oder -inhaberin oder den oder die an den Wohnräumen Berechtigten nicht, kann die Leistung an den Leistungsorten nach Absatz 1 Nummer 3 und 4 versagt werden. Der oder die Versicherte ist dann auf Leistungsorte nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 zu verweisen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI sowie die Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterliegen vielfältigen Qualitätskontrollen, beispielsweise auch dem Heimrecht der Länder. Ist eine Feststellung durch den MD, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist, durch die fehlende Einwilligung des oder der Versicherten nicht möglich, besteht die Gefahr einer nicht ausreichenden medizinischen Versorgung. Daher ist es in diesen Fällen angezeigt, die Versicherten auf einen Leistungsort zu verweisen, an dem nach den sonstigen Vorschriften zur Qualitätssicherung und des Heimrechts ein Mindestmaß an Güte der medizinischen und pflegerischen Versorgung vorausgesetzt werden kann. Die Regelungen des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) zu den Grenzen der Mitwirkung der Versicherten sowie zu den Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 65, 66 und 67 SGB I) bleiben gemäß Satz 8 unberührt.

Der MD übermittelt der Krankenkasse als Ergebnis seiner Begutachtung eine Empfehlung und die wesentlichen Gründe für diese Empfehlung. Die Krankenkasse plausibilisiert die Empfehlung des MD und stellt dann auf dieser Grundlage fest, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

Davon unabhängig erfolgen durch den MD auch Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen des § 275b. Diese Prüfungen beziehen sich stets auf einen Leistungserbringer. Dabei werden auch Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen, die sowohl Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in einer Wohneinheit mit mindestens zwei Versicherten nach § 37c (§ 132j Absatz 5 Nummer 1) oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI (§ 132j Absatz 5 Nummer 2), als auch Leistungen nach dem SGB XI erbringen, geprüft. Die Prüfungen finden als Regelprüfungen, die grundsätzlich unangemeldet erfolgen, und als von den Krankenkassen und ihren Verbänden initiierte Anlassprüfungen statt. Nur wenn ambulante Pflegedienste außerklinische Intensivpflegeleistungen in den Fällen des § 37c im Haushalt des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbringen (§ 132j Absatz 5 Nummer 4), werden die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einbezogen (vgl. § 275b Absatz 1 Satz 3).

Gegenstand der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sind nach der geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinie neben der Prüfung der Abrechnung der erbrachten Leistungen auch die Anwesenheit und Qualifikation des eingesetzten Personals sowie die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Im Rahmen dieser Qualitätsprüfungs-Richtlinie wurden für die aufwändigen und risikobehafteten Leistungen der intensivpflegerischen Versorgung spezifische Prüfparameter entwickelt.

Im Rahmen der Prüfungen erfolgt auch eine Inaugenscheinnahme einer Stichprobe von Versicherten, die durch den zu prüfenden Pflegedienst oder die zu prüfende Pflegeeinrichtung versorgt werden. Dabei dürfen die Gutachterinnen und Gutachter des MD Räume, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, nur betreten, wenn diese Versicherten eingewilligt haben, oder dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung wird insoweit eingeschränkt (§ 275b Absatz 2).

Für die Inaugenscheinnahme der Versicherten bzw. für das Betreten von Wohnräumen der Versicherten kann die Einwilligung oder der Widerspruch der Betroffenen erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Personen in die Qualitätsprüfung gegenüber den Gutachterinnen und Gutachtern des MD erklärt werden, d. h. am Tag der Prüfung.

Wenn die Gutachterinnen und Gutachtern des MD keinen Zugang zu den versorgten Versicherten erhalten, weil der oder die Versicherte widersprechen und keine dringenden Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung vorliegen, stehen dem MD nach gelten-dem Recht grundsätzlich folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Leistungserbringer sich entgegen seiner Mitwirkungspflichten (§ 275b Absatz 2 Satz 5 und 6) unkooperativ verhält, indem er zum Beispiel systematisch den Zugang zu den Versicherten verhindert, und damit Zweifel an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers bestehen, informiert der MD die auftragserteilenden Krankenkassen (§ 275b Absatz 2 Satz 8 in Verbindung mit § 277 Absatz 1 Satz 4), die Stellen

zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Absatz 3b Satz 3) sowie die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde (§ 115 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

Liegen dem MD Anhaltspunkte dafür vor, dass bei dem Leistungserbringer oder an den Orten, an denen die Intensivpflege erbracht wird, infektionshygienisch relevante Mängel vorliegen, informiert er das zuständige Gesundheitsamt hierüber, welches die infektions-hygienische Überwachung vornimmt (§§ 23 Absatz 6 und 6a, 15a des Infektionsschutzgesetzes).

Besteht darüber hinaus in den genannten Fallkonstellationen der Verdacht auf eine Straftat, ist der MD befugt, die Ermittlungsbehörden zu informieren.

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege kann nur bei Leistungserbringern verwirklicht werden, die hierfür Verträge mit den Krankenkassen nach § 132j Absatz 5 abgeschlossen haben. Den Verträgen sind die Rahmenempfehlungen nach § 132j Absatz 1 zugrunde zu legen.

Zu Absatz 3

Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels in den Pflegeberufen ist es wichtig, die vorhandenen Fachkräfte möglichst so einzusetzen, dass allen Versicherten eine bestmögliche Versorgung ermöglicht wird. Die stationäre Versorgung, die grundsätzlich einen effizienten Einsatz des vorhandenen Pflegepersonals ermöglicht, soll daher gestärkt werden. Zudem sollen Negativanreize im Hinblick auf die Entscheidung für eine stationäre Versorgung verringert werden. Die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, soll deshalb für die Versicherten nicht mit finanziellen Belastungen verbunden sein, die erheblich höher sind als in der ambulanten Versorgung. Die Beträge, die Versicherte bei einer stationären Versorgung aufgrund des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung selbst zu tragen haben, sollen daher durch punktuelle Erweiterungen des GKV-Leistungsanspruchs ausgeglichen werden. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst künftig bei Leistungserbringung in einer entsprechenden vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung, die notwendigen Investitionskosten sowie die nach § 87 SGB XI vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Die Leistungen nach § 43 SGB XI sind hierbei anzurechnen.

Zusätzlich können die Krankenkassen in ihrer Satzung regeln, dass bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung die Leistung nach Satz 1 auch nach einer Besserung des Gesundheitszustandes weitergewährt wird, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach Absatz 1 eigentlich entfallen sind. Ansonsten wäre eine Besserung des Gesundheitszustands mit beträchtlichen wirtschaftlichen Nachteilen für den Versicherten bzw. seine Angehörigen verbunden. Den damit einhergehenden Fehlanreizen können die Krankenkassen mit entsprechenden Satzungsregelungen begegnen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Zuzahlungen der Versicherten. Zu den Leistungen der außerklinischen Intensivpflege leisten die Versicherten Zuzahlungen, die sich bei Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 SGB XI erbringt, oder in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 an den bestehenden Zuzahlungsregelungen im stationären Bereich orientieren. Die Zuzahlung beträgt 10 Euro je Kalendertag, begrenzt auf 28 Tage. Wird die außerklinische Intensivpflege in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht, handelt es sich um eine besonders personal- und kostenintensive Leistung, zu der eine – im Rahmen der geltenden Belastungsgrenzen – höhere Zuzahlung sachgerecht ist. Die Versicherten leisten in diesen Fällen Zuzahlungen in Höhe von 10 vom Hundert der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung. In allen Fällen haben die Versicherten die Zuzahlungen nur bis zum Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 zu leisten.

Zu Absatz 5

Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Umsetzung des neuen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege vorzulegen. Dabei sind auch die Satzungsregelungen der Krankenkassen nach Absatz 3 mit einzubeziehen. Ebenfalls soll der Bericht unter anderem Angaben über die Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen und der Anwendung der Regelung des Absatzes 2 Satz 7 bei

fehlender Einwilligung zur Begutachtung im eigenen Wohnbereich enthalten. Der Bericht soll auf Grundlage einer validen Datenbasis einen umfassenden Überblick über die Umsetzung des neuen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege geben.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung soll sichergestellt werden, dass Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vorschnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden, sondern noch vorhandene Entwöhnungspotenziale durch Verlegung in spezialisierten Entwöhnungszentren ausgeschöpft werden. Zu diesem Zweck wird klargestellt, dass das Krankenhaus vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Einschätzung des Beatmungstatus und des Entwöhnungspotenzials durchzuführen hat. Sofern ein Krankenhaus nicht selber über ausreichend qualifizierte Ärzte verfügt, hat es den erforderlichen Sachverstand durch Beauftragung externer Ärzte hinzuzuziehen. Hierbei wird es sich in erster Linie um Ärzte mit langjähriger einschlägiger Praxiserfahrung handeln. Die Einzelheiten hierzu sind in einer Leistungsbeschreibung näher zu definieren, die in eine Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für das Jahr 2021 einfließen muss.

Die Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung sollen flankierend hierzu zeitnah eine Ausnahme vom Verlegungsabschlag vereinbaren, wenn eine Verlegung in eine spezialisierte Entwöhnungseinrichtung erfolgt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung stellt klar, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch eine erforderliche ärztliche Anschlussbehandlung im Wege der stationären Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus verordnen können. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein besonderes fachärztliches Versorgungsbedürfnis vom behandelnden Krankenhaus nicht erfüllt werden kann und eine ambulante fachärztliche Anschlussversorgung aktuell nicht zur Verfügung steht. Denkbar sind zum Beispiel Fälle, in denen nach intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung mit maschineller Atemunterstützung eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in Betracht kommt und in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus mit Weaningstation durchgeführt werden kann. In solchen Fällen hat das Entlassmanagement sicherzustellen, dass keine voreilige Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung durch dafür fachlich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte erfolgt. Weitere Einzelheiten sind in dem Rahmenvertrag zum Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln. § 4 Absatz 7 des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement ist entsprechend zu korrigieren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Nach Absatz 2 Satz 4, 1. Halbsatz können Versicherte für eine stationäre Rehabilitation auch eine andere, von der Krankenkasse nicht bestimmte, aber zertifizierte Einrichtung wählen. Sie tragen hierfür die Mehrkosten. Dieses Wahlrecht wird gestärkt, indem der von den Versicherten zu tragende Mehrkostenanteil auf die Hälfte reduziert wird. Von den Krankenkassen sind die Berechnungsgrundlagen für die Mehrkosten nachvollziehbar darzulegen.

In Absatz 2 Satz 4, 2. Halbsatz wird geregelt, dass die Mehrkostentragung nicht für den Fall gilt, dass das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) nach den in der Vorschrift genannten besonderen Voraussetzungen ausgeübt wird. Für diese Fälle wird klargestellt, dass die Krankenkasse alle Kosten zu übernehmen hat.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ soll insbesondere eine geriatrische Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Insbesondere soll die geriatrische Rehabilitation noch vor einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden möglichen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. § 18 SGB XI) gestärkt werden. Zu diesem Zweck soll nach dem neuen Satz 2 eine geriatrische Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchgeführt werden können. Das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse wird dadurch erleichtert und der Zugang zur Leistung kann für die Versicherten schneller erfolgen. Nach der „Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Stand: 2. Juli 2018, Seite 40) erstreckt sich die vertragsärztliche Indikationsprüfung für eine geriatrische Rehabilitation typischerweise auf mehrere verschiedene Aktivitäts- und Teilhabebereiche. Dies begründet für die geriatrische Rehabilitation, unabhängig von der rehabilitationsbegründenden Diagnose, die Durchführung eines geriatrischen Assessments durch die Vertragsärzte. Es wird deshalb bestimmt, dass als Leistungsvoraussetzung die geriatrische Indikation vertragsärztlich durch geeignete Abschätzungsinstrumente zu überprüfen ist. Damit die Krankenkasse das Vorliegen dieser Voraussetzung überprüfen kann, muss die Anwendung der Abschätzungsinstrumente bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse nachgewiesen und deren wesentliches Ergebnis beigelegt werden. Die Ergebnisse geriatrischer Assessments können nicht allein eine Rehabilitationsindikation begründen. Das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose ist für eine Indikationsstellung zur geriatrischen Rehabilitation erforderlich.

In allen anderen Fällen einer Rehabilitation kann nach dem neuen Satz 4 die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nach den Absätzen 1 und 2 hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur noch aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen. In diesen Fällen soll den Versicherten das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Verfügung gestellt werden. Mit Einwilligung der Versicherten kann das Gutachten auch den Verordnern zur Verfügung gestellt werden. Die Einwilligung bedarf der Textform; damit werden auch einfache elektronische Formen (wie zum Beispiel eine Mail ohne qualifizierte elektronische Signatur) erfasst, um das Verfahren für alle Beteiligten zu vereinfachen. Wird in einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse darauf hingewiesen, dass andere Leistungen ausreichend sind, sollen diese hinreichend konkret aufgezeigt werden.

Demgegenüber gelten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung für die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weitergehende Voraussetzungen. Neben der ärztlich festgestellten medizinischen Erforderlichkeit dieser Leistungen müssen weitere anspruchsbegründende Voraussetzungen erfüllt werden. Die Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn der Versicherte die für ihre Inanspruchnahme erforderlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) erfüllt und die Leistungen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern.

Nach dem neuen Satz 6 soll die Krankenkasse den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mitteilen und Abweichungen von der Verordnung begründen. Geriatrische und andere alte Patientinnen und Patienten sind häufig nicht in der Lage, einen Rehabilitationsantrag selbständig zu verfolgen. Sie benötigen hierfür die Unterstützung durch Personen oder Institutionen ihres Vertrauens aus ihrem Umfeld. Um diesen Kenntnis über einen Rehabilitationsbedarf und eine diesbezügliche Entscheidung der Krankenkasse zu verschaffen und eine Unterstützung der Versicherten zu ermöglichen, wird im neuen Satz 7 geregelt, dass die Krankenkasse mit Einwilligung der Versicherten ihre Entscheidung schriftlich oder elektronisch Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen, übermittelt. Im Rahmen der Verordnung sollen die Ärztinnen und Ärzte nach Satz 8 die Versicherten über die Möglichkeit einer Einwilligung informieren und die Versicherten fragen, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an weitere Personen und Einrichtungen einwilligen. Die Ärztinnen und Ärzte teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit.

Durch den neuen Satz 9 wird darauf hingewiesen, dass die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX von den vorhergehenden Regelungen unberührt bleiben. Nach § 7 Absatz 2 SGB IX haben die Krankenkassen die Aufgaben als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX auch dann zu erfüllen, wenn im SGB V

spezielleres Verfahrensrecht zur Leistungsfeststellung und Leistungserbringung existiert. Daraus folgt, dass die ärztliche Verordnung nach den Sätzen 1 bis 4 die Krankenkassen nicht von der Aufgabe entbindet, den Teilhabebedarf zu ermitteln (§ 13 SGB IX) und diesen mit anderen Rehabilitationsträgern zu koordinieren (§§ 14 ff. SGB IX). Von der vertragsärztlichen Verordnung unberührt bleibt die Möglichkeit unmittelbarer Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Versicherten.

Im neuen Satz 10 wird bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Auswahl, Einsatz und Nachweis der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 zweiter Halbsatz regeln soll, um eine einheitliche Umsetzung der Regelung zu gewährleisten, dass geriatrische Rehabilitationsleistungen unter Berücksichtigung dafür geeigneter Abschätzungsinstrumente verordnet werden sollen. Ferner soll der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können, um einen schnellen Zugang zu einer Anschlussrehabilitation zu erleichtern. Damit wird ein einheitliches Verfahren herbeigeführt, das von einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird. Die Bedeutung der Geriatrie ist zu berücksichtigen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sollen in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden. Kürzere Leistungen sind nicht zweckmäßig, da die Wiedererlangung von Funktionen bei dem Personenkreis der geriatrischen Patienten länger dauert. Kürzere Fristen könnten zu Folgeanträgen, weiteren Genehmigungsverfahren und möglicherweise Behandlungslücken führen, was gerade beim betroffenen Personenkreis vermieden werden sollte. Die Festlegung einer Regeldauer beinhaltet die Möglichkeit, im begründeten Einzelfall abzuweichen, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind. Im neuen Satz 14 wird klarstellt, dass in allen Fällen eine Verlängerung der Leistung möglich ist, wenn sie aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe dd

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erneut erbracht werden. Dieser Grundsatz wird für Minderjährige aufgehoben, um den besonderen gesundheitlichen Bedingungen des Kindes- und Jugendalters Rechnung zu tragen und einen Gleichklang mit den für den Bereich der Rentenversicherung geltenden Regelungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI herzustellen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe ff

Ab dem Jahr 2021 werden sich voraussichtlich erste Effekte der Gesetzesänderung zeigen. Um die Entwicklung des Verordnungsgeschehens und mögliche Veränderungen über einen längeren Zeitraum zu erfassen, wird eine dreimalige Berichtspflicht für die Jahre 2021 bis 2023 vorgesehen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag erstmalig für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022 und danach jährlich bis zum 30. Juni 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.

Die Berichterstattung dient der Erhöhung der Transparenz in diesem Bereich und einem besseren Einblick in das Versorgungsgeschehen der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere hinsichtlich der Erfahrungen mit der Umsetzung der Neuregelung zur Verordnung und der erwünschten Stärkung von geriatrischer Rehabilitation. Es wird auch erwartet, dass damit die Bearbeitungsverfahren bei den Krankenkassen besser nachvollziehbar werden.

Die Berichterstattung soll die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation quantitativ und qualitativ abbilden. Der Bericht soll insbesondere die Anzahl der Anträge, die Anzahl der genehmigten, durchgeführten und abgelehnten Leistungsentscheidungen und die Anzahl der Wi-

dersprüche sowie die Erfahrungen mit dem Einsatz der geriatrischen Abschätzungsinstrumente und die Bearbeitungsdauer der Krankenkasse beinhalten. Neben der quantitativen Entwicklung soll auch die Bedeutung von ambulant verordneten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen in der Versorgung dargestellt werden.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um die Korrektur einer Verweisung, die durch die Änderung des § 40 Absatz 2 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) unrichtig geworden ist.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Vor der Beschlussfassung zu einer Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege erhalten die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach §§ 42 oder 43 SGB XI erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene ein Stimmrecht. Auch die für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erhalten ein Stimmrecht. Dieses Stimmrecht erhöht die Gewähr dafür, dass die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur außerklinischen Intensivpflege auf einer fachlich fundierten und die realen Versorgungsaspekte berücksichtigenden Grundlage getroffen werden. Der fachliche Diskurs und die in den beschlussbegründenden Unterlagen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu dokumentierende Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen dienen zudem der Transparenz, dem Verständnis und der Akzeptanz der Entscheidungen.

Zu Nummer 9

Bereits nach geltendem Recht sind sowohl die Kassenärztlichen als auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1 verpflichtet, alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen bzw. der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Dies ergibt sich aus § 77 Absatz 1 Satz 1, nach dem der Begriff „Kassenärztliche Vereinigungen“ im Sinne des SGB V sowohl Kassenärztliche als auch Kassenzahnärztliche Vereinigungen umfasst. Entsprechendes gilt für die ebenfalls in § 105 Absatz 1 genannten „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“. Gemäß § 77 Absatz 4 Satz 1 sind damit die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung einbezogen.

Die Verpflichtung zur Bildung eines Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a besteht jedoch lediglich für die Kassenärztliche Vereinigung. Auch die Regelungen zum Betrieb von Eigeneinrichtungen (§ 105 Absatz 1c) und zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im Falle einer vorhandenen oder drohenden Unterversorgung (§ 105 Absatz 4) gelten – wie sich aus der Bezugnahme allein auf ärztliche Vergütungsregelungen und der Benennung nur des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ergibt – bislang nur für die ärztliche Versorgung. Ein entsprechender Regelungsbedarf wurde für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bislang aufgrund der anders gelagerten Versorgungsstruktur nicht als notwendig erachtet. Mit den nunmehr vorgenommenen Änderungen sollen die genannten Sicherstellungsmaßnahmen im Wesentlichen auch für den zahnärztlichen Bereich gelten.

Zu Buchstabe a

Der Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einen Strukturfonds zu bilden. Anders als bei der Kassenärztlichen Vereinigung handelt es sich allerdings um eine fakultative Regelung. Die Regelung zur Finanzierung dieses Fonds orientiert sich dabei an der Finanzierungsregelung für den Strukturfond der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zu Buchstabe b

Die zahnärztlichen Leistungen, die in Eigeneinrichtungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erbracht werden, werden in Anlehnung an die Regelung für ärztlichen Leistungen, die in entsprechenden Eigeneinrichtungen erbracht werden, vergütet. Eine Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zum Betrieb von Eigeneinrichtungen ist mit der Regelung nicht verbunden. Eine solche Verpflichtung scheitert bereits daran, dass die in Absatz 1c Satz 3 genannte Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2 gemäß § 100 Absatz 4 auf die zahnärztliche Versorgung nicht anwendbar ist.

Zu Buchstabe c

Die bisherigen Regelungen über die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im vertragsärztlichen Bereich werden um Regelungen für den vertragszahnärztlichen Bereich erweitert, so dass diese auch für die Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtend gelten.

Zu Nummer 10**Zu Buchstabe a**

Durch die entsprechende Anwendung von Absatz 5 Satz 5 und 6 wird geregelt, dass die für Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 5 geltende Schiedsstellenregelung auch für Versorgungsverträge nach Absatz 2 gilt. Damit können Uneinigkeiten beim Abschluss eines Versorgungsvertrages der Klärung durch die Landesschiedsstelle nach § 111b zugeführt werden.

Zu Buchstabe b

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

Klargestellt wird, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Mit dieser Regelung soll auch den Besonderheiten von Einrichtungen, für die keine Tarifbindung, aber beispielsweise betriebliche Vereinbarungen bestehen, Rechnung getragen werden. Dies entspricht der Regelung des § 38 Absatz 2 SGB IX und stellt klar, dass auch Vergütungen erfasst werden, die bei fehlenden Tarifgebundenheit zum Beispiel aufgrund betrieblicher Vereinbarungen gezahlt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

Zu Buchstabe c

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

Für diese Verträge gibt es weder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch übergreifend für alle Rehabilitationsträger einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, wird geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der in § 38 Absatz 1 SGB IX genannten Inhalte und der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1,

Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 4. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 2 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

Damit soll ein bundesweiter Rahmen für die regionalen Versorgungs- und Vergütungsverträge geschaffen werden. Auf Bundesebene sollen Rahmenvorgaben für die Leistungsdefinition und Qualitätsstandards sowie für Vergütungen formuliert werden, die auf regionaler Ebene vertraglich konkretisiert werden. Auf Bundesebene kann dies tatsächliche Leistungsinhalte (zum Beispiel Therapieeinheiten) und Mindeststandards der Leistungsqualität (zum Beispiel Qualifikationsanforderungen) betreffen, die bisher nicht Gegenstand von Vereinbarungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137d Absatz 1 sind. Existierende Vereinbarungen nach § 137d Absatz 1 sind in die Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Auf regionaler Ebene können u. a. Versorgungskonzepte, Qualitätsanforderungen, die über Mindeststandards hinausgehen, sowie die Preisgestaltung vereinbart werden. Qualitätsstandards dienen der Transparenz und können die Ausübung der Wahlrechte der Versicherten unterstützen. In Rahmenempfehlungen können Grundsätze dafür vereinbart werden, dass Krankenkassen den Leistungsberechtigten im Hinblick auf Wahlmöglichkeiten mehrere für eine Leistungserbringung geeignete Einrichtungen benennen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen können eine Grundlage für eine gemeinsame Empfehlung nach § 38 Absatz 3 Satz 3 SGB IX in Verbindung mit § 26 SGB IX bilden.

In den Rahmenempfehlungen können flexible Angebote wie zum Beispiel die Kombination einer stationären oder ambulanten Rehabilitation mit einer mobilen geriatrischen Rehabilitation in der eigenen Häuslichkeit vereinbart werden, um nachhaltige Effekte zu erreichen.

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

Zu Nummer 11

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

Neu geregelt wird die entsprechende Anwendung des § 111 Absatz 7. Danach sind für Versorgungs- und Vergütungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringer von stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder zur Rehabilitation für Mütter und Väter maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene abzuschließen.

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird entsprechend der Erweiterung des Norminhalts (Zuständigkeit für Versorgungsverträge sowie Einrichtung einer Schiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung) angepasst.

Zu Buchstabe b

In Absatz 6 wird Näheres zur Bildung einer Schiedsstelle für Rahmenempfehlungen bestimmt, die von den Rahmenempfehlungspartnern angerufen werden kann, falls Rahmenempfehlungen zu Versorgungs- oder Vergütungsverträgen nach den §§ 111 Absatz 7, 111a Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 111 Absatz 7 oder 111c Absatz 5 ganz oder teilweise nicht zustande kommen.

Die innerhalb der gesetzlichen Frist zu bildende Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene nach § 111 Absatz 7 Satz 1 oder der im Falle ambulanter Rehabilitationsleistungen nach § 111c Absatz 5 Satz 1 maßgeblichen Verbände auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen.

Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt nach ergebnisloser Fristsetzung eine Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zur Erstattung von Auslagen und zur Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder regeln. Die Bestimmungen zur Geschäftsordnung und Aufsicht gem. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gelten entsprechend.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

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

Auch für diese Verträge gibt es weder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch übergreifend für alle Rehabilitationsträger einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, wird geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der in § 38 Absatz 1 SGB IX genannten Inhalte und der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1, Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 3 Satz 4. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 1 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 3 zugrunde zu legen.

Damit soll ein bundesweiter Rahmen für die regionalen Versorgungs- und Vergütungsverträge geschaffen werden. Zu berücksichtigen ist die mobile Rehabilitation als eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation. Auf Bundesebene sollen Rahmenvorgaben für die Leistungsdefinition und Qualitätsstandards sowie für Vergütungen formuliert werden, die auf regionaler Ebene vertraglich konkretisiert werden. Auf Bundesebene kann dies tatsächliche Leistungsinhalte (u.a. Therapieeinheiten) und Mindeststandards der Leistungsqualität (z. B. Qualifikationsanforderungen) betreffen, die bisher nicht Gegenstand von Vereinbarungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137d Absatz 1 sind. Existierende Vereinbarungen nach § 137d Absatz 1 sind in die Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Auf regionaler Ebene können u. a. Versorgungskonzepte, Qualitätsanforderungen, die über Mindeststandards hinausgehen, sowie die Preisgestaltung vereinbart werden. Qualitätsstandards dienen der Transparenz und können die Ausübung der Wahlrechte der Versicherten unterstützen. Krankenkassen können den Versicherten zur besseren Information mehrere geeignete Einrichtungen benennen.

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

Zu Nummer 14**Zu Absatz 1**

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

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die inhaltlichen Anforderungen an die Rahmenempfehlungen konkretisiert. In den Rahmenempfehlungen sind im Hinblick auf den jeweiligen Leistungsort nach § 37c Absatz 2 Satz 1 (Intensivpflege-Wohngemeinschaften, vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 SGB XI erbringen, Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches, Häuslichkeit des Versicherten) jeweils konkrete Vorgaben beispielsweise zum vorzuhaltenden Personal und zur Kooperation mit weiteren Leistungserbringern, beispielsweise Heilmittelerbringern zu treffen. Dies umfasst auch Regelungen zur Sicherstellung der Umsetzung der mit der Verordnung außerklinischer Intensivpflege dokumentierten notwendigen Maßnahmen zu Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung. Die in den Rahmenempfehlungen getroffenen Vorgaben sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden Regelungen zur Zusammensetzung und zur Organisation der Schiedsstelle getroffen. Es wird eine gemeinsame Schiedsstelle gebildet, die sich aus sechs Vertretern der Krankenkassen, je zwei Vertretern der für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 SGB XI erbringen, für Leistungserbringer nach Absatz 5 Nummer 3 und der für ambulante Pflegedienste maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied zusammensetzt. Über den Vorsitzenden der Schiedsstelle und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates kann das Bundesministerium für Gesundheit weitere Einzelheiten über Zusammensetzung und Organisation der Schiedsstelle regeln.

Zu Absatz 5

Verträge mit den Leistungserbringern über die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege werden gemeinsam und einheitlich als Kollektivverträge durch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. dem Verband der Ersatzkassen nach gleichen Maßstäben und mit gleichen Rahmenbedingungen geschlossen, denn der hochsensible Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege ist nicht für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geeignet. Die Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 sind den Verträgen zugrunde zu legen. Voraussetzung ist damit unter anderem, dass die Leistungserbringer ein internes Qualitätsmanagement durchführen. Die Leistungserbringer haben dabei insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen, die auch den Prüfungen nach § 275b unterliegen. Die Entwicklung von Regelungen zur Qualitätssicherung nach dem SGB XI zur speziellen Krankenbeobachtung in der ambulanten Pflege sowie in neuen Wohnformen nach § 113b Absatz 4 Nummer 3 und 6 SGB XI ist zu beachten. Durch Regelungen zur Leistungserbringung durch besonders spezialisierte Leistungserbringer soll die zeitweise Versorgung durch Familienangehörige, wie sie gerade durch Eltern bei intensivpflegebedürftigen Kindern in der Praxis häufig geleistet wird, nicht ausgeschlossen werden; auch die

Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2 bleibt möglich. Um vertragslose Zustände zu vermeiden, wird eine Übergangsregelung für bisherige Verträge nach § 132a Absatz 4 eingeführt.

Zu Absatz 6

In Absatz 6 wird ein Schlichtungsmechanismus geregelt, falls sich die Vertragspartner nicht auf einen Vertragsinhalt einigen können. In diesen Fällen wird der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt. Die Schiedsperson hat innerhalb von drei Monaten nach ihrer Beauftragung zu entscheiden. Es wird zudem geregelt, dass bei Nichteinigung auf eine Schiedsperson die zuständige Aufsichtsbehörde diese innerhalb eines Monats, nachdem sie von einer oder beiden Parteien über die Nichteinigung informiert worden ist, bestimmt und dass die Kosten des Schiedsverfahrens von den Vertragspartnern zu gleichen Teilen getragen werden.

Zu Absatz 7

Um den für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Absatz 6 Satz 1 und Absatz 6a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern die Durchführung dieser Überwachung bürokratiearm zu ermöglichen, wird eine Meldeverpflichtung der Krankenkassen über entsprechende Leistungsfälle eingeführt.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der neuen Regelung des § 40 Absatz 3 Satz 2. Danach soll die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht mehr durch die Krankenkasse überprüft werden. In der Folge ist auch eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Beauftragung einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst für diese Leistungen nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Regelung des § 37c Absatz 2 Satz 5, die eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Beauftragung einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst für diese Leistungen vorsieht.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ausgliederung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird die Prüfung der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege geregelt, sofern sie von Leistungserbringern erfolgt, die auch Regelprüfungen nach § 114 SGB XI unterliegen. Der Schwerpunkt der Versorgung mit außerklinischen Intensivleistungen liegt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Die außerklinische Intensivpflege ist dadurch gekennzeichnet, dass die medizinische Versorgung von vitaler Bedeutung für die Versicherten ist, weshalb qualitativ besondere hohe medizinische Anforderungen an die Durchführung der Versorgung zu stellen sind. Aus fachlichen und aus organisatorischen Gründen – die Krankenkassen haben angesichts der Notwendigkeit zum Abschluss der spezifischen Versorgungsverträge die Übersicht über diesen Versorgungsbereich – ist es systemgerecht, wenn

- bei Leistungserbringern, die eine Wohneinheit mit mindestens zwei Versicherten betreiben, die dort Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen (§ 132j Absatz 5 Nummer 1),
- in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen (§ 132j Absatz 5 Nummer 2), und
- darüber hinaus auch bei Leistungserbringern, die außerklinische Intensivpflegeleistungen an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummern 2 und 4 genannten Orten erbringen (§ 132j Absatz 5 Nummer 3 und 4) und keinen Regelprüfungen nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen,

Qualitätsprüfungen stets nach den Vorgaben des § 275 b erfolgen und von den Krankenkassen initiiert werden.

Dies bedeutet, dass Pflegedienste, die sowohl Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in einer Wohneinheit mit mindestens zwei Versicherten nach § 37c (§ 132j Absatz 5 Nummer 1) oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 des Elften Buches (§ 132j Absatz 5 Nummer 2), als auch Leistungen nach dem SGB XI erbringen, zwei Regelprüfungen unterliegen. Nämlich der nach § 275b Absatz 1 Satz 1 für die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege und der nach § 114 Absatz 2 SGB XI für die Leistungen nach dem SGB XI. Dies ist aufgrund der besonderen Anforderungen an die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege gerechtfertigt.

Für Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege an einem in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 genannten Ort erbringen und bereits Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB IX unterliegen, muss im Hinblick auf die bürokratische Belastung dieser Einrichtungen eine Abstimmung der jeweiligen Prüfungen durch den MD und die Träger der Eingliederungshilfe erfolgen.

Nur wenn ambulante Pflegedienste außerklinische Intensivpflegeleistungen in den Fällen des § 37c im Haushalt des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbringen (§ 132j Absatz 5 Nummer 4), ist es auf Grund der Einzelfallsituation sowie der in diesen Fällen häufigen Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und SGB XI gerechtfertigt, die außerklinische Intensivpflege in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einzubeziehen. In diesen Fällen erfolgt nur eine Regelprüfung, die sowohl Leistungen der außerklinischen Intensivpflege als auch Leistungen nach dem SGB XI umfasst.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ausgliederung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ausgliederung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege.

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung der Angabe einer Satznummer ist eine redaktionelle Verweisanpassung. Die Satzergänzung stellt sicher, dass auch die Prüfungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 in Wohneinheiten nach § 132j Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 (Intensivpflege-Wohneinheiten) und vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 132j Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Ergänzung wird die Regelung zum Begehungsrecht im Rahmen von Prüfungen der außerklinischen Intensivpflege für Räume, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, und die bisher bereits für Wohneinheiten nach § 132a Absatz 4 galt, auch auf Räume der Wohneinheiten nach § 132j Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 (Intensivpflege-Wohneinheiten) und der vollstationären Pflegeeinrichtungen erweitert. Dies ist insbesondere daher gerechtfertigt, da auch in diesen Fällen die Leistungen der Intensivpflege mit hohen medizinischen Anforderungen und vitaler Bedeutung für die Versicherten erbracht werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ausgliederung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege.

Zu Nummer 17

Durch die Änderung werden die in § 301 Absatz 4 genannten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Regelung des § 303 Absatz 3 Satz 1 miteinbezogen, nach der die Krankenkassen von Leistungserbringern nicht ordnungsgemäß übermittelte Leistungs- und Abrechnungsdaten nachzuerfassen haben. Wenn Leistungserbringer eine nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten haben, sollen die Krankenkassen die Nach Erfassung der Daten nach § 303 Absatz 3 Satz 2 in Form einer pauschalen Rechnungskürzung von bis zu 5 Prozent des Rechnungsbetrages den Leistungserbringern in Rechnung stellen. Mit der Neuregelung sollen die Potenziale der Digitalisierung auch im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen besser genutzt und die elektronische Datenübertragung oder die maschinell verwertbare Übermittlung auf Datenträgern verbessert werden.

Zu Artikel 2**Zu Nummer 1**

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Ausgliederung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Außerklinische Intensivpflege wird nicht mehr als häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 gewährt.

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

Zu Artikel 3**Zu Nummer 1**

In § 18 Absatz 1 Satz 3 wird bestimmt, dass im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit auch Feststellungen darüber zu treffen sind, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Ein erheblicher Teil der MD-Empfehlungen bei der Pflegebegutachtung mündet jedoch nicht in Rehabilitationsanträge.

Nach den §§ 18a und 31 ist die Pflegekasse verpflichtet, den Versicherten nach Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs unverzüglich zu informieren und nach dessen Einwilligung dem zuständigen Rehabilitationsträger eine entsprechende Mitteilung zuzuleiten. Diese Mitteilung entspricht einem Rehabilitationsantrag. Mit der vorliegenden Ergänzung, die sich konkret auf das Vorliegen einer Rehabilitationsempfehlung aus einem Begutachtungsverfahren bezieht, werden die Pflegekassen verpflichtet, im Rahmen der Beratung auf deren Umsetzung besonderes Augenmerk zu richten und die Versicherten dementsprechend zu unterstützen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Ausgliederung des Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V.

Zu Nummer 3**Zu Buchstabe a**

Mit der Ergänzung wird die Möglichkeit eröffnet, dass bei Vorliegen einer Rehabilitationsempfehlung neben der oder dem Versicherten weitere Personen und Institutionen über die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes informiert werden. Gerade Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen sind häufig darauf angewiesen, bei der Antragstellung und bei der Entscheidung für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme Unterstützung durch Personen oder Institutionen ihres Vertrauens zu erhalten. Diese Personen, zum Beispiel An- und Zugehörige, Hausärztin oder Hausarzt oder stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen erhalten bisher keine Kenntnis darüber, dass eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wurde. Die Einfügung regelt zugleich, dass eine solche Informationsweitergabe durch die Pflegekasse jedoch nur mit Einwilligung

der oder des Versicherten erfolgen kann. Im Rahmen der Begutachtung soll daher regelmäßig geklärt und dokumentiert werden, ob der Antragsteller in die Information von weiteren Personen und Institutionen einwilligt. Sofern die Einwilligung vorliegt, werden die den Gutachterinnen und Gutachtern gegenüber benannten Personen und Institutionen im Gutachten aufgeführt. Hinsichtlich der Weitergabe der Information über eine Leistungsentscheidung des Rehabilitationsträgers gilt Entsprechendes.

Durch die Regelung sollen Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen im Falle einer Rehabilitationsbedürftigkeit besser unterstützt werden.

Zudem erhält der Umgang der Pflegekasse mit einer Rehabilitationsempfehlung und einer Leistungsentscheidung des Rehabilitationsträgers dadurch größere Transparenz. Darüber hinaus wird bestimmt, dass auch der Medizinische Dienst eine Information über die Leistungsentscheidung aufgrund seiner Rehabilitationsempfehlung erhält. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, Differenzen zu tatsächlichen Leistungsentscheidungen zu erkennen, den Umgang mit ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen nachzuhalten und insoweit die interne Qualitätssicherung der Rehabilitationsempfehlungen zu unterstützen.

Zu Buchstabe b

Ein erheblicher Teil der MD-Empfehlungen bei der Pflegebegutachtung mündet nicht in Rehabilitationsanträge. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbands erfolgten im Berichtsjahr 2018 bei 53.328 MD-Empfehlungen nur 19.914 Einwilligungen zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und in die damit ausgelöste Antragstellung. Bisher sind die Gründe für die geringe Einwilligungsquote (zum Beispiel persönliche Motive oder strukturelle Hindernisse wie etwa das Fehlen von passgenauen Angeboten) nicht bekannt. Absatz 1 und § 31 Absatz 3 regeln die Aufgaben der Pflegekassen bei vorliegendem Rehabilitationsbedarf des Versicherten. Danach ist die Pflegekasse verpflichtet, den Antragsteller nach Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs unverzüglich zu informieren und nach dessen Einwilligung dem zuständigen Rehabilitationsträger eine entsprechende Mitteilung zuzuleiten. Diese Mitteilung entspricht einem Rehabilitationsantrag.

Vor diesem Hintergrund wird die Berichtspflicht nach Absatz 2 weiter konkretisiert und erweitert. Die Pflegekassen werden insoweit dazu verpflichtet, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung des Antragstellers entgegenstehen, zudem soll berichtet werden, was die jeweilige Pflegekasse in diesem Zusammenhang unternommen hat (z. B. Erinnerung des Versicherten an die Möglichkeit, seine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen, Unterbreitung von Beratungsangeboten, Prüfung der Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahmen). Außerdem sollen die Maßnahmen genannt werden, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß Absatz 1 und § 31 Absatz 3 nachzukommen (zum Beispiel regelhafte Nachfrage beim Rehabilitationsträger, ob eine Maßnahme durchgeführt wurde; Verfahren zur Klärung, ob vorläufige Leistung zur Reha nach § 32 erbracht wird). Mit Erweiterung der Berichtspflicht für die Pflegekasse wird die Datenlage für diesen Bereich verbessert.

Es wird erwartet, dass mit der erweiterten Berichtspflicht die Bearbeitungsverfahren bei den Pflegekassen besser nachvollziehbar werden.

Zu Nummer 4

Die Ergänzung stellt klar, dass auch bei der Empfehlung oder Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, deren Erfordernis auf sonstige Weise – d. h. nicht im Rahmen einer Begutachtung – festgestellt worden ist, die Möglichkeit eröffnet wird, dass neben der oder dem Versicherten weitere Personen und Institutionen des Vertrauens über die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes und die Leistungsentscheidung des Rehabilitationsträgers informiert werden, wenn hierfür die Einwilligung des Versicherten vorliegt. Die Änderung erfolgt parallel zu der Ergänzung von § 18a Absatz 1.

Zu Nummer 5

Nach § 72 Absatz 3 Nummer 3 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden, die sich verpflichten, ein Qualitätsmanagement entsprechend den Maßgaben nach § 113 einzuführen und zu entwickeln. Das bedeutet zulassungsrechtlich, dass sie auch verpflichtet sind, an Qualitätsprüfungen im geforderten Maße mitzuwirken; dies wird auch in § 112 Absatz 2 bestimmt. Angesichts der Bedeutung der Mitwirkung der Einrichtung für den reibungslosen Ablauf von Qualitätsprüfungen, soll diese Verpflichtung durch die Einfügung einer Nummer 5 klargestellt und besonders hervorgehoben werden. Diese Klarstellung und Hervorhebung ist nach

den praktischen Erfahrungen der Prüfer des Medizinischen Dienstes bzw. des PKV-Prüfdienstes vor Ort notwendig. In diesem Zusammenhang wird explizit darauf hingewiesen, dass Versorgungsverträge gemäß § 74 Absatz 1 Satz 1 SGB XI gekündigt werden können, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der in § 72 Absatz 3 Satz 1 genannten Voraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen und eine Anpassung in Folge der Ausgliederung des Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V.

Zu Nummer 7

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass in den Fällen, in denen ambulante Pflegedienste, die einer Regelprüfung nach § 114 SGB XI unterliegen, außerklinische Intensivpflegeleistungen in den Fällen des § 37c Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V im Haushalt des Versicherten oder in seiner Familie oder sonst an geeigneten Orten erbringen (§ 132j Absatz 5 Nummer 4 SGB V), die außerklinische Intensivpflege in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einzubeziehen ist. Die Regelung ist auf Grund der Einzelfallsituation sowie unter Berücksichtigung der auch in diesen Fällen in der Regel stattfindenden gleichzeitigen Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und SGB XI gerechtfertigt; es erfolgt nur eine Regelprüfung, die sowohl Leistungen der außerklinischen Intensivpflege als auch Leistungen nach dem SGB XI umfasst.

In den anderen Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege von Leistungserbringern erbracht werden, die auch Regelprüfungen nach § 114 SGB XI unterliegen, erfolgt die Prüfung der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen des § 275b SGB V.

Zu Artikel 4

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung der neuen Nummer 8 in § 9 Absatz 1a. Die Regelung schafft durch eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene die Rechtsgrundlage dafür, dass Abschläge bei Krankenhäusern zu erheben sind, die entgegen der Vorgabe in § 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V keine Feststellung des Beatmungstatus von Beatmungspatinnen und Beatmungspatienten durchführen, oder die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V eine erforderliche Verordnung von Beatmungsentwöhnung in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus nicht vornehmen. Die für eine Abschlagserhebung erforderlichen Informationen ergeben sich aus der Durchführung und aus den Ergebnissen der Feststellung des Beatmungstatus in hierauf spezialisierten Krankenhäusern vor der Entlassung der Beatmungspatientinnen und -patienten. Diese sind durch einen entsprechenden, neu einzuführenden OPS-Code zu dokumentieren.

Die durch die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbarten Abschläge sind durch eine Minderung der Rechnung des Krankenhauses umzusetzen. Dies gilt erstmals für die Krankenhausbehandlungsfälle, die nach dem Wirksamwerden der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 aufgenommen worden sind, da erst von diesem Zeitpunkt an für das Krankenhaus erkennbar ist, unter welchen Voraussetzungen eine Rechnungsminderung vorzunehmen ist.

Zu Nummer 2

Die Regelung ermöglicht es Krankenhäusern, die eine längerfristige Beatmungsentwöhnung durchführen, hierfür ab dem Jahr 2021 gesonderte krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren. Die gesonderten Zusatzentgelte sind im Rahmen der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 zu vereinbaren. Grundlage hierfür sind eine näher zu definierende Leistungsbeschreibung und Kriterien des Entwöhnungsprozesses, die in eine Weiterentwicklung des OPS für das Jahr 2021 einfließen müssen. Zu unterscheiden ist der zusätzlich erforderliche OPS-Code für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung von dem bereits im Jahr 2019 eingeführten OPS-Code zur Abbildung der bei allen Beatmungspatienten vorzunehmenden Entwöhnung. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften frühzeitig aufgefordert, als Grundlage für Leistungsbeschreibungen für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung, für die Feststellung des Beatmungstatus und die Anforderungen an die qualifizierte fachärztliche Einschätzung des Beatmungstatus kurzfristig konsentiert Vorschläge zu erarbeiten und diese auch in das Vorschlagsverfahren für den OPS-Katalog 2021 einzubringen.

Krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für die längerfristige Beatmungsentwöhnung können solange vereinbart werden, bis ein bundesweites Zusatzentgelt kalkuliert werden kann. Die an der Vereinbarung der Erlössumme

beteiligten gesetzlichen Krankenkassen haben durch Bezugnahme auf § 6 Absatz 2a Satz 2 die Höhe der krankenhausindividuellen Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung den Vertragsparteien auf Bundesebene mitzuteilen. Hierdurch ist eine bundesweite Information über die Anzahl und die Höhe der krankenhausindividuellen Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung möglich.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Regelung soll sicherstellen, dass Potenziale zur Beatmungsentwöhnung bei Patientinnen und Patienten ausgeschöpft werden, bei denen etwa nach intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung mit maschineller Atemunterstützung eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in Betracht kommt und in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus durchgeführt werden kann. Hierzu ist für alle Beatmungspatientinnen und -patienten vor Entlassung aus dem Krankenhaus der Beatmungstatus und das damit verbundene Entwöhnungspotenzial durch dafür fachlich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte festzustellen. Um eine unmittelbare Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten, die aus medizinischer Sicht das Potenzial zu einer Entwöhnung von der Beatmung aufweisen, ohne den vorherigen Versuch einer längerfristigen Beatmungsentwöhnung in die außerklinische Intensivpflege zu vermeiden, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Voraussetzungen, die Höhe und die Ausgestaltung von Abschlägen zu vereinbaren, wenn ein Krankenhaus entgegen der Vorgabe in § 39 Absatz 1 Satz 6 keine Feststellung des Beatmungstatus von Beatmungspatientinnen und -patienten durchführt oder eine erforderliche Verlegung zur längerfristigen Beatmungsentwöhnung in eine hierauf spezialisierte Einrichtung nicht vornimmt oder nicht veranlasst. Die Höhe der Abschläge ist so zu bemessen, dass für Krankenhäuser ein hinreichender Anreiz besteht, für Patientinnen und Patienten, die die Voraussetzungen für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung erfüllen, auch tatsächlich die erforderliche Anschlussversorgung zu veranlassen. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene ist innerhalb von fünf Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zu schließen. Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet nach § 9 Absatz 2 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG.

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient der Beschleunigung des Zustandekommens der Rahmenvereinbarung zu Vergütungsabschlägen. Das Zustandekommen der Vereinbarung soll nicht dadurch hinausgezögert werden, dass keine der Vertragsparteien die Schiedsstelle anruft.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. Die Regelungen sollen möglichst schnell angewendet werden können, um die angestrebten Verbesserungen zeitnah zu bewirken. Die vorgesehenen Fristen zum Erlass von Richtlinien bzw. zur Vereinbarung von Rahmenempfehlungen geben den Normadressaten ausreichend Zeit, sich auf die neue Rechtslage einzustellen. Das Gesetz soll deshalb am Tag nach der Verkündung in Kraft treten.

Zu Absatz 2

Die vollständige Ablösung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege für den nach § 37c SGB V anspruchsberechtigten Personenkreis kann erst erfolgen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss den Richtlinienauftrag nach § 37c Absatz 1 SGB V umgesetzt, die Vereinbarungspartner die Rahmenempfehlungen nach § 132j Absatz 2 SGB V abgeschlossen und die Vertragspartner die Verträge nach § 132j Absatz 5 SGB V abgeschlossen haben. Deshalb haben Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die nach § 37c SGB V anspruchsberechtigt sind, nach Ablauf des gesetzlichen Übergangszeitraums keinen Anspruch mehr auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V. Die besonderen Regelungen für die intensivpflegerische Versorgung in Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V und die Anzeigepflicht nach § 132a Absatz 4 Satz 14 SGB V für Wohneinheiten, die von Leistungserbringern organisiert werden, sollen für die Übergangszeit noch bestehen bleiben. Deshalb treten diese Regelungen entsprechend später außer Kraft und die Anpassung des § 275b Absatz 2 Satz 4 entsprechend später in Kraft.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 989. Sitzung am 15. Mai 2020 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Übergangsregelung in Bezug auf die außerklinische Intensivpflege aufzunehmen, wonach die bisherigen Regelung zur Verordnung der Leistungen sowie die rechtlichen Grundlagen zum Abschluss individueller Leistungsvereinbarungen weitergelten, bis die GBA-Richtlinie gemäß § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V erlassen beziehungsweise die Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Absatz 1 SGB V vereinbart sind.

Begründung:

Nach aktueller Vertragslage haben Pflegeheime für die gesonderte Versorgung von Pflegebedürftigen im Wachkoma Vereinbarungen nach § 85 SGB XI zu treffen, die beinhalten, dass bei individueller Verordnung durch einen Arzt die gemäß Vereinbarung nach § 132a SGB V geltenden Pauschalbeträge für die erhöhte medizinische Behandlungspflege nicht dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden, sondern diese direkt mit seiner Krankenkasse abgerechnet werden.

2. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 ist § 37c Absatz 3 Satz 1 wie folgt zu ändern:

- a) Nach den Wörtern „Leistungen nach“ sind die Wörter „§ 42 oder“ einzufügen.
- b) Nach den Wörtern „Leistungsbetrags nach“ sind die Wörter „§ 42 oder“ einzufügen.

Begründung:

In § 37c SGB V ist vorgesehen, dass außerklinische Intensivpflege auch in Einrichtungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erbracht werden kann (§ 37c Absatz 2 SGB V). Kurzzeitpflegeeinrichtungen beziehungsweise deren Trägervereinigungen werden auch in Artikel 1 Nummer 14 (§ 132l SGB V) im Zusammenhang mit den geplanten gemeinsamen Rahmenempfehlungen (Absatz 1) sowie der Schiedsstelle (Absatz 4) angesprochen.

Vor diesem Hintergrund ist es jedoch unverständlich, warum Kurzzeitpflegeeinrichtungen neben den Einrichtungen der stationären Dauerpflege nach § 43 SGB XI nicht auch in die Refinanzierungsregelungen des § 37c Absatz 3 SGB V aufgenommen worden sind. In der Begründung zu dieser Vorschrift weist die Bundesregierung darauf hin, dass die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, für die Versicherten nicht mit finanziellen Belastungen verbunden sein soll, die erheblich höher sind als in der ambulanten Versorgung. Diese Begründung greift auch für den Bereich der Kurzzeitpflege, die gerade bei Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf immer dann notwendig sein wird, wenn sich nach einer Krankenhausbehandlung eine Anschlussversorgung zum Beispiel in einer Dauerpflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI nicht zeitnah sicherstellen lässt. Gerade bei Intensivpflegebedarfen haben die Betroffenen oder ihre Angehörigen wenig Einfluss auf die pflegerische Sicherstellung dieser Überbrückungsphase. Die Aufnahme von Einrichtungen der Kurzzeitpflege in die Refinanzierungsregelungen trägt ferner der Vereinbarung im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien Rechnung, eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung zur Sicherstellung einer verlässlichen Kurzzeitpflege sicherzustellen.

3. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 ist § 37c Absatz 3 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die Leistungen nach Satz 1 werden für sechs Wochen weitergewährt, nachdem der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.“

Begründung:

Nach der geplanten Regelung in § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V sollen Krankenkassen mit ihrer Satzung bestimmen können, dass auch nach Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten weiterhin die umfassenden Leistungen nach § 37c Absatz 3 Satz 1 SGB V gezahlt werden, wenn der Versicherte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist.

Es kann zwar nachvollzogen werden, dass die Versicherten finanziell nicht schlechter gestellt werden sollen, weil sich ihr Gesundheitszustand gebessert hat. Jedoch sind Satzungsleistungen grundsätzlich dafür vorgesehen, einen Wettbewerb der Krankenkassen untereinander zu ermöglichen. Wie ein sachgerechter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ausgerechnet im Bereich der Intensivpflege stattfinden soll, erschließt sich nicht. Eine seriöse Werbung mit dieser zusätzlichen Satzungsleistung erscheint problematisch.

Für Versicherte, deren Krankenkassen diese Regelung nicht als Satzungsleistung vorsehen, ergeben sich erhebliche Benachteiligungen. Dies würde zu einer nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Um unbillige Härten zu vermeiden sollte jedoch für alle Versicherten eine weitere, zeitlich begrenzte Kostenübernahme nach Wegfall des Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege erfolgen. Die Übergangszeit ermöglicht es den Pflegebedürftigen sowie ihre Angehörigen, sich auf die veränderte Versorgungslage vorzubereiten und etwaige anderweitige Versorgungsleistungen zu organisieren.

4. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 40 Absatz 3 Satz 2 bis 8 und 10 SGB V),
Doppelbuchstabe bb (§ 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V),
Doppelbuchstabe ff (§ 40 Absatz 3 Satz 20 SGB V) und
Nummer 15 Buchstabe a (§ 275 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 4 Buchstabe b ist § 40 Absatz 3 wie folgt zu ändern:

aa) Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu ändern:

aaa) In Satz 2 sind die Wörter „geriatrischen“ und „geriatrische“ zu streichen und nach dem Wort „wurde“ sind die Wörter „und diese Maßnahme geeignet ist, eine drohende oder sich verschlimmernde Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ anzufügen.

bbb) Satz 4 bis 8 sind zu streichen.

ccc) In Satz 9 ist die Angabe „4“ durch die Angabe „3“ zu ersetzen.

ddd) In Satz 10 sind die Wörter „und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitation nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können“ zu streichen.

bb) In Doppelbuchstabe bb ist in Satz 13 das Wort „geriatrischen“ zu streichen.

cc) In Doppelbuchstabe ff ist in Satz 20 das Wort „geriatrischen“ zu streichen.

b) Nummer 15 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

,a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz wird < ... weiter wie Vorlage ...>

bb) Die Wörter „; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung)“ werden gestrichen.“

Begründung:

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ soll eine Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. § 40 Absatz 3 Satz 2 ff. SGB V eröffnet lediglich die Möglichkeit, eine geriatrische Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchzuführen. Diese Regelung greift zu kurz und sollte auch auf indikationsbezogene Rehabilitationen wie zum Beispiel orthopädische, kardiologische und onkologische Rehabilitationen sowie Anschluss-Rehabilitationen ausgeweitet werden. Eine Antragsüberflutung ist durch diese Ausweitung nicht zu befürchten, da es hier ausschließlich um die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit insbesondere alter Menschen geht. Rehabilitationsmaßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit sind von der gesetzlichen Regelung nicht betroffen. Vielmehr geht es darum, für die Zielgruppe ein angemessenes Verfahren anzubieten, das zudem den Verwaltungsaufwand aller Beteiligten deutlich reduziert.

Nach den vorliegenden Informationen wird ein Großteil der Anträge zunächst durch die GKV abgelehnt und erst nach durchgeführtem Widerspruchsverfahren bewilligt. Es ist aber davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil der Antragsstellerinnen und Antragssteller nicht die Kraft, das Wissen oder die Unterstützung hat, um entsprechende Rechtsmittel einzulegen. Diesem Personenkreis bleibt eine sinnvolle und notwendige Rehabilitation und die damit einhergehenden Möglichkeiten zur Teilhabe vorenthalten, da ihre Pflegebedürftigkeit aller Wahrscheinlichkeit nach verfrüht eintritt.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmalig für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022 und danach jährlich bis zum 30. Juni 2024 einen Bericht vorlegt, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Rehabilitationen wiedergegeben werden sollen. Dieser Bericht bietet dann die Gelegenheit, die Gesetzesänderung und ihre Auswirkungen zu evaluieren.

Im Jahr 2030 werden die 67-Jährigen und Älteren etwa 23 Prozent der Bevölkerung ausmachen (2000: 14 Prozent). 48 Prozent aller deutschen Bundesbürger haben bereits heute eine oder mehrere chronische Erkrankungen (Bundeszentrale für politische Bildung 2019), sodass die Gesundheitsausgaben jährlich um 2,2 Prozent steigen werden (OECD).

Rehabilitationsmaßnahmen sind geeignet, diese Kosten zu senken. Der Bund der Privatkliniken (BDPK) hat zuletzt auf seinem parlamentarischen Abend am 4. März 2020 nachvollziehbar verdeutlicht, dass eine Rehabilitationsmaßnahme, die durchschnittlich 3 000 Euro kostet, sich bereits dann amortisiert, wenn die Pflegebedürftigkeit durch eine Rehabilitation um vier Monate hinausgeschoben werden kann. Zugrunde gelegt wurde ein durchschnittlicher Pflegeaufwand von 826 Euro monatlich. Jeder weitere Monat entlastet die Pflegekassen.

Die Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen konnte bereits anhand verschiedener Studien nachgewiesen werden. So zeigt sich, dass sowohl die Mortalitätsrate, aber auch die Zahl folgender Krankenhausaufenthalte deutlich gesenkt werden konnten. Hinzu kommen die deutlich höhere Lebensqualität und die damit mögliche Teilhabe der Patienten und Patientinnen am Alltagsleben. Dies bestätigen auch die Krankenkassen. Eine Auswertung der AOK-Versichertendaten von 2014 zeigt: Stationäre Rehabilitation im Alter erfolgt selten ohne vorhergehende Krankenhausbehandlung. Bei den untersuchten Versicherten, die eine Rehabilitationsbehandlung erhielten, konnte Pflegebedürftigkeit überwiegend verhindert werden. Und auch die Barmer BEK veröffentlichte in ihrem Pflegereport 2014, dass Länder mit hohen Kapazitäten an Reha-Einrichtungen geringere Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten aufweisen.

Das GKV-IPReG stellt im Bereich medizinische Rehabilitation vorrangig die Rehabilitation und Teilhabe nicht mehr im Arbeitsleben befindlicher Menschen sicher. Diese Menschen haben unterschiedliche Rehabilitationsbedarfe, nicht alle Patienten und Patientinnen benötigen eine geriatrische Rehabilitation. Genauso können indikationsbezogene Maßnahmen den Eintritt der Pflegebedürftigkeit verzögern oder sogar vermeiden. Die Überprüfung dieser Bedarfe durch den MDK aufgrund der Aktenlage, die nach dem GKV-IPReG für indikationsbezogene – anders als jetzt für geriatrische – Rehabilitation weiterhin vorgeschrieben sein soll, ist nicht zielführend.

Auch das derzeitige Antragsverfahren für eine Anschlussrehabilitation nach einem akutstationären Aufenthalt verursacht massive Probleme und führt zu Zeitverzögerungen, die auch dem Heilungsverlauf entgegenstehen. Jährlich werden 19 Millionen Krankenhausbehandlungen mit durchschnittlich sieben Tagen Verweildauer durchgeführt. Für ca. eine Million Patienten ist eine Anschlussrehabilitation direkt nach ihrem akutstationären Aufenthalt im Krankenhaus medizinisch indiziert. Die Direkteinleitung der Anschlussrehabilitation sollte daher nicht nur – wie vorgesehen – auf Grundlage eines Indikationskataloges geregelt, sondern auch gesetzlich normiert werden, um hier Rechtssicherheit zu gewährleisten. Als Folgeänderung ist die Streichung der Ausnahmeregelung in § 275 Absatz 2 Nummer 1 letzter Halbsatz (Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe a) konsequent.

Dies wäre auch im Sinne der Akutkrankenhäuser. In Fällen, in denen Patienten und Patientinnen noch keine Bewilligung während ihres regulären stationären Aufenthaltes haben und aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht nach Hause entlassen werden können, führt dies zu Fehlbelegungszeiten im Krankenhaus. Diese werden mit Zahlungsrückforderungen der Krankenkassen belegt. Im Dezember 2019 hat der Deutsche Bundestag hierzu beschlossen, dass Krankenhäuser 300 Euro Strafe zahlen müssen, wenn Patienten nicht entlassen werden können, weil die Anschlussversorgung nicht gewährleistet ist.

Die vorliegende Änderung des § 40 Absatz 3 SGB V schafft die Voraussetzung dafür, dass die bedarfsgerechte Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Rehabilitationsleistungen verbessert, die Pflege entlastet und die Pflegekosten gesenkt werden.

5. Zu Artikel 1 Nummer 6a – neu – (§ 67 Absatz 3 – neu – SGB V) und
Nummer 6b – neu – (§ 68c – neu – SGB V)

In Artikel 1 sind nach Nummer 6 folgende Nummern 6a und 6b einzufügen:

6a. Dem § 67 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder unter Beteiligung Dritter im Sinne des § 68a Absatz 3 Satz 2 Vereinbarungen schließen.“

6b. Nach § 68b wird folgender § 68c eingefügt:

„§ 68c

Regionale Versorgungsinnovationen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Regionen, in denen der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 eine ärztliche Unterversorgung, eine drohende ärztliche Unterversorgung oder einen besonderen Versorgungsbedarf festgestellt hat, Versorgungsinnovationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelassenen Leistungserbringern oder deren Verbänden sowie mit Anbietern von digitalen Gesundheitsanwendungen vereinbaren und umsetzen. § 63 Absatz 3a gilt entsprechend. Leistungserbringer können ihren Beitritt schriftlich oder elektronisch, auch abweichend von § 56 des Zehnten Buches und § 36a des Ersten Buches nicht qualifiziert elektronisch signiert, erklären. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Versorgungsinnovationen in geeigneter Form.“

Begründung:

Zu Nummer 6a:

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, die Digitalisierung und die elektronische Kommunikation der Leistungserbringer zu unterstützen, haben aber zur Erfüllung dieses Zweckes keine Vertragsabschlusskompetenz. Die Neuregelung soll dem abhelfen.

In der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (vgl. BR-Drucksache 517/19 (Beschluss)) wird dazu ausgeführt, dass die Krankenkassen nach ihrem Ermessen Vorhaben von Leistungserbringern oder Verbänden unterstützen, ohne dass ein bestimmter Umfang oder eine bestimmte Form vorgeschrieben ist. Unklar ist dabei, wie diese Unterstützung nach Ansicht der Bundesregierung aussehen soll, wenn die Krankenkassen keine Verträge mit den Leistungserbringern oder Verbänden abschließen dürfen. Mit der Neuregelung wird diese erforderliche Vertragskompetenz

daher nun auch rechtlich geschaffen.

Zu Nummer 6b:

Die Versorgungslage ist regional sehr unterschiedlich, sowohl mit Blick auf Problemstellungen als auch hinsichtlich der Lösungsoptionen. Nach bestehender Rechtslage ist es den Krankenkassen nicht möglich, in ausgewählten Regionen strukturelle Veränderungen (zum Beispiel neue Formen der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten und Krankenhäusern) direkt zu fördern.

Beispiel:

Aufbau und Betrieb eines Regionalen Gesundheitszentrums oder einer integrierten Einrichtung zur Kurzzeitpflege, welche gemeinsam von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten betreut werden.

Mit der Neuregelung soll eine Gesetzesnorm für „Regionale Versorgungsinnovationen“ geschaffen werden. Auf dieser Grundlage dürfen Krankenkassen mit Leistungserbringern auf freiwilliger Basis in einer bestimmten Region Verträge zur Gestaltung der regionalen Versorgung schließen.

Die Neuregelung ist erforderlich, weil die bisherigen Regelungen aus den §§ 63 und 64 SGB V sowie die selektivvertraglichen Regelungen nach § 140a SGB V nicht ausreichend sind, weil Anbieter digitaler Versorgungsinnovationen darin nicht vorkommen, diese Vorhaben zeitlich begrenzt sind und einer verwaltungsaufwendigen Evaluationspflicht unterliegen. Ein Umweg über Modellvorhaben/Selektivverträge setzt in der Regel zudem eine Teilnahmevoraussetzung von Versicherten voraus, welche mit dem angestrebten Charakter von regionalen Experimentierräumen nicht immer vereinbar ist. Eine Einschreibung von Versicherten soll nur dann erforderlich sein, wenn eine zusätzliche Datenerhebung und -verarbeitung stattfinden soll.

Insoweit muss den Ausführungen der Bundesregierung in der Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (vgl. BR-Drucksache 517/19 (Beschluss)), dass der Vorschlag zur Weiterentwicklung der Regelungen zu regionalen Versorgungsinnovationen im SGB V bereits aufgegriffen wurde, widersprochen werden.

Möglichkeiten bestehen lediglich über sektorale Strukturfondsmittel bei den niedergelassenen Ärzten oder den Krankenhäusern, welche in der Regel aber nicht zielgenau auf Einzelprojekte ausgerichtet werden und nicht „sektorenübergreifend“ sind beziehungsweise eingesetzt werden können.

Der hier umgesetzte Ansatz zu mehr Regionalität geht nicht zuletzt auf eine entsprechende einheitliche Beschlussfassung auf der 92. Gesundheitsministerkonferenz am 5./6. Juni 2019 in Leipzig (TOP 5.1 Digitalisierung im Gesundheitswesen – wichtige Grundlage für die nachhaltige und zukunftsste Medizinische Versorgung in allen Regionen Deutschlands) zurück. In der Begründung zum GMK-Beschluss wird von allen Ländern explizit ausgeführt, dass die bisherigen Regelungen notwendige regionale Experimentierräume zur Erprobung neuer Versorgungsformen nicht ohne Weiteres ermöglichen. Sie sind eher auf Vereinheitlichung ausgelegt. Um den Selbstverwaltungspartnern regional mehr Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis einzuräumen, sind durch den Gesetzgeber regionale Experimentierklauseln zu schaffen.

6. Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe c (§ 111 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe c sind in § 111 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 nach dem Wort „Strukturen“ die Wörter „unter Beachtung regionaler Unterschiede der Kostenstrukturen“ einzufügen.

Begründung:

Der Entwurf des GKV-IPReg sieht für die Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor, dass auf Bundesebene Rahmenvorgaben für die Leistungsdefinition, für Qualitätsstandards sowie für Vergütungen formuliert werden. Die Preisgestaltung bleibt weiterhin der regionalen Ebene vorbehalten.

Bei der Gestaltung der Rahmenvorgaben muss sichergestellt werden, dass auf regionaler Ebene unterschiedliche Kostenstrukturen ausreichend berücksichtigt werden. Es gibt im Bundesgebiet keine einheitlichen Vergütungssätze im Gesundheitsmarkt. Auch die Kosten für Liegenschaften unterliegen im Bundesgebiet großen Differenzen. Faktoren wie Liegenschaftskosten, Lohnstrukturen und Lebenshaltungskosten führen daher je nach Standort einer Einrichtung zu sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen. Diesen Faktoren muss bei der regionalen Preisgestaltung ausreichend Rechnung getragen werden, indem bereits in die Rahmenvorgaben der Bundesebene zur Vergütung Regionalkomponenten zur Berücksichtigung der vorstehend genannten Faktoren verankert werden.

7. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132l Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 14 ist wie folgt zu ändern:

- a) Der Änderungsbefehl ist wie folgt zu fassen:
„Nach § 132k wird folgender § 132l eingefügt:“
- b) Die Zählbezeichnung „132j“ ist durch die Zählbezeichnung „132l“ zu ersetzen.
- c) In Absatz 1 Satz 2 sind nach dem Wort „Krankenhausgesellschaft“ die Wörter „sowie Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker oder behinderter Menschen vertreten,“ einzufügen.

Folgeänderungen:

- a) Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

In Nummer 2 § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 3,
Nummer 6 Buchstabe a § 61 Satz 2,
Nummer 8 Buchstabe b § 92 Absatz 7g,
Nummer 16 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa § 275b Absatz 1 Satz 1,
Doppelbuchstabe bb § 275b Absatz 1 Satz 2,
Doppelbuchstabe cc § 275b Absatz 1 Satz 3,
Buchstabe c Doppelbuchstabe aa § 275b Absatz 2 Satz 2 und
Doppelbuchstabe cc § 275b Absatz 2 Satz 4 und Satz 5 SGB V

ist jeweils die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ zu ersetzen.

- b) In Artikel 2 Nummer 3 ist in § 275b Absatz 2 Satz 2 SGB V die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ zu ersetzen.
- c) In Artikel 3 Nummer 7 ist in § 114 Absatz 2 Satz 10 SGB XI die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a und b:

Mit dem Masernschutzgesetz wurden die §§ 132j und 132k in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch eingefügt. Insofern ist die Nummerierung anzupassen, um die entsprechenden Regelungen zu erhalten.

Zu Buchstabe c:

Durch die vorgeschlagene Änderung soll die nach Artikel 4 Absatz 3 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erforderliche Einbeziehung und Beteiligung der Verbände der Menschen mit Behinderungen bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen sichergestellt werden.

Bei der Erarbeitung und Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 Satz 1 SGB V sind ausschließlich Vertreter der Kostenträger und der Leistungserbringer beteiligt.

8. Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe d – neu – (§ 275b Absatz 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist der Nummer 16 folgender Buchstabe d anzufügen:

„d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Im Zusammenhang mit der Durchführung von Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, die einen Vertrag nach § 132l Absatz 5 über die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege abgeschlossen haben, gelten die Bestimmungen über die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 117 des Elften Buches entsprechend.“

Begründung:

Nach dem Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes sollen die Leistungserbringer von außerklinischer Intensivpflege jährlichen Regelprüfungen der Qualität und der Abrechnung sowie Anlassprüfungen unterliegen. Die Prüfungen finden auf der Grundlage des § 275b SGB V statt und werden vor dem Hintergrund der besonderen medizinischen Anforderungen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen initiiert. Nur wenn Pflegedienste außerklinische Intensivpflege im eigenen Haushalt des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbringen, werden diese Leistungen in die Prüfung nach § 114 SGB XI einbezogen.

Durch entsprechende Verweise ist sichergestellt, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vor einer Regelprüfung mit der für die Prüfung nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde abstimmen (§ 114 Absatz 3 SGB XI) und diese bei teil- oder vollstationärer Pflege beteiligen (§ 114a Absatz 2 SGB XI).

Es fehlt jedoch ein Verweis auf § 117 SGB XI, der die Zusammenarbeit der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des Medizinischen Dienstes mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde regelt sowie die Meldung von Daten über die Leistungserbringer und von Erkenntnissen aus Qualitätsprüfungen gewährleistet.

Im Zusammenhang mit den neuen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen initiierten Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen in Form von Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b SGB V ist eine rechtliche Grundlage für den Austausch von Daten über die Einrichtungen nach § 37c Absatz 2 Nummer 1 und 2 SGB V und über die Wohneinheiten nach § 37c Absatz 2 Nummer 3 SGB V sowie von Prüferkenntnissen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Medizinischen Dienst mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde unerlässlich.

9. Zu Artikel 1 Nummer 16a – neu – (§ 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 16 folgende Nummer 16a einzufügen:

„16a. In § 279 Absatz 5 Satz 7 wird nach den Wörtern „nach Satz 1“ die Angabe „Nummer 1“ eingefügt.“

Begründung:

§ 279 Absatz 5 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V regelt, welche Vertreterinnen und Vertreter seitens der Länder für die jeweiligen Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu benennen sind. Nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V werden fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene bestimmt. Zudem werden nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammer benannt.

Die bisherige Regelung des § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V sieht vor, dass sowohl bei den Vertretern nach Satz 1 Nummern 1 als auch Nummer 2 die Drittfinanzierung zu prüfen ist. Sofern die Vertreterinnen und Vertreter zu mehr als zehn Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die GKV oder soziale Pflegeversicherung erbringen, scheidet eine Benennung als Mandatsträger im Verwaltungsrat aus.

Bei den Vertretern nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist dies ein nachvollziehbares Kriterium, da diese Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich der Patientenvertretungen stammen.

Dagegen üben die Vertreterinnen und Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V in vielen Fällen eine hauptberufliche Tätigkeit im Pflegebereich beziehungsweise im ärztlichen Bereich aus und engagieren sich ehrenamtlich beziehungsweise nicht hauptberuflich in den genannten Verbänden/Institutionen. In der Folge könnten die Personen regelmäßig nicht für das Mandat im Verwaltungsrat benannt werden, weil bei ihnen automatisch die Ausschlussregelung des § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V greifen würde.

Um eine sachgerechte Benennung der Mandate nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V sicherzustellen, sollte die Regelung nach § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V dahingehend konkretisiert werden, dass diese Regelung nur für die Vertreterinnen und Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V Anwendung findet.

10. Zu Artikel 4a – neu – (§ 7 Absatz 6 PflBG)

Nach Artikel 4 ist folgender Artikel 4a einzufügen:

„Artikel 4a

Änderung des Pflegeberufgesetzes

In § 7 Absatz 6 des Pflegeberufgesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 13. Januar 2020 (BGBl. I S. 66) geändert worden ist, werden die Wörter „bei der zuständigen Stelle nach § 26 Absatz 4“ gestrichen.“

Begründung:

Durch die aktuell in § 7 Absatz 6 PflBG bestehenden Einschränkung können die Länder die Ombudsstelle nur bei der nach § 26 Absatz 4 PflBG zuständigen Stelle – also der Stelle, die den Ausbildungsfonds verwaltet – ansiedeln. In vielen Fällen ist diese Stelle aber nicht fachlich kompetent, so dass eine Ombudsstelle dort nicht zielführend ist. Mit der vorgeschlagenen Änderung sind die Länder frei, wo die Ombudsstelle angesiedelt wird.

Anlage 3

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:Zu Nummer 1 Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Nach Artikel 5 Absatz 2 treten die Regelungen des Artikels 2 erst drei Jahre nach Verkündung des Gesetzes in Kraft. Erst damit besteht – bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen – ausschließlich ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege und nicht (mehr) auf häusliche Krankenpflege; die Richtlinien des G-BA und die Rahmenempfehlungen müssen aber schon zeitlich vorher beschlossen und vereinbart sein. Daher bedarf es einer Übergangsregelung nicht.

Zu Nummer 2 Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 3 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Regelung des § 37c Absatz 3 Satz 1 SGB V, nach der der Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches umfasst, soll auf Leistungen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) begrenzt bleiben. Sinn und Zweck der Regelung ist es, die Entscheidung der Versicherten für die längerfristige außerklinische Intensivpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht dadurch zu erschweren, dass sich die Versicherten mit sehr hohen Eigenanteilen konfrontiert sehen, die in der ambulanten Versorgung nicht anfallen. Insofern ist eine entsprechende Regelung für die (zeitlich befristete) Kurzzeitpflege nicht notwendig.

Zu Nummer 3 Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Eine zeitliche Begrenzung der Weitergewährung von Leistungen nach Wegfall des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege auf sechs Wochen würde die Versicherten ggf. sehr schnell vor erhebliche finanzielle Belastungen aufgrund hoher Eigenanteile stellen. Die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung könnte dadurch für die Versicherten unattraktiver werden.

Die Bundesregierung wird aber prüfen, ob die Satzungsermächtigung der Krankenkassen in § 37c Absatz 3 SGB V in eine ggf. an weitere Voraussetzung gebundene Pflichtleistung umgewandelt wird.

Zu Nummer 4 Zu Artikel 1

Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 40 Absatz 3 Satz 2 bis 8 und 10 SGB V),
Doppelbuchstabe bb (§ 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V),
Doppelbuchstabe ff (§ 40 Absatz 3 Satz 20 SGB V) und
Nummer 15 Buchstabe a (§ 275 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Insbesondere die geriatrische Rehabilitation dient im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ dazu, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Um den Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation zu erleichtern und das Verfahren zu beschleunigen, wird deshalb durch die Regelungen des Gesetzentwurfs auf eine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse verzichtet. Eine Ausweitung dieser Regelung auch auf die übrigen (indikationsbezogenen) medizinischen Rehabilitationen ist nicht vorgesehen, um eine Prüfung der Krankenkassen weiterhin zu ermöglichen. Für Anschlussrehabilitationen ist nach der Regelung im Gesetzentwurf vorgesehen, dass

der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt, in welchen Fällen sie ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse erbracht werden können. Eine Berichterstattung zu den Verfahrensänderungen bei geriatrischen Rehabilitationen ist vorgesehen, so dass ggf. erforderliche Korrekturen vorgenommen werden können.

Zu Nummer 5 Zu Artikel 1 Nummer 6a – neu – (§ 67 Absatz 3 – neu – SGB V) und
Nummer 6b – neu – (§ 68c – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird prüfen, wie der Gestaltungsspielraum der Krankenkassen für mehr Versorgungsinnovationen auch auf regionaler Ebene ausgeweitet werden kann. Anknüpfungspunkt könnte dabei § 140a SGB V sein. Der § 140 a SGB V enthält bereits jetzt weitgehende Vertragskompetenzen zum Abschluss von Verträgen, die neue Versorgungsformen auch in Verbindung mit der Pflege ermöglichen. Krankenkassen können unter bestimmten Voraussetzungen auch Verträge mit Herstellern von Medizinprodukten über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen (§ 140a Absatz 4a SGB V). Eine Evaluationspflicht oder eine zeitliche Begrenzung bestehen nicht. Diese Möglichkeiten könnten weiterentwickelt werden.

Zu Nummer 6 Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe c (§ 111 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. In der Gesetzesbegründung wird bereits deutlich hervorgehoben, dass die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene vereinbart werden und dass die konkrete Vergütung nach § 111 Absatz 5 SGB V zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vereinbart wird. Damit können regional unterschiedliche Kostenstrukturen berücksichtigt werden. Es bedarf daher in Bezug auf die Rahmenempfehlungen keiner ausdrücklichen Erwähnung der regionalen Unterschiede der Kostenstruktur im Gesetzeswortlaut.

Zu Nummer 7 Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132l Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Zu den Buchstaben a) und b)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zur Änderung der Paragraphenbezeichnung des § 132j zu.

Zu Buchstabe c)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, prüft jedoch, ob ein Mitberatungsrecht von Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblich sind, über eine Aufnahme der Rahmenempfehlungen nach § 132j Absatz 1 Satz 1 SGB V in die Regelungen des § 140f Absatz 4 SGB V verankert werden kann.

Zu Nummer 8 Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe d – neu – (§ 275b Absatz 2a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag, für die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen (§ 275b SGB V) von Leistungserbringern, die außerklinische Intensivpflege erbringen, die entsprechende Geltung der Regelungen des § 117 SGB XI zur Zusammenarbeit der Pflegekassen, der Medizinischen Dienste und der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden gesetzlich anzuordnen, prüfen.

Zu Nummer 9 Zu Artikel 1 Nummer 16a – neu – (§ 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag, die gesetzliche Vorgabe in § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V, dass die von den Ländern für den Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste (MD) zu benennenden Vertreter zu nicht mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden dürfen, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen, nur noch auf die Vertreter der Patienten bzw. Pflegebedürftigen (§ 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V) zu beziehen, prüfen.

Das mit diesem Vorschlag angestrebte Ziel, eine Benennung sachkompetenter Vertreter der Pflegeberufe und der Landesärztekammer (§ 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V), die noch hauptberuflich im Pflegebereich oder im ärztlichen Bereich tätig sind, zu erleichtern, ist nachvollziehbar, zumal den Vertretern nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V kein Stimmrecht im Verwaltungsrat des MD zusteht.

Zu Nummer 10 Zu Artikel 4a – neu – (§ 7 Absatz 6 PflBG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Problematische Auswirkungen der bisherigen Regelung zur der Ansiedlung der Ombudsstelle bei der zuständigen Stelle nach § 26 Absatz 4 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) sind bislang nicht bekannt geworden.

