

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 19/19368 –

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

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/19518 –

Fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend einrichten – Nahtlose Rehabilitationskette herstellen, Krankenhausstandorte erhalten und stärken

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/20116 –

Rehakliniken und Kurbetrieb in den Regelbetrieb zurückkehren lassen

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/20117–**

Krankenhäuser in den Regelbetrieb zurückkehren lassen

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/20119 –**

Bewegungsfreiheit für Bewohner von Seniorenheimen sicherstellen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Gesetzesinitiatoren stellen fest, dass der Bedarf an Angeboten der medizinischen Rehabilitation aufgrund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren deutlich zunehmen werde. Infolgedessen werde ein vereinfachter und beschleunigter Zugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation insbesondere der geriatrischen Rehabilitation benötigt. Daneben fehle es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung an einheitlichen Grundsätzen oder Empfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge. Gleichzeitig habe die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in jüngerer Vergangenheit stark zugenommen. Daneben lägen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung insbesondere in der ambulanten Versorgung vor. Die bestehenden Regelungen führten zu Fehlanreizen und Missbrauchsmöglichkeiten.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, dass die Fortschritte in der Akutmedizin dazu führten, dass die Wahrscheinlichkeit, akute Erkrankungen oder schwere Unfälle zu überleben, gestiegen sei. Um die dauerhaften Schäden möglichst geringhalten oder verhindern zu können, müsse schnellstmöglich mit der Rehabilitation begonnen werden. Allerdings fehle es an der Sicherstellung einer flächendeckenden Frührehabilitation in den Krankenhäusern in Deutschland, sodass eine nahtlose Rehabilitationskette nicht gewährleistet werden könne.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller schreiben, die weltweite Ausbreitung des Coronavirus führte dazu, dass deutsche Reha-Kliniken dazu angehalten wurden, Betten für Corona-Patienten freizuhalten. Die befürchtete Überlastung des Gesundheitssystems sei jedoch nie eingetreten, trotzdem würden immer noch Betten freigehalten. Die freigehaltenen Betten würden durch den Rettungsschirm des Bundes finanziert. Heilbäder, Kurorte und Rehabilitationskliniken stellten eine wichtige Ressource des Gesundheitsversorgungssystems in Deutschland dar, welche nun drohe, langfristigen Schaden zu nehmen.

Zu Buchstabe d

Die weltweite Ausbreitung des Coronavirus habe dazu geführt, dass deutsche Krankenhäuser dazu angehalten worden seien, Betten für Corona-Patienten freizuhalten. Die befürchtete Überlastung des deutschen Gesundheitssystems sei jedoch nie eingetreten, trotzdem würden immer noch Betten freigehalten. Die freigehaltenen Betten würden durch den Rettungsschirm des Bundes finanziert.

Zu Buchstabe e

Das Grundrecht auf Bewegungsfreiheit stehe den Bewohnern von Seniorenheimen grundsätzlich in gleichem Maße zu wie allen anderen Bürgern. Zwar seien die Grundrechte durch die Eindämmungsverordnungen der Länder bezüglich der COVID-19-Pandemie eingeschränkt worden, gerade dort, wo die Eindämmungsverordnung keine Sonderregelung für Seniorenheime vorsehe, seien Spaziergänge für Bewohner genauso wenig antrags- oder genehmigungspflichtig oder von Dritten einzuschränken wie für jeden anderen Menschen auch. Eine Schlechterstellung von Bewohnern von Seniorenheimen gegenüber anderen Menschen dürfe es nicht geben und müsse für die Zukunft ausgeschlossen werden.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetzentwurf soll durch ein Bündel an Maßnahmen die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt werden. Im Rahmen dessen werde der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtert sowie das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung gestärkt. Gleichzeitig solle der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege neu gefasst werden. Dafür würden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt. Zudem zielten die Regelungen auf eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung und auf eine erhebliche Reduzierung der Eigenanteile von Intensivpflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ab. Zusätzlich werde sichergestellt, dass die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege künftig nur noch von Leistungserbringern durchgeführt würden, die bestimmte Anforderungen erfüllten.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/19368 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, dass eine ausreichende flächendeckende Verfügbarkeit von Fachabteilungen für eine fachübergreifende Frührehabilitation an deutschen Krankenhäusern sichergestellt werde. Zudem müsse eine kostendeckende Finanzierung gewährleistet werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/19518 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die Kurorte samt allen Kureinrichtungen und Rehakliniken sollen nach dem Willen der Antragsteller wieder in den Regelbetrieb überführt werden. Finanzielle Fehlanreize, die das unnötige Freihalten von Betten begünstigen, sollen beseitigt werden. Wegen der bereits entstandenen Mindereinnahmen soll den Kurorten und Heilbädern eine Pauschalförderung in Höhe der durch die Pandemie ausgelösten Mindereinnahmen zugesprochen werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/20116 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Alle deutschen Krankenhäuser sollen sofort wieder in den Regelbetrieb überführt und finanzielle Fehlanreize, die das unnötige Freihalten von Betten begünstigen, beseitigt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/20117 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe e

Es solle alles dafür Erforderliche unternommen werden, um bundesweit sicherzustellen, dass die Bewegungsfreiheit für Bewohner von Seniorenheimen garantiert sei und sie diesbezüglich nicht schlechter gestellt würden als alle anderen Bürgerinnen und Bürger.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/20119 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b bis e

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

1. Bund, Länder und Gemeinden

Nach Angaben der Bundesregierung entstehen dem Bund durch die Maßnahmen dieses Gesetzes keine Mehrausgaben.

Bei Ländern und Gemeinden könnten 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 könnten ebenfalls nicht bezifferbare Mehrausgaben für intensivpflegebedürftige Personen entstehen, die von der eigenen Häuslichkeit in eine vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe umzögen. Ebenfalls nicht bezifferbare Mehrausgaben könnten den Trägern der Sozialhilfe entstehen, wenn Krankenkassen bei Wegfall des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege keine Satzungsleistungen nach § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V gewährten und Patienten, die in Pflegeeinrichtungen umgezogen seien, nicht wieder auszögen und finanziell bedürftig seien.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes entstünden 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 stünden ebenfalls nicht bezifferbare Einsparungen durch eine Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten etwa im Bereich von stationärer Akutbehandlung gegenüber. Durch Verbesserungen der Qualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege verbunden mit einer zu erwartenden steigenden Leistungserbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten könnten der gesetzlichen Krankenversicherung bei voller Jahreswirkung Einsparungen in einem niedrigen bis mittleren dreistelligen Millionenbetrag entstehen. Diesen Minderausgaben stünden 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 entstünden den gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2021 geringfügige nicht zu beziffernde Mehrausgaben, denen jedoch durch die Vermeidung intensivmedizinischer Behandlungspflege Einsparungen gegenüberstünden.

3. Soziale Pflegeversicherung

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

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

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

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

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

Den Krankenhäusern könnten durch die Möglichkeit zur Verhandlung krankenhausspezifischer Zusatzentgelte für längerfristige Beatmungsentwöhnung geringfügiger Erfüllungsaufwand entstehen. Da die Verhandlungen als Routineaufgaben im Rahmen der turnusmäßigen Budgetverhandlungen eingebettet seien, sei allenfalls von geringfügigem, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand auszugehen. Darüber hinaus entstehe Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser, die pflichtwidrig die Feststellung des Beatmungstatus oder die Veranlassung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung unterließen, insoweit, als sie den vereinbarten Abschlagsbetrag in der Rechnung ausweisen müssten. Hierbei könne 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 entstehe einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege im niedrigen bis mittleren vierstelligen Eurobereich je teilnehmender Vereinigung bzw. Spitzenorganisation.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

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

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Bund entstehe 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 entstehe 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 könne 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 seien, sei allenfalls von geringfügigem, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand auszugehen. Den Krankenkassen entstehe darüber hinaus Erfüllungsaufwand, wenn ein Krankenhaus einen erforderlichen Abschlag nicht in der Rechnung ausgewiesen habe und die Krankenkasse den Abschlagsbetrag einbehalte. Hierbei könne es sich allenfalls um geringfügigen, nicht zu beziffernden Erfüllungsaufwand in einer nicht bekannten Zahl von Fällen handeln.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergäben 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 würden nicht hervorgerufen.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/19518 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/20116 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 19/20117 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 19/20119 abzulehnen.

Berlin, den 1. Juli 2020

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel
Vorsitzender

Dr. Roy Kühne
Berichterstatte

Heike Baehrens
Berichterstatte

Detlev Spangenberg
Berichterstatte

Nicole Westig
Berichterstatte

Pia Zimmermann
Berichterstatte

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatte

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)
– Drucksache 19/19368 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung	Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)	(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) 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.	1. u n v e r ä n d e r t
	1a. In § 37 Absatz 2 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „§ 37c Absatz 3 gilt entsprechend“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Nach § 37b wird folgender § 37c eingefügt:	2. Nach § 37b wird folgender § 37c eingefügt:
„§ 37c	„§ 37c
Außerklinische Intensivpflege	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 <i>und</i> 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 <i>bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres</i>, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem	(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, insbesondere 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, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. 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, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen	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,	1. u n v e r ä n d e r t
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,	2. u n v e r ä n d e r t
3. <i>an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2,</i>	3. entfällt
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	3. u n v e r ä n d e r t
5. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.	4. u n v e r ä n d e r t
(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege	(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege
1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 42 oder § 43 des Elften Buches erbringen,	1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 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,	2. u n v e r ä n d e r t
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder	3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132l 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.	4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen , in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.
Wünschen der Versicherten, <i>die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten</i> , ist zu entsprechen, <i>soweit</i> die medizinische und pflegerische	Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung nach Satz 1 sichergestellt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Versorgung <i>an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft</i> sichergestellt werden kann. <i>Dabei</i> 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. <i>Die Leistung</i> an einem Leistungsort nach Satz 3 oder 4 <i>kann</i> versagt und der Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden, <i>wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten</i>	ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Über die Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 3 schließt die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs weitere Leistungsträger zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach diesem Buch. 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 7 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. Ist die Feststellung nach Satz 6 oder die Überprüfung nach den Sätzen 7 und 8 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder eine andere an den Wohnräumen berechnigte Person sein oder ihr Einverständnis zu der nach den Sätzen 6 bis 8 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in den Wohnräumen nicht erteilt hat, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.
1. durch die oder den Versicherten oder	
2. durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechnigte 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	(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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, <i>wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.</i>	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. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches festgestellt ist. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 unter den in Satz 2 genannten Voraussetzungen auch über den in Satz 2 genannten Zeitraum hinaus weitergewährt werden.
	(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte Pflegefachkraft für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.
(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr <i>an die Krankenkasse</i>. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem <i>Ort im Sinne des Absatzes 2</i> 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) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Leistungsort nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertrage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten.
(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	(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor. Darin sind insbesondere aufzuführen:	mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor. Darin sind insbesondere aufzuführen:
1. die Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Angaben zur Leistungsdauer,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Angaben zum Leistungsort einschließlich Angaben zur Berücksichtigung von Wünschen der Versicherten,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Angaben zu Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnis sowie	4. u n v e r ä n d e r t
5. Angaben zu Satzungsleistungen der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 2.“	5. Angaben zu Satzungsleistungen der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 3. “
3. § 39 wird wie folgt geändert:	3. § 39 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	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.“	„Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.“
b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
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:	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.	a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	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	„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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.“	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 bis zum 31. Dezember 2021 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:	bb) u n v e r ä n d e r t
„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.	cc) u n v e r ä n d e r t
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.	dd) u n v e r ä n d e r t
ee) In dem neuen Satz 19 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 18“ ersetzt.	ee) u n v e r ä n d e r t
ff) Folgender Satz wird angefügt:	ff) u n v e r ä n d e r t
„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag erstmalig für das Jahr 2021	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	5. u n v e r ä n d e r t
„§ 40 Absatz 2 Satz 1 und 4 gilt nicht; § 40 Absatz 2 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.“	
6. § 61 wird wie folgt geändert:	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.	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 § 132i 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.	b) u n v e r ä n d e r t
7. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und außerklinischer Intensivpflege“ eingefügt.	7. u n v e r ä n d e r t
8. § 92 wird wie folgt geändert:	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.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 7f wird folgender Absatz 7g 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.“	„(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132i Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer 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.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
9. § 105 wird wie folgt geändert:	9. u n v e r ä n d e r t
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.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
10. § 111 wird wie folgt geändert:	10. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
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:	11. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
„§ 111 Absatz 2, 4 Satz 1 und 2, Absatz 5 und 7 sowie § 111b gelten entsprechend.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
12. § 111b wird wie folgt geändert:	12. u n v e r ä n d e r t
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	
„§ 111b	
Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundeschiedsstelle 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	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	13. § 111c wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 3 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„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:	b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die <i>Erbringung</i> von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen	„(5) 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 § 40 Absatz 1,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen und	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 3 Satz 4.	3. u n v e r ä n d e r t
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.“	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.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
14. Nach § 132i wird folgender § 132j eingefügt:	14. Nach § 132k wird folgender § 132l eingefügt:
„§ 132j	„§ 132l
Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung	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.	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 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 einheitliche und flächendeckende 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:	(2) u n v e r ä n d e r t
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,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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 Tariflöhne 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.	(3) u n v e r ä n d e r t
(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	(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.	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	(5) Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die
1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Leistungen nach § 42 oder § 43 des Elften Buches erbringen,	2. Leistungen nach § 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	3. u n v e r ä n d e r t
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.	4. u n v e r ä n d e r t
	Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind ver-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	pflichtet, 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 Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.
<i>(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.</i>	(6) 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 vom Bundesamt für Soziale Sicherung 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.“	(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.
	(8) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen erstellen gemeinsam und einheitlich eine Liste der Leistungserbringer, mit denen Verträge nach Absatz 5 bestehen und veröffentlichen sie barrierefrei auf einer eigenen Internetseite. Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. Sie hat Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der mit dem Leistungserbringer vertraglich vereinbarten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege zu enthalten; sie kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit dem

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Leistungserbringer enthalten. Die Liste darf keine versichertenbezogenen Angaben enthalten und leistungserbringerbezogene Angaben nur, soweit diese für die Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringer erforderlich sind. Versicherte, die Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c haben, erhalten auf Anforderung von ihrer Krankenkasse einen barrierefreien Auszug aus der Liste nach Satz 1 für den Einzugsbereich, in dem die außerklinische Intensivpflege stattfinden soll.“
	14a. In § 140f Absatz 4 werden nach der Angabe „§ 21 Abs. 2,“ die Wörter „§ 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1,“ eingefügt und werden nach der Angabe „§ 132d Abs. 2,“ die Wörter „§ 132l Absatz 1 Satz 1,“ eingefügt.
15. § 275 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	15. u n v e r ä n d e r t
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:	16. § 275b wird wie folgt geändert:
a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „und außerklinischen Intensivpflege“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	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.	aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder nach § 132l Absatz 5“ eingefügt.
bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 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	„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 und die Ersatzkassen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
abgeschlossen haben und die einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen.“	Verträge nach § 132I 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.	cc) Im neuen Satz 3 werden nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Verträge nach § 132I Absatz 5“ und nach der Angabe „§ 37“ die Wörter „oder nach § 37c“ eingefügt.
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	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.	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 § 132I Absatz 5 Nummer 1 betreiben, und bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132I 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.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In den Sätzen 4 und 5 werden jeweils nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder nach § 132j Absatz 5“ eingefügt.	cc) In den Sätzen 4 und 5 werden jeweils nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder nach § 132I Absatz 5“ eingefügt.
	d) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und der außerklinischen Intensivpflege“ eingefügt.
	16a. In § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und bei der Verlegung von Versicherten, die beatmet werden, die Angabe der aufnehmenden Einrichtung sowie bei der Entlassung von Versicherten, die beatmet werden, die Angabe, ob eine weitere Beatmung geplant ist“ eingefügt.
17. In § 303 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 301 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 301 Absatz 1 und 4“ ersetzt.	17. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2	Artikel 2
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	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:	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:	1. § 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:	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.“	„Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. “
b) Satz 8 wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
2. § 132a wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 5 wird aufgehoben.	
b) Absatz 4 Satz 14 wird aufgehoben.	
3. § 275b Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	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.“	„Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132i Absatz 5 Nummer 1 oder Nummer 2 abgeschlossen haben, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.“
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom <i>21. Dezember 2019</i> (BGBl. I S. 2913) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Komma und werden die	1. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wörter „insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18 Absatz 1 Satz 3“ eingefügt.	
2. In § 17 Absatz 1b Satz 1 werden <i>die Wörter „der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches“</i> durch die Wörter „Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ <i>ersetzt</i> .	2. In § 17 Absatz 1b Satz 1 werden nach den Wörtern „des Fünften Buches“ die Wörter „ oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ eingefügt .
3. § 18a wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
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.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.	4. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
5. § 72 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:	5. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
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	6. <code>u n v e r ä n d e r t</code>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 37 des Fünften Buches“ durch die Wörter „außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ ersetzt.	
7. Nach § 114 Absatz 2 Satz 9 <i>wird folgender Satz</i> eingefügt:	7. Nach § 114 Absatz 2 Satz 9 werden die folgenden Sätze 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.“	„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 § 132i Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In den Fällen nach Satz 10 ist in die Regelprüfung mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem der in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orte erhält, einzubeziehen. “
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	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:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 5 Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„(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:	2. u n v e r ä n d e r t
„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 krankenhausindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren; Satz 2 gilt entsprechend.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 9 wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
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 Beatmungstatus 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	Artikel 5
Inkrafttreten	Inkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(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.	(2) Artikel 2 tritt am ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 36. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Dr. Roy Kühne, Heike Baehrens, Detlev Spangenberg, Nicole Westig, Pia Zimmermann und Kordula Schulz-Asche

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu den Buchstaben a und b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/19368** und den Antrag auf **Drucksache 19/19518** in seiner 162. Sitzung am 27. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Den Gesetzentwurf hat er außerdem zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Den Antrag hat er außerdem zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und an den Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen überwiesen.

Zu den Buchstaben c bis e

Der Deutsche Bundestag hat die Anträge auf den **Drucksachen 19/20116, 19/20117** und **19/20119** in seiner 166. Sitzung am 18. Juni 2020 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Gesetzesinitiatoren stellen fest, dass die medizinische Rehabilitation als Leistung zur Teilhabe die Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft fördere. Sie diene dazu, Benachteiligungen zu vermeiden, ihnen entgegenzuwirken und so lange und so weit wie möglich, ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. In den kommenden Jahren sei in Folge der demografischen Entwicklung mit einer deutlichen Zunahme des Bedarfs an Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu rechnen. Daher sei es erforderlich, die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken und den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation insbesondere zur geriatrischen Rehabilitation zu erleichtern. Dafür solle der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation künftig nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können. Um zudem die Transparenz zu stärken und einheitliche und verbindliche Versorgungs- und Vergütungsverträge gewährleisten zu können, würden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern Rahmenempfehlungen auf Bundesebene geschlossen. Außerdem werde der Grundsatz der Beitragsstabilität, der für Vergütungsverträge gelte, auf Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen künftig keine Anwendung mehr finden, wodurch Anpassungen der Vergütungen bei erforderlichen Mehrausgaben der Einrichtungen ermöglicht würden. Zusätzlich stärke man das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen.

Die Bundesregierung konstatiert, dass bedingt durch den medizinischen Fortschritt und dem hohen Versorgungsniveau in Deutschland eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen würden, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf aufwiesen. Infolgedessen habe die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege in jüngerer Vergangenheit stark zugenommen. Gleichzeitig gebe es Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung insbesondere in der ambulanten Versorgung. Zudem bestünden erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Höhe der durch die Versicherten zu leistenden Eigenanteile, was Fehlanreize in der Leistungsanspruchnahme zur Folge habe. Um die bestehenden Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten beseitigen und eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherstellen zu können, sei

eine Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege erforderlich, die die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen berücksichtige. Dafür würden die bisherigen Regelungen in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt, der künftig der Verordnung von dafür besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten und dem Vorliegen besonderer Voraussetzungen unterliege. Daneben würden künftig zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern auf Bundesebene Rahmenempfehlungen über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege geschlossen sowie die Eigenanteile der Intensivpflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen erheblich reduziert. Zudem solle durch eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung eine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die klinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen vermieden werden. Dafür erfolge die Klarstellung, dass die Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungstatus vor Verlegung oder Entlassung eines Beatmungspatienten umfasse.

Der **Bundesrat** hat in seiner 989. Sitzung am 15. Mai 2020 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen und Folgendes gefordert (Anlage 2):

- Schaffung einer Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege,
- Ausweitung des Leistungsanspruchs bei Erbringung außerklinischer Intensivpflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen durch Übernahme der von den Versicherten selbst zu tragenden Beträge durch die Krankenkassen,
- gesetzliche Festlegung einer zeitlichen Begrenzung für die Übernahme von Eigenanteilen auf sechs Wochen nach Entfallen des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege,
- Genehmigung von indikationsbezogenen Rehabilitationen durch die Krankenkassen wie bei geriatrischen Rehabilitationen ohne Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit,
- Neuregelung zu regionalen Versorgungsinnovationen,
- ausdrückliche Berücksichtigung regionaler Unterschiede in der Kostenstruktur in den Vorschriften über die Rahmenempfehlungen zur Vergütung der medizinischen Rehabilitation,
- Beteiligung von Patientenorganisationen an den Rahmenempfehlungen,
- Regelungen zur Gewährleistung der Zusammenarbeit der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste und der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen,
- Regelungen zur sachgerechten Benennung von Vertretern für den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes auf Vorschlag der Landesärztekammern und der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene durch die Länder,
- Neuregelung im Pflegeberufegesetz.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer **Gegenäußerung** unter anderem zugesagt, die Vorschläge des Bundesrates zu den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen und die Benennung von Vertretern im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste durch die Länder zu prüfen. Einem Änderungsvorschlag des Bundesrates stimmt die Bundesregierung teilweise zu; dies betrifft eine redaktionelle Änderung der Zählbezeichnungen. Bei zwei abgelehnten Vorschlägen sagt die Bundesregierung trotzdem eine Prüfung zu, mit der die Anliegen des Bundesrates zumindest zum Teil weiterverfolgt werden. Dies betrifft zum einen die Mitberatung von Patientenorganisationen bei den Rahmenempfehlungen und zum anderen die Frage, ob die Übernahme der Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen nach Wegfall der Leistungsvoraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege eine Satzungsleistung der Krankenkassen bleiben oder als Pflichtleistung ausgestaltet werden soll.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass die Fortschritte in der Akutmedizin dazu geführt hätten, dass die Wahrscheinlichkeit, akute Erkrankungen oder schwere Unfälle zu überleben, gestiegen sei. Das führe gleichzeitig zu einem Anstieg der Zahl der Patienten mit Einschränkungen. Damit dauerhafte Schäden möglichst gering gehalten oder ganz verhindert werden könnten, sei es wichtig, dass eine Rehabilitation schnellstmöglich erfolge. Etwa zwei Prozent der Akutkrankenhauspatienten benötigten eine Frührehabilitation. Obwohl die Frührehabilitation seit 2001 als Teil der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Absatz 1 SGB V gesetzlich vorgesehen sei, könne eine

nachtlöse Rehabilitationskette nicht gewährleistet werden. Vielmehr fehle es mangels entsprechender Fachabteilungen an den Krankenhäusern an einer flächendeckenden Sicherstellung in Deutschland. Die Antragssteller konstatieren, dass dieser Zustand unter anderem darauf zurückzuführen sei, dass die Rehabilitationsleistungen nicht adäquat in den Diagnosis Related Groups (DRGs) abgebildet seien, sodass es an einer kostendeckenden Finanzierung fehle. Zudem seien die Frührehabilitationsangebote häufig nicht fachübergreifend eingerichtet, wodurch Patienten, die man keinem bestimmten Fachgebiet zuordnen könne, der Gefahr ausgesetzt seien, von der Frührehabilitation ausgeschlossen zu werden. Ein flächendeckendes Angebot an fachübergreifenden stationären Abteilungen könne zudem zur Vermeidung von sehr frühen Entlassungen aus dem Akutkrankenhaus oder sehr frühen Verlegungen in Reha-Kliniken beitragen. Zudem könne es einen Beitrag dabei leisten, Krankenhäuser in der Fläche sinnvoll zu erhalten und Einrichtungen für die Akutbehandlung allgemein zu verankern.

Die Antragssteller fordern die Bundesregierung daher auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der sicherstelle, dass die Fachabteilungen für eine fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend an deutschen Krankenhäusern zur Verfügung stünden. Zudem müsse eine kostendeckende Finanzierung gewährleistet werden.

Zu Buchstabe c

Die weltweite Ausbreitung des Coronavirus führte nach Darstellung der Antragsteller dazu, dass Reha-Kliniken dazu angehalten wurden, Betten für Corona-Patienten freizuhalten. Die befürchtete Überlastung des deutschen Gesundheitssystems sei jedoch nie eingetreten, trotzdem würden immer noch Betten freigehalten. Die durch den Rettungsschirm des Bundes finanziert würden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund habe am 7. Mai 2020 empfohlen, generell wieder Rehabilitanden aufzunehmen. Die Entscheidung über die Öffnung einer Reha-Klinik treffe die jeweilige Klinikleitung. Heilbäder, Kurorte und Rehabilitationskliniken stellten eine wichtige Ressource des Gesundheitsversorgungssystems in Deutschland dar, welche nun drohe, langfristigen Schaden zu nehmen. Es solle daher alles Erforderliche unternommen werden, um die Kurorte samt allen Kureinrichtungen und Reha-Kliniken wieder in den Regelbetrieb zu überführen und um finanzielle Fehlanreize zu beseitigen, die das unnötige Freihalten von Betten begünstigten. Wegen der bereits entstandenen Mindereinnahmen sollten die Kurorte und Heilbäder eine Pauschalförderung in Höhe der durch die Pandemie ausgelösten Mindereinnahmen erhalten.

Zur Begründung heißt es, gerade in Deutschland habe die Kur eine besondere Tradition. Sie solle wieder aufleben, indem die deutschen Kurorte zu medizinischen Präventionszentren ausgebaut würden, statt beeinträchtigt zu werden. Die Kurorte in Deutschland seien ein wichtiger Teil der Gesundheitswirtschaft und häufig wirtschaftliche Leuchttürme in strukturschwachen Gegenden. Die 350 staatlich anerkannten Heilbäder und Kurorte in Deutschland seien ein systemrelevanter und unverzichtbarer Teil des deutschen Gesundheitswesens. Deshalb müsse die Rehabilitation gestärkt und nicht behindert werden. Die derzeitigen COVID-19-Fallzahlen erforderten nicht das Freihalten von Betten in der ursprünglich angedachten Zahl.

Zu Buchstabe d

Die weltweite Ausbreitung des Coronavirus habe dazu geführt, dass deutsche Krankenhäuser dazu angehalten würden, Betten für Corona-Patienten freizuhalten. Die befürchtete Überlastung des deutschen Gesundheitssystems sei jedoch nie eingetreten, trotzdem würden immer noch Betten freigehalten und durch den Rettungsschirm des Bundes finanziert. Nach dem Willen der antragstellenden Fraktion soll alles dafür Erforderliche unternommen werden, um alle deutschen Krankenhäuser sofort wieder in den Regelbetrieb zu überführen und finanzielle Fehlanreize zu beseitigen, die das unnötige Freihalten von Betten begünstigten. Wegen der frei gehaltenen Betten würden geplante Operationen abgesagt. Zusätzlich sei anzunehmen, dass eine Vielzahl von Patienten gar nicht erst den Arzt aufgesucht hätten. Auch zurückgehende Einsatzzahlen im Rettungsdienst und der Rückgang der Fallzahlen schwerer Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall in den Krankenhäusern stützten diese Annahme. Hinzu kämen noch die vielen abgesagten elektiven Diagnostiken und konservativen Interventionen sowie Verluste durch angeordnete Schließungen teilstationärer Maßnahmen im somatischen und psychiatrischen Bereich. Die Kompensationszahlungen setzten Fehlanreize für Schließungen in Bereichen, in denen sie oberhalb der bei Normalbetrieb zu erzielenden Einnahmen lägen, in anderen Bereichen, vor allem in solchen, die im Normalbetrieb einen hohen Auslastungsgrad aufwiesen, seien sie nicht auskömmlich und deckten den Erlösausfall bei weitem nicht.

Die derzeitigen COVID-19-Fallzahlen erforderten nicht das Freihalten von Betten. Selbst für den unwahrscheinlichen Fall eines schnellen Anstiegs der Zahl COVID-19-bedingter Krankenhaus- oder Intensivstationsaufenthalte

könnten für diese Kranken aus dem Regelbetrieb heraus schnell Kapazitäten frei gemacht werden. Wie schnell das möglich sei, habe sich nach dem entsprechenden Aufruf von Bundes- und Landesregierungen gezeigt.

Zu Buchstabe e

Bewegungsfreiheit sei ein Grundrecht, das Bewohnern von Seniorenheimen grundsätzlich in gleichem Maße zustehe wie allen anderen Bürgerinnen und Bürgern. Zwar seien die Grundrechte durch die Eindämmungsverordnungen der Länder wegen der COVID-19-Pandemie eingeschränkt worden, gerade dort, wo die Eindämmungsverordnung keine Sonderregelung für Seniorenheime vorsehe, seien Spaziergänge für Bewohner genauso wenig antrags- oder genehmigungspflichtig oder von Dritten einzuschränken wie für jeden anderen Menschen auch. Es sei zu befürchten, dass Schlechterstellungen von Bewohnern von Seniorenheimen gegenüber anderen Menschen aufgetreten seien. Dies müsse unterbunden und für die Zukunft ausgeschlossen werden. Es solle daher alles dafür Erforderliche unternommen werden, um bundesweit sicherzustellen, dass die Bewegungsfreiheit für Bewohner von Seniorenheimen garantiert sei und sie diesbezüglich nicht schlechter gestellt würden als alle anderen Bürgerinnen und Bürger.

Zur Begründung heißt es, Bewohner in Seniorenheimen seien keine Gefangenen. Sie hätten die gleichen Grundrechte wie alle anderen Bürgerinnen und Bürger. Zwar könnten diese für alle, wie im Falle COVID-19 geschehen, eingeschränkt werden. Es müsse aber bei solch staatlichen Eingriffen die Frage der Verhältnismäßigkeit gestellt werden. Derart weitergehende Einschränkungen der Grundrechte durch private Dritte wie Seniorenheimbetreiber seien nicht hinnehmbar und müssten unterbunden werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 85. Sitzung am 1. Juli 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 59. Sitzung am 1. Juli 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 19/1837) in seiner 51. Sitzung am 1. Juli 2020 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 befasst und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbite nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 19(26)73-4).

Zu Buchstabe b

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 68. Sitzung am 1. Juli 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/19518 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 85. Sitzung am 1. Juli 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/19518 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen** hat in seiner 51. Sitzung am 1. Juli 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/19518 abzulehnen.

Zu den Buchstaben c bis e

Keine Mitberatungen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 84. Sitzung am 11. März 2020 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 94. Sitzung am 17. Juni 2020 hat er die Beratungen zu dem Gesetzentwurf und zu dem Antrag auf Drucksache 19/19518 aufgenommen und beschlossen, zu dem Antrag auf Drucksache 19/19518 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 96. Sitzung am 17. Juni 2020 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Geriatrie e. V. (BV-Geriatrie), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband Rehabilitation (BDH), Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e. V. – Deutsche Wachkomagesellschaft, Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP), Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Gewerkschaftsbund – Bundesvorstand (DGB), Deutscher Kinderhospizverein e. V., Deutscher Pflegerat (DPR), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V. Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Horst Frehe (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland – ISL e. V.), Sebastian Lemme (SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e. V., Bundesverband für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und deren Angehörige), Prof. Dr. Thomas Mokrusch (Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR)), Dr. Wilhelm Rehorn (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein)). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 97. Sitzung am 1. Juli 2020 die Beratungen und zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/20116, 19/20117 und 19/20119 aufgenommen, zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 und zum Antrag auf Drucksache 19/19518 fortgesetzt und zu sämtlichen Vorlagen abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/19518 abzulehnen.

Außerdem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/20116 abzulehnen.

Außerdem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/20117 abzulehnen.

Außerdem empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/20119 abzulehnen.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat einige Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 mit folgendem Inhalt beschlossen:

Durch die Anordnung der entsprechenden Geltung des § 37c Abs. 3 SGB V im Anwendungsbereich des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V wird die Entlastung stationär versorgter intensivpflegebedürftiger Versicherte von Eigenanteilen bereits auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes vorverlagert.

Es wird klarstellend geregelt, dass die Beratung durch die Krankenkasse neben Fragen des geeigneten Leistungsorts auch weitere für die Versorgung des Versicherten bedeutsame Aspekte umfasst und die mit der ärztlichen Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erhobenen und dokumentierten erforderlichen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung auch tatsächlich umzusetzen sind. Der Regelungsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Qualifikation der Leistungserbringer wird gestrichen. Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 42 des Elften Buches (SGB XI) werden nicht mehr als Ort der Leistungserbringung von außerklinischer Intensivpflege vorgesehen. Hingegen wird klargestellt, dass außerklinische Intensivpflege auch in betreuten Wohnformen, insbesondere der Eingliederungshilfe, erbracht werden kann. Es wird klargestellt, dass die Krankenkasse berechtigten Wünschen der Versicherten zum Ort der Leistungserbringung zu entsprechen hat. Die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort muss sichergestellt sein oder durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden können. Über geeignete Nachbesserungsmaßnahmen hat die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung abzuschließen. Es wird geregelt, dass eine Übernahme von Eigenanteilen bei stationärer Versorgung auch nach einer Besserung des Gesundheitszustandes für mindestens sechs Monate weiter erfolgt; die Krankenkasse kann diesen Zeitraum durch Satzung ausweiten. Mit der Änderung wird geregelt, dass in Fällen, in denen die Krankenkasse nicht in der Lage ist, eine geeignete Pflegefachkraft zu stellen, die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten sind. Klargestellt wird zusätzlich, dass daneben die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets erhalten bleibt. Die Zuzahlungspflicht bei Versorgung in der eigenen Häuslichkeit wird auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

Für den an den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichteten Auftrag, Näheres zu Abschätzungsinstrumenten zur geriatrischen Rehabilitation und zu Anschlussrehabilitationen zu regeln, wird eine bis Ende des Jahres 2021 laufende Frist bestimmt.

Es wird klargestellt, dass auch künftig für die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege Rahmenempfehlungen über eine einheitliche und flächendeckende Versorgung zu vereinbaren sind. Es wird geregelt, dass Verträge über die Erbringung außerklinischer Intensivpflege nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden können, die die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsschluss aufweisen und dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Es wird geregelt, dass die Schiedsperson, die bei Nichteinigung den Vertragsinhalt über die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege festlegt, vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt wird, wenn sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson einigen können. Um die Auswahl geeigneter Leistungserbringer im hochspezialisierten Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu erleichtern, wird geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich eine barrierefreie Liste der Leistungserbringer erstellen.

Die Zählbezeichnung des § 132j SGB V wird in § 132l geändert.

Es wird geregelt, dass die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten auch bei Neufassung, Änderung oder Aufhebung der Rahmenempfehlungen zu Rehabilitation und außerklinischer Intensivpflege einbezogen werden.

Erweiterung der Berichtspflicht und Korrektur von Redaktionsversehen im Regelungstext für den Bereich der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den medizinischen Dienstes nach § 275b SGB V.

Es wird geregelt, dass zusätzlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege weiterhin auf der Grundlage des § 37 SGB V erbracht werden können, soweit Versicherte Leistungen nach § 37c SGB V tatsächlich nicht in Anspruch nehmen.

Durch eine redaktionelle Ergänzung wird sichergestellt, dass der durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinie geregelte Leistungsanspruch von Versicherten mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V fortbesteht.

In die nach SGB XI durchzuführenden Regelprüfungen der Qualität der Leistungen von ambulanten Diensten ist immer mindestens eine auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen nach § 132l Absatz 5 Nummer 4 SGB V versorgte Person einzubeziehen, wenn eine solche Versorgungssituation vorliegt.

Die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge Nummer 1,3,7,8 und 11 auf Ausschussdrucksache 19(14)154.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der diesen Änderungen zugrunde liegende Änderungsantrag Nummer 2neu auf Ausschussdrucksache 19(14)154.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge Nummer 4,5,6,9,10,12 und 13 auf Ausschussdrucksache 19(14)154.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Darüber hinaus haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)154.1 vier Änderungsanträge zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 der Fraktion der AfD mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag 1

Der Bundestag wolle beschließen:

§ 37c Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

„§ 37 Absatz 4 gilt entsprechend.“

Begründung

Durch den Verweis auf § 37 Absatz 4 wird sichergestellt, dass es versicherten Intensivpflegebedürftigen weiterhin möglich ist, eigenständig Pflegekräfte zu besorgen und dafür die Kosten von den Krankenkassen erstattet zu bekommen.

Durch die Ausgliederung von Versicherten mit Intensivpflegebedarf aus dem Anwendungsbereich des § 37 SGB V würde diese Regelung für sie in Zukunft nicht mehr gelten. Das benachteiligt den o. g. Personenkreis und schränkt den Handlungsspielraum sowohl der Krankenkassen als auch der Intensivpflegebedürftigen erheblich ein.

Mit dem Änderungsantrag sollen die bisher bestehenden Möglichkeiten Intensivpflegebedürftiger für die Sicherstellung ihrer Pflege erhalten bleiben.

Änderungsantrag 2

Der Bundestag wolle beschließen:

§ 132 j Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

Nach den Wörtern „über die“ werden die Wörter "einheitliche und flächendeckende" eingefügt.

Begründung

Die Sicherstellung einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung ist grundsätzlich Aufgabe der Krankenkassen. Momentan regeln §132a Absatz 1 Satz 1 und in § 69 SGB XI diesen Sicherstellungsauftrag, der auch die außerklinische Intensivpflege einschließt. Dieser Sicherstellungsauftrag gilt sowohl für die Versorgung Pflegebedürftiger in Pflegeheimen als auch für ihre häusliche Versorgung.

Aufgrund der Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege sollte dieser Sicherstellungsauftrag in den neu gefassten § 132j eingefügt werden. Damit würde klargestellt, dass Krankenkassen die Leistungen, wie sie in Rahmenempfehlungen künftig festgelegt werden, weiterhin einheitlich und flächendeckend erbringen. Krankenkassen würden weiterhin verpflichtet, bei Problemen mit der pflegerischen Versorgung Abhilfe zu schaffen, ohne dass dies zu Lasten Intensivpflegebedürftiger geht.

Änderungsantrag 3

Der Bundestag wolle beschließen:

§ 40 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 3 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.“

Begründung

Im aktuellen Gesetzentwurf will die Bundesregierung den Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme vereinfachen. Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkasse eine vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation nicht mehr ablehnen kann. Im Gegensatz dazu können bei allen anderen Indikationen Krankenkassen künftig dann eine vertragsärztlich verordnete Rehabilitation ablehnen, wenn eine entsprechende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt.

Es ist aus medizinischer Sicht unverständlich, warum der Zugang zu einer geriatrischen und nicht-geriatrischen Rehabilitation unterschiedlich geregelt wird. Von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren sowohl geriatrische als auch nicht-geriatrische Patienten. Wenn die Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente überprüft wurde, muss die Verordnung durch einen Vertragsarzt ausreichend sein.

Diese Ausweitung des erleichterten Zugangs zu einer Rehabilitationsmaßnahme wird ausdrücklich von der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) empfohlen (<https://www.degemed.de/wp-content/uploads/2019/09/DEGEMED-Stellungnahme-zum-RISG.pdf>).

Änderungsantrag 4

Der Bundestag wolle beschließen:

§ 37c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

Der Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen gewähren die Leistungen nach Satz 1 weiter, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten entfällt.“

Begründung

Wird die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht, umfasst nach dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung (DS 19/19368) der Leistungsanspruch die Aufwendungen für die Pflege, für die Betreuung und die medizinische Behandlungspflege, aber auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen in ihrer Satzung regeln können, dass „bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung die Leistung ... auch nach einer Besserung des Gesundheitszustandes weitergewährt wird, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege ... eigentlich entfallen

sind“ (DS 19/19368, S.31). Die Bundesregierung begründet diese Regelung mit der erheblichen finanziellen Belastung des Versicherten bzw. seiner Angehörigen, sollte sich der Gesundheitszustand des Betroffenen bessern. Außerdem sollen Fehlanreize vermieden werden.

Mit dem Änderungsantrag sollen Krankenkassen verpflichtet werden, trotz gebesserten Gesundheitszustandes des Betroffenen die o.g. Leistungen weiter zu gewähren. Eine optionale Regelung greift zu kurz, will man neuen Fehlanreizen effektiv entgegenreten. Die vulnerable Gruppe der Intensivpflegebedürftigen muss geschützt und in ihrem Genesungsprozess optimal unterstützt werden. Der Gesetzgeber muss verhindern, dass aus finanziellen Interessen fördernde und aktivierende Maßnahmen zurückhaltend angewendet werden könnten.

Der Ausschuss hat die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)154.1 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD abgelehnt.

Außerdem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)154.3 ein Änderungsantrag zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 der Fraktion DIE LINKE. mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Der Ausschuss für Gesundheit wolle beschließen:

1. In Artikel 1 Nummer 2 wird nach § 37c Absatz 1 Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„§ 37 Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.“

2. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

‘1. § 37 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und stationären Einrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.“

b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

c) Satz 8 wird aufgehoben.’

b) folgende Nummer 2 wird eingefügt:

‘2. § 37 Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Behandlungspflege nach Absatz 2 Satz 1 in stationären Einrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 des Elften Buches zahlen die Krankenkassen von Amts wegen für jeden Versicherten, der Leistungen nach § 43 Abs. 2 des Elften Buches bezieht, an die Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 einen monatlichen Zuschlag in Höhe von 350 Euro. Der Zuschlag erhöht sich in den Folgejahren jeweils zum 1. Januar entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften

Buches, die einen Bedarf an Behandlungspflege nach § 37c haben, sind von der Pauschalierung des Anspruchs nach Satz 1 ausgenommen.“

c) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden die Nummern 3 und 4.

3. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

‘6. § 82 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege, soweit deren Kosten die pauschale Abgeltung nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches überschreiten.“

b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

‘7. § 84 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung.“

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Medizinische Behandlungspflege wird gemäß § 37 Absatz 2a des Fünften Buches von der Krankenversicherung finanziert.“

c) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.

Begründung

Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen steht seit Bestehen der Sozialen Pflegeversicherung in der Kritik. Für Menschen mit Pflegebedarf, die zuhause leben, finanziert die Krankenversicherung diese Leistungen. Für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen finanziert die Krankenversicherung nur bei einem besonders hohen Versorgungsbedarf. Grundsätzlich sollen für Menschen in Pflegeheimen die Kosten mit den pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung abgegolten sein. Doch diese Pauschalen spiegeln kaum den Aufwand der Grundpflege wider. Praktisch tragen pflegebedürftige Menschen in Heimen die Kosten der Behandlungspflege über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten selbst. Diese Kosten betrugen bereits 2017 (vgl. Ergebnisbericht, VKAD – Projekt – Datenerhebung zur Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (2016/2017), 26.04.2017) geschätzt 300 Euro pro Monat.

Der Aufwand an medizinischer Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen hat in den letzten Jahren weiter zugenommen. Steigende Multimorbidität sowie wachsende Aufwände durch Infektionen und Infektionsschutz erhöhen den Pflegebedarf und damit die Behandlungskosten weiter.

Die bestehende Gesetzeslage zur Behandlungspflege schafft eine deutliche Ungleichbehandlung. Obwohl auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen Beiträge in die Krankenversicherung zahlen, entscheidet der Versorgungsort „zu Hause“ oder „im Heim“ darüber, ob die Kosten der Behandlungspflege von der Krankenversicherung übernommen werden oder selbst zu zahlen sind.

Diese vielfach kritisierte Ungleichbehandlung wird durch den vorliegenden Entwurf des Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) noch verstärkt.

Zu Nummer 1 (§ 37c SGB V)

Die Änderung verhindert Leistungskürzung. Derzeit haben Betroffene einen Anspruch auf Behandlungspflege gegenüber ihrer Krankenkasse. (§37 Absatz 1 SGB V) Der Begriff der Behandlungspflege ist weitreichend, und umfasst alle „krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“. Also alle pflegerischen Maßnahmen, die unmittelbar auf die Krankheit zurückzuführen sind. Das sind regelmäßig neben der medizinischen Behandlungspflege auch

Leistungen der Grundpflege bzw. körperbezogene Pflegemaßnahmen.

Zukünftig soll sich der Anspruch der Betroffenen gegenüber der Krankenkasse auf medizinische Behandlungspflege beschränken. Körperbezogene Pflegemaßnahmen wären zukünftig von den pauschalen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu tragen – und wenn diese erschöpft sind – von den Betroffenen (quasi als „Eigenanteil“) bzw. dem Sozialamt. Deshalb wird die bisherige Regelung, die vollständige Übernahme aller Kosten der Behandlungspflege als Satzungsleistung der Kassen umzusetzen, auch für die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V festgeschrieben.

Zu Nummer 2 (§ 37 SGB V)

Im neu geschaffenen Leistungsanspruch „außerklinische Intensivpflege“ (§ 37c SGB V) regelt Absatz 3 die Finanzierung dieses Leistungsanspruches in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI. Hier umfasst die Finanzierung der Intensivpflege – unter Anrechnung des pauschalen Leistungsbetrages der Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI je nach Pflegegrad – vollumfänglich sowohl alle Pflegekosten, also auch die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI.

Während pflegebedürftige Menschen ohne Intensivpflegebedarf im Pflegeheim sowohl die Kosten der Behandlungspflege (anteilig), als auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst tragen, übernimmt die Krankenversicherung diese Kosten für intensiv pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Gesetzentwurf in voller Höhe. Diese Vollfinanzierung kann die jeweilige Krankenkasse sogar über den Zeitraum des bestehenden Intensivpflegeanspruchs hinaus verlängern.

Das kommt einer faktischen Einführung der Pflegevollversicherung für Menschen mit Intensiv-Pflegebedarf in stationären Einrichtungen gleich. Benachteiligt werden jedoch Menschen mit Pflegebedarf in Pflegeheimen ohne Anspruch auf Intensivpflege. Sie werden den höheren Pflegeaufwand der Einrichtung über weiter steigende Eigenanteile und notwendige Investitionen über höhere Zuzahlungen mitfinanzieren müssen. Zu befürchten sind auch weitere Erschwernisse, überhaupt einen stationären Pflegeplatz zu finden.

Allerdings verkörpert der vorgeschlagene § 37c Absatz 3 SGB V im Gesetzentwurf das indirekte Eingeständnis der Bundesregierung, dass die Krankenversicherung grundsätzlich – unabhängig vom Leistungsort – für die medizinische Behandlungspflege finanziell verantwortlich ist. Schon Artikel 7 der Pflegepersonalstärkungsgesetzes von 2019 hat mit seiner Änderung des § 37 Absatz 2a SGB V die Finanzierungszuständigkeit der Krankenversicherung für Leistungen der Behandlungspflege in Pflegeheimen teilweise anerkannt. Allerdings reicht die bisher gesetzlich festgelegte Summe in Höhe von 640 Millionen Euro jährlich nicht aus, um die Kosten der Behandlungspflege in Pflegeheimen für alle Bewohnerinnen und Bewohner und vollumfänglich zu finanzieren. Für 800.000 stationär versorgte Menschen entstehen der Krankenversicherung durch die im Änderungsantrag vorgeschlagene Pauschale pro Person jährliche Kosten von 4.200 Euro und insgesamt ein Kostenaufwand von 3,36 Milliarden Euro.

Zu Nummer 3 (§§ 82 und 84 SGB XI)

Es gab noch nie eine Rechtfertigung für die Ungleichbehandlung in der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege.

Schon gar keine Berechtigung hat eine Verschärfung dieser Ungleichbehandlung durch vollfinanzierte Versicherte mit Intensivpflegebedarf gegenüber Versicherten ohne Intensivpflegebedarf innerhalb einer Pflegeeinrichtung.

Der neue Satz 2 im § 84 Absatz 1 SGB XI schreibt die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung entsprechend der Pauschalregelung nach § 37 Abs. 2a SGB V für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen fest. Damit wird die ungleiche Finanzierung von Menschen mit und ohne Intensivpflegebedarf innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen sowie zwischen stationärer und häuslicher Versorgung zumindest abgemildert.

Die Beitragssatzstabilität kann trotz stark steigender Kosten auch bei einer Vollfinanzierung der medizinischen

Behandlungspflege durch die Krankenversicherung an allen Leistungsorten gewahrt werden, wenn die Bundesregierung endlich eine Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung auf die Agenda setzt. Unverzüglich umsetzbar wäre beispielsweise eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)154.3 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Außerdem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)154.4 ein Änderungsantrag zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Zu Artikel 1 Nummer 2 und Nummer 14 (§§ 37c und 132l des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Außerklinische Intensivpflege)

1. Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

- 1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 des Elften Buches erbringen.*
- 2. in Einrichtungen im Sinn 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 § 132l Absatz 5 Nummer 1*
- 4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, 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. Der Medizinische Dienst überprüft auf Veranlassung der Krankenkasse jährlich durch persönliche Begutachtung, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistungserbringung qualitätsgerecht sichergestellt ist. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Abweichend von Satz 3 empfiehlt der Medizinische Dienst Zeiträume von bis zu drei Jahren zwischen den Überprüfungen, wenn er bei zwei aufeinander folgenden Überprüfungen zum Ergebnis kommt, dass die Versorgung qualitätsgerecht sichergestellt ist, Satz 9 bleibt unberührt. Kommt der Medizinische Dienst zu dem Ergebnis, dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht qualitätsgerecht sichergestellt ist, schafft die Krankenkasse Abhilfe am Ort der Leistungserbringung. Das Ergebnis der Überprüfung ist transparent darzustellen und den Versicherten verständlich zu erläutern. Das Widerspruchsrecht gegen die Leistungsentscheidung bleibt unberührt. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht qualitätsgerecht gewährleistet ist, kann sie die Überprüfung nach Satz 3 zu einem früheren Zeitpunkt veranlassen. Die Leistung an einem 2 Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 kann versagt werden, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten durch die oder den Versicherten oder deren gesetzliche Vertretung wiederholt nicht vereinbart werden kann und dadurch die Überprüfung nach Satz 3 oder Satz 7 nicht möglich ist. Die §§ 65, 66 und 67 des Ersten Buches bleiben unberührt. § 37 Abs. 4 gilt entsprechend, wenn außerklinische Intensivpflege im Rahmen eines Persönlichen Budgets im Sinne von §29 des Neunten Buches ausgeübt wird.

b) In Absatz 4 Satz 2 werden vor dem Punkt die Wörter „begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr“ eingefügt.

2. Nummer 14 wird wie folgt geändert:

In § 132l Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „über die“ die Wörter "einheitliche und flächendeckende" eingefügt.

Begründung des Änderungsantrages:

Zu Nummer 1 (§ 37c SGB V)

Zu Buchstabe a Artikel 3 Absatz 3 GG bindet den Gesetzgeber an den Gleichheitsgrundsatz. Selbst die besonderen Gestaltungsspielräume für den Sozialgesetzgeber erlauben ihm keine Ungleichbehandlungen, die sich nicht aus der Sache selbst heraus rechtfertigen lassen.

Zudem verpflichtet sich die Bundesrepublik Deutschland mit Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), zu gewährleisten, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“. Dies gilt nach Artikel 26 – wie nach anderen Artikeln der Konvention auch – gleichermaßen für alle Menschen mit Pflegedarf infolge ihrer meist dauerhaften Beeinträchtigungen.

Ein Gesetzestext, der der Krankenkasse ein Entscheidungsrecht über den Aufenthaltsort des Versicherten einräumt, wird diesen Normen nicht gerecht. Der Änderungsantrag zu Absatz 2 stellt dagegen sicher, dass Versicherte selbst entscheiden, wo sie leben wollen, und die Krankenkasse diesen Wünschen zu entsprechen hat. Der Medizinische Dienst überprüft jährlich, wie die medizinische und pflegerische Versorgung am jeweiligen Leistungsort qualitätsgerecht sichergestellt ist. Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei etwaigen Mängeln Abhilfe zu schaffen und damit ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen, ohne dass sich dies zu Lasten der intensivpflegebedürftigen Person auswirkt.

Absatz 2 Satz 1 zählt wie im Gesetzentwurf die unterschiedlichen Leistungsorte auf, an denen Intensivpflege erbracht werden kann. Satz 2 regelt eindeutig, dass der oder die Versicherte den Ort der Leistungserbringung bestimmen kann, wenn er oder sie dies wünscht. Damit wird Artikel 19 der UN-BRK vollumfänglich Rechnung getragen.

Nach Satz 3 hat die Krankenkasse den Medizinischen Dienst einmal jährlich zu beauftragen, die qualitätsgerechte Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu überprüfen. Anders als bisher vorgesehen ist diese Überprüfung aber keine Grundlage für die Krankenkasse, den Leistungsort jährlich neu zu bestätigen, sondern dient ausschließlich der Feststellung etwaiger Mängel. Bei der Überprüfung sind vom Medizinischen Dienst die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen (Satz 4). Damit wird sichergestellt, dass die Überprüfung personenzentriert erfolgt. Zeigen sich bei der Überprüfung Mängel, sind diese von der Krankenkasse zu beseitigen (Satz 5). Dies entspricht ihrem Sicherstellungsauftrag, wie auch ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 2 in Verbindung mit § 2a des Fünften Buches, nach der die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen zur Verfügung zu stellen und dabei die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen haben. Klargestellt wird, dass die Überprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht der Kontrolle der Versicherten dient, sondern etwaigen Handlungsbedarf für die Krankenkassen ermittelt.

Satz 6 bestimmt, dass und wie die Versicherten regelmäßig über das Ergebnis der Überprüfung informiert werden. Dieser Regelungsvorschlag entspricht § 18 Absatz 3 Nummer 3 Satz 10 SGB XI zur Begutachtung im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dadurch wird die erforderliche Transparenz des Überprüfungsgeschehens hergestellt. Das Widerspruchsrecht gegen die Leistungsentscheidung der Krankenkasse bleibt unberührt.

Satz 11 stellt klar, dass Versicherte im Rahmen eines Persönlichen Budgets im Sinne von § 29 SGB IX auch selbst beschaffte Pflege- und Assistenzkräfte einsetzen können, wenn die Leistung auf diese Art und Weise gewünscht und zweckmäßig ist. Durch das in § 18 SGB IX verankerte Teilhabeantragverfahren ist sichergestellt, dass die Versorgungssituation ausreichend stabil und Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte im erforderlichen Maß gewährleistet ist.

Zu Buchstabe b

Begrenzt wird die Zuzahlung für intensiv zupflegende Versicherte, die häuslich versorgt werden auf 10 % der realen Kosten für 28 Tage pro Jahr. Das entspricht der derzeitigen Regelung und sichert, dass intensivpflegepflichtige Versicherte nach Inkrafttreten des IPReG im Vergleich zur bisherigen Regelung nicht schlechter gestellt werden. Der finanzielle Anreiz für eine stationäre Unterbringung in Einrichtungen nach § 43 SGB XI bleibt bestehen, da Absatz 3 in diesen Einrichtungen über den Regelfall hinaus auch Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten umfasst.

Zu Nummer 2 (§ 132l SGB V)

§ 132a Abs. 1 SGB V regelt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (...) gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben haben. Diese Regelung soll die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass ausreichend Leistungsanbieter vorhanden sind. Diese Regelung wird nun in § 132 l – neu – übernommen. Die Ergänzung der Wörter „einheitlich und flächendeckend“ analog zu § 132 a SGB V ist erforderlich, um die ambulante Versorgung flächendeckend sicherzustellen als Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen kann.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)154.4 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Außerdem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)184 ein Entschließungsantrag der Fraktion der FDP zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Der Deutsche Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Mit dem Gesetzesentwurf zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG) bezweckt die Bundesregierung, die Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken sowie die Wirtschaftlichkeit und Qualität der außerklinischen Intensivpflege zu gewährleisten. Dies sind begrüßenswerte Anliegen. Aber die Regelungen im GKV-IPReG zur außerstationären Intensivpflege stellen nicht mehr sicher, dass Intensivpflegebedürftige die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen, zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und dass sie nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben, wie es Artikel 19 i.V. mit Artikel 4 UN-Behindertenrechtskonvention aber verlangen. Die Bundesrepublik Deutschland hat am 30. März 2007 die UN-Behindertenrechtskonvention unterzeichnet und mit Verkündung des Gesetzes zur Ratifikation des „Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ ist die UN-Behindertenrechtskonvention am 26. März 2009 in Kraft getreten und damit nicht nur eine Handlungsempfehlung, sondern geltendes Recht.

Dieses Menschenrecht, selbst entscheiden zu können, wo und mit wem jemand lebt und insbesondere nicht verpflichtet zu sein, in besonderen Wohnformen zu leben, wie es die Behindertenrechtskonvention bestimmt, wird bei Intensivpflegepatienten durch die aktuelle Fassung des Entwurfs des GKV-IPReG eingeschränkt. Denn der Entwurf enthält verschiedene Regelungen, die eine stationäre Unterbringung gegenüber der häuslichen privilegieren und die Krankenkassen letztlich bestimmen können, ob jemand sogar gegen seinen Willen stationär untergebracht wird.

Zu diesen Bestimmungen im Entwurf des GKV-IPReG, die das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten einschränken, gehören z.B., dass nach § 37c Absatz 2 Satz 2 des IPReG-Entwurfs Wünschen der Versicherten auf den Ort der Leistungserbringung nur entsprochen wird, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist. Der Sicherstellungsnachweis wird somit bei Intensivpatientinnen und -patienten, die durch Familienangehörige oder im Rahmen des sogenannten Arbeitgebermodells versorgt werden, auf die Versicherten übertragen. Nach § 37 Absatz 2 Satz 7 kann die Leistung an den Versicherten bei fehlendem Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der Versicherten, die Zuhause oder in einer ambulanten Intensivpflege-WG versorgt werden, versagt werden oder er oder sie kann auf die stationäre Versorgung verwiesen werden. Ferner werden nach dem Entwurf des GKV-IPReG häuslich mit Intensivpflege versorgte Menschen mit höheren Zuzahlungen als stationär versorgte Menschen belastet gemäß § 37 c Absatz 4 Entwurf des GKV-IPReG). Zudem werden die Versicherten nach der neuen Rechtslage mit höheren Zuzahlungen belastet als gegenwärtig, da die Zuzahlungsverpflichtung künftig nicht mehr wie noch derzeit nach § 37 Absatz 5 SGB V auf die ersten 28 Tage begrenzt ist. Auch stellt der Gesetzesentwurf nicht die häusliche Versorgung auf Grundlage des persönlichen Budgets im Rahmen des Arbeitgebermodells sicher wie noch derzeit nach § 37 Absatz 4 SGB V. Ebenso werden Satzungsleistungen für häuslich versorgte Intensivpatientinnen und -patienten, die zusätzlich zur

medizinischen Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Absatz 2 Satz 4 abdecken, nach dem Entwurf des GKV-IPReG nicht mehr gewährt werden können.

Die derzeitige Fassung des Entwurfs des GKV-IPReG stellt somit einen Verstoß gegen die die UN-Behindertenrechtskonvention dar und verstößt damit auch gegen geltendes Recht in der Bundesrepublik Deutschland und muss deshalb dahingehend korrigiert werden. Es muss gewährleistet sein, dass Menschen mit Intensivpflegebedarf weiterhin ihr Selbstbestimmungsrecht wo, mit wem und ob sie einer besonderen Wohnform leben wollen oder nicht, ausüben können.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf:

den Entwurf des GKV-IPReG dahingehend zu ändern, dass alle Regelungen, die zur Folge haben können, dass das Selbstbestimmungsrecht auf ein Leben in häuslicher Umgebung von Intensivpflegepatienten eingeschränkt wird, entsprechend geändert und durch solche ersetzt werden, die zweifelsfrei den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechen.

Der Ausschuss hat den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)184 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Außerdem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)182 ein Entschließungsantrag der Fraktion DIE LINKE. zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die intensivpflegerische Versorgung und die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung sind tatsächlich und dauerhaft zu stärken. Das wirft nicht nur grundlegende Finanzierungs- und Strukturfragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf. Zugleich rückt die besondere Gefährdung von multimorbiden älteren und jüngeren Menschen mit oder ohne Behinderungen, die Intensivpflege brauchen, unter Bedingungen einer epidemischen Notlage besonders ins Licht.

Die erklärte Absicht der Bundesregierung, Leistungen der Intensivpflege verstärkt und vorrangig in stationären Pflegeeinrichtungen nach §43 SGB XI anzubieten, ist angesichts der aktuellen Infektionsdramatik in Pflegeheimen und der nachfolgenden hohen Zahl an Todesfällen äußerst fragwürdig. Handelt es sich doch bei Menschen mit Intensivpflegebedarf um besonders gefährdete Gruppen mit einer geschwächten Immunabwehr. Das betrifft nicht nur Menschen, die dauerhaft beatmet und tracheotomiert werden müssen.

Das erklärte gesetzliche Ziel, solange und so weit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und eine hohe Versorgungsqualität zu sichern, braucht gesellschaftliche Rahmenbedingungen, um praktisch umgesetzt werden zu können. Unter den schlechten Arbeitsbedingungen in der Altenpflege und im Rehabilitationsbereich, unter Personalnotstand sowie ohne massive Investitionen in die Pflegeinfrastruktur und in die Rehabilitationsversorgung kann eine dauerhafte und tatsächliche Qualitätsverbesserung jedoch nicht gelingen.

Der neue Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege im Sozialgesetzbuch V darf keine neuen Ungleichbehandlungen in der stationären Versorgung schaffen. Während pflegebedürftige Menschen ohne Intensivpflegebedarf im Pflegeheim sowohl die Kosten der Behandlungspflege (anteilig), als auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst tragen, übernimmt die Krankenversicherung diese Kosten für intensiv pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Gesetzentwurf in voller Höhe. Diese Vollfinanzierung kann die jeweilige Krankenkasse sogar über den Zeitraum des bestehenden Intensivpflegeanspruchs hinaus verlängern.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), insbesondere die Artikel 19, 25 und 26 gelten auch für Menschen mit Pflegebedarf, da diese auch mit langfristigen Beeinträchtigungen leben müssen. Diese Konvention verbietet wie das Grundgesetz Diskriminierung und Ungleichbehandlung. Die UN-BRK garantiert das Selbstbestimmungsrecht sowie das Wunsch- und Wahlrecht bezüglich des Wohnortes.

Gleiche, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung für jede und je-den an jedem Leistungsort erfordert eine solidarische Finanzierung der Gesundheits- und Pflegeversicherung. Weder der Personalmangel noch die Kostenexplosion in der Versorgung sind durch Umschichtungen zwischen den Versorgungsbereichen oder durch Leistungseinschränkungen zu beheben. Alle Gesetzesvor-schläge der letzten Zeit haben dies bewiesen. Jede angestrebte Leistungsverbesserung verschärft den Handlungsbedarf, in der Finanzierung von Gesundheitsversorgung und Pflege endlich umzusteuern.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich gesetzliche Regelungen vorzulegen und weitere Maßnahmen zu ergreifen, um folgende Ziele zu erreichen:

- 1. Für mehr Pflegekräfte, vor allem für eine qualitätssichernde Anzahl von Pflegefachkräften sowohl in der Intensivpflege, in der Kranken- und Alten-pflege als auch in der Rehabilitation werden unverzüglich weitere Maßnahmen für bessere Arbeitsbedingungen und flächendeckende tarifliche Entlohnung ergriffen. Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich sowie gebührenfreie Weiterbildung sollen Gesundheits- und Pflegeberufe in den Krankenhäusern, in der Altenpflege und in der Rehabilitation attraktiver machen. Die Kostenbelastungen für die Patientinnen und Patienten sowie für die Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf dürfen nicht weiter steigen.*
- 2. Eine steuerfinanzierte Bonuszahlung in Höhe von 1.500 Euro wird für alle Gesundheits- und Pflegebeschäftigten und auch für alle Beschäftigten in der Behindertenhilfe festgeschrieben und ausbezahlt.*
- 3. Die Ungleichbehandlung in der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Behindertenhilfe wird aufgehoben. Die Kosten für medizinische Behandlungspflege werden in allen stationären und teilstationären Einrichtungen vollumfänglich von der gesetzlichen Kranken-versicherung finanziert. Der Leistungsanspruch auf (medizinische) Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege wird durch eine Legaldefinition für alle Sozialgesetzbücher einheitlich gefasst. Dabei sind Leistungskürzungen zu vermeiden.*
- 4. In einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sind besondere Schutzmaßnahmen für Menschen mit Pflegebedarf, für Menschen mit Intensivpflegebedarf und für Menschen mit Behinderungen gesetzlich vorzuschreiben und extrabudgetär aus Bundesmitteln zu finanzieren. Dazu zählen insbesondere die Finanzierung von Schutzausrüstungen für diese Menschen und ein Verbot, Patientinnen und Patienten, die intensivpflegerisch versorgt werden müssen, in epidemischen Notlagen in stationäre Pflegeeinrichtungen einzuweisen. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz wird erst mit Aufhebung der aktuellen epidemischen Lage umgesetzt.*
- 5. Der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ wird umgesetzt und die Regelungen der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher werden zusammen-führt und vereinfacht. Dazu ist der Mehrkostenvorbehalt bei der Wahl einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung sowie der Genehmigungsvorbehalt für alle Bereiche der medizinischen Rehabilitation zu streichen. Die Wiederholungsfrist von 4 Jahren ist schrittweise aufzuheben und ein Antragsrecht auf geriatrische Rehabilitation auch für die Patient*innen sowie für pflegende Angehörige einzuführen. Die regelhafte Dauer von 20 Behandlungstagen beziehungsweise drei Wochen ist auf alle Rehabilitationsmaßnahmen auszuweiten.*
- 6. Aus Bundesmitteln wird für einen Zeitraum von fünf Jahren ein Förderfonds zur Kofinanzierung von öffentlichen Investitionen in die Versorgungsstruktur der Altenpflege und der Rehabilitation eingerichtet. Digitale technische Hilfsmittel sowie Angebote der mobilen Rehabilitation sind besonders zu unterstützen. Der Anspruch auf Mittel aus diesem Fonds ist an Vergabestandards zu binden, die die Kostenbelastung der Patient*innen sowie Bewohner*innen spürbar senken und die Barrierefreiheit garantieren. Das betrifft insbesondere die Investitionskostenzulagen für Menschen mit Pflegebedarf nach dem SGB XI.*
- 7. In die Erarbeitung der Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensiv-pflege nach § 92 Absatz 7g SGB V sind – über die für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen hinaus – Patientenvertretungen und -organisationen aus allen intensiv-pflegerischen Versorgungsbereichen nach § 37c SGB V sowie Selbstvertretungsorganisationen, Vereine und Verbände von Menschen mit Behinderungen entscheidungswirksam einzubeziehen.*
- 8. Alle Maßnahmen werden solidarisch finanziert. Dafür wird die Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und in der Pflegeversicherung mit Wirkung vom 01. Januar 2021 angehoben und nachfolgend die Private Kran-*

kenversicherung schrittweise in die Gesetzliche Versicherung überführt. Auf dieser Grundlage werden die Eigenanteile von Menschen mit Pflegebedarf in der Langzeitpflege sofort gesenkt mit dem Ziel, die Pflegevollversicherung um-zusetzen.

Der Ausschuss hat den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)182 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Außerdem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)183 ein Entschließungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Der Bundestag wolle beschließen:

1. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In den letzten Jahrzehnten haben medizinische und technische Entwicklungen dazu beigetragen, dass in Deutschland Menschen mit chronischen Erkrankungen, die überlebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung oder Stoffwechsel beeinträchtigen, deutlich länger und meist auch mit höherer Lebensqualität leben können. Auch mit schweren Verletzungen oder akuten Erkrankungen überleben heute deutlich mehr Menschen als noch vor fünfzig Jahren. Des Weiteren können Menschen, die früher jahre- oder jahrzehntelang im Krankenhaus behandelt werden mussten, heutzutage oft nicht stationär versorgt werden. Vielfach geht dies mit mehr sozialer Teilhabe einher. So können beispielsweise Menschen, die in den 1950er Jahren nur in einer „Eisernen Lunge“ überlebten, heute mit tragbaren Beatmungsgeräten an vielen familiären, sozialen und sonstigen Aktivitäten teilhaben. Aber auch Menschen im Wachkoma können bei ihren Familien sein. Voraus-setzung dafür ist eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung, die in der Regel auf dem Gebiet der Intensivpflege spezialisiert sein muss.

Diese intensivpflegerische Versorgung wird oft von spezialisierten Pflegediensten und Betreibern von Pflege-Wohngemeinschaften erbracht, seltener in Pflege-heimen. Einige hundert behinderte Menschen organisieren die Versorgung selbst-bestimmt und eigenverantwortlich und nutzen ihre Expertise in eigener Sache, um selbst ausgewähltes Personal anzuleiten. Die weitaus meisten auf außerklinische Intensivpflege angewiesenen Menschen werden hochwertig versorgt. In den letzten Jahren wurden aber einige Fälle bekannt, in denen kriminelle Organisationen die gepflegten und pflegenden Menschen betrogen und ausgebeutet haben. Die Bundesregierung hat dies zum Anlass genommen, ihren Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetzes (GKV-IPReG) vorzu-legen, um damit laut Begründung einer Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege entgegen-zuwirken. Dies betreffe ins-besondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und –patienten. Die Regierung geht von einer fehlenden Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung aus, von einem Mangel an qualifizierten Pflegediensten und sieht Optimierungsbedarf in der Versorgungsqualität. Sie spricht von finanziellen „Fehlanreizen“ in Richtung einer ambulanten Versorgung und zitiert Presseberichte, die auf gezielten Abrechnungsbetrug durch den Einsatz von nicht ausreichend qualifiziertem Personal schließen lassen. Die bestehenden Qualitäts- und Versorgungsmängel in der außerklinischen Intensivpflege würden nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten gefährden, sondern auch der Solidargemeinschaft aller Kranken-versicherten schaden.

Deshalb regelt der Gesetzentwurf den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege mit der Einführung des § 37c SGB V neu. Demnach haben Versicherte „mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ künftig Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist. Die Leistung muss von besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten verschrieben und dabei das Entwöhnungspotenzial er-hoben und dokumentiert werden. In Krankenhäusern muss künftig vor einer Entlassung von entsprechenden Patientinnen und Patienten eine Einschätzung des jeweiligen Beatmungs-status erfolgen und bei Bedarf kann eine Anschlussbehandlung verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in Richt-linien unter anderem Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer in der außerklinischen Intensivpflege formulieren. Die Krankenkassen vereinbaren mit den Leistungserbringern darüber hinaus Rahmenempfehlungen, die beispielsweise auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorsehen. Für die künftigen Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege werden zudem Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen vorgeschrieben.

Es ist zunächst zu begrüßen, dass die Qualität in der außerklinischen Intensiv-pflege gesichert werden soll. Das ist im Sinne einer guten, qualitativen Versorgung für die Patientinnen und Patienten begrüßenswert und ange-bracht. Ebenso wichtig ist es, die Potentiale der Beatmungsentwöhnung auszuschöpfen. Denn die Entwöhnung

von der künstlichen Beatmung stellt für die Menschen, bei denen dies möglich ist, einen enormen Zugewinn an Lebensqualität dar. Es nicht nach-zuvollziehen, dass hier nicht schon längst entsprechende Anreize gesetzt worden sind.

Ein Kernelement des Gesetzes zur Umsetzung seiner Ziele ist jedoch sehr problematisch. Der Referentenentwurf („Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz“) hatte noch einen Vorrang der stationären Versorgung vorgesehen und intensiv-pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld nur als Ausnahmefall zugelassen. Das hatte völlig zurecht einen starken Protest von Menschen ausgelöst, die dauerhaft auf künstliche Beatmung angewiesen sind, ansonsten aber in vielen Fällen selbstbestimmt ihr Leben führen können, beispielsweise bei einer fortschreitenden Muskelerkrankung oder einem hohen Querschnitt. Ihnen ein Leben in einer stationärer Pflegeeinrichtung vorzuschreiben, widerspricht dem Recht auf Selbstbestimmung eines jeden Menschen, dem Leitsatz „ambulant vor stationär“ und verhindert die Integration betroffener Menschen in den Alltag und ihr familiäres Umfeld. Ein glatter Bruch der UN-Behindertenrechtskonvention, der nicht akzeptiert werden kann. Die Konvention ist dort relevant, da Menschen, die über längere Zeit auf Pflege angewiesen sind, zur Gruppe der Menschen mit Behinderungen zählen.

Der Vorrang der stationären Leistungserbringung ist im vorliegenden Gesetzentwurf zwar abgeschwächt worden, das häusliche Umfeld ist jetzt explizit auch ein möglicher Ort der Leistungserbringung. Ihm sind aber andere, hohe Hürden auferlegt worden. Das betrifft insbesondere die Ausgestaltung der Finanzierung und die Auflagen für die Bewilligung der Leistung durch die Krankenkassen.

Diese praktischen und finanziellen Hürden für die Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit widersprechen dem Grundprinzip „ambulant vor stationär“ und dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen und sind deshalb abzulehnen.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation verschärft das GKV-IPReG mit seinen zahlreichen Ausnahmen und Sonderregelungen eine ohnehin unübersichtliche gesetzliche Grundlage für Rehabilitation noch weiter. Ein über alle Sozialgesetzbücher konsistentes Rehabilitationsrecht rückt damit erneut in weite Ferne. Sowohl die Mehrkostenbeteiligung bei der Wahl einer Rehabilitationseinrichtung sowie der erleichterte Zugang zur Rehabilitationsmaßnahme sind in den Sozialgesetzbüchern V, IX und XI unterschiedlich geregelt und sorgen hier für eine Ungleichbehandlung, die dringend zu beseitigen ist.

Die geriatrische Rehabilitation muss gestärkt werden. Doch statt Fehlanreize über ungleich erleichterten Zugang zu einer bestimmten Rehabilitationsform zu setzen, sollte eher der tatsächliche Bedarf der Betroffenen berücksichtigt werden. Die Bundesregierung lässt hierbei völlig außer Acht, dass ältere Menschen durch das GKV-IPReG zukünftig wohl eher eine geriatrische Rehabilitationsleistung verschrieben bekommen als eine Rehabilitationsmaßnahme, die ihrem tatsächlichen Krankheitsbild entspricht. Damit wird die Rehabilitation nicht nur hinter ihrem tatsächlichen Potenzial zurückbleiben, sondern vielmehr wird es zu einer unabsehbaren Ressourcenfehlallokation zum Nachteil speziell indizierter Rehabilitationsmaßnahmen kommen.

Die Zielgruppe einer geriatrischen Rehabilitation würde statt einer stationären Behandlung eher von einem Ausbau des ambulanten, wohnortnahen und interprofessionellen Rehabilitationsangebots profitieren. Denn da sie hierfür ihr vertrautes Wohnumfeld nicht verlassen muss, könnte von einer höheren Nachfrage ausgegangen werden.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, in Bezug auf die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V (neu):

1. das verfassungsrechtlich und in Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention verbrieft Recht auf die freie Wahl des Wohnortes zu achten sowie den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu achten;
2. demzufolge die im Gesetz angelegten Hürden für die freie Entscheidung für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit abzubauen und sicherzustellen, dass den Wünschen der Betroffenen über den Leistungsort in der außerklinischen Intensivpflege Rechnung getragen wird;
3. dafür Sorge zu tragen, dass die vorgesehene Überprüfung der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort nicht zu Lasten, sondern nur zu Gunsten der Betroffenen erfolgen kann, ausschließlich qualitätssichernden Charakter hat und bei Mängeln nicht zu Leistungsversagen, sondern zu einer Nachbesserungspflicht für die Krankenkassen führt;
4. den Sicherstellungsauftrag für eine angemessene Versorgung am gewünschten Leistungsort bei den Krankenkassen zu belassen und nicht den leistungsbeziehenden Menschen aufzubürden;
5. außerklinische Intensivpflege im Rahmen eines Persönlichen Budgets im Sinne von §29 des Neunten Buches abzusichern, da das damit einhergehende Verfahren eine stabile Versorgungssituation und die Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte im erforderlichen Maß gewährleistet;

6. festzulegen, dass die Krankenkassen nicht nur zum Leistungsort, sondern vor allem zu anderen Fragen der Leistungserbringung beraten und auf unabhängige Beratungsangebote anderer Beratungsstellen hinweisen müssen;
 7. Zeiträume von bis zu drei Jahren zwischen den Überprüfungen vorzusehen, wenn der Medizinische Dienst bei zwei aufeinander folgenden Überprüfungen zum Ergebnis kommt, dass die Versorgungssituation stabil und sichergestellt ist;
 8. die Zuzahlung zur außerklinischen Intensivpflege im häuslichen Umfeld wie bisher bei der häuslichen Krankenpflege auf 28 Kalendertage zu begrenzen und somit keine Schlechterstellung für diesen Leistungsort bei den Zuzahlungen gegenüber dem Status quo vorzusehen;
 9. keine Schlechterstellung beim Leistungsumfang zuzulassen und nach den gleichen Maßstäben wie bisher auch die Finanzierung von Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten;
 10. die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen gesetzlich für sechs Wochen weiter zu gewähren, nachdem der Anspruch auf außerklinischen Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustand des Versicherten entfällt, damit Betroffene und ihre Angehörige Zeit haben, sich auf die verändernde Versorgungssituation vorzubereiten;
 11. dafür Sorge zu tragen, dass bei der Erarbeitung der Richtlinien für die außerklinische Intensivpflege durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V und bei den Rahmenempfehlungen durch die Krankenkassen und Leistungserbringer nach § 132l SGB V die Betroffenenengruppen über ihre Selbstvertretungsorganisationen ausreichend und barrierefrei beteiligt werden;
 12. dafür Sorge zu tragen, dass die Anforderungen an die pflegerische Qualifikation in der außerklinischen Intensivpflege nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sondern von den Krankenkassen und Leistungserbringern bei den Rahmenempfehlungen nach § 132l SGB V sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufsverbände auf Bundesebene und der Bundespflegekammer sowie den Interessenvertretungen der pflegebedürftigen Menschen erarbeitet werden;
 13. sicherzustellen, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der außerklinischen Intensivpflege berücksichtigt werden, indem nicht nur bei den Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, sondern auch bei den Rahmenempfehlungen der Krankenkassen und Leistungserbringer nach § 132l SGB V eine Differenzierung nach Altersgruppen vorgesehen wird und bei den Versorgungsverträgen nach § 132l Abs. 5 SGB V die entsprechenden Leistungsorte berücksichtigt werden, damit den besonderen Anforderungen in der Kinderkranken- und Kinderkrankenintensivpflege Rechnung getragen werden kann, etwa der Einbezug der Eltern oder die besondere fachliche Qualifikation der Pflegekräfte bei der Versorgung von Kindern;
 14. alle getroffenen Regelungen insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen, auf die Versorgungsqualität und die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen zeitnah und regelmäßig zu evaluieren;
darüber hinaus:
 15. für eine gerechtere Finanzierung für alle pflegebedürftigen Menschen zu sorgen, indem die medizinische Behandlungspflege unabhängig vom Leistungsort von den Krankenkassen finanziert wird, also auch in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe;
 16. mit der „doppelten Pflegegarantie“ eine Reform der Pflegeversicherung durchzuführen, die das Risiko steigender Pflegekosten von den wenigen Schultern der pflegebedürftigen Menschen fair auf die vielen Schultern der Versichertengemeinschaft umverteilt, indem die Eigenanteile für die pflegerischen Kosten gedeckelt werden und die Pflegeversicherung die darüber hinausgehenden Kosten übernimmt (vgl. BT-Drs. 19/14827);
 17. den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen deutlich entschiedener zu bekämpfen. Dazu sind vor allem attraktivere Arbeitsbedingungen und gute, tarifliche Löhne nötig. Weitere wichtige Faktoren sind: Erleichterung der Zuwanderung von ausländischen Fachkräften, patientenorientierte Pflegeprozessorganisation nach internationalen Standards, voll-ständige Einbeziehung in die Digitalisierung des Gesundheitswesens, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch alter- und geschlechtersensible Personalkonzepte und umfassende Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz;
- in Bezug auf die Rehabilitation:
18. die ärztliche Verordnung einer medizinischen Rehabilitation ohne zusätzliche Bedarfsfeststellung der Krankenkassen anzuerkennen, wenn für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs anerkannte Diagnoseverfahren und/oder Assessments verwendet werden;
 19. den § 40 Absatz. 3 SGB V dahingehend anzupassen, dass für jede ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme „in der Regel“ statt „längstens“ 20 Behandlungstage zur Verfügung stehen;

20. den Aufbau eines flächendeckenden Netzes an Einrichtungen für die ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung des zwar regional variierenden, jedoch insgesamt zunehmenden Bedarfs zu fördern;

21. den Zugang zu ambulanter und mobiler geriatrischer Rehabilitation zu erleichtern;

22. das Antragsrecht der Versicherten neben der ärztlichen Verordnung als weiteren Zugangsweg zur medizinischen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) zu erhalten;

23. den § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V dahingehend zu ändern, dass Versicherte durch die Wahl einer anderen zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, die die notwendigen Erfordernisse erfüllt, keine Mehrkosten zu tragen haben, wenn der Einrichtungsträger eine Vergütungsvereinbarung oder einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen hat;

24. den erleichterten Zugang zu Rehabilitation, der durch die Sozialgesetzbücher V, IX und XI geregelt wird, dahingehend zu vereinheitlichen, dass keine Ungleichbehandlung zwischen den Verfahren fortbesteht.

Der Ausschuss hat den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)183 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Petitionen

Dem Ausschuss für Gesundheit haben zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/19368 drei Petitionen vorgelegen, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen gemäß § 109 Absatz GO-BT angefordert hatte. Die Petitionen wurden in die Beratungen des Ausschusses einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, dass die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege insgesamt neu strukturiert würden und die Versorgungsqualität dadurch weiter verbessert werde. Dies sei insbesondere aufgrund von bestehenden Missbrauchsmöglichkeiten erforderlich, die in der Vergangenheit aufgetreten seien. Gleichzeitig werde den Wünschen der Versicherten zum Ort der außerklinischen Intensivpflege entsprochen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden könne. Ziel des Gesetzentwurfes sei eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Pflege für die steigende Anzahl der Patienten der außerklinischen Intensivpflege. Der Gesetzentwurf trage aus Sicht der Fraktion verstärkt dazu bei, die Versorgung und Lebensqualität der Patienten unter Einhaltung hoher medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Standards zu verbessern. Der zu diesem Zweck eingerichtete eigene Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen sei notwendig, um entsprechende Verbesserungen zu erreichen. Ebenfalls sollten Fehlanreize beseitigt werden, daher würden beispielsweise die Eigenanteile in der vollstationären Intensivpflege abgesenkt. Im parlamentarischen Verfahren sei es besonders wichtig gewesen, mit Nachbesserungen noch einmal deutlich zu machen, dass die Krankenkasse berechtigten Wünschen der Versicherten zum Ort der Leistungserbringung zu entsprechen habe. Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen seien extrem wichtig. Wenn der Medizinische Dienst bei seiner Prüfung Mängel feststelle, habe die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung über geeignete Nachbesserungsmaßnahmen abzuschließen. Im Bereich des Entlassmanagements sollten Möglichkeiten der Beatmungsentwöhnung ausgeschöpft werden. Daher regule der vorliegende Gesetzentwurf eine entsprechende Finanzierungsgrundlage. Dies trage ebenfalls dazu bei, das Entwöhnungspotential (Weaning) noch stärker als bisher erkennen und nutzen zu können. Auch im Zuge der weiteren Beratungen des Gesetzentwurfes sei die Übernahme von Eigenanteilen bei stationärer Pflege ein wichtiger Punkt gewesen, an dem man fiskalische Fehlanreize ausgeschlossen habe. Auch die Einbindung der Patientenorganisationen bei Änderung, Neufassung und Aufhebung der Rahmenempfehlungen nach § 132 a SGB V stärke die Mitwirkungsrechte der Patienten.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege habe in der jüngsten Vergangenheit bedingt durch den medizinischen Fortschritt stark zugenommen. Es werde eine große Zahl von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus entlassen, die weiterhin einen hohen intensivmedizinischen Versorgungsbedarf hätten (z.B. Wach-Koma-Patienten, Schädel-Hirn-Trauma-Patienten). Allerdings gebe es vermehrt Hinweise, dass zu wenig getan werde, um Patienten ein Leben unabhängig von Beatmung zu ermöglichen und ihnen damit mehr Lebensqualität und volle Teilhabe zu schaffen. Außerdem gebe es gravierende Beispiele für lebensbedrohliche Pflegefehler sowie missbräuchliche Auslegung der aktuellen Gesetzgebung. Dies treffe insbesondere auf die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und -patienten zu. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen, sehe das Gesetz ein Bündel an Maßnahmen vor: Das Entwöhnungspotenzial

von der Beatmung werde schon im Krankenhaus besser geprüft, die Überleitung von der stationären zur ambulanten Versorgung werde optimiert und ein eigenständiger Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege mit den dazugehörigen Rahmenempfehlungen zur Verbesserung der Qualität (z.B. Personal) werde geschaffen. Wesentlich verbessert werde die Situation jener intensiv pflegebedürftigen Patienten, die in Heimen versorgt werden. Sie müssten sich bisher mit sehr hohen Eigenanteilen an der Versorgung beteiligen, was nicht wenige Familien völlig überfordert habe. Erst mit diesem Gesetz erhielten die Betroffenen ein echtes Wahlrecht zwischen ambulanter oder stationärer Versorgung.

Die **Fraktion der AfD** stellte fest, der neue Gesetzentwurf ermögliche zwar die häusliche Intensivpflege. Allerdings müsse die medizinische und pflegerische Versorgung zu Hause „tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden“. Ansonsten drohe dem Versicherten die Unterbringung in ein Pflegeheim, solle die Krankenkasse für Kosten seiner Intensivpflege aufkommen. Damit dürfe die besonders vulnerable Gruppe der Intensiv-Pflegebedürftigen zwar ihren Leistungsort wünschen. Dieser Wunsch sei aber abhängig vom Gutachten eines Medizinischen Dienstes. Daher lehne man diesen Gesetzentwurf ab. Seit 2001 sei die Frührehabilitation Teil der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1 SGB V, entsprechende Abteilungen aber nicht flächendeckend ausreichend vorhanden. Die Einrichtung der fachübergreifenden stationären Abteilungen für Frührehabilitation flächendeckend an den Krankenhäusern könne im Interesse betroffener Patienten helfen, sehr frühe Entlassungen aus dem Akutkrankenhaus („blutige Entlassung“) und auch sehr frühe Verlegungen in Reha-Kliniken („blutige Verlegung“) zu vermeiden und einen Beitrag leisten, Krankenhäuser in der Fläche sinnvoll zu erhalten. Heilbäder, Kurorte und Rehabilitationskliniken stellten eine wichtige Ressource des Gesundheitsversorgungssystems und auch einen wichtigen Teil der Gesundheitswirtschaft dar. Wegen der Ausbreitung des Coronavirus seien deutsche Rehakliniken dazu angehalten worden, Betten für Corona-Patienten freizuhalten. Die befürchtete Überlastung des deutschen Gesundheitssystems sei jedoch nie eingetreten, trotzdem würden immer noch Betten freigehalten. Daher fordere man, das zu ändern und den Kurorten und Heilbädern eine Pauschalförderung zukommen zu lassen. Auch Krankenhäuser würden dazu angehalten, Betten für Corona-Patienten freizuhalten. Die freigehaltenen Betten würden durch den Rettungsschirm des Bundes finanziert. Eine Überlastung sei nicht eingetreten, aber noch immer stünden Betten leer. Die Krankenhäuser müssten deshalb zur Vermeidung weiterer gesundheitlicher und wirtschaftlicher Schäden sofort in den Regelbetrieb zurückkehren. Die Betonung der puren Selbstverständlichkeit, dass Spaziergänge wieder erlaubt seien, lasse befürchten, dass entsprechende Schlechterstellung von Bewohnern von Seniorenheimen gegenüber anderen Menschen auch andernorts aufgetreten sei. Das müsse unterbunden und für die Zukunft ausgeschlossen werden.

Die **Fraktion der FDP** begrüßte die von den Koalitionsfraktionen vorgenommenen Änderungen hinsichtlich der Beibehaltung des Status Quo bei der 28-Tage-Regelung sowie beim Arbeitgebermodell. Allerdings gebe es durch den Begriff der „berechtigten Wünsche“ weiterhin eine mögliche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts. Die Frage sei, wer entscheide, ob die Wünsche berechtigt seien. Dadurch sei eine Hintertür zu befürchten, Versicherte doch noch gegen ihren Willen in Pflegeheimen unterzubringen. Die Regelung mit den Zielvereinbarungen enthalte nicht, was geschehen solle, wenn diese nicht eingehalten würden. Der Sicherstellungsauftrag müsse ganz klar bei den Krankenkassen liegen, zumal zwischen Versichertem und Krankenkassen kein Verhältnis auf Augenhöhe vorliege und so nicht gesichert sei, dass hier die berechtigten Interessen des Versicherten nicht finanziellen Erwägungen der Krankenkassen weichen müssten. Ebenfalls werde kritisch beurteilt, dass die Regelungen zum Einverständnis zur Begutachtung in der häuslichen Umgebung durch den medizinischen Dienst vorsähen, dass bei nur einmaliger Versagung des Einverständnisses den Betroffenen eine stationäre Unterbringung drohe. Hier brauche es ein abgestuftes Verfahren. Bei positiv verlaufener Begutachtung der Versorgungssituation solle darüber hinaus ein längeres Prüfungsintervall von bis zu drei Jahren liegen anstelle einer jährlichen Prüfung, wie in dem gemeinsamen Antrag der Freien Demokraten mit den GRÜNEN und Linken gefordert werde. Der Entschließungsantrag der Linken decke sich in Bezug auf den vorliegenden Gesetzentwurf weitgehend mit den Positionen der Freien Demokraten und werde daher ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der ebenfalls geforderten Abschaffung der privaten Krankenversicherung sowie der Forderung nach einer Pflegevollversicherung lehne man den Antrag ab. Auch den Antrag der GRÜNEN werde begrüßt. Die Forderung nach einer "Doppelten Pflegegarantie" entspreche allerdings nicht einer generationengerechten Pflegefinanzierung, so dass der Antrag in Gänze abgelehnt werde.

Die **Fraktion DIE LINKE** wies darauf hin, dass es auch im geänderten Gesetzentwurf immer noch erhebliche Defizite gebe. Nach ihrer Einschätzung entscheidet letztendlich die Krankenkasse, wann Wünsche der Betroffenen berechtigt seien. Die von der Koalition vorgeschlagenen Zielvereinbarungen seien kein geeignetes Instrument

für schwer kranke Menschen. Der Sicherstellungsauftrag am Leistungsort werde nicht eindeutig bei der Krankenkasse festgemacht. Versicherte dürften in keiner Weise in die Pflicht genommen werden, ihre Versorgung zu sichern. Längere Zeiträume zwischen den Überprüfungen durch den MDK, wenn die Versorgung gut gesichert sei, würden den Menschen Ängste nehmen. Auch im Rehabilitationsbereich fehle eine Gesamtlösung. Erleichterte Zugangsbedingungen seien nicht nur in der geriatrischen Rehabilitation erforderlich. Einzelverbesserungen in diesem Bereich seien sinnvoll, machten das Reharecht insgesamt aber noch unübersichtlicher. Nötig sei ein Gesamtkonzept und ein Ausbau ambulanter Angebote, weil diese im Alltag der Versicherten besonders wichtig seien. DIE LINKE teile die Ziele des Gesetzes. Eine hohe Versorgungsqualität gerade auch in der ambulanten Versorgung, Unterbindung von Pflegebetrug und Erschließung von Entwöhnungspotenzialen seien dringend umzusetzen. Doch diese Ziele würden mit dem vorliegenden Gesetz nicht erreicht. Sie müssten konsequent menschenrechtskonform umgesetzt werden. Deshalb habe die Fraktion gemeinsam mit den Fraktionen BÜNDNIS 90/GRÜNEN und FDP einen gemeinsamen Änderungsantrag zum Gesetzentwurf eingebracht. Zudem schaffe das Gesetz neue Ungleichbehandlungen zwischen Menschen mit Intensivpflegebedarf und ohne Intensivpflegebedarf. Deshalb bringe DIE LINKE einen Änderungsantrag zur einheitlichen Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in allen stationären Einrichtungen durch die Krankenversicherung ein.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erkläre, es sei zunächst zu begrüßen, dass die Qualität in der außerklinischen Intensivpflege gesichert werden solle. Das sei im Sinne einer guten, qualitativen Versorgung für die Patientinnen und Patienten wichtig und angebracht. Ebenso wichtig sei es, die Potenziale der Beatmungsentwöhnung auszuschöpfen. Einige der Regelungen des Gesetzentwurfs stünden allerdings weiterhin im Widerspruch zu dem Recht der Menschen, den Leistungsort der außerklinischen Intensivpflege frei und selbstbestimmt zu wählen. Die Regierungsfractionen hätten sich zwar mit Änderungsanträgen in letzter Minute in die richtige Richtung bewegt, aber noch längst keine Rechtssicherheit für Betroffene geschaffen. Nun sei den Wünschen der Versicherten über den Leistungsort zwar zu entsprechen. Diese Wünsche müssten aber "berechtigt" sein. Es dürfe in der Praxis streitbar werden, wann das der Fall sei. Der Sicherstellungsauftrag sei weiterhin nicht klar bei den Krankenkassen verortet und es sei nicht absehbar, was die vorgesehenen Zielvereinbarungen für die Betroffenen bedeuteten und was passiere, wenn sie nicht zum Erfolg führten. Wegen diesen Unsicherheiten könnten wir dem Gesetz nicht zustimmen. Die Verbesserungen im Bereich der Rehabilitation seien zu begrüßen, jedoch für die Sicherstellung einer insgesamt geriatrisch und rehabilitativ ausgerichtete, koordinierte ärztliche, pflegerische und therapeutische wohnortnahe Versorgung nicht ausreichend.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/19368 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1a

Zur Beseitigung fiskalischer Fehlanreize im Bereich der außerklinischen Intensivpflege sieht § 37c Absatz 3 vor, dass die Krankenkassen Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen von Eigenanteilen entlasten, die sie ansonsten bei der Wahl dieser Versorgungsform aufgrund der Teilabsicherung in der Sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätten. Diese Entlastung kann jedoch erst wirksam werden, wenn die erforderlichen Umsetzungsschritte (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rahmenempfehlungen und Abschluss von Versorgungsverträgen) erfolgt sind. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt außerklinische Intensivpflege weiterhin auf Grundlage der bisherigen Regelungen des § 37. Um den Versicherten die intendierte Entlastungswirkung bereits vor Ablauf der für die Umsetzung vorgesehenen drei Jahre zuteilwerden zu lassen, soll die Regelung des § 37c Absatz 3 im Übergangszeitraum auch auf Fälle stationärer Versorgung nach § 37 Absatz 2 Satz 3 zur Anwendung kommen.

Zu Nummer 2

Zu Absatz 1 Satz 3

Es wird klarstellend geregelt, dass die Beratung durch die Krankenkasse neben Fragen des geeigneten Leistungsorts auch weitere für die Versorgung des Versicherten bedeutsame Aspekte umfasst.

Zu Absatz 1 Satz 6

Mit der Änderung soll sichergestellt werden, dass die mit der ärztlichen Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erhobenen und dokumentierten erforderlichen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung auch tatsächlich umgesetzt werden.

Zu Absatz 1 Satz 8

Die Änderung stellt sicher, dass die besondere Berücksichtigung der Belange junger Volljähriger in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. Ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters kann im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist. Insofern ist hier nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 des Achten Buches (SGB VIII) abzustellen.

Der Regelungsauftrag zur Qualifikation der Leistungserbringer ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da ein Regelungsauftrag zur besonderen Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Satz 8 Nummer 5 enthalten ist und Qualifikationsanforderungen in der pflegerischen Versorgung in den Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 2 Nummer 1 und 4 zu regeln sind. Satz 8 Nummer 3 kann daher gestrichen werden.

Zu Absatz 2

Zu den Sätzen 1 bis 3

Mit der Änderung werden Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 42 des Elften Buches (SGB XI) nicht mehr als Ort der Leistungserbringung von außerklinischer Intensivpflege vorgesehen. Auch die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI ist nicht zwingend auf Dauer ausgelegt, sodass in diesen Einrichtungen die Versorgung auch vorübergehend erfolgen kann und ein zusätzlicher Anspruch auf Erbringung von außerklinischer Intensivpflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht erforderlich ist. Einrichtungen der Kurzzeitpflege sind zumeist nicht auf eine hoch spezialisierte Versorgung der außerklinischen Intensivpflege vorbereitet. Der Aufbau solcher dauerhaften Strukturen wäre für nur vorübergehende Zeiträume der Inanspruchnahme nicht zweckmäßig.

Es wird klargestellt, dass außerklinische Intensivpflege auch in betreuten Wohnformen, insbesondere der Eingliederungshilfe, erbracht werden kann.

Es wird klargestellt, dass die Krankenkasse berechtigten Wünschen der Versicherten zum Ort der Leistungserbringung zu entsprechen hat. Die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort muss sichergestellt sein oder durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden können. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Eine im Rahmen einer Begutachtung des Medizinischen Dienstes getroffene Feststellung, dass die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort nicht tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist, löst keinesfalls einen Automatismus zur Verneinung des Leistungsanspruchs durch die Krankenkasse an diesem Ort aus. Vielmehr hat die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung über geeignete Nachbesserungsmaßnahmen abzuschließen.

Sofern es in bestimmten Fallkonstellationen für die Medizinischen Dienste sachgerecht ist, anstelle einer sozialmedizinischen Begutachtung zeitlich getrennte Begutachtungen vorzunehmen, kann dies in für die Medizinischen Dienste verbindlichen Begutachtungsanleitungen oder in Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2) geregelt werden. Um die Transparenz der Feststellungen des Medizinischen Dienstes sicherzustellen, ist die Krankenkasse verpflichtet, dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme und die wesentlichen Gründe in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen (§ 275 Absatz 3c).

Zu Satz 4 und 5 neu

Über die geeigneten Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 2 hat die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung abzuschließen. Damit wird auf ein bewährtes Instrument des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zurückgegriffen, mit dem die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten durch eine enge Kooperation mit dem jeweils verantwortlichen Kostenträger gestärkt wird. An der Zielvereinbarung haben sich bei Bedarf weitere Leistungsträger zu beteiligen; der Abschluss der Zielvereinbarung soll dann angelehnt an das bewährte Instrument des Teilhabeplanverfahrens erfolgen. Dabei obliegt es den Krankenkassen und Leistungserbringern gemeinsam, eine bedarfsgerechte und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung zu gewährleisten (§ 70), jedoch schuldet die Krankenkasse keine über den Leistungsumfang des SGB V hinausgehenden Leistungen.

Zu Satz 7

Durch die Umformulierung wird klargestellt, dass unabhängig vom Leistungsort im Hinblick auf die von dem Medizinischen Dienst durchgeführte persönliche Begutachtung immer das Einverständnis der betroffenen Personen vorliegen muss, wenn die Begutachtung in Räumen stattfindet, die einem Wohnrecht unterliegen. Darüber hinaus wird ein irrtümlicher Verweis auf einen Leistungsort nach Satz 3 oder Satz 4 korrigiert. Richtig muss auf einen Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 verwiesen werden.

Zu Absatz 3

Satz 2

Durch die Änderung wird geregelt, dass nach einer Besserung des Gesundheitszustandes und einen dadurch bedingten Wegfall des umfassenden Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege alle Versicherten, bei denen noch eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 vorliegt, Anspruch auf eine übergangsweise Weitergewährung des Leistungsumfanges der außerklinischen Intensivpflege in stationären Einrichtungen haben. Die Regelung stellt sicher, dass kein Versicherter nach Besserung des Gesundheitszustandes abrupt aus einem bestehenden Versorgungssetting herausfällt. Der Übergangszeitraum soll insbesondere die Organisation einer geeigneten Anschlussversorgung ermöglichen. Die Regelleistung ist auf einen Zeitraum von sechs Monaten begrenzt. In ihrer Satzung können die Krankenkassen jedoch auch einen längeren Zeitraum als sechs Monate vorsehen, wenn sie das zur Versorgung ihrer Versicherten für sachgerecht erachten.

Zu Absatz 4

Mit der Änderung wird geregelt, dass in Fällen, in denen die Krankenkasse trotz bestehenden Anspruchs nicht in der Lage ist, eine geeignete Pflegefachkraft zu stellen, die Krankenkasse die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten hat.

Die Möglichkeit einer Kostenerstattung in Fällen des sog. Systemversagens nach § 13 Absatz 3 bleibt unberührt.

Klargestellt wird zusätzlich, dass daneben – also auch in Fällen, in denen die Krankenkasse die Versorgung grundsätzlich stellen könnte – die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets erhalten bleibt. Versicherte können so in die Lage versetzt werden, das Benötigte selbst zu beschaffen, §§ 2 Absatz 2 Satz 2, 11 Absatz 1 Nr. 5 SGB V i. V. m. § 29 SGB IX. Voraussetzung ist nach § 29 Absatz 4 SGB IX der Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen dem Leistungsberechtigten und den beteiligten Kostenträgern (z. B. GKV und Eingliederungshilfe). Bestandteil der Zielvereinbarung sind u.a. auch Regelungen zur Qualitätssicherung der Versorgung.

Die Regelungen zur Qualitätssicherung im Rahmen dieser Zielvereinbarung müssen jedoch nicht zwingend vollständig die Regelungen des Leistungserbringerrechts der GKV spiegeln. Dies schon deshalb, weil an der Zielvereinbarung häufig weitere Kostenträger wie die Eingliederungshilfe beteiligt sind, die an Vorschriften des SGB V nicht gebunden sind. Dementsprechend organisiert ein Teil der intensivpflegebedürftigen Leistungsberechtigten die eigene pflegerische Versorgung mit angestellten Kräften, die nicht alle Pflegefachkräfte sind. Vielmehr kommen dabei häufig gemischt qualifizierte Teams aus Pflegefachkräften und Assistenzkräften zum Einsatz. Diese Möglichkeit bleibt erhalten, solange die Qualitätsvorgaben der jeweiligen Zielvereinbarung beachtet werden.

Zu den Absätzen 5 und 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen Absatzes 4.

Zu Absatz 5

Mit der Änderung wird im Hinblick auf die Berechnung der Zuzahlung die Anzahl der Tage, an denen Kosten für die Inanspruchnahme von außerklinischer Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort entstehen, der Anzahl der Tage, für die bei außerklinischer Intensivpflege an anderen Leistungsorten Zuzahlungen zu leisten sind, angeglichen. Auch bei Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort sind danach nur Zuzahlungen für Kosten, die an den ersten 28 Tage der Leistungsinanspruchnahme pro Kalenderjahr entstehen, zu leisten. Unverändert gilt, dass Zuzahlungen generell nur bis zur individuellen Belastungsgrenze nach § 62 zu leisten sind.

Zu Absatz 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines Satzes in Absatz 3.

Zu Nummer 3

Durch die Änderung wird geregelt, dass eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus bei Beatmungspatienten nicht erst vor einer Verlegung oder vor der Entlassung erfolgt, sondern auch schon im Lauf der Behandlung. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass ein mögliches Entwöhnungspotenzial frühzeitig erkannt wird und Entwöhnungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit schweren Grunderkrankungen kann ein bestehendes Entwöhnungspotenzial auf Grund der langen Dauer des Krankenhausaufenthalts unter Umständen nicht erkannt werden, wenn eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus erst vor einer Verlegung oder vor der Entlassung erfolgt. Für Krankenhäuser, die keine Feststellung des Beatmungsstatus im Lauf der Krankenhausbehandlung vornehmen, sind Vergütungsabschläge zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben u. a. die Voraussetzungen für diese Abschläge zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1a Nummer 8 – neu – KHEntgG). Zu diesen Voraussetzungen gehört auch eine nach Art und Schwere der Grunderkrankung differenzierte Festlegung der Zeitabstände einer Einschätzung des Beatmungsstatus im Lauf der Krankenhausbehandlung. Es ist davon auszugehen, dass die Vertragsparteien eine möglichst verwaltungsarme Gestaltung vereinbaren.

Zu Nummer 4

Nach § 40 Absatz 3 Satz 10 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente für die medizinische Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation sowie des Nachweises der Anwendung der Abschätzungsinstrumente regeln. Außerdem soll der G-BA in Richtlinien die Fälle festlegen, in denen Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Im Hinblick auf eine zeitnahe Umsetzung wird für die Beschlüsse und Festlegungen des G-BA eine Frist bis Ende des Jahres 2021 bestimmt.

Zu Nummer 13

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung und Angleichung an den Wortlaut des § 111 Absatz 7 Satz 1. Die Rahmenempfehlungen werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den „für die Erbringer (nicht: Erbringung) von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ abgeschlossen.

Zu Nummer 14

Zu Absatz 1 Satz 1

Da Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht mehr als Leistungsorte außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 vorgesehen werden, entfällt auch die Erforderlichkeit, entsprechende Leistungserbringer bei der Vereinbarung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen. Der Verweis auf § 42 des Elften Buches (SGB XI) wird deshalb an dieser Stelle gestrichen. Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sind nach bisheriger Rechtslage im Kontext der Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a Absatz 1 Satz 1 über eine einheitliche und flächendeckende Versorgung abzugeben. Hinsichtlich der Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege nach § 132l soll insoweit

keine Änderung erfolgen. Deshalb wird klargestellt, dass auch künftig für die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege Rahmenempfehlungen über eine einheitliche und flächendeckende Versorgung zu vereinbaren sind. Dies unterstreicht die Erforderlichkeit einheitlicher Standards – insbesondere Qualitätsstandards in der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Die Rahmenempfehlungspartner haben darauf hinzuwirken, dass die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege flächendeckend erfolgt – und nicht etwa nur in Ballungsräumen.

Zu Absatz 4 Satz 1

Da Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht mehr als Leistungsorte außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 vorgesehen werden, entfällt auch die Erforderlichkeit, entsprechende Leistungserbringer bei der Bildung der Schiedsstelle zu berücksichtigen. Der Verweis auf § 42 SGB XI wird deshalb an dieser Stelle gestrichen.

Zu Absatz 5

Es wird geregelt, dass Verträge über die Erbringung außerklinischer Intensivpflege nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden können, die insoweit die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsschluss aufweisen. Der Begriff der „Zuverlässigkeit“ wird bereits in anderen Vorschriften der Sozialgesetzbücher im Zusammenhang mit geeigneten Vertragspartnern verwendet (zum Beispiel § 71 Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur zuverlässigen Fachkraft bei Betreuungsdiensten). Auch in der Begründung zu Artikel 1 Nummer 2 Absatz 2 wird dargestellt, dass der Medizinische Dienst bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers 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) informieren soll.

Da Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht mehr als Leistungsorte außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 vorgesehen werden, entfällt auch die Erforderlichkeit, Verträge mit diesen Leistungserbringern abzuschließen. § 42 SGB XI wird deshalb an dieser Stelle gestrichen.

Es wird geregelt, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können und der Leistungserbringer verpflichtet ist, die Bezahlung jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Insoweit wird ein Gleichklang mit der Regelung des § 132a Absatz 4 Satz 7 und 8 für die Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege hergestellt. Zudem werden die bisherigen Sätze 1 und 2 des Absatzes 6 dem Absatz 5 angefügt. Die enthaltenen Regelungen über vertragliche Verpflichtungen der Leistungserbringer bzw. die Geltungsdauer bestehender Verträge sind systematisch richtig diesem Absatz zuzuordnen.

Zu Absatz 6

Zu den Sätzen 1 und 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung: Die ersten beiden Sätze des Absatzes werden systematisch richtig in Absatz 5 verschoben.

Zu Satz 4

Es wird geregelt, dass die Schiedsperson, die bei Nichteinigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Leistungserbringern den Vertragsinhalt über die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege festlegt, vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt wird, wenn sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson einigen können. Da die Verträge über die Leistungserbringung außerklinischer Intensivpflege von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, ist es sachgerecht, dass die Schiedsperson im beschriebenen Fall vom Bundesamt für Soziale Sicherung benannt wird.

Zu Absatz 8

Für Versicherte mit einem Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c wird mehr Transparenz über die zur Verfügung stehenden Leistungserbringer geschaffen. Um die Auswahl geeigneter Leistungserbringer im hochspezialisierten Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu erleichtern, erstellen künftig die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich eine barrierefreie Liste der

Leistungserbringer, mit denen Verträge nach Absatz 5 bestehen. Die Liste ist einmal im Quartal zu aktualisieren, im Internet zu veröffentlichen und hat für jeden Leistungserbringer Angaben zu Art, Inhalt und Umfang des vertraglich vereinbarten Leistungsumfangs zu enthalten. Die Liste darf keine versichertenbezogenen Angaben enthalten, weil diese für die Herstellung von Transparenz nicht notwendig sind. Soweit es für die Herstellung der Transparenz für die Versicherten erforderlich ist, kann die Liste jedoch leistungserbringerbezogene Angaben auch mit Bezug zu dort beschäftigten Personen enthalten, wie zum Beispiel Angaben zu Ansprechpartnern bei dem jeweiligen Leistungserbringer. Versicherte erhalten von ihrer Krankenkasse auf Anforderung eine barrierefreie Liste dieser in Frage kommenden Leistungserbringer speziell für den Einzugsbereich, in dem die außerklinische Intensivpflege stattfinden soll.

Zu Nummer 14 und Bezugsregelungen

Es handelt sich um redaktionelle Korrekturen. Die Zählbezeichnung § 132j ist durch eine vorhergehende Rechtsänderung bereits mit einer anderen Regelung belegt.

Zu Nummer 14a neu

Die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten werden künftig auch bei Neufassung (dies schließt die erstmalige Fassung ein), Änderung oder Aufhebung der Rahmenempfehlungen nach § 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1 und § 132l Absatz 1 Satz 1 einbezogen. Dadurch wird die Patientenbeteiligung in den wichtigen Bereichen Rehabilitation und außerklinische Intensivpflege weiter gestärkt.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe b

Nach § 132l Absatz 5 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge über die außerklinische Intensivpflege einschließlich ihrer Vergütung und Abrechnung mit bestimmten Leistungserbringern. Durch ein Redaktionsversehen wurde in § 275b Absatz 1 Satz 2 die Nennung der Ersatzkassen als Vertragspartner dieser Vereinbarungen unterlassen. Durch diese Neuregelung wird dieses Redaktionsversehen korrigiert.

Nach § 132l Absatz 5 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge über die außerklinische Intensivpflege einschließlich ihrer Vergütung und Abrechnung mit bestimmten Leistungserbringern. Durch ein Redaktionsversehen wurde auch in § 275b Absatz 1 Satz 3 die Nennung der Ersatzkassen als Vertragspartner dieser Vereinbarungen unterlassen. Durch diese Neuregelung wird dieses Redaktionsversehen korrigiert.

Zu Buchstabe d neu

Mit § 37c wurde der Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, der sich bisher aus § 37 ergab und unter die häusliche Krankenpflege subsumiert wurde, speziell normiert. Entsprechend der neuen Regelung ist die Berichtspflicht der Medizinischen Dienste nach Absatz 3 auf die Erfahrungen und Ergebnisse der Prüfungen und die Erkenntnisse zu Stand und Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivpflege zu erweitern. Es handelt sich insoweit um eine Folgeänderung.

Zu Nummer 16a

Durch die Änderung wird geregelt, dass die Krankenhäuser bei der Verlegung oder der Entlassung von Beatmungspatienten der Krankenkasse auch die Angaben zu übermitteln haben, in welche Einrichtung eine Verlegung erfolgt oder ob eine Entlassung in eine Heimbeatmung geplant ist. Hierdurch erhalten die Krankenkassen zeitnahe Informationen darüber, ob eine weitere Beatmung geplant ist.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 1

Soweit Versicherte nach § 37c rund um die Uhr von einem Pflegedienst versorgt werden, hat dieser umfassend alle anfallenden Pflegeleistungen zu erbringen. Für weitere Ansprüche auf Behandlungspflege ist daneben kein Raum. Jedoch sind Konstellationen zu berücksichtigen, bei denen Versicherte nicht ganztägig durch einen Leistungserbringer, mit dem ein Vertrag nach § 132l Absatz 5 besteht, zu Lasten der GKV versorgt werden, insbesondere weil die Versorgung zeitweise von Familienangehörigen sichergestellt wird. Für diese Zeit kann sich die

Notwendigkeit zusätzlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege ergeben, zum Beispiel zur Versorgung einer chronischen Wunde. Mit der Änderung wird ermöglicht, dass diese zusätzlichen Leistungen weiterhin auf der Grundlage des § 37 erbracht werden können.

Zu Artikel 3**Zu Nummer 2**

Es handelt sich um eine Korrektur der redaktionellen Anpassung. Weil Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die nach § 37c des Fünften Buches (SGB V) anspruchsberechtigt sind, erst nach Ablauf des gesetzlichen Übergangszeitraums keinen Anspruch mehr auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V haben, bleibt in § 17 Absatz 1b neben der Bezugnahme auf § 37c SGB V die ursprüngliche Bezugnahme auf § 37 Absatz 2 SGB V bestehen.

Zu Nummer 7

In Satz 10 erfolgt eine klarstellende Ergänzung, die sich an der Formulierung in Satz 9 orientiert. Mit dem neuen Satz 11 wird sichergestellt, dass bei Prüfungen der Qualität von ambulanten Diensten erbrachten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an von § 37c Absatz 2 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orten mindestens eine auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen nach § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches versorgte Person einbezogen wird.

Berlin, den 1. Juli 2020

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

Heike Baehrens
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Nicole Westig
Berichterstatterin

Pia Zimmermann
Berichterstatterin

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin