

Bericht*

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/26822, 19/27214, 19/28005 Nr. 1 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg,
Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/27202 –

**Herdenimmunität durch flächendeckenden Antikörpertests ermitteln –
Unnötige Impfrisiken vermeiden**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl,
Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/24448 –

Solidarische Pflegevollversicherung umsetzen

* Die Beschlussempfehlung wurde auf Drucksache 19/30550 gesondert verteilt.

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Matthias W. Birkwald, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/25349 –

Rentenplus für pflegende Angehörige

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/18957 –

Pflegende Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise

- f) zu dem Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Beate Müller-Gemmeke, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/19136 –

Professionelle Pflegekräfte wertschätzen und entlasten – Nicht nur in der Corona-Krise

- g) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/26889 –**

Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen

- h) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kai Gehring, Dr. Janosch Dahmen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/27829 –**

Perspektive für Therapieberufe schaffen – Verbindlichen Fahrplan für die reguläre akademische Ausbildung aufstellen

- i) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/27874 –**

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen unverzüglich menschenrechtskonform gestalten

Bericht der Abgeordneten Karin Maag, Sabine Dittmar, Detlev Spangenberg, Dr. Andrew Ullmann, Dr. Achim Kessler und Maria Klein-Schmeink**A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung**

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/26822** in seiner 213. Sitzung am 26. Februar 2021 in erster Lesung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen. Die dazugehörige Unterrichtung durch die Bundesregierung auf **Drucksache 19/27214** (Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates) hat der Präsident gemäß § 80 Absatz 3 GO-BT ebenfalls an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen (Nummer 1 der Drucksache 19/28005 vom 26. März 2021).

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/27202** in seiner 216. Sitzung am 5. März 2021 in erster Beratung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/24448** in seiner 209. Sitzung am 11. Februar 2021 in erster Beratung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Finanzausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/25349** in seiner 209. Sitzung am 11. Februar 2021 in erster Beratung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/18957** in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Beratung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe f

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/19136** in seiner 159. Sitzung am 13. Mai 2020 in erster Beratung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe g

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/26889** in seiner 213. Sitzung am 26. Februar 2021 in erster Beratung behandelt und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe h

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/27829** in seiner 218. Sitzung am 25. März 2021 in erster Beratung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

Zu Buchstabe i

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/27874** in seiner 221. Sitzung am 15. April 2021 in erster Beratung behandelt und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetzentwurf verfolgt die Bundesregierung das Ziel, unter anderem die Festlegung weiterer Mindestmengen in der Krankenhausversorgung und ihre Durchsetzung zu fördern. Die Aufgabe der Krankenkassen, zur Qualitätsentwicklung Qualitätsverträge mit Krankenhäusern zu erproben, soll verbindlicher gestaltet und der Anwendungsbereich für die Qualitätsverträge durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erweitert werden. Daneben sollen die Vorgaben für die Evaluierung der Qualitätsverträge präzisiert werden. Der G-BA soll den Auftrag erhalten, Zweitmeinungsverfahren durch jährlich mindestens zwei neue Verfahren weiter kontinuierlich auszubauen. Darüber hinaus sollen Regelungen eingeführt werden, die die Transparenz und Qualität in der Versorgung durch die Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche fördern.

Als vorbeugender Schutz der Bevölkerung vor Influenza und um eine Belastung des Gesundheitssystems zusätzlich durch Influenza für den Fall, dass sich die COVID-19-Pandemie fortsetzt, so niedrig wie möglich zu halten, sollen Vorkehrungen für die Versorgung der Versicherten mit saisonalem Grippeimpfstoff für die Grippesaison 2021/2022 getroffen werden. Zudem sollen die nach § 137j SGB V für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten, die das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand aufzeigen, künftig veröffentlicht werden. Damit soll transparent werden, ob ein Krankenhaus gemessen an seinem jeweiligen Pflegeaufwand viel oder wenig Personal einsetze.

Die Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen zur Qualitätssicherung soll verbessert werden. Ebenso sollen klinische Sektionen zur Qualitätssicherung künftig verlässlich sowie planbar über den Zuschlag für klinische Sektionen in angemessener Höhe refinanziert werden.

Die Fortführung der bereits bestehenden Rechensysteme zu Gesundheitsausgaben, ihrer Finanzierung, über Krankheitskosten und Gesundheitspersonal mit der Erweiterung um ein regionales Gesundheitspersonalmonitoring könne durch gesetzliche Anordnung entsprechender Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht gewährleistet werden. Darüber hinaus soll die Erfüllung bestehender supranationaler Lieferpflichten aus diesen Rechensystemen an die Europäische Union, die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und die Weltgesundheitsorganisation sichergestellt werden.

Pflicht- und freiwillig versicherte Familienangehörige, die die Voraussetzungen für eine Familienversicherung dem Grunde nach erfüllen und das im Ausland beschäftigte Mitglied während der Elternzeit begleiten oder besuchen, sollen für die Dauer des Auslandsaufenthaltes Leistungen der GKV vom Arbeitgeber des Mitglieds erhalten.

Weiter soll mit dem Gesetzentwurf festgelegt werden, dass jede Person, die schwanger ist, ein Kind geboren hat oder stillt, unabhängig vom Geschlechtseintrag im Geburtenregister Anspruch auf Leistungen im Falle von Schwangerschaft und Mutterschaft hat.

Das bislang praktizierte – dem Verfahren bei freiwillig versicherten Selbstständigen entsprechende – Verfahren der Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen bei pflichtversicherten nebenberuflich Selbstständigen soll auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und dieser Personengruppe das Recht eingeräumt werden, vorläufige Beitragsanpassungen wegen einer unverhältnismäßigen Belastung geltend zu machen. Bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder im Rahmen der Anrechnung des Ehegatteneinkommens soll ein Freibetrag für unterhaltsberechtigten nicht gemeinsame Kinder berücksichtigt werden. Damit werde aus Sicht der Bundesregierung die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 15. August 2018 (B 12 KR 8/17) aufgegriffen und eine zurzeit bestehende Ungleichbehandlung der vergleichbaren Sachverhalte beseitigt. Mit einer Ergänzung der Regelungen zu den Beitragszuschüssen sollen zum Beispiel auch freiwillig in der GKV versicherte hauptberuflich Selbstständige als Freiwilligendienstleistende von der Einsatzstelle einen Beitragszuschuss erhalten.

Der Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung soll in die Regelversorgung überführt und die Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht durch die Einführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) verbessert werden.

Die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von privat Krankenversicherten sollen im Notlagentarif durch die Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung verbessert werden. Im Notlagen- und Basistarif soll die Verbesserung durch ein Aufrechnungsverbot des Versicherers mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers erfolgen.

Zur Förderung der Koordination der Aktivitäten der Netzwerkpartner in Hospiz- und Palliativnetzwerken sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen und sich gemeinsam mit kreisfreien Städten oder Kreisen an dem Aufbau und der Förderung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen. Zur Stärkung ambulanter Kinderhospizarbeit soll künftig eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche abzuschließen sein.

Der **Nationale Normenkontrollrat** (NKR) hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKR-G) den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung geprüft und eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Erfüllungsaufwand nachvollziehbar geschätzt und dargestellt habe. Deshalb erhebe der NKR im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen, soweit eine Prüfung aufgrund der vorliegenden Informationen möglich war (Drucksache 19/26822, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 1000. Sitzung am 12. Februar 2021 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Drucksache 12/21).

Er hat insgesamt 14 Änderungsvorschläge und Prüfbitten zum Gesetzentwurf der Bundesregierung beschlossen. Diese gehen insbesondere darum, von der Streichung der Ausnahmetatbestände für den G-BA und die Länder in Bezug auf die vorgegebenen Mindestmengen abzusehen und sicherzustellen, dass alternative operative und nicht-operative Behandlungsverfahren bei Festlegung weiterer Mindestmengen durch den G-BA berücksichtigt werden. Auf das qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzungsverfahren bei ambulanten ärztlichen Notfallleistungen in Krankenhäusern solle verzichtet werden. Zudem sollten im Rahmen der Gesundheitspersonalstatistik standardmäßig die Einzeldatensätze an die Statistischen Ämter der Länder übermittelt sowie Erhebungsmerkmale ergänzt werden. Verstöße gegen die vertragsarztrechtliche Haftpflichtversicherungspflicht sollten nicht an die Kammer, sondern direkt an die zuständige Approbationsbehörde gemeldet und Auskünfte aus dem Organspenderegister bereits erlaubt werden, wenn im Behandlungsverlauf ein Hirnfunktionsausfall zu erwarten sei oder vermutet werde. Ferner solle die Übergangsfrist im Zusammenhang mit der Verordnungsfähigkeit von Produkten zur Wundbehandlung um weitere 12 Monate auf insgesamt 36 Monate verlängert werden.

Darüber hinaus beziehen sich die Vorschläge des Bundesrates darauf, die Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten zu streichen, die Modellklauseln zur Erprobung akademischer Ausbildungsangebote in den Berufsgesetzen der Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten nur bis Ende 2022 zu verlängern, den expliziten Prüf- und Anpassungsauftrag für den Vertrag zu den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und die Ermächtigungen im Hinblick auf die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V sowie die maximale Obergrenze für die finanzielle Förderung der Netzwerkkoordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch die GKV zu streichen und in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch Krankenhäuser Regionalbudgets im Rahmen von Modellvorhaben in die Regelversorgung einzuführen.

Die **Bundesregierung** hat die Vorschläge des Bundesrates geprüft. Hinsichtlich zweier Vorschläge teilt die Bundesregierung die Auffassung des Bundesrates, bei fünf weiteren Vorschlägen hat sie Prüfung zugesagt und im Übrigen keinen Änderungs- beziehungsweise Ergänzungsbedarf gesehen.

So teilt die Bundesregierung die Auffassung, die Übergangsfrist bei Produkten zur Wundbehandlung um weitere 12 Monate auf 36 Monate zu verlängern und das weitere Erhebungsmerkmal „Hochschulabschluss“ im Rahmen des regionalen Gesundheitspersonalmonitorings zu ergänzen. Die Berücksichtigung alternativer operativer und nicht-operativer Behandlungsverfahren bei der Festlegung von Mindestmengen werde ebenso geprüft wie eine Meldung bei Verstößen gegen die vertragsarztrechtliche Haftpflichtversicherungspflicht. Ebenso würden die Auskunftserteilung aus dem Organspenderegister, der Prüf- und Anpassungsauftrag des PIA-Vertrages und der Ermächtigungen hinsichtlich der Einbeziehung der PIA in die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V sowie die

standardmäßige Übermittlung der Einzeldatensätze an die Statistischen Ämter der Länder geprüft. Die übrigen Anregungen und Änderungsvorschläge des Bundesrates hat die Bundesregierung abgelehnt.

Zu Buchstabe b

Die Initianten stellen heraus, es sei wichtig, vorhandene Ressourcen sinnvoll und koordiniert einzusetzen, um die vom RKI und der WHO empfohlene Immunitätsrate der Bevölkerung von 70 Prozent zu erreichen. Über 64 Millionen Menschen müssten demnach geimpft werden, was bei einer Wiederholungsimpfung 128 Millionen Impfdosen bedarf.

Um den Nachweis der Immunität zu beschleunigen und gegebenenfalls Impfdosen einzusparen, sollten Antikörpertests gegen COVID-19 zusätzlich eingesetzt werden um festzustellen, wer eine Immunisierung in Form einer Impfung zum aktuellen Zeitpunkt überhaupt benötige. Die vorhandenen Ressourcen könnten so gezielt für priorisierte Bevölkerungsgruppen eingesetzt werden. Zudem seien nach derzeitiger Datenlage Nebenwirkungen der Corona-Impfstoffe nicht ausgeschlossen. Seltene Nebenwirkungen und insbesondere Langzeitwirkungen könnten erst nach der Zulassung erfasst werden. Insbesondere im Hinblick auf unnötige Gefährdung der Bürger müssten deshalb mögliche Impfnebenwirkungen minimiert werden. Der Antikörpertest vor der Impfung werde dazu beitragen, nur Menschen zu impfen, die über keine eigene Immunität gegenüber dem Virus verfügten, und somit das Risiko der behandlungspflichtigen Nebenwirkungen reduzieren.

Schließlich könne auch die Impfbereitschaft gestärkt werden, wenn die Menschen ihren eigenen Immunitätsstatus durch Antikörpertest kennen. Wer bereits immun sei, benötige keine Impfung. Wer aber durch seinen Antikörperstatus erfahre, dass bislang keine Immunität gegen das Virus vorliege, der könne mit dieser Erkenntnis für sich selbst neu abwägen, ob er sich impfen lassen wolle oder nicht.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller habe die vor 25 Jahren eingeführte soziale Pflegeversicherung ihre damals gesteckten Ziele nie erreicht. Aktuell finanzierten Menschen mit Pflegebedarf in einem Pflegeheim bis zu drei Viertel ihrer Heimkosten selbst. Auch die Kosten von Unterkunft und Verpflegung und die Zuzahlungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu den Investitionskosten wüchsen rasant. Die Investitionskosten zuzahlungen seien seit 2009 fast um das Doppelte angestiegen. Hinzu kämen seit Beginn des Jahres 2020 die Ausbildungsumlagen mit dem Start der generalistischen Pflegeausbildung. Auch ambulante Pflegedienste legten Investitionen und höhere Löhne für ihre Beschäftigten auf die Menschen mit Pflegebedarf um und erhöhten Anteile an den Ausbildungskosten, wobei hier ebenfalls nur gesetzlich gedeckelte Leistungssätze der sozialen Pflegeversicherung gälten. Das bedeute für viele Betroffene mehr Zuzahlungen oder Leistungsverzicht, wenn Menschen aufgrund ihrer Einkommenssituation keine zusätzlichen Kosten tragen könnten. Für pflegende Angehörige, mit fast vier Millionen Menschen die größte Gruppe der Pflegenden, fehlten nicht nur soziale Sicherungsleistungen. Teilstationäre professionelle Pflegeangebote, die die Familien tatsächlich entlasteten, fehlten bundesweit.

Zugleich stiegen der Pflegebedarf und die Ausgaben weiter. Die Zahl der Menschen, die Pflege bräuchten, und die Zahl derer in hohen, kostenintensiven Pflegegraden würden wachsen. Es fehlten dafür schon jetzt mehr als 120.000 ausgebildete Pflegekräfte. Die allgemeinverbindliche tarifliche Bezahlung in der Altenpflege sei überfällig und könne bis zu 5,2 Milliarden Euro kosten. Teilstationäre Entlastungsangebote für pflegende Angehörige erforderten Investitionen und mehr Leistungen der Pflegeversicherung. Der Investitionsbedarf bis zum Jahr 2030 liege schätzungsweise bei 55 Milliarden Euro.

Die Initianten fordern ein Sofortprogramm zur Verbesserung der Einnahmesituation der Pflegeversicherung bis zum Ende der Wahlperiode und Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Leistungen sowie der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Ebenfalls müssten die Menschen mit Pflegebedarf im Hinblick auf die Kosten entlastet werden. Bis zum Ende der Wahlperiode solle ein Zeitplan für die Einführung einer solidarischen Pflegevollversicherung ab 2025 erarbeitet werden. Zugleich solle die Bundes- und Länderverantwortung für eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur nachhaltig erhöht werden.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller unterstreichen, Ende 2019 hätten 3,99 Millionen Menschen in Deutschland Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bezogen. Mehr als drei Viertel dieser Menschen (ca. 3,1 Millionen) würden zu Hause gepflegt und 84 Prozent von ihnen würden allein durch Angehörige oder Nahestehende mit Bezug von Pflegegeld versorgt. Nur ein geringer Teil der pflegenden Angehörigen sei rentenrechtlich abgesichert. Lediglich 673.000

von ihnen seien Ende 2018 in der Rentenversicherung als sogenannte „nichterwerbsmäßig Pflegende“ pflichtversichert gewesen. 88 Prozent dieser nichterwerbsmäßig Pflegenden seien Frauen. Damit sei auch im Bereich der Pflege unbezahlte oder schlecht vergütete Care-Arbeit in Deutschland noch immer Frauensache.

Seit 2013 steige die Zahl rentenversicherter Pflegepersonen wieder an, seit 2017 sprunghaft. Allerdings würden die Verbesserungen seit 2017 erst ab Pflegegrad 2 gelten und die unterschiedliche rentenrechtliche Bewertung der Pflegegrade und Versorgungsformen nicht aufheben. Diese erfolge ab Pflegegrad 2 stufenweise als steigender Prozentsatz der jährlichen Bezugsgröße. Erst bei alleiniger häuslicher Pflege ohne Sachleistungsbezug in Pflegegrad 5 erreiche eine pflegende Angehörige 100 Prozent der Bezugsgröße und damit annähernd einen Ausgleich, der dem für Kindererziehungszeiten nahekomme. Ansprüche entstünden außerdem nur, wenn die Pflegeperson nicht mehr als 30 Wochenstunden regelmäßig erwerbstätig sei. Auch wenn eine Vollzeitbeschäftigung mit Pflege Tätigkeit schwer vereinbar sei, dürfe sie nicht über rentenrechtliche Regelungen ausgeschlossen werden. Bezögen Pflegepersonen bereits eine Regelaltersrente, würden ihnen für ihre Pflegeleistung keinerlei zusätzliche Rentenansprüche anerkannt. Einen plausiblen Grund gebe es hierfür nicht, da die Pflegeleistung von Menschen, die bereits die Regelaltersgrenze erreicht hätten, genauso viel Wert sei wie die jüngerer Pflegepersonen. Auch die sogenannte Flexirente biete keine wirkliche Verbesserung.

Die bestehenden Regelungen seien zersplittert und setzten falsche Signale, denn sie „belohnten“ Selbstaussbeutung in der Laienpflege, ohne die tatsächliche Leistung anzuerkennen. Die Initianten fordern daher eine Evaluation aller Sozialgesetzbücher hinsichtlich der Rentenansprüche pflegender Angehöriger sowie einen Gesetzentwurf, der die Gleichbehandlung pflegender Angehöriger sichere und deren Leistung rentenrechtlich besser anerkenne.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller verweisen darauf, dass drei von vier pflegebedürftigen Menschen in Deutschland aktuell zu Hause durch Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder Freundinnen und Freunde versorgt würden, zwei von drei gänzlich ohne die Unterstützung durch professionelle Betreuungs- oder Pflegedienste. In Deutschland gebe es rund 4,7 Millionen Menschen, die dieser Gruppe angehörten. Nicht nur aufgrund der Größe dieser Gruppe seien die Leistungen, die diese Menschen erbrächten, systemrelevant. Denn andernfalls müssten die pflegebedürftigen Menschen in (teil-)stationären Einrichtungen versorgt werden. Pflegende Angehörige seien von der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Kontaktbeschränkungen besonders betroffen. Zum einen fürchteten Pflegepersonen in Situationen, in denen soziale Kontakte unumgänglich seien, das Virus unbemerkt weiterzugeben, das Risiko einer Infektion zu erhöhen und die Gesundheit pflegebedürftiger Menschen zu gefährden. Zum anderen brächen wichtige Unterstützungsangebote, wie die Tagespflege oder familienunterstützende Dienste, die die Hauptpflegepersonen entlasten sollten, weg.

In einer vergleichbaren Situation befänden sich Angehörige von behinderten Menschen, die zwar nicht pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI seien, jedoch Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bezögen. So benötigten Schülerinnen und Schüler von Förderschulen, Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen und Zuverdienstprojekten, Menschen, die Tagesförderstätten besuchten, zurzeit mehr Unterstützung durch Angehörige, da die entsprechenden Einrichtungen geschlossen seien und meist keine alternativen Unterstützungsangebote zur Verfügung stünden.

Pflegende Angehörige müssten besser geschützt und unterstützt werden. Für sie und die Pflegepersonen solle der Infektionsschutz aus Sicht der Initianten erhöht werden. Neben vielen anderen Maßnahmen fordern sie zudem, für pflegende Angehörige unter bestimmten Voraussetzungen eine Lohnersatzzahlung und einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zu gewähren.

Zu Buchstabe f

Die Antragsteller unterstreichen, dass professionelle Pflege systemrelevant sei. In Europa seien 57 Prozent des Gesundheitspersonals in einem Pflegeberuf tätig. Ähnlich stelle sich dieses Verhältnis auch in Deutschland dar. Doch nicht nur zahlenmäßig nehme die berufliche Pflege einen wichtigen Stellenwert ein, denn ihr Aufgabenspektrum umfasse die Förderung und den Erhalt von Gesundheit, Assistenz medizinischer Behandlungen, berufsspezifische pflegerische und therapeutische Konzepte und insbesondere die Unterstützung umfassender Patientenorientierung im gesamten Gesundheitswesen. Professionelle Pflegekräfte leisteten damit einen unschätzbaren Beitrag zur Gesellschaft. Sie setzten mit ihrer qualifizierten Arbeit ihre Gesundheit, ihre Zeit und ihre Kraft dafür ein, die Gesundheit und das Leben anderer Menschen zu erhalten. Dafür hätten sie gesellschaftliche Wertschätzung und finanzielle Anerkennung verdient.

Gerade in Deutschland spiegle der Lohnzettel die Arbeitsbedingungen, die professionellen Zuständigkeiten und deren Integration in das Gesundheitswesen und die Systemrelevanz der professionellen Pflege nicht angemessen wider. Wichtig seien neben Schutz und Wertschätzung in der Corona-Krise vor allem auch grundsätzliche Verbesserungen bei der alltäglichen Arbeit, bei der beruflichen Ausrichtung und der berufsständischen Aufstellung der pflegerischen Berufsgruppe. Der Reformbedarf sei massiv und müsse schnell und wirksam angegangen werden. Gute Pflege brauche eine angemessene Personalausstattung, gute tarifliche Löhne, attraktive Arbeitsbedingungen und eine starke Einbindung in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung. Um diese Rahmenbedingungen zu verbessern, fordern die Initianten unterschiedliche kurzfristige wie aber auch grundlegende Maßnahmen.

Zu Buchstabe g

Die Antragsteller verweisen darauf, dass nach § 217 f Absatz 4 SGB V zusätzlich zum Wirtschaftlichkeits-, auch ein Qualitätswettbewerb der Krankenkassen vorgesehen sei. Dennoch hätten es Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor schwer, sich über die Qualität ihrer Krankenkasse zu informieren. Entsprechend finde der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen aktuell fast nur über die Höhe des Zusatzbeitrages sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt.

Einige Betriebskrankenkassen hätten bereits die Initiative für mehr Transparenz ergriffen und veröffentlichten Daten zum Leistungsgebaren. Dazu gehörten beispielsweise Angaben zum Anteil der genehmigten und abgelehnten Anträge auf verschiedene Leistungen wie Kuren oder Hilfsmittel, die Bearbeitungsdauer für einen Antrag und die Anzahl der Widersprüche und Klagen vor dem Sozialgericht. Andere veröffentlichten Transparenzberichte und führten regelmäßige Versichertenbefragungen durch. Solche Transparenzoffensiven erhielten für die Versicherten allerdings erst dann Relevanz, wenn sich alle Kassen beteiligen müssten. Zudem sollten Krankenkassen für eine ausweislich gute Versorgung, individuelle Beratung, barrierefreie und bürokratiearme Antragsverfahren sowie spezielle Versorgungsangebote auch belohnt werden. Davon könnten vor allem Menschen mit Behinderung sowie Menschen mit einer komplexen chronischen Erkrankung profitieren, die es im derzeitigen vorwiegend auf Wirtschaftlichkeit angelegten Wettbewerb im Gesundheitswesen besonders schwer hätten.

Die Initianten fordern daher vor allem die Einführung eines unabhängigen und qualitätsgesicherten Monitorings, das durch geeignete Kriterien eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen ermögliche und diese den Versicherten in einem Portal zugänglich mache. Des Weiteren sollten Anreize und Instrumente geprüft werden, mit denen beispielsweise das besondere Engagement etwa von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf belohnt werde oder Krankenkassen zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen bewegt würden.

Zu Buchstabe h

Die Antragsteller betonen, seit Jahren wiesen Studien und Gutachten immer wieder auf die Notwendigkeit einer neuen Aufgabenteilung im Gesundheitswesen sowie zusätzlicher Kompetenzen für alle Gesundheitsberufe hin. Zukünftig würden akademisch ausgebildete Absolventinnen und Absolventen dringend in einer patientennahen und mehr regional sowie sektorübergreifend ausgerichteten Versorgung benötigt. Die in den Gesundheitsberufen tätigen Personen würden künftig komplexere Tätigkeiten als heute ausüben, darunter auch solche, die bisher von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen würden. Dafür müssten die Gesundheitsberufe befähigt werden, ihr Handeln anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu reflektieren und die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten kritisch auf ihre Evidenzbasierung zu prüfen. Die übliche Ausbildung an berufsbildenden Schulen reiche dafür nicht aus. Heilmittelerbringerinnen und –erbringer spielten im ländlichen Raum und für eine alternde Bevölkerung eine wichtige Rolle. Sie könnten in vielen Fällen Versorgung auch dort sicherstellen, wo es keine Einrichtung, kein Krankenhaus und keine Ärztinnen oder Ärzte mehr gebe. Dafür müssten sie jedoch mit den entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sein und angemessen vergütet werden.

Die Erfahrungen mit den Modellstudiengängen seien durchweg positiv. Inzwischen gebe es weitere Untersuchungen, wonach akademisch ausgebildete Angehörige von Therapieberufen weiterhin therapeutisch tätig seien und ihr an der Hochschule erworbenes Wissen damit den Patientinnen und Patienten zugutekomme. Sie hätten Kompetenzen erworben, die sie dazu befähigten, fach- und sachgerecht mit chronischen, komplexen und instabilen Krankheitsverläufen sowie Multimorbidität umzugehen. Zudem eigneten sie sich für Versorgungsaufgaben an den kritischen Schnittstellen über Professions- und Systemgrenzen hinweg. Sie seien in der Lage, Aufgaben ins-

besondere im Bereich Beratung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Projektarbeit, Recherche, Konzeptentwicklung und Expertentätigkeiten zu übernehmen, die über das hinausgingen, was andere Fachkräfte in derselben Einrichtung könnten. Die Arbeitgeber bescheinigten den Absolventinnen und Absolventen einen Kompetenzvorsprung im Vergleich zu fachschulisch Ausgebildeten.

Statt die Modellstudiengänge für die Ergotherapie, die Logopädie und die Physiotherapie erneut um fünf Jahre zu verlängern, sollten endlich die Grundlagen für eine reguläre akademische Ausbildung in diesen Berufen geschaffen werden.

Zu Buchstabe i

Die Initianten weisen darauf hin, dass es aufgrund des demografischen Wandels hin zu einer hochaltrigen Gesellschaft künftig mehr Menschen geben werde, die in ihrer Teilhabe beeinträchtigt seien, chronisch erkrankten oder pflegebedürftig würden. Unabhängig vom Alter steige auch die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Personengruppen seien genau wie Menschen, die mit einer Beeinträchtigung auf die Welt kämen oder sich diese früher im Leben aneigneten, häufiger auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen als andere Menschen. Zudem benötigten sie häufig eine intensivere und spezifische Behandlung sowie verschiedene Formen der Unterstützung, um Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen zu können. Wer anders kommuniziere oder sich anders verhalte als die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten, habe oftmals Probleme und Hürden, entsprechend gut versorgt zu werden.

Die Bundesrepublik Deutschland habe die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (VN-BRK) im Jahr 2009 ratifiziert. Artikel 25 der Konvention verpflichte die Vertragsstaaten, das Recht behinderter Menschen auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitssystems zu sichern. Darüber hinaus seien speziell auf die jeweiligen Beeinträchtigungen beziehungsweise Erkrankungen ausgerichtete Angebote zu garantieren. Diese Dienstleistungen müssten unentgeltlich beziehungsweise zu erschwinglichen Konditionen angeboten werden. Artikel 26 (VN-BRK) schreibe das Recht auf Habilitation (Erwerb von Fähigkeiten) und Rehabilitation fest. Die Versorgungswirklichkeit, mit der sich Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen konfrontiert sähen, zeige jedoch, dass Deutschland von einer wirksamen Umsetzung der VN-BRK noch weit entfernt sei.

Das Erste, Fünfte und Neunte Buch Sozialgesetzbuch enthielten bereits einige Vorgaben zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen. In der Praxis vor Ort falle jedoch immer wieder auf, dass die Umsetzung dieser Regelungen Probleme bereiteten oder gar nicht erst stattfinde. Eine wesentliche Ursache dafür seien die hohen Zugangshürden zum Gesundheitswesen, die Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung und der Finanzierung des Gesundheitssystems an Einzelleistungen und an der kurzfristigen Behandlung von Krankheitssymptomen. Eine weitere maßgebliche Ursache für die unzureichende Behandlung der komplexen Beeinträchtigungen von Menschen mit Behinderungen liege in unserem segmentierten und aus mehreren getrennten Säulen bestehenden Sozialleistungssystem. Gesetzliche Regelungen liefen auch deshalb oft ins Leere, weil sich die Krankenkassen und andere Rehabilitationsträger uneinig seien, wer eine bestimmte Leistung finanziere und durchführe. Auch nach Inkrafttreten des ersten Teils des SGB IX im Jahr 2018 würden diese Streitigkeiten zu oft auf dem Rücken der behinderten Menschen ausgetragen und nicht auf dem durch die §§ 14 ff. SGB IX vorgesehenen Weg zwischen den Trägern direkt geregelt.

Die Gesundheitsversorgung müsse daher im Sinne der Artikel 25 und 26 VN-BRK umgestaltet werden. Dazu müssten insbesondere alle Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften, die Leistungsansprüche und die Organisation der Gesundheitsversorgung regelten, auf noch bestehende Widersprüche zwischen SGB V, SGB IX und zur VN-BRK überprüft und identifizierte Widersprüche im Sinne der Menschen mit Behinderungen beseitigt werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/26822, 19/27214 in seiner 131. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und 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, die Annahme des Gesetzentwurfs in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich im Rahmen seines Auftrags gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 19/1837 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/26822, 19/27214 befasst und festgestellt, dass eine Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs gegeben sei. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 19(26)107(neu)-35).

Zu Buchstabe b

Der **Haushaltsausschuss** hat den Antrag auf Drucksache 19/27202 in seiner 93. Sitzung am 24. März 2021 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Zu Buchstabe c

Der **Finanzausschuss** hat den Antrag auf Drucksache 19/24448 in seiner 146. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und 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 beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat den Antrag auf Drucksache 19/24448 in seiner 131. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und 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 beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Zu Buchstabe d

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat den Antrag auf Drucksache 19/25349 in seiner 131. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat den Antrag auf Drucksache 19/25349 in seiner 101. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Zu Buchstabe e

Der **Haushaltsausschuss** hat den Antrag auf Drucksache 19/18957 in seiner 78. Sitzung am 5. November 2020 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP und DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat den Antrag auf Drucksache 19/18957 seiner 131. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Zu Buchstabe f

Der **Haushaltsausschuss** hat den Antrag auf Drucksache 19/19136 in seiner 78. Sitzung am 5. November 2020 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat den Antrag auf Drucksache 19/19136 seiner 131. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Zu Buchstabe g

Kein mitberatender Ausschuss.

Zu Buchstabe h

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat den Antrag auf Drucksache 19/27829 in seiner 76. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

Zu Buchstabe i

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat den Antrag auf Drucksache 19/27874 in seiner 131. Sitzung am 9. Juni 2021 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 88. Sitzung am 6. Mai 2020 beschlossen, zu dem Antrag auf Drucksache 19/18957 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 91. Sitzung am 13. Mai 2020 hat der Ausschuss beschlossen, zu dem Antrag auf Drucksache 19/19136 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 92. Sitzung am 27. Mai 2020 hat der Ausschuss seine Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 19/19136 aufgenommen.

In seiner 98. Sitzung am 9. September 2020 hat der Ausschuss seine Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 19/18957 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung zu den Anträgen auf Drucksache 19/18957 sowie auf Drucksache 19/19136 fand in der 100. Sitzung am 9. September 2020 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), GKV-Spitzenverband und Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di. Als Einzelsachverständige waren Brigitte Bührlen (Wir! Stiftung pflegender Angehöriger), Carsten Drude (Bundesverband der lehrenden Gesundheits- und Sozialberufe), Prof. Dr. Thomas Fischer, MPH (Evangelische Hochschule Dresden), Dr. Tine Haubner (Friedrich-Schiller-Universität Jena), Josef Hug (Städtisches Klinikum Karlsruhe), Nadya Klarmann (Pflegekammer Niedersachsen), Christian Pälme (Pflegepolitik und Familienpflege wir pflegen Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e. V.) und Prof. Dr. Heinz Rothgang (SOCIUM Universität Bremen) eingeladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 138. Sitzung am 24. Februar 2021 hat der Ausschuss seine Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 19/25349 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 146. Sitzung am 24. März 2021 hat der Ausschuss seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/26822, 19/27214 und zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/27202, 19/26889 sowie 19/27829 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen, in dem Fall des Antrages auf Drucksache 19/27829 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum.

Die Beratungen zu dem Gesetzentwurf und den vorgenannten Anträgen hat der Ausschuss in seiner 149. Sitzung am 12. April 2021 fortgesetzt und die öffentliche Anhörung am gleichen Tag in seiner 150. Sitzung durchgeführt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen

schen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e. V. (BVDH), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Bundesarbeitsgemeinschaft Patientenstellen (BAGP), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED), Bundesverband Kinderhospiz e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (BPA), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA), Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG), Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutsche Gesellschaft für Pathologie e. V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebshilfe (DKH), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Deutscher Heilbäderverband e. V. (DHV), Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e. V. (DHPV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V., Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e. V. (MDS), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (VZBV), Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Als Einzelsachverständige waren Johannes Bauernfeind (AOK Baden-Württemberg Hauptverwaltung, Vorsitzender des Vorstandes), Dr. Gertrud Demmler (Vorstand Siemens-Betriebskrankenkasse) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen, Campus Essen – Lehrstuhl für Medizinmanagement) eingeladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 157. Sitzung am 21. April 2021 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 19/27874 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 162. Sitzung am 5. Mai 2021 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Antrag auf Drucksache 19/24448 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/25349 und 19/27874 fand in der 163. Sitzung am 5. Mai 2021 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: BAG Selbsthilfe e. V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Rentenversicherung, Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund, Fachverbände für Menschen mit Behinderung, GKV-Spitzenverband, Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verband der Privaten Krankenversicherung und wir pflegen e. V. Als Einzelsachverständige waren Brigitte Bühlren (Vorsitzende Wir! Stiftung pflegender Angehöriger), Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen – SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik) und Dr. Antje Schwinger (Wissenschaftliches Institut der AOK – Forschungsbereichsleiterin Forschungsbereich Pflege) eingeladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 168. Sitzung am 19. Mai 2021 hat der Ausschuss zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/26822, 19/27214 und zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/27202, 19/24448, 19/26889, 19/27829 und 19/27874 beschlossen, eine weitere öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 172. Sitzung am 7. Juni 2021 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/26822, 19/27214 fortgesetzt.

Die weitere öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/26822, 19/27214 und zu dem Antrag auf Drucksache 19/24448 fand am 7. Juni 2021 in der 173. Sitzung statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AWO Bundesverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG-Selbsthilfe), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespflegekammer e. V., Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (BVVP), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

(BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, denkschmiede gesundheit, Deutscher Caritasverband, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Pflegerat, Diakonie Deutschland, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V., Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (VZBV), Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. Als Einzelsachverständige waren Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen (Institut für Finanzwissenschaft und Sozialpolitik, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg), Prof. Dr. Heinz Rothgang (SOCIUM Universität Bremen) und Andreas Storm (Vorstandsvorsitzender der DAK Gesundheit) eingeladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Zu allen genannten Vorlagen hat der Ausschuss die Beratungen in seiner 175. Sitzung am 9. Juni 2021 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 Drucksachen 19/26822, 19/27214 in der von ihm 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 19/27202 abzulehnen.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** für Gesundheit 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, den Antrag auf Drucksache 19/24448 abzulehnen.

Außerdem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** 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, den Antrag auf Drucksache 19/25349 abzulehnen.

Ebenso empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP, den Antrag auf Drucksache 19/18957 abzulehnen.

Weiterhin empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** für Gesundheit mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/19136 abzulehnen.

Ebenfalls empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/26889 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/27829 abzulehnen.

Schließlich empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/27874 abzulehnen.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat im Laufe seiner Beratungen eine Reihe von Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD beraten. Neben vor allem technischen Anpassungen und Korrekturen im SGB V hatten diese im Wesentlichen folgenden Inhalt:

Ausnahmemöglichkeit der Länder von festgelegten Mindestmengen:

Mit dem neuen § 136b Absatz 5a wird die Möglichkeit der Länder, Ausnahmen von festgelegten Mindestmengen zu erteilen, beibehalten, aber mit zusätzlichen Verfahrensregelungen flankiert. So stehen Länderausnahmen zukünftig unter der Voraussetzung, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ihr Einvernehmen erteilen.

Genomsequenzierung:

Mit der Vorschrift wird ein Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung sowohl bei seltenen als auch bei onkologischen Erkrankungen implementiert. Grundlage des Modellvorhabens ist die umfangreiche Genomsequenzierung im Rahmen eines strukturierten klinischen Behandlungsablaufs und die darauf aufbauende Datenzusammenführung von klinischen und genomischen Daten in einer Dateninfrastruktur, die eine Analyse der gewonnenen Daten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung erleichtert.

Beleihung InEK:

In einer zentralen Vorschrift wird die Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit hoheitlichen Aufgaben normiert, die ihm durch Rechtsvorschrift oder durch die Vertragsparteien auf Bundesebene als Gesellschafter zugewiesen sind. Dadurch soll dem InEK die rechtssichere Wahrnehmung dieser Aufgaben ermöglicht werden.

Erweiterung des Verfahrens für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Arzneimittel):

Des Weiteren wird einerseits für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) enthalten, ein zusätzliches Antragsrecht zum 30. April jedes Jahres beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus etabliert, um damit eine zeitnahe sachgerechte Vergütung von Krankenhausbehandlungen, die unter Verwendung von ATMP erfolgen, sicherzustellen. Andererseits wird für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die die Gabe von Arzneimitteln enthalten und für die die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts nur auf Grund ihrer fehlenden Zulassung nicht zulässig war, ab ihrem Zulassungszeitpunkt eine unterjährige Möglichkeit zur Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten geschaffen.

Erweiterung Einsichtszeitpunkt im Organspenderegister:

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft, das am 1. März 2022 in Kraft tritt, wird mit § 2a TPG – neu – ein Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende eingerichtet. Nun wird mit den Änderungen in Artikel 10 Buchstabe b hinsichtlich des Zeitpunkts, wann eine Auskunft bei dem Register erfragt werden darf, differenziert. Neben der bisherigen Regelung, wonach eine Auskunft erst nach Feststellung des Todes gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfragt werden darf, um diese an den Arzt, der die Organentnahme vornehmen will weiterzugeben, wird nun geregelt, dass eine Auskunft bereits in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, erfragt werden darf, um diese Information an die behandelnde Ärzte weiterzugeben. Die Regelung ist im Interesse der Patientenautonomie erforderlich, damit dem Willen des Patienten auch mit Blick auf eine mögliche Spendebereitschaft in jeder Phase der Behandlung entsprochen werden kann. Die Differenzierung der Abfragezeitpunkte ist erforderlich, weil der Zeitpunkt, zu dem eine Abfrage erfolgt ist, maßgeblich ist für die Frage, an wen die Auskunft aus dem Register weitergegeben werden darf. Dies wird mit den weiteren Änderungen sichergestellt.

Vergabe Gütesiegel für Anwerbung ausländischer Pflegekräfte:

Mit der Vorschrift wird ein Gütesiegel für die Gewährleistung eines hohen ethischen Standards bei der Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten eingeführt. Damit trägt Deutschland zugleich insbesondere dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften Rechnung. Im Einzelnen werden insbesondere die Herausgabe des Gütesiegels einschließlich der Festlegung weiterer damit verbundener Vorgaben geregelt, seine Erteilung sowie Vorschriften zur Gewährleistung von Transparenz und Beteiligung der Fachkreise.

Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus:

Um eine angemessene Personalausstattung in der Pflege und eine hochwertige pflegerische Versorgung zu gewährleisten, werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der

Verband der Privaten Krankenversicherung verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum Ende des Jahres 2024 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in der Pflege im Krankenhaus zu entwickeln und zu erproben. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige auf ihre Kosten.

Pflegebudget:

Im Bereich des zum Jahr 2020 eingeführten Pflegebudgets werden die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, damit die Einigung der Vertragsparteien auf Bundesebene vom Dezember 2020 zur Verhinderung von Doppelfinanzierung bei der Finanzierung von Pflegepersonalkosten rechtssicher auf der Ortsebene umgesetzt werden kann. Die Vorgaben für Unterlagen und Nachweise, die das Krankenhaus zum Pflegebudget vorzulegen hat, werden ergänzt und die Transparenz erhöht.

Bundeszuschuss:

Um auch im Jahr 2022 einen erheblichen Anstieg der Lohnnebenkosten zu vermeiden und die Sozialversicherungsbeiträge unter 40 Prozent zu stabilisieren, erhält die gesetzliche Krankenversicherung zusätzlich zum regulären Bundeszuschuss nach § 221 SGB V einen ergänzenden Bundeszuschuss im Jahr 2022 in Höhe von 7 Milliarden Euro. Dieser Betrag entspricht nach derzeitigem Erkenntnisstand in wesentlichen Teilen einer ohne eine entsprechende Mittelführung derzeit zu erwartenden Deckungslücke im Jahr 2022, die die Krankenkassen über eine Erhöhung ihrer Zusatzbeitragssätze finanzieren müssten. Die Einschätzung der zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes erforderlichen zusätzlichen Bundesmittel für das Jahr 2022 ist aktuell noch mit Unsicherheiten verbunden. Daher wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Deutschen Bundestages ohne Zustimmung des Bundesrates, den ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 bis zum 31. Dezember 2021 neu festzusetzen, um die Stabilisierung des durchschnittlichen GKV-Zusatzbeitragssatzes in 2022 bei 1,3 Prozent sicherzustellen.

Änderungsanträge zur Pflege („Pflegepaket“)

Im Bereich der häuslichen Pflege und Langzeitpflege (SGB V, SGB XI und PflBG) werden insbesondere Regelungen eingeführt, die zentrale Beschlüsse der Konzierten Aktion Pflege umsetzen und auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden zielen. Dazu zählen Regelungen zur Entlohnung nach Tarif als Voraussetzung für die Zulassung als Pflegeeinrichtung, zur gesetzlichen Einführung und schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Pflege, die Einführung von Verordnungskompetenzen für Pflegefachkräfte bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln (ohne ärztliche Verordnung) sowie erweiterter Handlungskompetenzen für qualifizierte Pflegefachpersonen in geeigneten Leistungsbereichen der häuslichen Krankenpflege und ein Gangbarmachen von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen. Gleichzeitig wird der von den Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege zu entrichtende Eigenanteil an den Pflegekosten künftig prozentual begrenzt, und die ambulanten Sachleistungsbeträge werden angehoben. Die Kurzzeitpflege wird gestärkt durch die Vorgabe an die Selbstverwaltung, künftig die Besonderheiten dieser Versorgungsform in Vergütungsvereinbarungen besser zu berücksichtigen; gleichzeitig wird der entsprechende Leistungsbetrag der Pflegeversicherung deutlich angehoben. In der stationären Akutversorgung wird zudem ein neuer Anspruch auf eine bis zu zehntägige Übergangspflege für den Fall eingeführt, dass eine an die Krankenhausversorgung anschließende Versorgung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit oder z.B. in einer Kurzzeitpflege nicht sichergestellt werden kann.

Ergänzt wird dies durch Regelungen zu Weiterentwicklungen im Bereich der Qualität der pflegerischen Versorgung, für Vereinfachungen und Klarstellungen bei den Vorgaben für ambulante Betreuungsdienste, Anpassungen der Vorgaben für den Medizinischen Dienst Bund als Richtlinien-Geber, Regelungen zu Kostenerstattungsansprüchen nach dem Tod der pflegebedürftigen Person, eine Ausweitung der Beratungspflichten der Pflegekassen zugunsten der Pflegebedürftigen, die Stärkung der Förderung regionaler Netzwerke sowie rechtstechnische Anpassungen und Klarstellungen. Zur Finanzierung der angeführten Maßnahmen wird insbesondere ein jährlicher Bundeszuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro eingeführt und es wird der Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte angehoben.

Die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge wurden wie folgt abgestimmt:

Die **Änderungsanträge 1 bis 21 und 23 bis 50 auf Ausschussdrucksache 19(14)310neu** wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 22 auf Ausschussdrucksache 19(14)310neu wurde zurückgezogen.

Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 4 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Änderungsantrag 5 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 6 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Änderungsantrag 7 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 8 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Änderungsantrag 9 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Änderungsantrag 11 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Änderungsantrag 12 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag 14 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Änderungsantrag 16 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Änderungsantrag 18 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Änderungsantrag 20 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 2, 3, 10, 13, 15, 17 und 19 auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Zudem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)310.5 ein Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Zu Artikel 1 Nummer 33a – neu –

Nach Artikel 1 Nummer 33 wird folgende Nummer 33a eingefügt:

„33a. § 125 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. Januar 2021 oder bis zum Ablauf einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Fristen auf die Preise für die einzelnen Leistungspositionen oder eine Anpassung dieser Preise einigen, werden sowohl der Inhalt des Vertrages als auch die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 6 festgesetzt.““

Begründung:

Die derzeitige Schiedsstellenregelung hat sich in aktuellen Verhandlungen der Vertragspartner als unzureichend erwiesen. Bei den Verhandlungen zu den Verträgen der Krankenkassen mit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gab es zwar einen Schiedsspruch, aber dieser Schiedsspruch beinhaltete nicht die strittige Frage der Preise in Euro für die Leistungserbringung. Die notwendige Anforderung, dass die strittigen Fragen der Vertragsverhandlungen durch den Schiedsstellenspruch auch gelöst werden müssen, wird daher hier eindeutig kodifiziert.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)310.5 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP abgelehnt.

Weiter hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)310.1 ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Artikel 1 Nummer 33 Buchstabe c (betreffend die Schaffung einer standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden) wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3b Nummer 1 werden hinter dem Wort „Qualifikation“ die Worte „und Supervision“ eingefügt.

2. In Absatz 3b Nummer 2 wird das Wort „und“ hinter dem Wort „Ersteinschätzung“ durch ein Komma ersetzt.

3. In Absatz 3b Nummer 3 wird das Komma hinter dem Wort „vorliegt“ durch ein „und“ ersetzt.

4. In Absatz 3b wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. zur kontinuierlichen Evaluation, Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der standardisierten Ersteinschätzung durch die mit der Ersteinschätzung beauftragten Stelle.“

5. In Absatz 3b werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt: „Die medizinische und organisatorische Gesamtverantwortung für die standardisierte Ersteinschätzung liegt bei der ärztlichen Leitung der für die Notfallversorgung zuständigen Organisationseinheit des Krankenhauses. Diese ärztliche Leitung ist für die Durchführung einer fachgerechten standardisierten Ersteinschätzung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft verantwortlich und dem für die standardisierte Ersteinschätzung verantwortlichen Personal in allen medizinischen Belangen weisungsbefugt.“

6. Nach dem neuen Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt: „Bei Feststellung des sofortigen Behandlungsbedarfs ist eine Prüfung der Abrechnung auf Plausibilität nicht vorzunehmen. Der sofortige Behandlungsbedarf kann im Einzelfall auch durch die oder den für die Notfallversorgung zuständige Ärztin oder Arzt festgestellt werden. In diesen Fällen ist eine Prüfung auf Plausibilität nach § 106 d SGB V zulässig.“

7. In Absatz 3 b werden im neuen Satz 9 nach den Worten „für die ärztlichen Leistungen“ folgende Worte eingefügt: „unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen sowie der notwendigen technischen Infrastruktur“.

Begründung:

Die von der Bundesregierung angestrebte solitäre gesetzliche Verankerung einer standardisierten Ersteinschätzung beim medizinischen Versorgungsbedarf von Hilfesuchenden ohne eine zeitgleich notwendige, große Reform der Notfallversorgung ist unzureichend. Der vorliegende Vorschlag der Bundesregierung adressiert darüber hinaus weder Fragen von Qualitätssicherung bei der Durchführung bzw. Bedienung einer entsprechenden Triage-Software noch die Frage der medizinischen Gesamtverantwortung für die standardisierte Ersteinschätzung sowie die Möglichkeit der ärzteseitigen Überstimmung des Ergebnisses einer standardisierten Ersteinschätzung.

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag werden essenzielle Aspekte für eine rechtssichere Ersteinschätzung im Sinne der Patientinnen und Patienten vorgenommen.

Zu 1. bis 4.: Die notwendige allgemeine Evaluation und Weiterentwicklung einer Software zur standardisierten Ersteinschätzung ist unabhängig von einem hiermit eingeführten lokalen Qualitätsmanagement. Damit wird sichergestellt, dass die standardisierte Abfrage korrekt durchgeführt wird. Diejenigen, welche die Gesamtverantwortung tragen, erhalten gleichzeitig die gesetzliche Grundlage, die es ihnen erlaubt, die Qualität der eigenen Arbeit in der Ersteinschätzung nachzuvollziehen und zu verbessern.

Zu 5.: Die Ergänzung legt fest, dass die medizinische und organisatorische Gesamtverantwortung bei der zuständigen ärztlichen Leitung liegt. Die im vorliegenden Entwurf zu erwartende Rechtsunsicherheit wird somit vermieden.

Zu 6.: Ein sofortiger Behandlungsbedarf muss weiterhin im Einzelfall vom zuständigen ärztlichen Personal festgestellt werden können. Die entsprechende Vergütung ambulanter Leistungen muss auch für diesen Fall abgesichert sein. Die Zulässigkeit einer Plausibilitätsprüfung verringert die Wahrscheinlichkeit der Feststellung eines möglicherweise ungerechtfertigten sofortigen Behandlungsbedarfs.

Zu 7.: Auch die nichtärztlichen Leistungen und notwendigen technischen Investitionen im einheitlichen Bewertungsmaßstab müssen sachgerecht abgebildet werden. Im vorliegenden Entwurf wird jedoch nur auf ärztliche Leistungen eingegangen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)310.1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Daneben hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)310.2 ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

Nach Nummer 11 wird folgende Nummer 11a eingefügt:

„11a. In § 39 Absatz 1a Satz 9 werden nach den Wörtern „gemäß der Packungsgrößenverordnung“ folgende Wörter eingefügt:

„sowie Wochenendmedikation im Rahmen einer teilstationären Behandlung in einer Tagesklinik““

Begründung:

In kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken kommen Patient:innen üblicherweise morgens in die Klinik und fahren nachmittags – meist mit Sammeltaxis – wieder nach Hause. Am Wochenende und an Feiertagen sind die Tageskliniken jedoch geschlossen. Dennoch sollen Patient:innen durchgehend behandelt werden können.

Wenn Patient:innen aufgrund ihrer Behandlung Betäubungsmittel benötigen, erhalten sie diese unter der Woche meist in der Klinik. Für die Wochenenden oder an Feiertagen, für die sie ebenfalls eine Medikation brauchen, tritt folgendes Problem auf: Wenn die Kinder und Jugendlichen nicht von ihren Eltern abgeholt werden, darf weder ihnen noch einer dritten Person (bspw. einem Taxifahrer) ein Betäubungsmittel aus der Klinikapotheke

mitgegeben werden. Grundsätzlich gilt dies aber auch für andere Medikamente, insbesondere, wenn die Einnahme zu schwerwiegenden Folgen führen könnte (Antidepressiva, Atypika, Neuroleptika, usw.). Eine Mitgabe der Wochenendmedikation ist bisher nicht durchgängig realisierbar.

Ebenfalls problematisch ist es, den Patient:innen die Wochenendmedikation über ein Rezept einer Kinder- oder Hausärzt:in zukommen zu lassen. Denn die Kostenübernahme über ein Rezept ginge direkt zu Lasten der Krankenkasse und würde damit nicht aus dem teilstationären Pflegesatz getragen, obwohl die Medikation eindeutig wegen der psychiatrischen Störung indiziert ist, aufgrund der sich die Patient:in in Behandlung in einer Tagesklinik befindet. Die Kosten für die Arzneimittel sind also bereits in den Behandlungspauschalen enthalten.

Kinder- und Jugendpsychiatrien haben oft ein relativ großes Einzugsgebiet, wodurch für Eltern regelmäßig Fahrzeiten von mehreren Stunden entstehen können, nur um die Wochenendmedikation zu erhalten. Andererseits dürften Krankenhausapotheken aufgrund von bestehenden Rabattverträgen Medikamente oft gar nicht direkt an Patient:innen oder an Dritte, also die Eltern, abgeben. Darüber hinaus verfügen Tageskliniken nicht selten gar nicht über eine eigene Klinikapotheke.

Um dem Dilemma der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Tageskliniken entgegenzuwirken, wonach entweder eine unsachgemäße Abrechnung zu Lasten der Krankenkassen (mit drohenden Regressforderungen für die beteiligten Vertragsärzt:innen, die ggf. entgegen § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V zusätzliche Rezepte ausstellen) oder eine potentiell strafbare Weitergabe von Betäubungsmitteln denkbar wären, wird im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung der Wochenendmedikation von Tageskliniken rechtssicher ermöglicht. Nach bisheriger Rechtslage ist die Verordnung von Arzneimitteln nur bei Entlassung möglich. Die Regelung findet formal bisher keine Anwendung bei weiterer teilstationärer Behandlung.

Medikamentenmitgaben für das Wochenende sind eingebunden in die Gesamtbehandlung der Patient:innen. In der Regel wird nach dem Wochenende im Rahmen der Therapie nachbesprochen, wie das Medikament zuhause gegeben wurde. Insofern ist, auch im Interesse der Patient:innen und ihrer Sorgeberechtigten, die erlaubte Mitgabe eine Notwendigkeit.

Eine rechtliche Klarstellung ist auch vor dem Hintergrund unumgänglich, dass die Bundesopiumstelle und die Bundesregierung weder eine pragmatische einvernehmliche Regelung in Absprache mit den zuständigen Landesbehörden getroffen hat, noch trotz mehrmaliger schriftlicher Nachfrage überhaupt bereit war, die Problematik anzuerkennen und Lösungswege vorzuschlagen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/23454, Nummer 175 sowie 19/24261, Nummer 158).

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)310.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP abgelehnt.

Ferner hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache (14)310.3 ein dritter Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

„13a. Dem § 43a SGB V wird folgender Absatz 3 angefügt:

„Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b erbracht werden.““

2. Nach Nummer 27 wird folgende Nummer 27b eingefügt:

„27b. In § 92 Absatz 6b wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Für versicherte Kinder schließt dies den Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach § 43a ein, die durch den koordinierenden Arzt oder Psychotherapeuten veranlasst und verantwortet werden.““

Begründung:

Die gegenwärtigen Beratungen im G-BA über eine Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung von schwer psychisch kranken Erwachsenen haben ein strukturiertes und abgestimmtes Versorgungsangebot für diese Personengruppe zum Ziel. Eine entsprechende Richtlinie wäre ein wichtiger Schritt, um schwer psychisch kranken Erwachsenen so weit wie möglich ein Leben im gewohnten Umfeld zu sichern und stationäre Aufenthalte zu minimieren.

Solche abgestimmte Versorgungsstrukturen muss auch für minderjährige Patient:innen mit komplexem psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsbedarf geschaffen werden. Denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Ihre Behandlungsbedarfe unterscheiden sich zum Teil erheblich von denen erwachsener Menschen. Neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sowie den weiteren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Behandlungsleistungen benötigen sie insbesondere auch heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Maßnahmen. Der bisherige in § 43a SGB V definierte Leistungsanspruch reicht nicht aus, da der spezifische Behandlungsbedarf von minderjährigen Patient:innen in sozialpsychiatrischen Praxen in der Regel nur begrenzt adressiert ist und die Vernetzung und Kooperation mit vertragspsychotherapeutischen Praxen vielerorts noch unzureichend ist.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen sollen Kinder und Jugendliche im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische, insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen erhalten, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung erbracht werden.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)310.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Schließlich hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)310.4 noch ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

Es wird folgende Nummer 27a eingefügt:

„27a. In § 92 Absatz 6a Satz 2 werden nach den Wörtern „probatorische Sitzungen bereits frühzeitig“ folgende Wörter eingefügt:

„noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie““

Begründung:

Durch die Präzisierung wird ermöglicht, dass probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung nicht nur in den Räumen des Krankenhauses, sondern auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können. Für Patient:innen hätte dies zum Vorteil, dass sie bereits vor Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung und noch während ihres Krankenhausaufenthaltes eine psychotherapeutische Praxis für probatorische Sitzungen aufsuchen könnten und sich somit für eine ambulante Psychotherapie auf Basis einer realen Behandlungserfahrung in den Räumlichkeiten einer jeweiligen Praxis entscheiden können. Die Patient:innen würden zudem darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder ggf. mit soziotherapeutischer Unterstützung Termine in der vertragspsychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)310.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Petitionen

Dem Ausschuss für Gesundheit hat zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/18957, 1919/24448 sowie /27202, jeweils eine Petition vorgelegen, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme gemäß § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages angefordert hatte. Die Petitionen wurde in die Beratungen einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Der Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/26822, 27214 und die Anträge auf den Drucksachen 19/27202, 19/24448, 19/25349, 19/18957, 19/19136, 19/26889 und 19/27874 wurden gemeinsam mit den Anträgen auf den Drucksachen 19/14827 und 19/28781 beraten.

Die **Fraktion der CDU/CSU** hob hervor, mit dem Gesetz werde die Qualität und Versorgung für die Versicherten weitestgehend verbessert. So seien zum Beispiel Leistungen wie der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung für viele weitere planbare Eingriffe ausgeweitet worden. Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten würden zur Pflichtleistung umgewandelt. Für die Behandlung von Adipositas werde ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm adressiert. Die Hospiz- und Palliativversorgung werde weiter gestärkt und die ambulante Notfallversorgung durch ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren entlastet. Diese Beispiele verdeutlichten, dass es sich um Verbesserungen handle, die sich sehen lassen könnten. Im parlamentarischen Verfahren sei vieles Weitere, so zum Beispiel die Leistung zur Tabakentwöhnung, die jetzt Kassenleistung werde, dazugekommen und ein Bundeszuschuss von 7 Milliarden Euro für 2022 an die gesetzliche Krankenversicherung verankert worden, was angesichts der Haushaltslage, die von der Pandemie erheblich beeinflusst sei, nicht selbstverständlich sei.

Mit den Änderungsanträgen zur Pflege stiegen die ambulanten Pflegesachleistungen um fünf Prozent. Die Leistungen zur Kurzzeitpflege würden mit 10 Prozent deutlich besser finanziert und es werde künftig mehr Kurzzeitpflegeplätze geben. Ein ganz wichtiger Punkt sei die tarifvertragliche Entlohnung der Pflegekräfte. Voraussetzung dafür, dass ein Pflegeheim oder Pflegedienst seine Leistungen mit der Pflegeversicherung abrechnen könne, sei eine tarifvertragliche Bezahlung. Damit werde gesichert, dass künftig keine Pflegekraft mehr in der Altenpflege mit zu geringem Lohn abgespeist werden könne. Auch für die Heimbewohner werde es Verbesserungen geben. So werde zu dem pflegebedingten Eigenanteil abhängig von der Verweildauer im Heim ein stufenweiser Zuschuss eingeführt, den alle erhielten. Dieser werde auf der Heimrechnung ausgewiesen, wodurch er nachprüfbar sei. Er betrage in den ersten Monaten fünf Prozent, ab zwei Jahren Verweildauer seien es 25 Prozent und ab dem dritten Jahr 45 Prozent. Wenn jemand länger als 36 Monate im Heim verweile, betrage der Zuschuss 70 Prozent. Es seien derzeit über 40 Prozent der Menschen im Heim, die diesen Zeitraum erreichten. Dieser Zuschuss werde die Familien extrem entlasten. Des Weiteren werde mit der Übergangspflege für bis zu 10 Tage nach einem Krankenhausaufenthalt ein völlig neuer Leistungsanspruch eingeführt.

Die Gegenfinanzierung sei auch für die Union kein einfaches Thema gewesen. Der Bund werde künftig jährlich 1 Milliarde Euro pauschal zahlen und mit diesem regelhaften Steuerzuschuss werde die reine Beitragsfinanzierung verlassen. 400 Millionen Euro pro Jahr mache der Beitragszuschlag für Kinderlose aus, der von 0,25 auf 0,35 Beitragssatzpunkte angehoben werde. Die Dynamisierung der Leistungen, die weiterhin gesetzlich alle drei Jahre verankert bleibe, sei hier für Teilbereiche direkt und für andere Bereiche im Nutzen der dafür erforderlichen 1,8 Milliarden Euro für höhere Pflegelöhne und für eine bessere Personalausstattung verwendet worden, also ebenfalls zu einer Leistungssteigerung im Pflegebereich, vorgenommen worden.

Die **SPD-Fraktion** bekräftigte, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf würden die Leistungen für die Versicherten qualitätsgesichert deutlich ausgebaut. Es sei sehr erfreulich, dass die stationären und ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten zukünftig wieder eine Pflichtleistung seien und nicht nur im Ermessen der Krankenkasse lägen. Zu begrüßen sei ebenso, dass die Grundlagen für ein neu strukturiertes Behandlungsprogramm für Adipositas etabliert und die Hospizarbeit weiter gestärkt werde. Zur Patientensicherheit werde beitragen, dass der nachgewiesene Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung Voraussetzung für die Zulassung sein werde. Mit über 70 Änderungsanträgen sei der Gesetzentwurf im parlamentarischen Verfahren noch einmal sehr ordentlich überarbeitet und erweitert worden.

Besonders wichtig sei dabei das Änderungspaket zur Pflege gewesen, vor allem die tarifliche Bezahlung. Ab September 2022 müssten Alten- und Seniorenheime sowie Pflegedienste in Deutschland ihre Angestellten nach Tarif bezahlen. Das sei ein echter Meilenstein. Der Systematik der Pflegeversicherung sei geschuldet, dass dies zu erhöhten Kosten, vor allem für die Heimbewohner, führen werde. Deshalb werde es ab dem 1. Januar 2022 eine entsprechende Entlastung mit dem Zuschuss zum pflegebedingten Eigenanteil geben. Diese betrage in Bayern im Durchschnitt 800 Euro. Wer beispielsweise drei Jahre im Heim lebe, erhalte eine ganz deutliche Entlastung um 600 Euro. Das sei eine enorme Leistung. Weiter würden auch einige Punkte der Konzertierte Aktion Pflege,

beispielsweise eine erweiterte Kompetenz der Pflegekräfte durch Verordnungsmöglichkeiten, etabliert. Sehr wichtig sei auch, dass ein wissenschaftliches Personalbemessungsinstrument für die Krankenhäuser eingeführt werde, um mehr Qualität in der Pflege zu etablieren und mittelfristig die Arbeitsbedingungen deutlich zu verbessern.

Erstmals werde es einen gesicherten regelmäßigen jährlichen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt von einer Milliarde Euro für die Pflegeversicherung geben, womit die Pflege eine gute, sichere finanzielle Basis erhalte. Wichtig sei, dass man auch weiter daran arbeite, die Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten. Zu begrüßen sei auch, dass die Rahmenvereinbarungen zwischen den maßgeblichen Verbänden der Rehabilitation und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung bezüglich einer leistungsgerechten Vergütung der coronabedingten Kosten auf den Weg gebracht werde. Insgesamt handele es sich um ein sehr komplexes, aber gutes Gesetzespaket.

Die **Fraktion der AfD** stellt fest, mit dem Gesetzentwurf werde versucht, zahlreiche Vorhaben, die durch die Corona-Krise liegen geblieben seien, in einem Sammelgesetz auf den Weg zu bringen. Der Entwurf sollte eigentlich Basis für eine erfolgreiche verbesserte Patientenversorgung und eine Ausgabenverpflichtung für Qualitätsverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sein. Das sehe man allerdings kritisch. Eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss wie ein festgeschriebenes Ausgabevolumen mit Sanktion könne man nicht mittragen. Freiwilligkeit müsse weiterhin das oberste Gebot sein, da sonst die Gefahr bestehe, dass die Krankenkassen zum Abschluss von ungeeigneten Qualitätsverträgen gedrängt würden, die lediglich eine Bonifizierung von Krankenhäusern mit sich brächten und durch die das eigentliche Ziel einer Qualitätsverbesserung vernachlässigt werde. Hierzu komme, dass die bisherigen Regelungen zum Abschluss solcher Verträge bereits mit einem Bürokratieaufwand für alle Beteiligten verbunden seien. Man bezweifle, dass ein bundeseinheitliches Ersteinschätzungsverfahren wirklich günstig sei und zu einer verbesserten Patientensteuerung sowie Versorgung beitragen könne. Zur ersten Einschätzung würden in den Krankenhäusern bereits heute zuverlässige, anwendbare und wissenschaftlich variierte Instrumente eingesetzt, anhand deren die Behandlungsdringlichkeit des Patienten eingeschätzt werde. Es erfolge als auf jeden Fall der Kontakt mit einem Arzt, der das Ergebnis der ersten Einschätzung auch korrigieren könne. Jede Fehleinschätzung aufgrund eines bloßen Abfragemoduls könne für den einzelnen Patienten fatale Folgen haben. Insgesamt betrachte man den Gesetzentwurf als ein Sammelsurium von teilweise sehr unausgegorenen Regelungen, die wenig Tatsächliches im Gesundheitssystem bewirkten. Aus diesem Grunde lehne man den Gesetzentwurf ab.

Die **FDP-Fraktion** merkte an, zunächst habe man dieses Gesetz begrüßt, da die Qualität der Versorgung wirklich angegangen werden sollte. Viele Regelungen begrüße man immer noch, wie beispielsweise die Verbesserung der Qualität in der Krankenhausversorgung und die Bestellung von Gripeschutzimpfungen. Leider sei der Gesetzentwurf jedoch zum Sammelbecken für liegengebliebene Reformen und Maßnahmen, allem voran die groß angekündigte Pflegereform, geworden. Zu bedauern sei, dass keine Strukturellen Veränderungen vorgenommen würden, sondern nur mehr Geld in das bestehende Umlagesystem gegeben werde. Es sei insofern weder eine tiefgreifende noch eine gute Reform. Den Antrag der AfD werde man ablehnen. Da man keine solidarische Pflegevollversicherung wünsche, die vollständig auf die Kosten der jungen Generation gehe, werde man auch den Antrag der Linken ablehnen. Die Anträge von Bündnis 90/Die Grünen werde man ebenfalls fast alle ablehnen. Zudem Antrag auf Drucksache 19/19136 werde man sich enthalten, da er grundsätzlich nicht verkehrt sei, auch wenn viele Forderungen bereits umgesetzt worden seien.

Die **Fraktion DIE LINKE.** kritisiert das Vorhaben als klassisches „Omnibusgesetz“. Es sei offensichtlich Ziel gewesen, alles, was in dieser Wahlperiode noch geregelt werden könnte, in diesen Gesetzentwurf hineinzupacken. Der Gesetzentwurf selbst habe wenige gute und viele schlechte Regelungen. Sehr zu begrüßen sei zum Beispiel die Regelung zum Notlagentarif, die Die Linke. mit einer Kleinen Anfrage angestoßen habe. Positiv sei auch die verpflichtende Vergütung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung. Auch die Personalbemessung sei wichtig, müsse aber nicht neu entwickelt werden, denn ein erprobtes Instrument liege von ver.di, der DKG und dem Pflegerat bereits vor. Zu keinem anderen Gesamtvotum als Ablehnung könne allerdings die verunglückte Pflegereform führen. Die als Reform der Pflegeversicherung angekündigten Änderungsanträge seien eine große Mogelpackung. Dringende Fragen blieben ungelöst. Die Eigenanteile der Menschen würden nicht gedeckelt. Der vorgeschlagene Zuschuss helfe nicht einmal der Hälfte aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner und sei in der Höhe viel zu gering. Die tarifliche Bezahlung sei nicht flächendeckend gesichert. Hinzu komme die fehlende gesellschaftliche Debatte über diese Vorschläge inklusive der völlig verfehlten Finanzierung über eine Beitragsanhebung für Kinderlose. Die Regelungen seien schlecht und es sei keine Reform. Es verbessere

nichts in der häuslichen Pflege und nur wenig in der stationären Pflege. Grundlegende Reformschritte würden für die Zukunft sogar erschwert.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** räumte ein, der Gesetzentwurf habe ursprünglich eine ganze Reihe von sehr sinnvollen Einzelregelungen enthalten. Allerdings habe man schon damals das Problem gehabt, dass eine grundlegende Reform nicht zu erkennen gewesen sei. Es fehlten beispielsweise eine Reform der Krankenhausversorgung einschließlich der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung sowie der Einstieg in eine sektorübergreifende Versorgung. Auch werde es keine strukturierte koordinierte Versorgung vor Ort in Absprache mit den Leistungserbringern geben, obwohl die gute Patientenversorgung vor Ort zu den Hauptproblemen gehöre, und es gebe keine wirklich patientenorientierten Versorgungsmodelle. Bei der dringend überfälligen Notfallversorgung sei ebenfalls keine umfassende Verbesserung absehbar. Große Zweifel habe man auch bei der Frage der Verlängerung von Modellstudiengängen bei den Therapieberufen. Die Änderungsanträge zum Bereich Pflege beinhalteten lediglich ein Pflegereformchen. Seit Jahren sei auch durch die Konzertierte Aktion Pflege bekannt, welche Bedarfe an Pflege tatsächlich bestünden. Eine bessere Bezahlung von Pflegekräften sei überfällig, nicht nur für attraktivere Arbeitsbedingungen, sondern weil man dringend neue Pflegekräfte gewinnen müsse, junge Menschen, die bereit seien, in diesem Beruf zu arbeiten. Man stehe vor einem demographischen Wandel, bei dem auf der einen Seite von einem steigenden Pflegebedarf auszugehen sei und der auf der anderen Seite einen Mangel an Fachkräften und Angehörigen, die pflegen könnten, erwarten lasse. Deswegen stehe tatsächlich die Tarifbezahlung von Pflegekräften im Zentrum. Da man hier aber Schlupflöcher für Haustarifverträge erkenne, sehe man das als einen sehr problematischen Punkt an. Es werde dennoch, wenn auch nicht flächendeckend, zu höheren Löhnen in der Pflege kommen, was zugleich dazu führen werde, dass die Pflegebedürftigen selbst immer weiter ins Armutsrisiko liefen. Deshalb sei es notwendig, eine schnelle und gute Lösung gegen die Explosion der Eigenanteile in der Langzeitpflege umzusetzen. Der Vorschlag der Bundesregierung komme hier nicht nur spät, sondern bleibe auch weitgehend wirkungslos. Es seien zweistellige Zuwächse bei den Eigenanteilen abzufedern. Deswegen sei es nicht tragbar, dass die nennenswerte Entlastung der Pflegebedürftigen erst ab dem zweiten Jahr stattfinde und dann auch noch durch die ausgesetzte Dynamisierung aufgebraucht werde. Alles deute darauf hin, dass die jetzige Bundesregierung nicht in der Lage sei, die Probleme in der Pflege zu lösen. Deswegen werde man das Gesetz ablehnen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/26822, 19/27214 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 3a

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung ermöglicht den regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen ausdrücklich, Betriebe nicht nur individuell, sondern auch im Rahmen von überbetrieblichen Netzwerken zu betreuen. In regionalen, überbetrieblichen Netzwerken können insbesondere solche Betriebe für betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisiert, motiviert und unterstützt werden, die noch nicht über ausreichende interne Ressourcen für die Organisation von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen verfügen. Die Förderung überbetrieblicher Netzwerke unterstützt den Austausch über die Praxis anderer Betriebe und die Entwicklung gemeinsamer Aktivitäten mit Hilfe der Krankenkassen auch in Kooperation mit den örtlichen Unternehmensorganisationen sowie den maßgeblichen Verbänden der Träger der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen und weiteren Sozialversicherungsträgern.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung stellt sicher, dass die Krankenkassen die Mittel nach Absatz 4 Satz 1 und 2 auch für die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung einsetzen.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Die Übergangsfrist nach § 31 Absatz 1a Satz 4 für sonstige Produkte zur Wundversorgung wird von 24 auf 36 Monate verlängert. Die Regelungen und Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und zur Bewältigung der Auswirkungen des Corona-Virus auf das Gesundheitswesen verzögern weiter die Durchführung und die Umsetzung klinischer Studien für diese Produkte. Mit der Fristverlängerung wird der besonderen Situation Rechnung getragen.

Zu Nummer 9a

Die mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) in § 32 Absatz 1c geregelte Genehmigungsfreiheit für Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls ist mit dem Inkrafttreten der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2021 gegenstandslos geworden. Verordnungen von Heilmitteln, die über die in der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen nach § 32 Absatz 1b keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum neuen § 40 Absatz 6 des Elften Buches. Danach wird die Erforderlichkeit für bestimmte, durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien festzulegende Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 Absatz 1 des Elften Buches dienen, vermutet, wenn eine entsprechende Empfehlung einer Pflegefachkraft vorliegt, die den antragstellenden Versicherten pflegerisch betreut.

Zu Nummer 10a

Durch die Änderung erhalten Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen einmaligen Leistungsanspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung bei Inanspruchnahme von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. Unter dem Leistungsanspruch ist ein Entwöhnungsversuch mit jeweils einem Programmdurchlauf zu verstehen. Dies unterstützt das Erreichen des gesundheitspolitischen Zieles, einen weiteren Anreiz zur Durchführung eines evidenzbasierten Programms zur Tabakentwöhnung zu setzen, um dadurch die Zahl der Raucherinnen und Raucher zu verringern. Die Regelung setzt auf bestehende Angebote zur Raucherentwöhnung, insbesondere im Rahmen von Präventionsmaßnahmen auf. Hierzu wird künftig auch die Verordnung und Erstattung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung ermöglicht. Versicherte haben frühestens drei Jahre nach Abschluss der ersten Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen Anspruch auf eine erneute Verordnung und Erstattung nach Satz 1.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 (Arzneimittel-Richtlinie) festzulegen, welche Arzneimittel und unter welchen Voraussetzungen diese Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnet werden können. Ferner hat der G-BA die anzuwendenden Verfahren zur Feststellung einer bestehenden starken Tabakabhängigkeit zu bestimmen. Für Arzneimittel zur Tabakentwöhnung, die nicht unter § 35a fallen und in den Programmen zur Tabakentwöhnung erstmalig verordnungsfähig werden, kann der G-BA eine Nutzenbewertung nach § 139b Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 139a Absatz 3 durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beauftragen. Des Weiteren sind vom G-BA die Anforderungen an die evidenzbasierten Programme zur Tabakentwöhnung festzulegen wie die Dauer der Intervention, die Qualifikation des Personals und die Qualitätssicherung, in deren Rahmen die Arzneimittel zukünftig verordnungsfähig werden.

Zu Nummer 11a

Absatz 2a

Mit den Neuregelungen zur Personalbemessung ist vorgesehen, die Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches auslaufen zu lassen und die Kosten in die Kalkulation der Pflegesätze einzubeziehen. Durch die vorrangige Zwecksetzung der Unterstützung der Erbringung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen leistet die gesetzliche Krankenversicherung derzeit indirekt einen Beitrag zur Mitfinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Im Vorgriff auf das Auslaufen dieser Sonderrege-

lung wird dieser Finanzierungsbeitrag in unveränderter Höhe als direkte teilweise Mitfinanzierung der Behandlungspflegekosten festgeschrieben. Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile trägt er damit weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei. Die sich rechnerisch ergebende Differenz zwischen den bisherigen Pauschalzahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung und den gezahlten Vergütungszuschlägen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches dient ebenfalls der Mitfinanzierung der Behandlungspflegekosten. Damit wird dem nicht veröffentlichten Beschluss aus der 29. Sitzung des Rechnungsprüfungsausschusses am 7. Mai 2021 Rechnung getragen.

Zu Absatz 8

Im Einklang mit dem als ein Ergebnis der Konzentrierten Aktion Pflege begonnenen Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit sollen gut ausgebildete Pflegefachkräfte in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens gestärkt werden und mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen. Hierfür wird die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff „Blankoverordnung“ bezeichnete Versorgung für geeignete Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege in die Regelversorgung überführt.

Nach dieser Regelung sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen können. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in diesem Zusammenhang beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten zu regeln. Eine „Blankoverordnung“ häuslicher Krankenpflege ist insbesondere bei folgenden Leistungen geeignet: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.

Bei diesen Leistungen ist weiterhin eine Verordnung zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt auszustellen, wobei die nähere inhaltliche Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung der verordnungsfähigen Maßnahmen durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft in eigener Verantwortung, aber in Rückkopplung zur Vertragsärztin bzw. zum Vertragsarzt vorgenommen werden kann.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinienregelungen erhalten nach § 92 Absatz 7 insbesondere die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Zu Absatz 9

Die Neuregelung umfasst die für die in Absatz 10 vorgesehene Evaluierung erforderlichen Vorschriften zur Erhebung und Übermittlung der notwendigen Daten. Es handelt sich um Angaben, die für die Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen sowie für die Auswertung des Verordnungsgeschehens erforderlich sind.

Die Daten sind von den Krankenkassen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, weil nur auf diese Weise die für die Evaluierung nach Absatz 10 notwendige Datenvalidität und -vollständigkeit zu erreichen ist.

Der Arztbezug ist für die Evaluierung im Hinblick auf eine Analyse und Auswertung des Verordnungsgeschehens bezogen auf die Versorgung nach Absatz 8 notwendig. Da bei dieser Versorgung die Verordnungen keine Angaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen enthalten, ist auch die Zusammenführung dieser Daten (zum Beispiel nach bestimmten Diagnosen) je Versicherten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten über ein Pseudonym zusammengeführt werden können. Des Weiteren können für die Auswertung des Verordnungsgeschehens die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten sowie weitere in der Person der Versicherten liegende Besonderheiten relevant sein.

Für die vorgesehene Evaluierung ist es zum Schutz der sensiblen Sozialdaten sowohl für den Arztbezug als auch für den Versichertenbezug ausreichend, die Datenübermittlung in pseudonymisierter Form vorzugeben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält die Aufgabe, die ihm übermittelten pseudonymisierten Daten kassenartenübergreifend zusammenzuführen und dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten Dritten diese Daten für die nach Absatz 10 Satz 1 vorzunehmende Evaluierung zu übermitteln.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung durch die Krankenkassen zu regeln.

Die pseudonymisierten Daten sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem beauftragten unabhängigen Dritten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

Zu Absatz 10

Die Versorgung nach Absatz 8 ist nach Absatz 10 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung sowie den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung ist bis zum Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten der vom G-BA nach Absatz 8 zu beschließenden Regelungen vorzunehmen. Für die Evaluierung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam einen externen Dritten zu beauftragen.

Zu Nummer 13a

Es wird ein neuer Anspruch auf eine Übergangspflege im Krankenhaus eingeführt. Voraussetzung ist, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung vor der Entlassung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand sichergestellt werden können. Die Leistung kann nur in dem Krankenhaus erbracht werden, in dem die oder der Versicherte zuvor behandelt worden ist. Die Leistung ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch besteht. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Die Übergangspflege hat die Aufgabe, die in Aussicht genommene ambulante oder stationäre Versorgung vorzubereiten, zu unterstützen und zu fördern. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Der Anspruch ist nachrangig zu den eingangs genannten Leistungen. Von den Patientinnen und Patienten wird aber nicht verlangt, dass sie einen erheblichen Aufwand betreiben müssen zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung. So steht dem Anspruch nicht entgegen, dass in erheblicher Entfernung ein Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung steht.

Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Übergangspflege muss von den Krankenhäusern im Einzelnen nachprüfbar dokumentiert werden. Im Rahmen des Entlassmanagements ist zu prüfen und zu dokumentieren, dass bestimmter Nachsorgebedarf besteht und kein entsprechender Leistungserbringer zur Verfügung steht oder die Versorgung anderweitig nicht gesichert werden kann. Um die Einheitlichkeit und Nachprüfbarkeit der Dokumentation sicherzustellen, erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag, die Regelung zur Dokumentation innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten zu vereinbaren. Kommt eine entsprechende Vereinbarung in dieser Zeit nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen fest.

Absatz 2 regelt die Zuzahlungen, die von Versicherten nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu entrichten sind. Innerhalb eines Kalenderjahres sind für längstens 28 Tage an das Krankenhaus 10 Euro je Kalendertag nach § 61 Satz 2 zu zahlen. Von Versicherten bereits geleistete Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 für Krankenhausbehandlungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind anzurechnen.

Zu Nummer 14

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten. Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Doppelbuchstabe bb

Angesichts der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 im Kalenderjahr 2020 und der damit verbundenen Aufforderung von Bund und Ländern Kontakte auf ein Mindestmaß zu reduzieren, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern, soll die Erhöhung der Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz auf 70 beziehungsweise 75 Prozent nicht deshalb entfallen, weil der Versicherte sich im Kalenderjahr 2020 nicht hat zahnärztlich untersuchen lassen. Eine Nichtinanspruchnahme soll keine nachteiligen Auswirkungen auf die Höhe des Festzuschusses haben. Wurde im Kalenderjahr 2020 eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt, ist diese hingegen bei der Berechnung der für die Festzuschusserhöhung maßgeblichen Kalenderjahre, in denen eine Untersuchung nach Satz 4 Nummer 1 und 2 stattgefunden haben muss, zu berücksichtigen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit dieser Änderung wird klargestellt, dass die Ausnahmemöglichkeit nach dem bisherigen Satz 6 vom neuen Satz 6 unberührt bleibt. Die Krankenkassen haben ungeachtet einer etwaigen Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 im Kalenderjahr 2020 in begründeten Ausnahmefällen die Möglichkeit, den Festzuschuss auf 75 Prozent zu erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt hat und innerhalb der letzten zehn Jahre vor Behandlungsbeginn die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 neben dem Kalenderjahr 2020 mit nur einmaliger Unterbrechung wahrgenommen worden sind.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die im neuen Satz 6 enthaltene Regelung, dass eine Nichtinanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Kalenderjahr 2020 keine für die Versicherten nachteiligen Auswirkungen auf die Berechnung der Höhe des Festzuschusses für Zahnersatz hat, soll rückwirkend zum 1. Januar 2021 in Kraft treten. Aufgrund dessen kann sich für zwischen dem 1. Januar 2021 und der Verkündung dieses Gesetzes vorgenommene und bereits abgerechnete Versorgungen mit Zahnersatz Korrekturaufwand ergeben. Um den damit verbundenen bürokratischen Aufwand für die Krankenkassen, die Versicherten und die versorgenden Zahnärzte so gering wie möglich zu halten, wird vorgesehen, dass die Versicherten ihre Erstattungsansprüche direkt an die Krankenkasse richten und etwaige sich aus der Rechtsänderung nach Doppelbuchstabe bb ergebende Erhöhungen der Festzuschüsse von den Krankenkassen direkt an die Versicherten ausbezahlt werden.

Zu Nummer 18a

In der Konzierten Aktion Pflege (KAP) wurde vereinbart, dass das Bundesministerium für Gesundheit in den von ihm initiierten Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Einbeziehung insbesondere von Pflegeberufsverbänden, Pflegekammern, der Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, aller weiteren relevanten Akteure sowie der Fachwissenschaft auch die Möglichkeiten der Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachkräfte einbezieht. Ziel der Regelung ist die modellhafte Erprobung der Wahrnehmung von bisher ärztlichen Tätigkeiten, die eine selbständige, d.h. eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, durch Pflegefachkräfte. Dabei soll auch überprüft werden, ob und wie diese Möglichkeiten für eine gute und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung nutzbar gemacht werden können. Bei der selbständigen Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte ist die Kooperation mit weiteren an der Versorgung Beteiligten – insbesondere den Ärztinnen und Ärzten – wichtig. Daher sollen in den Modellvorhaben auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit Erkenntnisse gewonnen und Standards entwickelt werden.

Da die auf Freiwilligkeit basierende Regelung des § 63 Absatz 3c, die bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit der Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte vorsieht, trotz der Unterstützung durch verschiedene Vereinbarungen der KAP bisher kaum genutzt wurde, werden die Verbände der Kassen auf Landesebene verpflichtet, zeitnah in jedem Bundesland mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben durchzuführen. Vorrangig sollen Modellvorhaben durchgeführt werden, zu denen die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz bereits entwickelt hat. Zusätzlich zu den standardisierten Modulen der Fachkommission nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz besteht auch die Möglichkeit, Zusatzqualifikationen zu berücksichtigen, die durch schulinterne Curricula und Ausbildungspläne nach § 14 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes erworben werden. Das den Strategieprozess

der KAP begleitende Expertengremium hat insbesondere den Bereich der Wundversorgung durch Pflegefachkräfte als ein vorrangig für eine Erprobung geeignetes Themenfeld identifiziert.

Die Bezugnahme der Regelung auf § 63 bewirkt, dass die allgemein geltenden Regelungen zu Abweichungsbefugnissen von gesetzlichen Vorschriften bei Modellvorhaben auch bei dem hier geregelten Modellvorhaben gelten. Die Vorschrift gilt für die im Pflegeberufegesetz geregelten Berufe. Sie schließt damit Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 Pflegeberufegesetz fortgilt. Die Vorgaben, die bei der Durchführung eines Modellvorhabens zu berücksichtigen sind, werden in einem Rahmenvertrag zwischen den auf Bundesebene für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Organisationen – dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den weiteren Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – festgelegt. Den für die Vertretung der jeweiligen beruflichen Interessen zuständigen Verbänden der Ärzteschaft und der Pflege ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Bei der Festlegung der Tätigkeiten nach Absatz 2 Nummer 1 sind insbesondere die standardisierten Module der Fachkommission nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz zu berücksichtigen. Diese Module dienen der Vermittlung erweiterter Kompetenzen, die zur selbstständigen Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte erforderlich sind. Die Anknüpfung des Rahmenvertrages an die standardisierten Module ermöglicht die zeitnahe Durchführung von Modellvorhaben. Die Finanzierung der Kosten der Vermittlung erweiterter Kompetenzen nach § 14 des Pflegeberufegesetzes richtet sich nach § 26 des Pflegeberufegesetzes. Weiter sind Vorgaben für eine wirtschaftliche Leistungserbringung einschließlich von Vorgaben zu Mengengrenzung sowie Anforderungen an die interprofessionelle Zusammenarbeit zu vereinbaren. Ein Schiedsverfahren stellt sicher, dass ein Rahmenvertrag innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 4 zu Stande kommt.

Um möglichst schnell zu tragfähigen Ergebnissen für die Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu kommen, wird die Dauer der Modellvorhaben abweichend von den bisher üblichen acht Jahren (§ 63 Absatz 5 Satz 1) auf vier Jahre begrenzt. Befürworten die Sachverständigen nach der Evaluation die Aufnahme in die Regelversorgung, können die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 Satz 1 das Vorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach § 140a dauerhaft weiterführen. Dies ersetzt nicht die Übernahme in die Regelversorgung, die in der Regel durch ein Gesetz zu erfolgen hat, bietet aber insbesondere für die Pflegefachkräfte eine Perspektive für die weitere Ausübung der Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Geregelt wird auch eine übergangsweise Fortführung nach Ablauf der Befristung für die Fälle, in denen noch kein Evaluationsbericht vorliegt.

Zu Nummer 18b

Ziel dieser Regelung ist die Implementierung eines Modellvorhabens zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung sowohl bei seltenen als auch bei onkologischen Erkrankungen. Grundlage des Modellvorhabens ist die umfangreiche Genomsequenzierung im Rahmen eines strukturierten klinischen Behandlungsablaufs und die darauf aufbauende Datenzusammenführung von klinischen und genomischen Daten in einer Dateninfrastruktur, die eine Analyse der gewonnenen Daten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung erleichtert. Die Genomsequenzierung umfasst in diesem Vorhaben Ganzgenomsequenzierungen (Whole Genome Sequencing – WGS) und Exomsequenzierungen (Whole Exome Sequencing – WES) sowie gegebenenfalls größere Gen-Panels. Bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen kann eine Genomsequenzierung dazu beitragen, die Diagnose zu stellen und Therapien zielgerichtet einzusetzen. Dies geht mit einer gezielteren Versorgung und insofern mit einem besseren Behandlungserfolg einher.

Zur weiteren Unterstützung bei der Diagnostik werden die durch die strukturierte Erhebung klinischer Befunde und die Sequenzierung gewonnenen Daten in einer Dateninfrastruktur zusammengeführt und analysiert. Auf diese Weise können Erkenntnisse in Bezug auf die Diagnose und wirksame Behandlungsmöglichkeiten generiert werden, die auf andere Fälle übertragbar sind. Sequenzvarianten können vor dem Hintergrund eines wachsenden Datensatzes sicherer interpretiert werden. Gleichzeitig kann auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse reagiert werden und die betroffenen Versicherten können über die jeweiligen Leistungserbringer darüber informiert werden. Für seltene Erkrankungen oder Genmutationen, aber auch bestimmte Untergruppen von onkologischen Erkrankungen, sind oftmals auf Grund der geringen Fallzahl nur wenige, für die Diagnostik und Therapie relevante Daten vorhanden. Insofern sind aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung für die Versorgung dieser Versicherten essentiell, um die kontinuierliche Evaluation und Optimierung der Behandlungen zu ermöglichen.

Damit alle durch die Genomsequenzierung gewonnenen Daten zusammenfließen, ist das Modellvorhaben bundesweit einheitlich durchzuführen. Deshalb sieht Absatz 1 vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Wirkung für seine Mitgliedskassen einen Vertrag zur Durchführung des Modellvorhabens mit den Leistungserbringern zu schließen hat, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Modellvorhaben nach Absatz 3 erfüllen und dies im Verfahren nach Absatz 4 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen verbindlich festgestellt worden ist. Den Vertrag haben die Leistungserbringer mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam zu schließen, damit gewährleistet ist, dass alle Leistungserbringer einen identischen Vertrag haben, was für die Führung einer einheitlichen Dateninfrastruktur und die Vergleichbarkeit der Daten zwingend erforderlich ist. Darüber hinaus werden effiziente Verhandlungen sichergestellt, da die Leistungserbringer die besondere Expertise, die auf dem Gebiet der Genomsequenzierung erforderlich ist, einbringen können. Der Vertrag ist spätestens bis zum 1. Januar 2023 zu schließen und hat eine Mindestlaufzeit von fünf Jahren vorzusehen. Vor Abschluss des Vertrages ist der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Einer darüber hinausgehenden Einbindung bedarf es nicht, da die Leistungserbringer, die an dem Modellvorhaben teilnehmen können, sich unmittelbar beteiligen. Ein Einvernehmen ist davon abweichend in den im Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 und 3 geregelten Fällen herzustellen, da in den dort genannten Fällen die Krankenhäuser unmittelbar betroffen sind.

Dem Verband der Privaten Krankenversicherung wird die Möglichkeit zum freiwilligen Vertragsbeitritt eingeräumt. Seine Beitrittsabsicht muss der Verband gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Leistungserbringern, die den Vertrag geschlossen haben, mitteilen. Auch eine Kündigung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung kann nur erfolgen, wenn dieser die Kündigung gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Leistungserbringern, die den Vertrag geschlossen haben, erklärt. Das Nähere zur freiwilligen Teilnahme privater Krankenversicherungsunternehmen an dem Vertrag über den Verband der Privaten Krankenversicherung regelt dieser im Binnenverhältnis. Mit dieser Beitrittsoption erhalten auch privat Krankenversicherte die Möglichkeit, im Rahmen des Modellvorhabens zur Genomsequenzierung von einer qualitätsgesicherten Diagnostik und Therapiefindung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen zu profitieren.

Weiterhin wird geregelt, dass die Kündigung des Vertrages durch einen Leistungserbringer nicht die Wirksamkeit des Vertrages für die übrigen Leistungserbringer berührt. Zwar sollen die Leistungserbringer den Vertrag gemeinsam schließen, um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten. Das Bestehen des Vertrages kann jedoch nicht davon abhängig gemacht werden, dass alle beteiligten Leistungserbringer am Vertrag festhalten. Ist der Verband der Privaten Krankenversicherung beigetreten, ist die Kündigung durch den Leistungserbringer sowohl dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung gegenüber zu erklären. Leistungserbringer können dem Vertrag beitreten, wenn deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben erst nach Abschluss dieses Vertrages festgestellt worden ist, damit ein Ausschluss von später hinzukommenden Leistungserbringern oder denen, die nicht an den Vertragsverhandlungen teilnehmen möchten, vermieden wird.

Absatz 2 regelt den Inhalt des Modellvorhabens sowie die im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung einheitliche, qualitätsgesicherte und standardisierte, nach dem aktuellen internationalen Stand von Wissenschaft und Technik und – soweit möglich – orientiert an aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zu erbringenden Leistungen mittels einer Genomsequenzierung. Im Hinblick auf die Phänotypisierung sind nationale und internationale semantische Standards wie etwa die „Human Phenotype Ontology“ sowie bereits festgelegte Datensätze wie der einheitliche onkologische Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und aller ihn ergänzenden Module gemäß § 65c Absatz 1 Satz 2 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu berücksichtigen. Dies beinhaltet auch eine einheitliche Diagnoseverschlüsselung. Die Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass ein strukturierter und qualitätsgesicherter Gesamtablauf der Leistungserbringung gewährleistet ist und dieser festzulegenden Standards der medizinischen Versorgung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen folgt. Im Rahmen der Fallkonferenz kann auch entschieden werden, ob bei Verdacht auf eine seltene Erkrankung eine Trio-Sequenzierung, das heißt eine Mit-Untersuchung der biologischen Eltern oder eines Elternteils für die Diagnosestellung erforderlich ist, die dann ebenfalls mit deren Einwilligung und unter Beachtung des Gendiagnostikgesetzes im Rahmen des Modellvorhabens erfolgen kann. Die Vielzahl der möglichen genetischen Varianten kann durch den Vergleich mit dem elterlichen Genom erheblich eingegrenzt werden und führt damit beim Versicherten zu einer deutlich erhöhten Treffsicherheit bei der Diagnosestellung. Zuständig für die mit der Trio-

Sequenzierung im Zusammenhang stehenden Leistungen ist daher ebenfalls die Krankenkasse des Versicherten. Die im Rahmen der Leistungserbringung erhobenen Daten sind innerhalb von drei Monaten in die Dateninfrastruktur nach Absatz 9 einzupflegen.

Der Absatz 3 regelt die Voraussetzungen, die die Leistungserbringer erfüllen müssen, um an dem Modellvorhaben teilnehmen zu können. Es ist erforderlich, dass die Leistungserbringer eine ausreichende Erfahrung auf dem Gebiet der interdisziplinären Versorgung, standardisierten Phänotypisierung, Genomsequenzierung, bioinformatischen Auswertung, klinischen Interpretation und genetischen Beratung bei seltenen oder bei onkologischen Erkrankungen haben und die Leistungen der Diagnostik und Therapiefindung vollumfänglich sicherstellen können. Krankenhäuser können an dem Modellvorhaben teilnehmen, wenn sie über entsprechende Zentren für seltene oder onkologische Erkrankungen verfügen. Um eine kontinuierliche Verbesserung der Prädiktion auf Grundlage von Genomsequenzierungen und damit eine dauerhafte Versorgungsverbesserung für alle Patientinnen und Patienten sicherzustellen, muss eine therapie- und maßnahmenbegleitende Datenerhebung einschließlich einer Validierung der Therapieempfehlung erfolgen.

Die Zentren für seltene und onkologische Erkrankungen müssen den Anforderungen der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 5. Dezember 2019 zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 (Zentrums-Regelungen) entsprechen. Es ist maßgeblich, dass die Krankenhäuser diese Anforderungen erfüllen. Eine vorherige Ausweisung und Festlegung durch die zuständige Landesbehörde wird für die Teilnahme nicht vorausgesetzt. Mit dem Verweis auf den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen keine überhöhten Anforderungen an die Zentren ausschließlich für das Modellvorhaben gestellt werden. Vielmehr dient dies als Beschreibung der Krankenhäuser, die im Sinne des Modellvorhabens bereits ausreichend qualifiziert sind und die notwendigen Expertise mit sich bringen. Der Zentrums-Begriff ist nicht einheitlich definiert, deshalb ist der Verweis auf § 136c Absatz 5 SGB V als Beschreibung für die Leistungserbringer erforderlich.

Im Bereich der onkologischen Erkrankungen können die Leistungserbringer als in Netzwerken organisierte onkologische Zentren an dem Modellprojekt teilnehmen, insofern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 geprüft und positiv beschieden hat. Bei den in Netzwerken organisierten onkologischen Zentren sollen insbesondere Zentren wie das Deutsche Netzwerk für Personalisierte Medizin (DNPM), das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs (nNGM), das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK) und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) berücksichtigt werden. Bei der Festlegung der Qualitätsstandards durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind insbesondere die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie sowie die Deutsche Krebshilfe anzuhören.

Die Leistungserbringer nach Satz 1 haben eine Struktur vorzuhalten, die die Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung ermöglicht. Hierfür muss insbesondere in der klinischen Versorgung ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot vorhanden sein, um die unterschiedlichen Bereiche integrieren zu können, die bei der Diagnostik der seltenen und der onkologischen Erkrankungen erforderlich sind. Darüber hinaus kann die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Leistungserbringer nach Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 Empfehlungen gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeben, die bei der Prüfung nach Absatz 4 berücksichtigt werden sollten. Diese Empfehlungen können der Konkretisierung der vorgenannten Anforderungen dienen oder diese erweitern. Dadurch trägt zwar der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über die Teilnahme am Modellvorhaben immer noch die alleinige endgültige Entscheidungsbefugnis, jedoch hat er dabei Vorgaben zu berücksichtigen, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemacht haben. Werden Empfehlungen nicht berücksichtigt, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dies aus Gründen der Transparenz zu begründen. Die anzuwendenden Empfehlungen sind zu veröffentlichen.

Die Leistungserbringer, die an dem Modellvorhaben teilnehmen möchten und die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen, haben die Teilnahme gemäß Absatz 4 bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beantragen und die erforderlichen Nachweise über das Vorliegen der Voraussetzungen vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Erfüllung der Voraussetzungen zu prüfen und entscheidet über die Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben durch Verwaltungsakt. Insbesondere sind bei der Auswahl Leistungserbringer zu berücksichtigen, die einen möglichst flächendeckenden und barrierearmen Zugang zur genom-basierten Versor-

gung sicherstellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist verpflichtet, weitere Unterlagen bei den Leistungserbringern anzufordern, wenn diese für die abschließende Entscheidung über den gestellten Antrag erforderlich sind.

Ist ein Leistungserbringer zur Teilnahme berechtigt, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diesen auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Der Leistungserbringer hat dieser Veröffentlichung mit Antragsstellung zuzustimmen. Zudem haben Leistungserbringer mit Antragsstellung ihren Beitritt zum Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 zu erklären, wenn sie die Teilnahme am Modellvorhaben erst nach Abschluss des Vertrages beantragen. Durch die Beitrittsmöglichkeit wird sichergestellt, dass auch nach Vertragsschluss Leistungserbringer an dem Modellvorhaben teilnehmen können.

Versicherte können nach Absatz 5 an dem Modellvorhaben teilnehmen, wenn ein anamnestisch und klinisch hinreichend begründeter Verdacht auf das Vorliegen einer seltenen oder onkologischen Erkrankung besteht, der abgeklärt werden soll, oder eine Diagnose über eine seltene oder onkologische Erkrankung vorliegt, die einer Indikation, die die Vertragspartner nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 vereinbart haben, unterfällt. Zudem muss der behandelnde Arzt oder ein Leistungserbringer nach Absatz 4 Satz 2 eine Empfehlung für eine Teilnahme am Modellvorhaben aussprechen, weil durch den bisherigen Behandlungsverlauf kein hinreichender Erfolg im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapieempfehlung erzielt werden konnte. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn eine Genomsequenzierung in dem jeweils vorliegenden Einzelfall nach dem Stand der Wissenschaft wesentliche Erkenntnisse in Bezug auf die Diagnose oder einen klinisch relevanten Mehrwert für die Behandlung der Erkrankung verspricht. Der Erkenntnisgewinn darf also nicht nur mit einer geringen Wahrscheinlichkeit angenommen werden können und muss voraussichtlich wesentlich sein. Dabei sind die Umstände des Einzelfalls und die Belange des jeweiligen Versicherten zu berücksichtigen. Um alle Fachbereiche in diese Entscheidung einzubeziehen, soll die Indikationsstellung und damit die Erforderlichkeit der Genomsequenzierung in mindestens einer multidisziplinären Fallkonferenz entschieden werden, die durch den Leistungserbringer, der zur Teilnahme am Modellvorhaben berechtigt ist, zu veranlassen ist. In Einzelfällen kann die Entscheidung einer multidisziplinären Fallkonferenz durch vertraglich vereinbarte Aufgreifkriterien ersetzt werden. Ohne eine entsprechende Entscheidung eines Leistungserbringers nach Absatz 3 ist ein Zugang zum Modellvorhaben für Versicherte nicht möglich. Damit wird gewährleistet, dass ein zielgerichteter Zugang zu dem Modellvorhaben erfolgt und dieser ärztlich gesteuert wird. Die Einschätzung, ob eine seltene oder eine onkologische Erkrankung vorliegt, soll nicht den Versicherten überlassen werden, sondern durch die Ärzte vorgenommen werden. Dadurch muss im Rahmen des Modellvorhabens keine allgemeine Abklärung mehr erfolgen, sondern es kann bereits auf die Dokumentation eines Behandlungsverlaufs zurückgegriffen und die Indikationsstellung gezielt festgelegt werden. Darüber hinaus sollen die Versicherten nach Abschluss der Diagnostik und Therapiefindung zu dem behandelnden vertragsärztlichen Leistungserbringer oder in das behandelnde Krankenhaus rücküberwiesen werden, damit hier die weitere Krankenbehandlung unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse über die Diagnose und Therapie übernommen wird. In diesem Rahmen ist sicherzustellen, dass weiterhin kontinuierliche Reevaluationen der genetischen Befunde mit der Dateninfrastruktur nach einheitlich festzulegenden Standards möglich sind und insofern der Zugriff auf Leistungen des Modellvorhabens gewährt bleibt. Dabei muss gewährleistet sein, dass betroffene Versicherte benachrichtigt und erneut beraten werden, wenn sich zu den bei ihnen vorliegenden genetischen Veränderungen neue wissenschaftliche Erkenntnisse von klinischer Relevanz ergeben. Insofern ist eine enge Abstimmung zwischen den behandelnden Einrichtungen erforderlich. Um mehrfache Behandlungen bei Beginn des Modellvorhabens zu vermeiden und bestmöglich informiert zu sein, soll der jeweilige Leistungserbringer Informationen über den bisherigen Behandlungsverlauf und die daraus resultierenden Ergebnisse durch den bisher behandelnden ärztlichen Leistungserbringer oder das Krankenhaus erhalten. Welche notwendigen Informationen hiervon umfasst sind, legen die Vertragspartner fest. Gleiches gilt auch für die Rücküberweisung in die Regelversorgung. Damit der behandelnde ärztliche Leistungserbringer oder das Krankenhaus die weitere Behandlung auf Basis des Erkenntnisgewinns aus dem Modellvorhaben ausrichten kann, sind die erforderlichen Informationen mitzuteilen.

Absatz 6 regelt, dass die für die Durchführung des Modellvorhabens erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten durch alle an den für dieses Modellvorhaben zugrundeliegenden Verträgen beteiligten oder beigetretenen Vertragspartner der ausdrücklichen Einwilligung der betroffenen Versicherten bedarf. Da personenbezogene Daten besonderer Kategorie (Gesundheitsdaten und genetische Daten) verarbeitet werden, ist die Einwilligung nach Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei

der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35) – DSGVO – für einen oder mehrere festgelegte Zwecke ausdrücklich zu erteilen. Die Einwilligung kann schriftlich oder elektronisch erteilt werden. Die Einwilligung hat nach ärztlicher Aufklärung und Beratung der Versicherten unter sowohl europäischer als auch nationaler datenschutzrechtlicher Regelungen – insbesondere die Betroffenenrechte des Dritten Kapitels der DSGVO – zu erfolgen. Diese Anforderungen gelten ebenfalls für die Genomsequenzierung eines biologischen Elternteils oder beider biologischer Eltern nach Absatz 2 Satz 3. Bei der Einwilligung ist insbesondere zu berücksichtigen, wie beispielsweise mit Zufallsbefunden und Befunden unklarer Signifikanz zu verfahren ist und ob die Einwilligung freiwillig erfolgt. Für die Freiwilligkeit der Einwilligung ist es nach Artikel 7 Absatz 2 DSGVO erforderlich, dass Einwilligungen zu getrennten Sachverhalten auch getrennt und unabhängig voneinander erteilt werden. Es sind also die Einwilligung in die Teilnahme an dem Modellvorhaben und die Einwilligung in die Forschung mit den personenbezogenen Daten getrennt und unabhängig voneinander einzuholen (Koppelungsverbot). Die Einwilligung kann nach Artikel 7 Absatz 3 DSGVO jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei der Ausgestaltung der Einwilligungserklärung ist auf Vorleistungen bestehender Initiativen (insbesondere der Medizininformatik-Initiative und des NFDI-Konsortiums German Human Genome Archive (GHGA)) aufzubauen.

Absatz 7 gibt den Vertragspartnern die Inhalte vor, die zwingend in dem Vertrag zu regeln sind. Insbesondere haben sich die Vertragspartner auf die Indikationen sowohl seltener als auch onkologischer Erkrankungen, bei denen klinische oder wissenschaftliche Hinweise zu einem Einfluss individueller und genetischer Informationen auf die Diagnose und die Therapieentscheidung vorliegen, zu verständigen. Die Indikationen können von den Vertragsparteien unter Hinzuziehung weiterer Fachexperten festgelegt werden. Zur Sicherstellung eines ausreichenden Informationsflusses bei der Aufnahme in das Modellvorhaben und bei der Rücküberweisung haben sich die Vertragspartner auf den Inhalt und Umfang einer Informationspflicht zu einigen, die den Anforderungen nach Absatz 5 Satz 4 genügt. Auch ist festzulegen, wann die Diagnostik und Therapiefindung und damit das Modellvorhaben abgeschlossen ist und der Versicherte in die ambulante oder stationäre Krankenbehandlung zurückgeführt werden kann. Eine kontinuierliche Reevaluation der Befunde nach einheitlich festzulegenden Standards im Rahmen des Modellvorhabens muss dabei sichergestellt werden. Bei der Krankenbehandlung sind die gewonnenen Erkenntnisse über die Diagnose und die Therapie zu berücksichtigen. Die Durchführung der Therapie ist Gegenstand der Krankenbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung und ist deshalb nicht Gegenstand des Modellvorhabens. Aus diesem Grund ist für die Krankenbehandlung auch keine Vergütung in dem Vertrag vorzusehen.

Weiterhin haben die Vertragspartner die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringer zu regeln, um die Qualität der Leistungserbringung zu gewährleisten und die Patientensicherheit zu garantieren. Es ist zu berücksichtigen, dass die Versicherten oftmals eine lange Odyssee an Untersuchungen und Behandlungen hinter sich haben, gleichwohl die Diagnosestellung sehr schwierig ist. Dies macht es erforderlich, eine ausreichende Qualifikation und die reibungslose Zusammenarbeit in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Netzwerk sicherzustellen. Aus diesem Grund haben sich die Vertragspartner auch auf Anforderungen für eine standardisierte und verbindliche Vorgehensweise zu verständigen. Soweit erforderlich, sind dabei zeitliche Vorgaben für die Einhaltung der Abläufe festzulegen.

Die Anforderungen an eine rechtswirksame, barrierefreie Einwilligung der an dem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten ergeben sich insbesondere aus Artikel 7 DSGVO. Um eine datenschutzkonforme und transparente Umsetzung des Einwilligungserfordernisses nach Absatz 6 durch die Vertragspartner zu unterstützen, sind nach Satz 1 Nummer 6 in dem Vertrag nach Absatz 1 auch Regelungen zur datenschutzkonformen und einheitlichen Ausgestaltung der Einwilligungen der Versicherten zu vereinbaren. Dabei wird es insbesondere um geeignete und einheitliche Informationsmaterialien in verständlicher und leicht zugänglicher Form sowie um Einwilligungserklärungen, die die datenschutzrechtlichen Anforderungen auch im Hinblick auf die Freiwilligkeit der Einwilligung in vollem Umfang erfüllen, gehen. Um die Vereinbarkeit dieser Konkretisierungen mit dem geltenden Datenschutzrecht und den Patientenschutzrechten zu gewährleisten, ist das Einvernehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der Bundesbeauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten herzustellen.

In dem Vertrag sind auch Kooperationsmöglichkeiten der Leistungserbringer vorzusehen, um einzelne Leistungen durch einen anderen Leistungserbringer durchführen zu lassen. Ein koordinierter und qualitätsgesicherter Gesamtablauf muss dabei weiterhin sichergestellt sein. Insbesondere muss für den Versicherten gewährleistet sein, dass

der von ihm ausgewählte Leistungserbringer für ihn verantwortlich bleibt. Eine Kooperation mit anderen als den am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringern ist nicht zulässig.

Darüber hinaus haben sich die Vertragspartner auf eine Vergütung für die im Rahmen des Modellvorhabens zu erbringenden Leistungen zu verständigen. Aspekte einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind dabei zu berücksichtigen.

Es ist auch zu gewährleisten, dass die teilnehmenden Leistungserbringer die technischen Voraussetzungen haben, um eine Anbindung an die Dateninfrastruktur nach Absatz 9 ermöglichen zu können. Hierfür ist im Vertrag eine Vereinbarung über die Nutzung der Dateninfrastruktur vorzusehen, die der Leistungserbringer zu unterzeichnen hat.

Um sicherzustellen, dass die im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung erhobenen Daten allen am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung stehen und einzelne Leistungserbringer nicht ihre Daten vorenthalten, haben sich die Vertragspartner auf geeignete Maßnahmen der Kontrolle zu verständigen. Da es ein elementarer Bestandteil des Modellvorhabens ist, dass alle teilnehmenden Leistungserbringer die Daten aus der Dateninfrastruktur nicht nur nutzen können, sondern die Dateninfrastruktur auch füllen müssen, sind für Verstöße hiergegen empfindliche Vertragsstrafen vorzusehen.

Da es einzelnen Leistungserbringern möglich ist, den Vertrag zu kündigen, ohne dass die Kündigung die Wirksamkeit des Vertrages mit den übrigen Leistungserbringern berührt, sind auch die weiteren Folgen einer solchen Kündigung im Vertrag festzulegen. Hierzu gehört insbesondere der Umgang mit den Daten, die durch den ausscheidenden Leistungserbringer in die Dateninfrastruktur eingespeist worden sind.

Im Rahmen der Vertragsverhandlung steht es den Vertragsparteien im Übrigen frei, sich der Fachexpertise von Fachgesellschaften oder anderen Experten zu bedienen, damit eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung gewährleistet wird. Die Vereinbarungsinhalte sind nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft, Forschung und Technik zu treffen. Um diesen Stand sicherzustellen, sind die Vereinbarungen anzupassen, wenn sich in Wissenschaft, oder Technik Entwicklungen ergeben haben, die in dem Modellvorhaben zu berücksichtigen sind. Die Verträge sind auch dann anzupassen, wenn sich aus den Zwischenberichten nach Absatz 13 Satz 3 ergibt, dass das Ziel des Modellvorhabens unter den gegebenen Umständen nicht erreicht werden kann und deshalb eine Anpassung erforderlich ist.

Damit die Steuerung in das Modellvorhaben funktioniert und auch die Rücküberweisung in die Regelversorgung, ist bei den vertraglichen Themen zum Zugang und zu der Rücküberweisung einschließlich der erforderlichen Informationspflicht Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft herzustellen. Für darüber hinausgehende Themen bleibt es bei dem Stellungnahmerecht nach Absatz 1.

Die Einbeziehung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen vor Abschluss des Vertrages im Rahmen einer Anhörung wird verpflichtend vorgegeben, damit ihre Interessen in die Beratungen einfließen und bei den Vertragsinhalten berücksichtigt werden können.

Durch den Verweis auf § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die Leistungen, die im Rahmen des Modellvorhabens erbracht werden, zu bereinigen. Für die Abrechnung der im Rahmen des Modellvorhabens nach Absatz 1 erbrachten ärztlichen Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 für alle Leistungserbringer des Modellvorhabens entsprechend. Damit können die berechtigten Leistungserbringer ihre Leistungen unmittelbar mit der Krankenkasse abrechnen. Darüber hinaus wird durch den Verweis auf § 136c Absatz 5 Satz 3 sichergestellt, dass keine Leistungen abgerechnet werden, die bereits nach diesem Buch oder nach dem Krankenhausentgeltgesetz finanziert werden. Auszuschließen ist, dass bereits anderweitig finanzierte Leistungen Bestandteil der Vergütung der im Rahmen des Modellvorhabens erbrachten Leistungen werden. Durch den Verweis auf § 140a Absatz 2 Satz 5 wird die Einhaltung von bereits bestehenden Qualitätsanforderungen sichergestellt.

Absatz 8 legt fest, dass sich die Vertragsparteien nach Absatz 1 auf eine Schiedsperson zu einigen haben, die den Vertrag beziehungsweise die strittigen Vertragsteile festlegt, wenn der Vertrag bis zum Ablauf der in Absatz 1 genannten Frist nicht zu Stande kommt. Ist bereits vor dem Ende der Frist absehbar, dass ein Vertrag nicht zustande kommen wird, kann die Schiedsstelle bereits vor Fristablauf angerufen werden. Die Schiedsperson hat auch über die Vertragsinhalte zu entscheiden, in denen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Absatz 7

Satz 4 das Benehmen herzustellen ist und dieses nicht zu Stande kommt. Sie sind im Rahmen des Schiedsverfahrens anzuhören. Nur so ist sichergestellt, dass der Vertrag nicht an einer fehlenden Benehmensherstellung scheitert. Die Kosten des Schiedsverfahrens sind durch die Vertragsparteien jeweils hälftig zu tragen, wobei die Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt werden, gemeinsam die Hälfte der Kosten zu tragen haben. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson haben sich gegen die jeweils andere Vertragspartei zu richten, nicht gegen die Schiedsperson.

Wesentlicher Teil des Modellvorhabens ist die Zusammenführung und Analyse der aus der Genomsequenzierung gewonnenen Daten. Die Aufgaben der Datenverarbeitung im Rahmen des Modellvorhabens werden nach Absatz 9 von einer Vertrauensstelle und dem Träger einer Dateninfrastruktur wahrgenommen. Als Vertrauensstelle wird das Robert Koch-Institut (RKI) eingesetzt, die Aufgaben des Trägers der Dateninfrastruktur nimmt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wahr. Hierfür entsteht beim RKI für die Projektlaufzeit ein Personalaufwand in Höhe von 3 Stellen. Für die IT-Infrastruktur entsteht beim RKI für die Projektlaufzeit ein einmaliger Sachaufwand von 5,5 Mio. Euro sowie einmaliger Aufwand in Höhe von 130.000 Euro (fachliche Konzeptionen etc.). Die Höhe der Kosten ist den erwartungsgemäß hohen Sicherheitsanforderungen geschuldet. Dem BfArM entsteht ein Personalaufwand von 15 Stellen und Sachaufwand in Höhe von 8 Mio. Euro für IT-Infrastruktur (für 5 Jahre) sowie einmaliger Aufwand in Höhe von 500.000 Euro für Beratungsdienstleistungen.

Durch die Übertragung der Aufgaben der Datenverarbeitung an öffentliche Stellen des Bundes wird dem erhöhten organisatorischen Datenschutz Rechnung getragen. Die im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung erhobenen Daten werden von den Leistungserbringern verschlüsselt und in Verbindung mit einer Arbeitsnummer an den Träger der Dateninfrastruktur übermittelt. Dabei beschränkt sich die Datenübermittlung auf die in Satz 5 genannten Kategorien. Die Pseudonymisierung erfolgt nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren. Die Vertrauensstelle überführt die ihr von den Leistungserbringern nach Satz 6 übermittelten Krankenversichertennummern in periodenübergreifende Pseudonyme, die eine Reidentifikation der Arbeitsnummern oder der Identität der Versicherten ausschließen. Die periodenübergreifenden Pseudonyme werden anschließend dem Träger der Dateninfrastruktur gemeinsam mit den Arbeitsnummern übermittelt. Die Arbeitsnummern, Krankenversichertennummern und periodenübergreifenden Pseudonyme sind anschließend von der Vertrauensstelle zu löschen.

Absatz 10 normiert die vom Träger der Dateninfrastruktur zu erfüllenden Aufgaben. Die anonymisierten und aggregierten Daten dürfen den Nutzungsberechtigten vom Träger der Dateninfrastruktur nur zu den in Satz 3 genannten Zwecken der Versorgungsverbesserung, Qualitätssicherung oder wissenschaftlichen Forschung übermittelt werden.

Nach Absatz 11 sind Nutzungsberechtigte die teilnehmenden Leistungserbringer nach Absatz 4, Hochschulen, die nach landesrechtlichen Vorschriften anerkannten Hochschulkliniken, öffentlich geförderte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen und sonstige öffentliche Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten gemeinnützigen wissenschaftlichen Vorhaben dienen. Die Nutzungsberechtigten dürfen die nach Absatz 10 zugänglich gemachten Daten nur für die genannten Zwecke nutzen. Eine Weitergabe an Dritte ist nur auf Antrag und im Rahmen eines zulässigen Nutzungszwecks gestattet. Einzeldatensätze können nur an Personen bereitgestellt werden, die Berufsgeheimnisträger nach § 203 Strafgesetzbuch sind oder die nach vor dem Zugang entsprechend den Vorschriften des Verpflichtungsgesetzes zur Geheimhaltung verpflichtet wurden. Dabei hat der Träger der Dateninfrastruktur zu prüfen, welche Datenfelder weitergegeben werden. Die Zuständigkeit der Behörde, die die Verpflichtung nach dem Verpflichtungsgesetz vorzunehmen hat, richtet sich gemäß § 1 Absatz 4 Nummer 2 des Verpflichtungsgesetzes nach dem Recht des jeweiligen Bundeslandes. Als geeignete Verfahren nach Satz 4 Nummer 2 kommt der Zugriff an einem Gastarbeitsplatz in den Räumen des Trägers der Dateninfrastruktur oder über einen gesicherten Fernzugriff in Frage. Hierfür stellt der Träger der Dateninfrastruktur eine geeignete technische Analyseplattform zur Verfügung. Bei der Entwicklung, Erprobung und Festlegung der Verfahren ist das Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik einzubeziehen, um ausreichende technische Sicherheit zu gewährleisten. Bei der Datenverarbeitung haben die Nutzungsberechtigten darauf zu achten, keinen Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern herzustellen. Eine unbeabsichtigte Bezugsherstellung ist dem Träger der Dateninfrastruktur nach Satz 7 zu melden. Ein Verstoß gegen die geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften oder die Auflagen des Trägers der Dateninfrastruktur ist mit den in Satz 9 normierten Sanktionen belegt.

In der vom Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 12 mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassenden Verordnung ist das Nähere zu Art und Umfang der zu übermittelnden Daten, der Datenverarbeitung, der Pseudonymisierung, der technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung und der Evaluation des Modellvorhabens zu regeln. Im Hinblick auf die Regelung des Datensatzes sind bereits festgelegte Datensätze wie der einheitliche onkologische Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und aller ihn ergänzenden Module gemäß § 65c Absatz 1 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen. Bei der Ausgestaltung der Dateninfrastruktur, insbesondere der Anforderungen an die Datenstruktur, ist auf den Vorleistungen bestehender Initiativen (insbesondere der Medizininformatik-Initiative und dem NFDI-Konsortium German Human Genome Archive (GHGA)) aufzubauen sowie ggf. weitere klinisch-wissenschaftliche und infrastrukturelle Expertise einzubeziehen. Der Träger der Dateninfrastruktur muss technisch sicherstellen, dass Datenanalysen im Rahmen von nationalen, europäischen und internationalen Forschungsvorhaben (insbesondere 1+ Million Genomes Initiative) vorgenommen werden können. Dabei sind auch Forschungsinteressen der Leistungserbringer zu berücksichtigen. Die Rechtsverordnung erfordert die Zustimmung des Bundesrates.

Das Modellvorhaben ist nach § 65 zu evaluieren, wobei Absatz 13 vorgibt, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss. Bis zur Vorlage des Evaluationsberichtes oder – bei entsprechendem Votum – bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Aufnahme in die Regelversorgung können die Krankenkassen das Vorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach § 140a weiterführen. Die gesetzlichen Vorgaben des § 64e sind dabei weiterhin einzuhalten. Dies bietet insbesondere eine Perspektive dafür, dass die Genomsequenzierung im Rahmen eines strukturierten klinischen Behandlungsablaufs und die darauf aufbauende Datenzusammenführung von klinischen und genomischen Daten in einer Dateninfrastruktur bis zu einer Entscheidung beziehungsweise Regelung zur Übernahme in die Regelversorgung weiterhin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und finanziert werden kann. Während der Laufzeit des Modellvorhabens ist dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich ein Zwischenbericht vorzulegen, der die durch die Evaluierung bereits vorliegenden Ergebnisse beinhaltet.

Nach Absatz 14 ist der Vertrag nach Absatz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Versagung der Genehmigung, gilt der Vertrag als genehmigt. Das Modellvorhaben kann erst beginnen, wenn der Vertrag genehmigt worden oder die Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit ist berechtigt, weitere Informationen einzuholen, die dem Vertragsschluss zugrunde liegen. Auch die Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme bei den Vertragspartnern ist möglich. Die Anforderungen hemmt die Frist zur Genehmigung solange, bis die angeforderten Informationen bei dem Bundesministerium für Gesundheit eingegangen sind. Mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Dem Bundesministerium für Gesundheit soll bereits während der Vertragsverhandlungen größtmögliche Transparenz gewährleistet werden. Aus diesem Grund kann es jederzeit Einsicht in die relevanten Unterlagen fordern und ist auf Verlangen über den Stand der Verhandlungen zu informieren. Auch hat es ein Recht, den Vertragsverhandlungen beizuwohnen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Bundesministerium für Gesundheit jeweils rechtzeitig über die Verhandlungstermine zu unterrichten.

Nach Absatz 15 ist das Gendiagnostikgesetz, welches die Voraussetzungen für genetische Untersuchungen und im Rahmen genetischer Untersuchungen durchgeführte genetische Analysen sowie die Verwendung genetischer Proben und Daten festlegt, vollumfänglich anzuwenden, insbesondere zur Aufklärung, Einwilligung und Mitteilung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analyse.

Zu Nummer 20

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe cc

§ 65e bezweckt die Förderung von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen, deren zentraler und maßgeblicher Tätigkeitsbereich die psychosoziale Beratung mit psychologischer oder sozialer Schwerpunktsetzung ist und deren Angebot sich spezifisch an Menschen mit oder nach Krebserkrankungen, ihre Angehörigen oder ihnen nahestehende Personen des sozialen Umfeldes richtet.

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben jedoch auch Einrichtungen eine Förderung beantragt, die der Gesetzgeber bei Erlass der Norm ausdrücklich nicht im Blick hatte, deren Finanzierung aus anderen Mitteln gesichert ist und deren Förderung letztlich nur eine Kostenverschiebung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bewirken würde, ohne dass damit eine Verbesserung des Zugangs zu psychosozialer Krebsberatung einherginge. Der in Nummer 1 enthaltene Regelungsauftrag, die Kriterien zur Definition und Abgrenzung der nach § 65e förderfähigen ambulanten Krebsberatungsstellen zu bestimmen, ist daher angezeigt, um die Funktionsfähigkeit der ambulanten Krebsberatung mittels einer soliden Finanzierung sicherzustellen und den beteiligten Beratungsstellen Planungssicherheit zu ermöglichen.

Durch die Festlegung eindeutiger Abgrenzungskriterien wird zudem sichergestellt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel tatsächlich für die zuverlässige, niederschwellige und ambulante psychosoziale Beratung von an Krebs erkrankten Personen und ihrer Angehörigen eingesetzt wird und nicht – im Sinne einer Quersubventionierung – in andere Tätigkeitsbereiche fließen.

Nach alledem bleiben insbesondere Krebsberatungsstellen in Trägerschaft des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie gemischte Beratungsangebote oder psychoonkologische Dienste an stationären Einrichtungen nicht förderfähig, soweit eine klare räumliche und personelle Trennung nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann.

Die Kriterien zur Definition und Abgrenzung der förderfähigen Einrichtungen werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Einbeziehung des Verbands der Privaten Krankenversicherung als Teil der Fördergrundsätze gemäß § 65e Absatz 2 Satz 2 näher ausgearbeitet. Auf diesem Wege erhalten diese in fachlicher Nähe zum Regelungsgegenstand agierenden Akteure Gestaltungsmöglichkeiten und können gleichzeitig flexibel auf künftige Entwicklungen reagieren.

Zu den Dreifachbuchstaben bbb, ccc und ddd

Hierbei handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einfügung einer neuen Nummer 1 sowie zur Anfügung der neuen Nummern 6 und 7.

Zu Dreifachbuchstabe eee

In der Nummer 6 wird die Frist im Hinblick auf das voraussichtliche Inkrafttreten des Gesetzes angepasst. Ansonsten entspricht die Regelung hinsichtlich der Nummer 6 dem Gesetzentwurf.

Es besteht – auch mit Blick auf ein möglichst hohes Maß an Transparenz – ein hohes Interesse, eine Liste mit geförderten ambulanten Krebsberatungsstellen auf der Internetpräsenz des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu veröffentlichen. Die neu geschaffene Nummer 7 schafft dafür eine rechtssichere Grundlage.

Zu Nummer 22**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) sieht vor, dass aus der bisherigen Nummer 3 in Absatz 1a Satz 3 die Nummer 4 wird. Mit der vorliegenden Anpassung wird diese Änderung nachvollzogen. Gleichzeitig wird die bisherige Fristvorgabe zum 1. Januar 2020 gestrichen, da sie obsolet geworden ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich ebenfalls um eine Folgeänderung in Satz 4 Nummer 3 aufgrund der im DVPMG vorgesehenen geänderten Nummerierung (s. Begründung zu Doppelbuchstabe aa). Im Übrigen wird die Änderung aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzesentwurf enthalten.

Zu Buchstabe b

Anpassung von Verweisen an Umnummerierungen.

Zu Nummer 25

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Um die nach § 37 Absatz 9 und 10 vorgesehene Datenerhebung und -übermittlung sowie Evaluierung zu ermöglichen, erhalten die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Auftrag, die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind und insoweit differenzierbar ausgewertet werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Auftrag wurde erfüllt. Der Satz ist daher zu streichen.

Zu Nummer 27a

Bereits mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) wurde mit § 92 Absatz 6a Satz 2 eine Regelung getroffen, wonach im Hinblick auf eine lückenlose Versorgung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung die zur Einleitung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung erforderlichen probatorischen Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können. Vor dem Hintergrund einer offenbar teilweise abweichenden Auslegung der bisherigen Regelung wird nun geregelt, dass die Sitzungen bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können.

Zu Nummer 28

Zu § 95e

Zu Absatz 1

Durch die Änderung wird nunmehr auch im Regelungstext ausdrücklich klargestellt, dass die vertragsärztliche Berufshaftpflichtversicherungspflicht auch durch eine Berufshaftpflichtversicherung erfüllt werden kann, die bereits aufgrund des einschlägigen Berufs- oder Standesrecht abgeschlossen wurde, sofern diese die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 erfüllt. Damit wird verdeutlicht, dass jede Vertrags(zahn)ärztin und jeder Vertrags(zahn)arzt sowie jede Vertragspsychotherapeutin und jeder Vertragspsychotherapeut nur eine Berufshaftpflichtversicherung führen muss, die sowohl den berufs- und standesrechtlichen als auch den vertragsarztrechtlichen Anforderungen entspricht.

Zu Absatz 6

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

Zu Nummer 29

Zu Buchstabe a

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass es wichtig ist, auch Sitzungen mittels Videotechnik abhalten zu können, um wichtige, insbesondere auch statusrelevante Entscheidungen, die Einfluss auf die Versorgung der Versicherten haben, weiter treffen zu können. Im Hinblick darauf, dass die Rechtsprechung derartige Sitzungen in Ermangelung einer gesetzlichen Grundlage teilweise als unzulässig bezeichnet hat, soll mit der vorliegenden Änderung nunmehr für Rechtsklarheit gesorgt werden. Zu diesem Zweck wird in der Ermächtigungsgrundlage zum Erlass der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und für Vertragszahnärzte klargestellt, dass in den dortigen Vorschriften über das Verfahren der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse auch Regelungen über die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen mittels Videotechnik zu treffen sind.

Zu Buchstabe b

Der Regelungsinhalt entspricht dem bisherigen Änderungsbefehl.

Zu Nummer 29a**Zu Buchstabe a**

Um die Planungssicherheit für Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu erhöhen, wurde durch Artikel 1 Nummer 56a Buchstabe b des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) in § 106 Absatz 3 Satz 3 SGB V eine Ausschlussfrist von zwei Jahren für die Festsetzung von Nachforderungen oder Kürzungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen geregelt. Durch den Verweis auf § 45 Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde in Umsetzung der ständigen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 15.8.2012 – B 6 KA 45/11 R) die Geltung der Verjährungsvorschriften und damit insbesondere der Hemmungstatbestände des § 204 Absatz 1 Nummer 12 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) gesetzlich entsprechend vorgegeben. Sofern für die arztbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung ein Antrag erforderlich ist, wird durch den Eingang dieses Antrags bei der Prüfungsstelle und einer entsprechenden Information an die betroffene Vertragsärztin oder den betroffenen Vertragsarzt die Ausschlussfrist gehemmt, so dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit Regressforderungen weit über zwei Jahre hinaus rechnen müssen. Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die von Amts wegen durchzuführen sind, stellt sich das Problem der Hemmung nur in Ausnahmefällen, so dass die Prüfungsstelle mögliche Regressforderungen in der Regel innerhalb der zweijährigen Ausschlussfrist festsetzt.

Um den unterschiedlichen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung und deren Folgen Rechnung zu tragen, werden die Ausschlussfristen nunmehr separat für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Amts wegen und auf Antrag geregelt.

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Amts wegen bleibt es bei der bisherigen Ausschlussfrist von zwei Jahren und der entsprechenden Geltung der Verjährungstatbestände des BGB über den Verweis auf § 45 des SGB I. Ein gestellter Antrag durch eine Krankenkasse führt nach der Rechtsprechung des BSG in diesen Fällen nicht zu einer Hemmung der Frist.

Durch die Änderung wird deutlich gemacht, dass die bereits in Satz 3 enthaltene Regelung nunmehr nur noch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Amts wegen betrifft.

Zu Buchstabe b

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, für die ein Antrag erforderlich ist, regeln die neu eingefügten Sätze 4 und 5 die geltenden Ausschlussfristen. Danach ist der Antrag zwingend innerhalb von 18 Monaten nach dem Erlass des Honorarbescheides beziehungsweise nach dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle einzureichen. Später eingegangene Anträge unterliegen der Ausschlussfrist und sind nicht mehr zu berücksichtigen. Diese Frist ist für die Antragssteller auch einzuhalten. So haben sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits in ihren Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 in der Fassung vom 1. Mai 2020 auf diese Frist für den Antragseingang geeinigt.

Weiterhin wird durch den neu eingefügten Satz 5 der Prüfungsstelle eine Frist von zwölf Monaten für die Festsetzung einer Nachforderung oder Kürzung vorgegeben. Dieser Zeitraum ist für die Prüfungsstelle notwendig, um unter anderem der betroffenen Vertragsärztin oder dem betroffenen Vertragsarzt eine angemessene Frist für die Anhörung gewähren zu können. Zudem ermöglicht die Frist der Prüfungsstelle die Prüfung auch komplexer Sachverhalte.

Die zwölfmonatige Frist beginnt nach dem rechnerischen Ende der 18-monatigen Antragsfrist, nicht mit dem tatsächlichen Antragseingang. Durch die Aufteilung der bisherigen Ausschlussfrist in zwei verschiedene Ausschlussfristen je nach Verfahrensstand ist die entsprechende Anwendung der Verjährung und der Hemmungstatbestände nicht mehr erforderlich. Damit erhalten die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Sicherheit, dass sie nach Ablauf von 30 Monaten nach Erlass des Honorarbescheides beziehungsweise nach Ende des Kalenderjahres, in dem Leistungen verordnet worden sind, mit keinen Regressforderungen mehr konfrontiert werden können. Eine kürzere Fristsetzung ist nicht möglich, da ansonsten die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mehr sichergestellt wäre. Durch die fehlende Hemmung der Ausschlussfrist durch die Antragsstellung wird eine deutlich größere Planungssicherheit für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Vergleich zur bisherigen Rechtslage erzielt.

Zu Nummer 31

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung normiert die Befugnis und Verpflichtung der Vertragsparteien eines Qualitätsvertrags, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Daten zu den Qualitätsverträgen zu übermitteln, die für die Evaluation nach § 136b Absatz 8 Satz 1 und für die Veröffentlichung nach § 136b Absatz 8 Satz 5 erforderlich sind. Die Regelung bezieht sich dabei nur auf die vertragsbezogenen Daten (z. B. Daten der Vertragsparteien, der Vertragslaufzeit u. ä.) und nicht auf Patientendaten. Das IQTIG ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Evaluation der Qualitätsverträge beauftragt. Regelungen zur Datenübermittlung der Vertragsparteien an das IQTIG für diese Evaluation sind bisher vollumfänglich den verbindlichen Rahmenvorgaben zum Inhalt der Qualitätsverträge überlassen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbaren haben. Diese Rahmenvorgaben vom 16. Juli 2018 sehen aktuell in § 6 Absatz 4 Satz 3 vor, dass die vertragsbezogenen Informationen während des Erprobungszeitraums der Qualitätsverträge nur den dort genannten Organisationen zugänglich sind. Um den notwendigen Datenfluss insbesondere für die in § 136b Absatz 8 Satz 5 neu vorgesehene regelmäßige Veröffentlichung einer Übersicht zu den geschlossenen Qualitätsverträgen durch den G-BA zu sichern, wird die Datenübermittlungsbefugnis zu den dafür erforderlichen Vertragsdaten nunmehr ausdrücklich gesetzlich geregelt. Die Verpflichtung des IQTIG, dem G-BA diese Daten für die genannte Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen, ist bereits in § 136b Absatz 8 Satz 6 (neu) enthalten.

Zu Nummer 31a

Zu Buchstabe a

Durch die Einfügung der Sätze 5 und 6 in § 111 Absatz 5 durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020 ist der Verweis in § 111 Absatz 2 Satz 4 unrichtig geworden und wird korrigiert. § 111 Absatz 2 Satz 4 verweist auf Vorschriften zur Durchführung von Schiedsverfahren, um Schiedsverfahren auch für die Vereinbarung von Versorgungsverträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 Absatz 2 Satz 1 über stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b

Nach Absatz 3 Satz 1 gilt bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Durch die Änderung wird die Übergangsvorschrift bis zum 31. Dezember 2025 befristet. Dadurch wird ab dem Jahr 2026 eine Gleichbehandlung aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erreicht. Dies auch vor dem Hintergrund, dass in Absatz 7 die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen ist, deren Inhalte den Versorgungsverträgen zugrunde zu legen sind.

Zu Buchstabe c

Nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen. Um sicherzustellen, dass Rahmenempfehlungen auch zu Grundsätzen für Vereinbarungen zu der nach Absatz 5 Satz 5 vorgesehenen Anpassung von Vergütungsvereinbarungen an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen geschlossen werden, wird die Nummer 2 entsprechend erweitert. Die Rahmenempfehlungen sollen kurzfristig bis zum 15. Juli 2021 vereinbart werden, um gemäß Absatz 7 Satz 2 den Verhandlungen über Vergütungsverträge zugrunde gelegt werden zu können.

Zu Nummer 31b

Nach Absatz 2 Satz 1 gilt bei Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Durch die Änderung wird die

Übergangsvorschrift bis zum 31. Dezember 2025 befristet. Dadurch wird eine Gleichbehandlung aller Einrichtungen erreicht. Dies auch vor dem Hintergrund, dass gemäß Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 111 Absatz 7 die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen vorgesehen ist, deren Inhalte den Versorgungsverträgen zugrunde zu legen sind.

Zu Nummer 31c

Zu Buchstabe a

Durch die Einfügung eines Verweises auf Vorschriften zur Durchführung von Schiedsverfahren werden Schiedsverfahren auch für die Vereinbarung von Versorgungsverträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 1 über ambulante Rehabilitationsleistungen ermöglicht. Ein entsprechender Verweis wie bei der Regelung zu Versorgungsverträgen über stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach § 111 Absatz 2 wurde bisher in § 111c Absatz 1 nicht geregelt.

Zu Buchstabe b

Nach Absatz 4 Satz 1 gilt bei Einrichtungen, die vor dem 1. Januar 2012 ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, ein Versorgungsvertrag nach § 111c in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Durch die Änderung wird die Übergangsvorschrift bis zum 31. Dezember 2025 befristet. Dadurch wird eine Gleichbehandlung aller Rehabilitationseinrichtungen erreicht. Dies auch vor dem Hintergrund, dass in Absatz 5 die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen ist, deren Inhalte den Versorgungsverträgen zugrunde zu legen sind.

Zu Buchstabe c

Nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen. Um sicherzustellen, dass Rahmenempfehlungen auch zu Grundsätzen für Vereinbarungen zu der nach Absatz 3 Satz 5 vorgesehenen Anpassung von Vergütungsvereinbarungen an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Rehabilitationseinrichtungen geschlossen werden, wird die Nummer 2 entsprechend erweitert. Die Rahmenempfehlungen sollen kurzfristig bis zum 15. Juli 2021 vereinbart werden, um gemäß Absatz 5 Satz 2 den Verhandlungen über Vergütungsverträge zugrunde gelegt werden zu können.

Zu Nummer 31d

Auf Grund des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) ist mit dem Ziel, die Finanzierung der Auszubildenden im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit in der Ambulanz der Ausbildungseinrichtung zu verbessern, der § 117 Absatz 3c SGB V zum 23. November 2019 in Kraft getreten. Durch diese Vorschrift in Verbindung mit § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2, der entsprechend gilt, wurden die Aus- und Weiterbildungsstätten und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, einen Anteil der Vergütung zu vereinbaren, mit dem die von den Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden geleisteten Krankenbehandlungen angemessen abgegolten werden. Dieser Anteil musste mindestens 40 Prozent der Vergütung betragen. Die Ambulanzen wurden zudem explizit zur Weitergabe dieses Anteils an die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden verpflichtet. Hintergrund dieser Regelung war, dass die Ambulanzen für die geleisteten Krankenbehandlungen von den Krankenkassen zwar Vergütungen in voller Höhe erhalten haben, die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden jedoch entweder unterschiedlich hohe oder gar keine Anteile dieser Vergütung erhalten haben. Vor dem Hintergrund, dass die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden bestimmte Kosten ihrer Aus- oder Weiterbildung selbst zu finanzieren haben, sollte durch die Regelungen in § 117 Absatz 3c sichergestellt werden, dass sie angemessen an den von ihnen erwirtschafteten Einnahmen der Ambulanzen partizipieren.

Die bisherige Fassung des § 117 Absatz 3c SGB V hat vielfach zu Unklarheiten in der Rechtsanwendung geführt. Unter anderem wurde die Basis der Berechnung des Anteils unterschiedlich interpretiert sowie die Auswirkungen der Weiterleitungsverpflichtung auf die Höhe der Vergütung. Auch kam es vielfach zu Unklarheiten, ob es für den gesetzlich vorgegebenen Mindestanteil von 40 Prozent bereits einer Vereinbarung bedarf, die häufig nicht zu

Stande gekommen ist und die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden deshalb nach wie vor keinen Vergütungsanteil erhalten.

Um nunmehr eine einheitliche Rechtsanwendung zu gewährleisten, ist die Regelung anzupassen. Sind und Zweck der Regelung ist es, die Ambulanzen zur Auszahlung eines Vergütungsanteils jeweils an die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden zu verpflichten. Dieser Anteil muss mindestens 40 Prozent betragen. Weder für den vorgegebenen Mindestanteil noch für einen höheren Anteil ist der Abschluss einer Vereinbarung in der Praxis eine notwendige Voraussetzung. So gibt es bereits Ambulanzen, die einen Anteil für 40 Prozent oder mehr weiterleiten, obwohl sie keine Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossen haben. Deshalb wird auf das Vereinbarungserfordernis nicht nur wie bisher für den Mindestanteil von 40 Prozent, sondern für jede Höhe verzichtet. Die Ambulanzen sollen eigenständig entscheiden können, ob sie einen höheren Anteil an ihre Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden auszuzahlen.

Zudem wird durch die neue Formulierung deutlich gemacht, dass die oder der Aus- und Weiterbildungsteilnehmende für jede konkret erbrachte Leistung den Anteil von der Vergütung im Rahmen eines Individualanspruchs erhält, die die Krankenkassen an die Ambulanz für die jeweilige Leistung entrichten. Damit partizipieren die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden an der Vergütung für genau die Leistungen, die sie oder er erbracht haben. Es ist folglich eine konkrete Berechnung vorzunehmen, für eine pauschale Berechnung des Anteils bleibt kein Raum. Die Auszahlung des Vergütungsanteils haben die Ambulanzen den Krankenkassen gegenüber nachzuweisen.

Sofern die Ambulanzen ihrer Verpflichtung zur Auszahlung des Vergütungsanteils nicht nachkommen, können die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden diesen Anspruch im Rahmen ihrer privatrechtlichen, vertraglichen Beziehungen mit den Ambulanzen beziehungsweise mit den Aus- und Weiterbildungsstätten geltend machen. Zwar regelt der § 117 Absatz 3c SGB V nicht das Rechtsverhältnis zwischen den Ambulanzen beziehungsweise den Aus- und Weiterbildungsstätten und den Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden, da dieses Verhältnis zivilrechtlicher Natur ist und deshalb nicht im SGB V und damit im Bereich des öffentlichen Rechts geregelt werden kann. Gleichwohl ist stets geltendes Recht und somit auch die in § 117 Absatz 3c SGB V enthaltene Verpflichtung zur Auszahlung eines Vergütungsanteils zu berücksichtigen.

Um die Transparenz und die Vergleichbarkeit für die Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden über die für sie entstehenden Ausbildungskosten und die Höhe des Vergütungsanteils zu erhöhen, haben die Aus- und Weiterbildungsstätten und ihre Ambulanzen der Bundespsychotherapeutenkammer die bei den Aus- und Weiterbildungsteilnehmern anfallenden Ausbildungskosten sowie die Höhe des Vergütungsanteils, der ausgezahlt wird, zu melden. Die Ambulanzen haben die Meldung auch dann vorzunehmen, wenn die Ausbildungskosten gegenüber der Aus- und Weiterbildungsstätte zu entrichten sind; in diesem Fall hat die Aus- und Weiterbildungsstätte der Ambulanz die anfallenden Ausbildungskosten für die Meldung mitzuteilen. Die Meldung hat erstmalig bis zum 31. Juli 2021 zu erfolgen und ist danach stets zu aktualisieren. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine entsprechende Übersicht zu veröffentlichen.

Mit der neuen Regelung des § 117 Absatz 3c entsteht keine neue Verpflichtung der Ambulanzen zur Auszahlung des Anteils an der Vergütung an die Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmenden. Diese Verpflichtung bestand bereits mit Inkrafttreten dieser Vorschrift am 23. November 2019.

Zu Nummer 33

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine klarstellende Regelung dahingehend, dass auch Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen der Zusammenarbeit beim organisierten Notdienst, die nach § 75 Absatz 1b Satz 2 und § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 vereinbart werden, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung in Satz 1 wird die Frist, in der der G-BA die Vorgaben zur Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens beschließt, von sechs auf zwölf Monate verlängert, um eine sachgerechte Beratung zu gewährleisten. Durch Satz 2 wird der G-BA beauftragt, bei den von ihm festzulegenden Vorgaben für das Ersteinschätzungsverfahren die bereits in den zentralen Notaufnahmen vorhandenen und zur Anwendung kommenden Verfahren zur Behandlungspriorisierung für Notfallpatientinnen und -patienten im Rahmen des gestuften Systems

von Notfallstrukturen in Krankenhäusern mit dem Ziel einer medizinisch sachgerechten Verknüpfung der Systeme zur Ersteinschätzung und zur Behandlungspriorisierung zu berücksichtigen.

In Satz 3 Nummer 1 wird ergänzt, dass der G-BA auch die Fälle bestimmen soll, in denen bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs ein Arzt oder eine Ärztin darüber zu entscheiden hat, dass die Patientin und der Patient nicht vor Ort versorgt werden muss. Mit Nummer 4 wird ergänzt, dass auch das Nähere zur Weiterleitung eines Patienten oder einer Patientin an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte oder Ärztinnen und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 zu regeln ist. Hiervon sind auch Vorgaben zu den Voraussetzungen, unter denen eine Weiterleitung in eine Notdienstpraxis an Krankenhausstandorten vorzunehmen ist, und ebenso Vorgaben dazu, unter welchen Voraussetzungen eine Weiterleitung an eine Vertragsarztpraxis außerhalb der Krankenhausstandorte zu vertreten ist, umfasst.

Mit den Sätzen 7 und 8 wird dem G-BA sowie dem ergänzten Bewertungsausschuss eine Evaluierungspflicht auferlegt, um zu bewerten, welchen Einfluss die Maßnahmen insbesondere auf die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, die Entwicklung der Leistungen und auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten hatten, um gegebenenfalls Änderungsbedarfe ableiten zu können.

Zu Nummer 33a

Zu Buchstabe a

Infolge der durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) vorgenommenen Änderungen besteht die Möglichkeit, dass Einrichtungen nach Absatz 5 Leistungen erbringen oder abrechnen, ohne dass die Krankenkassen über die Leistungsberechtigung dieser Einrichtungen informiert sind. Dieser Umstand erschwert die Abwicklung von Abrechnungen und eventuelle Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen. Daher bedarf es einer Erweiterung der Kompetenzen der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 2 hinsichtlich der Befugnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten. Daher dürfen nun auch die in den Verträgen nach § 125 näher bezeichneten für Zwecke der Abrechnung und der Sicherung der Qualität erforderlichen Informationen von den Leistungserbringern nach Absatz 5 erhoben, verarbeitet und genutzt werden, für die nach § 125 Absatz 2 Nummer 5a eine Anzeigepflicht besteht. So wird sichergestellt, dass die an den GKV-Spitzenverband zu übermittelnden Daten vollständig sind und die Krankenkassen über sämtliche zur Abrechnung berechnete Leistungserbringer informiert sind. Es handelt sich hierbei um eine gesetzliche Anpassung, um die Verarbeitung der Daten, die nach den Verträgen nach § 125 gemäß § 125 Absatz 2 Nummer 5a anzuzeigen sind, zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b

Mit den Änderungen wird geregelt, dass die von den Arbeitsgemeinschaften an den GKV-Spitzenverband zu übermittelnden Daten auch Daten über Leistungserbringer nach Absatz 5 enthalten.

Zu Buchstabe c

Mit den Änderungen im bisherigen Satz 11 wird geregelt, dass die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbands maßgebliche Daten über ambulant tätige Leistungserbringer zu veröffentlichen, sich auch auf Leistungserbringer nach Absatz 5 erstreckt. Welche Daten in der Liste veröffentlicht werden sollen, ist zwischen den Vertragspartnern in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 festzulegen.

Zu Nummer 33b

Zu Buchstabe a

Die Regelung verpflichtet die Vertragspartner in den Verträgen nach Absatz 1 festzulegen, welche für Zwecke der Abrechnung und zur Sicherung der Qualität erforderlichen Informationen an die Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 zu übermitteln sind. So wird sichergestellt, dass die von den Arbeitsgemeinschaften an den GKV-Spitzenverband zu übermittelnden Daten vollständig sind und die Krankenkassen über sämtliche zur Abrechnung berechnete Leistungserbringer informiert sind, sodass die Abwicklung von Abrechnungen, Abrechnungsprüfungen und Prüfungen der Behandlungsqualität der durch Leistungserbringer nach Absatz 5 erbrachten Leistungen ermöglicht und vereinfacht wird.

Zu Buchstabe b

Die Änderung in Absatz 5 stellt klar, dass das Schiedsverfahren vor Fristablauf aufgrund des Scheiterns der Verhandlungen und der Anrufung der Schiedsstelle nur stattfindet, wenn bis zum 1. Januar 2021 kein Vertrag für den jeweiligen Heilmittelbereich zustande kommt. Kommt bis zum Ablauf einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit ein neuer Vertrag nicht zustande, wird der Inhalt des Folgevertrages gemäß Absatz 5 Satz 1 innerhalb von 3 Monaten nach Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit durch die Schiedsstelle nach Absatz 6 festgesetzt. Der bisherige Vertrag gilt nach Absatz 5 Satz 4 bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

Zu Nummer 33c

Die Verhandlungskapazitäten der Vertragspartner sind derzeit noch immer mit den teilweise nicht abgeschlossenen Verhandlungen zu den bundesweiten Verträgen nach § 125 gebunden. Daher kann die in Absatz 1 gesetzte Frist absehbar nicht eingehalten werden. Die Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung enthalten weitreichende Neuerungen im Heilmittelbereich. Um hierfür einen ausreichenden Verhandlungszeitraum zu gewährleisten, wird die in Absatz 1 genannte Frist bis zum 30. September 2021 verlängert.

Zu Nummer 36

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 6 Satz 4

Mit der Ergänzung in § 130b Absatz 6 Satz 4 wird der Verweis auf § 129 Absatz 10 Satz 1 klarstellend konkretisiert. Der Verweis auf die Verordnungsermächtigung in § 129 Absatz 10 Satz 2 ist bereits in § 130b Absatz 6 Satz 5 geregelt.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 8a Satz 7

Es wird geregelt, dass das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 bis zum letzten Tag des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats in der Rahmenvereinbarung nach § 130b Absatz 9 zu regeln ist. Es ist aufgrund der Komplexität des Sachverhalts und der potentiellen Auswirkungen auf den Arzneimittelmarkt erforderlich, dass sowohl der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als auch die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises von Arzneimittelneueinführungen vereinbaren, um einen angemessenen Interessensausgleich zu gewährleisten. Können sich die Partner der Rahmenvereinbarung nicht auf das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 einigen, setzen gemäß § 130b Absatz 9 Satz 6 die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 den Inhalt der Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden fest.

Zu Nummer 37

Mit der Änderung in Absatz 3 und der Ergänzung der Absätze 3a und 3b wird an Stelle der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5, die mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) eingeführt wurde (sogenannte AMNOG-Schiedsstelle), eine neue Schiedsstelle festgelegt. Damit wird den unterschiedlichen Regelungsgegenständen des Rahmenvertrages nach § 131 einerseits und der Erstattungsvereinbarungen nach § 130b andererseits sowie einer angemessenen Beteiligung der am Rahmenvertrag nach § 131 beteiligten Verbände Rechnung getragen. In Absatz 3a Satz 2 werden dementsprechend jeweils sechs Vertreter der Vertragsparteien nach Absatz 1 vorgesehen, d. h. sechs Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie sechs Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene, insgesamt somit 15 Mitglieder. Im Übrigen entspricht das Schiedsverfahren nach Absatz 3a sowie Absatz 3b dem Schiedsverfahren nach § 130b Absätze 5 und 6 SGB V.

Zu Nummer 37a

Nach § 132 Absatz 1 Satz 1 schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe. Ergänzend wird geregelt, dass die Bezahlung von Gehältern nicht als

unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, wenn die Leistungserbringer ihren Beschäftigten Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Es wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dem nicht entgegengehalten werden kann. Für Leistungserbringer sollen damit Anreize gesetzt werden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend zu entlohnen. Um sicherzustellen, dass die Vergütungen bei den Beschäftigten ankommen, werden die Leistungserbringer verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Die Regelungen entsprechen den für die Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege bestehenden Vorgaben in § 132a Absatz 4 Satz 7 und 8.

Zu Nummer 38

Zu Buchstabe a

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erhalten den Auftrag, in den Rahmenempfehlungen die Anforderungen an die Eignung der qualifizierten Pflegefachpersonen zu regeln, die über die Dauer und Häufigkeit bestimmter ärztlich verordneter Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege entscheiden können.

Um die Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen zu gewährleisten, erhalten die Rahmenempfehlungspartner den Auftrag, entsprechende Maßnahmen zu vereinbaren.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung wird nur aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzesentwurf enthalten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit den Änderungen wird festgelegt, dass auch Leistungserbringer, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, zur Nachbesserung von im Rahmen der Qualitätsprüfung § 275b festgestellten Qualitätsmängeln aufgefordert werden können. Für Leistungserbringer, die neben den Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch Leistungen nach dem Elften Buch (SGB XI) erbringen, gilt dies bereits gemäß § 115 Absatz 2 SGB XI. Die Entscheidung über die zu treffenden Maßnahmen durch den Leistungserbringer, die Bescheiderteilung sowie die Fristsetzung zur Nachbesserung erfolgt jeweils durch die Körperschaft, die die Qualitätsprüfung in Auftrag gegeben hat, bei der die Qualitätsmängel festgestellt wurden. Dies sind bei Regelprüfungen nach § 275b Absatz 1 Satz 1 die Landesverbände der Krankenkassen (gemeinsam und einheitlich mit den Ersatzkassen), bei Anlassprüfungen nach § 275 b Absatz 1 Satz 2 die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 39a

Die Möglichkeit, Nachbesserungen bei im Rahmen von Qualitätsprüfungen nach § 275 b festgestellten Mängeln einzufordern, soll für die Krankenkassen nicht nur bei Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege bestehen (siehe Nummer 1), sondern auch bei Leistungserbringern der außerklinischen Intensivpflege, mit denen künftig Verträge nach § 132l Absatz 5 geschlossen werden. Diese Vertragsabschlüsse können frühestens nach Verabschiedung der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 erfolgen; hierfür ist den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist bis zum 31. Oktober 2022 eingeräumt.

Zu Nummer 39b

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit einer Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e sowie deren Vergütung. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.

Zu Nummer 41

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Durch die Einfügung der Passage in Satz 3 wird ausdrücklich klargestellt, dass Krankenhausträger ihre Prognose an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln haben, in deren Zuständigkeit sich der Krankenhausstandort befindet.

Durch die Einfügung der Passage in Satz 6 wird ausdrücklich klargestellt, dass für die Prüfung und Entscheidung über die Widerlegung der übermittelten Prognosen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zuständig sind, in deren Zuständigkeit der jeweilige Krankenhausstandort liegt. Die Regelung dient der Lösung von Zuständigkeitskonflikten in Nordrhein-Westfalen, dort kam es in der Vergangenheit zu Problemen wegen zweier bestehender Landesverbände.

Zu Buchstabe d

Die Regelungen zur Bestimmung eines Ausnahmetatbestands durch die Planungsbehörden der Länder werden im neuen Absatz 5a konkretisiert.

Für Mindestmengen nach der Mindestmengen-Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses wird in Satz 1 die Möglichkeit der Länder, Ausnahmetatbestände zu bestimmen, beibehalten. Voraussetzung ist, dass die Anwendung dieser Mindestmenge dazu führen könnte, die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gefährden.

Im Hinblick auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Beschlüssen festgestellten positiven Wirkungen der Mindestmengen auf die Behandlungsqualität in der Versorgung waren die Länder bereits bisher gehalten, nur in dem Umfang Gebrauch von Ausnahmeregelungen zu machen, wie es die Sicherung der flächendeckenden Versorgung unbedingt erfordert. So werden im Rahmen einer sogenannten Folgenabschätzung insbesondere etwaige Standortschließungen, die daraus folgenden Umverteilungen von Patientinnen und Patienten sowie geänderte Entfernungen und Fahrzeiten wissenschaftlich erarbeitet und im Rahmen der Beschlussfassung einer Mindestmenge vom Gemeinsamen Bundesausschuss berücksichtigt. Der maßvolle Einsatz der Ausnahmegewährung durch die Länderbehörden wird zukünftig durch das Erfordernis des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen weiter gefördert.

Die Länderbehörden entscheiden nach Satz 2 auf Antrag eines Krankenhauses, ob in diesen Ausnahmefällen unterhalb der Mindestmenge das Leistungsverbot und der Vergütungsausschluss nach Absatz 5 Satz 1 und 2 Anwendung finden. Dabei müssen die Länderbehörden die Entscheidung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen.

Im Rahmen der Beratungen wird die Länderbehörde dafür unter Bezugnahme geeigneter Unterlagen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen darzulegen haben, wie sich die Versorgungssituation aktuell sowie bei Anwendung der Mindestmenge in dem Bundesland voraussichtlich darstellen wird und inwiefern dies eine flächendeckende Versorgung auch unter Berücksichtigung von grenznahen leistungserbringenden Krankenhäusern gefährdet. Ein Einvernehmen zur Nichtanwendung für ein Krankenhaus ist von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dann zu erteilen, wenn aufgrund des drohenden Leistungsausschlusses eines Krankenhauses (welches einen Antrag gestellt hat) konkrete Nachteile für die Patientinnen oder Patienten insbesondere durch verlängerte Transport- oder Anfahrtswege entstehen, welche die mit der Mindestmenge verbundenen Vorteile, d.h. die wahrscheinliche Verbesserung der medizinischen Versorgung, voraussichtlich überwiegen würden.

Sollte ein Einvernehmen zwischen Landesbehörde und Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht hergestellt werden können, ist eine Ausnahmeerteilung ausgeschlossen.

Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen handeln bei ihrer Entscheidung gemäß Satz 3 gemeinsam und einheitlich.

Nach Satz 4 kann die Nichtanwendung des Leistungs- und Vergütungsverbots jeweils für ein Kalenderjahr beschlossen werden, Befristungen sind dabei wiederholt möglich.

Mit Satz 5 wird eine Berichts- und Begründungspflicht der Länderbehörden etabliert. Diese haben den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie das Bundesministerium für Gesundheit darüber zu informieren, wenn sie gemäß Satz 2 bestimmen, dass die Anwendung des Absatzes 5 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte und die Nichtanwendung des Leistungsverbots und des Vergütungsausschlusses gewähren. So benötigt der Gemeinsame Bundesausschuss diese Information um seiner Verpflichtung zur Information der Versicherten und der Öffentlichkeit nachzukommen.

Zu Nummer 43

Zu Buchstabe a

Die aufgenommene Streichung stellt klar, dass Patientenbefragungen im Rahmen von Verfahren zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zwingend mit anderen Datenerhebungen z. B. durch Dokumentation von Leistungserbringern verbunden sein müssen. Die Formulierung „Module für ergänzende Patientenbefragungen“ sollte ursprünglich verdeutlichen, dass Patientenbefragungen neben den weiterhin zu nutzenden anderen Datenquellen der Qualitätssicherung als zusätzliche Erkenntnisgrundlage bei der Erhebung der Versorgungsqualität entwickelt und etabliert werden sollen. Inwieweit Patientenbefragungen auch eigenständig eingesetzt werden können, um Qualitätsaspekte der Versorgung zu ermitteln und welche Konsequenzen an die Ergebnisse von Patientenbefragungen geknüpft werden sollten, ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss unter Berücksichtigung der Entwicklungsergebnisse und Empfehlungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im jeweiligen Versorgungskontext zu beurteilen. Das Missverständnis, dass Patientenbefragungen stets nur als Teil weiterer Datenerhebungen eingesetzt werden können, wird durch die Streichung ausgeräumt. Die Ergänzung zur Entwicklung von Patientenbefragungen auch in digitaler Form unterstützt die Nutzung digitaler Befragungskonzepte und ist bereits im Gesetzentwurf vorgesehen.

Zu Nummer 48

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Da Satz 1 bislang nur eine einmalige Überprüfung und Weiterentwicklung der bereits festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 31. August 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 vorsieht, ist eine gesetzliche Änderung erforderlich, um die bereits festgelegten pflegesensitiven Bereiche und die entsprechenden Pflegepersonaluntergrenzen auch in Zukunft überprüfen und anpassen zu können. Durch die gesetzlichen Änderungen wird sichergestellt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig eine jährliche Überprüfung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bereits festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 31. August eines Jahres, erstmals bis zum 31. August 2021, vornehmen und eine Weiterentwicklung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2022 vereinbaren.

Die bislang in Satz 2 Nummer 1 geregelte Verpflichtung, bis zum 31. August 2019 Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie zu vereinbaren, wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen einer Ersatzvornahme mit Verordnung vom 28. Oktober 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 vorgenommen. Vor diesem Hintergrund wird die Nummer 1 zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 2 sieht nun in unveränderter Form die bislang in Satz 2 Nummer 2 geregelte Verpflichtung der Vertragsparteien auf Bundesebene vor, bis zum 1. Januar eines Jahres weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern festzulegen sowie bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr für diese Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung wird nur aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Zu Buchstabe b

Die in Absatz 6 geregelte Verpflichtung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vorzulegen, wird um ein Jahr verschoben. Durch die gesetzliche Änderung der Abgabefrist bis zum 31. Dezember 2023 wird der Betrachtungszeitraum des Evaluationsberichtes um ein Jahr verlängert, zumal insbesondere für das Jahr 2020 aufgrund der pandemiebedingten befristeten Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen keine aussagekräftige Datengrundlage zur Verfügung steht. Für das Jahr 2020 liegen nur für die Monate Januar und Februar Daten über die Pflegepersonaluntergrenzen in allen pflegesensitiven Bereichen vor. In den weiteren Monaten des Jahres 2020 erfolgte pandemiebedingt nur eine begrenzte Datenerhebung, da die Anwendung der §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 28. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1492) (PpUGV) mit Wirkung vom 1. März 2020 vorübergehend ausgesetzt war. Die Regelungen der PpUGV für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie wurden zwar ab dem 1. August 2020 wieder in Kraft gesetzt, für die übrigen pflegesensitiven Bereiche blieb es jedoch bei der Aussetzung bis einschließlich 31. Januar 2021.

Um die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten adäquat bewerten zu können, bedarf es einer hinreichend aussagekräftigen Datengrundlage. Diese wird durch die gesetzliche Änderung des Abgabetermins des Evaluationsberichtes und den dadurch verlängerten Betrachtungszeitraum sichergestellt.

Zu Nummer 49a

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar. Zu den Rahmenbedingungen einer guten und motivierten Pflege gehört eine qualitativ und quantitativ am Bedarf ausgerichtete Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser. Um eine angemessene Personalausstattung in der Pflege und eine hochwertige pflegerische Versorgung zu gewährleisten, werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemäß § 137k verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständs bis zum 31. Dezember 2024 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in der Pflege im Krankenhaus zu entwickeln und zu erproben. Das Pflegepersonalbemessungsverfahren ist für die unmittelbare Patientenversorgung in allen bettenführenden, somatischen Bereichen der Krankenhäuser unter Berücksichtigung des Qualifikationsmixes zu entwickeln. In Entsprechung zu dem in § 113c SGB XI vorgesehenen Verfahren zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen hat die Entwicklung und Erprobung des Personalbemessungsverfahrens für die Pflege in Krankenhäusern grundsätzlich in jedem Verfahrensschritt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu erfolgen. Dazu steht das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Satz 1 und ist berechtigt, an ihren Sitzungen teilzunehmen und deren fachliche Unterlagen zu erhalten.

Im Lichte der im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) getroffenen Vereinbarungen der Partner der Arbeitsgruppe 2 ist ein am individuellen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtetes, pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument zu entwickeln, das sich an den anerkannten Standards einer fachlich angemessenen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern orientiert und den entsprechenden Qualifikationsmix berücksichtigt. Dazu ist ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Krankenhäusern zu erstellen, durch das auf Basis der Erfassung des individuellen Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten der für eine fachlich angemessene pflegerische Versorgung erforderliche Pflegepersonalbedarf ermittelt wird. Die Entwicklung erfolgt auf der Grundlage vorhandener valider und reliabler Assessmentinstrumente und wird empirisch überprüft.

Das Personalbemessungsverfahren muss eine standardisierte, bundesweit einheitliche Anwendung sicherstellen, die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten, z. B. hinsichtlich der Einordnung des Pflegebedarfes, keinen Raum lässt. Zudem ist es bürokratiearm auszugestalten, indem es bereits bestehende Datenflüsse und Dokumentationsaufwände in den Krankenhäusern einbezieht. Ergänzend sollen systematisch auch solche Tätigkeiten erfasst werden, die nicht bereits aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind (wie z. B. die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern, Ausbildung, Dokumentation, Beratung von Angehörigen, Koordination usw.) und durch die die direkte Pflege „am Bett“ unterstützt oder ermöglicht wird. Das Personalbemessungsverfahren stellt Transparenz

über den Pflegepersonalbedarf und den tatsächlichen Pflegepersonaleinsatz her. Die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und die Dokumentation des Pflegepersonaleinsatzes erfolgen dabei weitgehend aus bereits vorhandenen, insbesondere digital erfassten Daten. Das Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument soll perspektivisch weiterentwicklungsfähig sein und als „lernendes System“ ausgestaltet werden.

Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens beauftragen die Vertragsparteien nach Satz 1 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Entwicklung und der Erprobung des Pflegepersonalbemessungsverfahrens. Dabei kommt auch die gemeinsame Beauftragung mehrerer wissenschaftlicher Einrichtungen oder Sachverständiger in einem Konsortium, möglichst mit enger Anbindung an die Patientenversorgung im Krankenhaus und multidisziplinärer Anbindung in Betracht. Die Entwicklung und Erprobung des Bemessungsverfahrens erfolgt unabhängig und transparent und kann jeweils auch in Teilaufträgen erfolgen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 tragen die Kosten für die Ausschreibung, Auftragsvergabe, Entwicklung und Erprobung des Bemessungsverfahrens. Die Kosten werden zu 50 Prozent von der Deutschen Krankenhausgesellschaft getragen; die weiteren 50 Prozent der Kosten werden gemeinsam von der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung getragen. Von diesem hälftigen Betrag trägt der Verband der Privaten Krankenversicherung entsprechend dem rechnerischen Anteil an allen gesetzlich und privat Krankenversicherten 7 Prozent. Entsprechend entfallen von dem gesamten Betrag 46,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und 3,5 Prozent auf den Verband der Privaten Krankenversicherung.

Das Personalbemessungsverfahren soll sich gemäß Satz 5 nicht auf die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erstrecken, da die entsprechenden Mindestvorgaben für diese Einrichtungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegt werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht vor, dass zur Begleitung der Durchführung des Auftrages nach Absatz 1 Satz 4 unter anderem der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, der Deutsche Pflegerat e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. zu beteiligen sind. Den vorgenannten Institutionen, Organisationen und Verbänden ist in geeigneter Weise Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben und diese bei der Entscheidungsfindung nach fachlichen Erwägungen zu berücksichtigen. Durch diese Form der Beteiligung ohne Mitentscheidung soll sichergestellt werden, dass vor allem ein möglichst praxisnahes und anwenderfreundliches Bemessungsverfahren erarbeitet wird. Im Bedarfsfall können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und weitere Expertinnen und Experten, insbesondere aus der Pflegewissenschaft, der Informationstechnik und der Gesundheitsökonomie, eingebunden werden.

Zu Absatz 3

Um eine zeitgerechte Aufgabenerfüllung durch die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sicherzustellen, haben diese dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 und spätestens bis zum 15. Dezember 2021 eine Beschreibung des Inhalts der Beauftragung und einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Erprobung des Personalbemessungsinstrumentes zur Genehmigung vorzulegen. Dadurch sollen in einem frühen Stand des Verfahrens die wesentlichen Entwicklungsschritte zwischen den Beteiligten konsentiert und gewährleistet werden, dass der vorgegebene Entwicklungs- und Erprobungszeitraum bis zum 31. Dezember 2024 eingehalten wird.

Satz 2 legt fest, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 den Auftrag zur Entwicklung und Erprobung des Bemessungsverfahrens bis zum 30. Juni 2022 zu vergeben haben. Der mit dem Bundesministerium für Gesundheit konsentierte Zeitplan nach Satz 1 ist der Beauftragung zugrunde zu legen.

Satz 3 verpflichtet die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 im gesamten Entwicklungs- und Erprobungszeitraum, das Bundesministerium für Gesundheit über den aktuellen Stand der Entwicklung und Erprobung zu informieren. Die Vertragsparteien haben aus eigener Initiative das Bundesministerium für Gesundheit zu benachrichtigen, wenn eines der gesetzlich festgelegten oder in dem Zeitplan nach Satz 1 vereinbarten Zeitziele gefährdet ist. Auf Nachfrage des Bundesministeriums für Gesundheit haben die Vertragsparteien zu jedem Zeitpunkt über

den aktuellen Stand der Entwicklung und Erprobung zu berichten, Probleme zu benennen und mögliche Lösungswege darzulegen.

Zu Absatz 4

Satz 1 gewährt dem Bundesministerium für Gesundheit das Recht, einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst durchzuführen, wenn eines der gesetzlich festgelegten Zeitziele oder eines der im Zeitplan nach Absatz 3 Satz 1 mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmten Zeitziele nicht fristgerecht erreicht wird und dadurch die fristgerechte Entwicklung oder Erprobung gefährdet wird. Die der Selbstvornahme vorausgehende Einschätzung, ob die fristgerechte Entwicklung oder Erprobung gefährdet wird, nimmt das Bundesministerium für Gesundheit vor.

Für den Fall, dass sich die Vertragsparteien nicht bis zum 15. Dezember 2021 auf den Inhalt der Beauftragung zur Entwicklung eines Bemessungsverfahrens einigen können, übernimmt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. August 2022 die Ausschreibung und die Auftragsvergabe für die Entwicklung und Erprobung des Personalbemessungsverfahrens auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1.

Zu Buchstabe 49b

Das Mitberatungsrecht der Landesbehörden in § 96 Absatz 2a Satz 1, das mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) neu gefasst wurde, ist dem Mitberatungsrecht der Patientenvertretungen in den Zulassungsausschüssen nach § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und 4 nachempfunden und bezieht sich ausdrücklich auf die genannten Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz. § 96 Absatz 2a Satz 1 erfasst jedoch zwei Anwendungsfälle, die über die bisherige Regelung der Mitberatungsrechte in den Zulassungsausschüssen nach § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und 4 hinausgehen. Der erste Anwendungsfall betrifft Entscheidungen über die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Absatz 2 Satz 4, vgl. § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 3. Der zweite Fall bezieht sich auf die Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, vgl. § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 7. Beide Anwendungsfälle stellen gleichermaßen versorgungsrelevante Entscheidungen der Zulassungsausschüsse dar. Mit der vorgesehenen Änderung erfolgt eine Anpassung des § 140f Absatz 3 Satz 1 an die genannten Regelungen des § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 3 und 7, um die Patientenvertretungen auch bei diesen versorgungsrelevanten Entscheidungen zu beteiligen.

Zu Nummer 52

Zu Buchstabe a

Die Änderung wird nur aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Zu Buchstabe b

Die steigende Anzahl an am SARS-CoV-2 erkrankten Personen führt weiterhin in einigen europäischen Staaten zu einer starken Belastung der Gesundheitssysteme. Vor diesem Hintergrund kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich auch über den 31. März 2021 hinaus einige von der Pandemie stark betroffene Staaten mit der Bitte an Deutschland bzw. an einzelne Länder wenden werden, schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern zu behandeln. Als ein Akt europäischer Solidarität und ein Zeichen des gemeinsamen Bemühens der europäischen Staaten um Bewältigung der aus der Pandemie entstehenden Herausforderungen für die Gesundheitssysteme werden die Kosten, die im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung, die bis zum 31. Dezember 2021 begonnen werden, anfallen, vom Bund übernommen.

Bleibt es bei der gegenwärtigen Entwicklung, würden die Kosten für die Verlängerung höchstens acht Millionen Euro betragen.

Zu Nummer 52a

Bedingt durch die Wirtschaftskrise, die die COVID-19-Pandemie ausgelöst hat, wird die gesetzliche Krankenversicherung auch im Jahr 2022 noch mit konjunkturbedingten Mindereinnahmen konfrontiert sein. Gleichzeitig stehen den meisten gesetzlichen Krankenkassen nach Abführung eines Betrags von kassenweit insgesamt 8 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 keine nennenswerten überschüssigen Finanzreserven zur Stabilisierung ihrer Zusatzbeitragsätze mehr zur Verfügung. Um daher auch im Jahr 2022 einen erheblichen Anstieg

der Lohnnebenkosten zu vermeiden und die Sozialversicherungsbeiträge unter 40 Prozent zu stabilisieren, erhält die gesetzliche Krankenversicherung zusätzlich zum Bundeszuschuss nach § 221 Absatz 1 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Milliarden Euro. Dieser Betrag entspricht nach derzeitigem Erkenntnisstand in wesentlichen Teilen einer ohne eine entsprechende Mittelzuführung derzeit zu erwartenden Deckungslücke im Jahr 2022, die die Krankenkassen über eine Erhöhung ihrer Zusatzbeitragssätze finanzieren müssten. Der ergänzende Bundeszuschuss fließt in die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a. Der Bund leistet den ergänzenden Bundeszuschuss in monatlich zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds.

Durch die mit dem ergänzenden Bundeszuschuss einhergehende weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a kann eine zusätzliche Belastung des Faktors Arbeit und damit der Unternehmen sowie der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler im Jahr 2022 vermieden und damit ein erheblicher Beitrag zu einer schnelleren Erholung der deutschen Wirtschaft nach der Pandemie geleistet werden.

Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht am Gesundheitsfonds beteiligt ist, bedarf es in Absatz 3 Satz 2 einer separaten Regelung für den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Bundeszuschuss. Der Anteil, den der Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenkasse überweist, beträgt 42 Millionen Euro. Dieser zusätzliche Bundeszuschuss soll auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung für Beitragsstabilität im Jahr 2022 sorgen.

Eine Einschätzung der zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes erforderlichen zusätzlichen Bundesmittel für das Jahr 2022 ist aktuell noch mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. Eine auf aktuelleren Daten basierende Bewertung wird zu einem Zeitpunkt möglich sein, zu dem auch die Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds für das 1. Halbjahr 2021 vorliegen. Daher ermächtigt Absatz 3 Satz 3 das Bundesministerium für Gesundheit, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Deutschen Bundestages ohne Zustimmung des Bundesrates den ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 bis zum 31. Dezember 2021 neu festzusetzen. Festzusetzen ist nach Absatz 3 Satz 4 der Betrag ergänzender Bundesmittel, der erforderlich ist, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a im Jahr 2022 bei 1,3 Prozent zu stabilisieren. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenversicherung am ergänzenden Bundeszuschuss bemisst sich entsprechend des Verhältnisses des der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach Satz 2 vom Gesundheitsfonds zu überweisenden Betrags zum ergänzenden Bundeszuschuss nach Satz 1. Dies entspricht 6 Millionen Euro je 1 Milliarde Euro ergänzendem Bundeszuschuss.

Zu Nummer 57

Zu Buchstabe b

Mit der Anpassung im neuen § 266 Absatz 11 Satz 3 umfassen die Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, bis zum Ausgleichsjahr 2020 das Krankengeld nach den §§ 44 und 45. Diese Übergangsregelung wird ergänzt durch die Übergangsregelung im neuen § 269 Absatz 6. Es handelt sich um eine Folgeanpassung zur Änderung im neuen § 269 Absatz 2.

Zu Nummer 59

Zu § 269

Zu Absatz 2 Satz 1 und 2

Durch die Änderung wird der vollständige Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 45 (Kinderkrankengeld) auf das Ausgleichsjahr 2021 vorgezogen. In der Folge haben die Krankenkassen die erforderlichen Daten bereits ab dem Berichtsjahr 2021 über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zu melden.

Das Ziel des vollständigen Ausgleichs der tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen für Kinderkrankengeld bleibt unverändert: Der Ist-Kosten-Ausgleich anstelle des bisherigen Standardisierungsverfahrens in diesem Bereich ist sachgerecht, da Krankenkassen über das Krankengeldfallmanagement den Bezug von Leistungen nach § 45 nicht steuern können und somit Anreize für wirtschaftliches Verhalten bei den Krankenkassen nicht gesetzt werden können. Zudem ist er erforderlich, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen durch eine ungleiche Verteilung der Inanspruchnahme durch die Versicherten zu verhindern. Die frühere Umsetzung des neuen Verfahrens wird durch alle am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen gefordert.

Diese halten auch die Datenmeldung nach dem neuen § 269 Absatz 2 Satz 1 ab dem Berichtsjahr 2021 für umsetzbar.

Das Vorziehen des Ist-Kosten-Ausgleichs für das Kinderkrankengeld ist zudem sachgerecht vor dem Hintergrund der Regelungen in § 45 Absatz 2a und 2b, eingefügt durch das GWB-Digitalisierungsgesetz vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2), mit denen für das Kinderkrankengeld die Anzahl der Anspruchstage für das Kalenderjahr 2021 erhöht und zum anderen der Anspruch auch für die Fälle erweitert wurde, in denen Kinder z. B. wegen Aufhebung der Präsenzpflcht in einer Schule oder durch Einschränkungen des Zugangs zu Kinderbetreuungsangeboten betreut werden müssen.

Das Verfahren der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2021 ist noch nicht abgeschlossen, da der Jahresausgleich nach § 266 Absatz 7 Satz 3 erst im Jahr 2022 erfolgt. Zur Umsetzung muss das BAS die Festlegung nach § 8 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 anpassen.

Zu Absatz 6

Die Übergangsregelung in § 269 Absatz 6 wird neu gefasst. Infolge der Anpassung des § 269 Absatz 2 wird nach Satz 1 das Zuweisungsverfahren für das Krankengeld nur noch für das Ausgleichsjahr 2020 auf der Grundlage des derzeitigen § 269 Absatz 1 durchgeführt. Das neue Verfahren der Zuweisungen für Auslandsversicherte wird weiterhin ab dem Ausgleichsjahr 2023 umgesetzt, so dass nach den Sätzen 1 und 2 bis zum Ausgleichsjahr 2022 der derzeitige § 269 Absatz 2 gilt.

Zu Nummer 61a

Mit der im Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze durch den neuen § 20i Absatz 3 Satz 13 SGB V vorgesehenen vollständigen Erstattung der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve aufgrund der Coronavirus-Testverordnung und der Coronavirus-Impfverordnung im Jahr 2021 durch den Bund wird der Gesundheitsfonds im Jahr 2021 im Umfang von derzeit geschätzt rund 3 Milliarden Euro entlastet.

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass dieser Betrag vollständig zur Reduzierung der GKV-Finanzierungslücke in 2022 herangezogen wird. Hierfür ist vorgesehen, dass etwaige die Mindestreserve des Gesundheitsfonds zum Ablauf des Geschäftsjahres 2021 überschreitende Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2022 überführt werden und damit zur Minderung der GKV-Finanzierungslücke im Jahr 2022 beitragen.

Grundlage für die Berechnung dieses Entnahmebetrages ist die Prognose des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 im Herbst 2021 für den Abschluss des Geschäftsjahres 2021. Die Entnahmen aus der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 im Jahr 2022 in Höhe von insgesamt rund 700 Millionen Euro sind dabei von den Mitteln, die über die nach § 271 Absatz 2 Satz 3 festgesetzte Mindesthöhe hinausgehen, abzuziehen.

Zu Nummer 63

Zu Buchstabe a

Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 haben die Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten die Verpflichtung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) einzuholen, um Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen, oder zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Bei jährlich rund 42 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfällen und rund 1,1 Millionen Begutachtungen des MD im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit bedarf es einer effizienten Vorauswahl der den MD vorzulegenden Fälle durch die Krankenkasse. Für diese Vorauswahl dürfen die jeweils erforderlichen Sozialdaten verarbeitet werden.

Zu der Frage des Umfangs der für diese Vorauswahl erforderlichen Befugnis der Krankenkassen zur Datenverarbeitung generell und insbesondere zur Erhebung von Daten bei ihren Versicherten und den Leistungserbringern bestehen unterschiedliche Auffassungen. Die Neuregelung dient der Konkretisierung, welche Sozialdaten die Krankenkassen in Fällen der Arbeitsunfähigkeit verarbeiten dürfen, um zu klären, ob sie eine gutachtliche Stellungnahme des MD beauftragen müssen.

Grundsätzlich haben die Krankenkassen die Frage, ob bei Arbeitsunfähigkeit die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satzes 1 Nummer 3 vorliegen und sie dann eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen haben, nach

Satz 1 anhand der ihnen bereits nach § 284 Absatz 1 Satz 1 vorliegenden Sozialdaten zu klären. Hierzu gehören beispielsweise die Angaben auf der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung.

Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für die Klärung dieser Frage nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen nach Satz 2 bestimmte versichertenbezogene Daten im erforderlichen Umfang bei ihren Versicherten erheben und diese verarbeiten. Diese Befugnis gilt ausdrücklich nur für den Zweck der Klärung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen ist, und umfasst ausschließlich Angaben zu zwei Sachverhalten.

Nach Nummer 1 ist dies die Angabe, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist. Wird dies bejaht, darf auch das Datum oder der Zeitraum erhoben werden, an dem die Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt. Diese Angaben sind erforderlich, um bei einer voraussichtlich nur noch kurz bestehenden Arbeitsunfähigkeit eine nicht notwendige Beauftragung des MD zu vermeiden.

Mit Nummer 2 wird den Krankenkassen ermöglicht, beim Versicherten Angaben zu gegebenenfalls konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen, zu erheben. Auch diese Angaben dienen dazu, von einer Beauftragung des MD abzusehen.

Weitere Angaben dürfen die Krankenkassen bei ihren Versicherten zur Klärung der Erforderlichkeit der Beauftragung des MD bei Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) nicht erheben.

Satz 3 regelt die Art der Datenerhebung nach Satz 2 bei den Versicherten. Diese hat grundsätzlich schriftlich oder elektronisch zu erfolgen, um zu vermeiden, dass sich Versicherte bei telefonischer Anfrage durch den damit verbundenen Überraschungseffekt unter Druck gesetzt fühlen.

Darüber hinaus ist nach Satz 4 abweichend von Satz 3 die telefonische Kontaktaufnahme der Krankenkasse mit den Versicherten ausnahmsweise zulässig, wenn die Versicherten zuvor schriftlich oder elektronisch in die telefonische Kontaktaufnahme eingewilligt haben.

Die mit Satz 5 geregelte Protokollierung des Gespräches dient insbesondere der Nachweisbarkeit der Gesprächsinhalte. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen auch schon bisher Telefonvermerke erstellt haben. Die Information der Versicherten dient der Transparenz des Vorgehens. Im Hinblick auf die Transparenz des Verfahrens haben die Krankenkassen die Versicherten insbesondere auch über das ihnen nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung zustehende Auskunftsrecht zu informieren. Die übrigen Informationspflichten der Datenschutz-Grundverordnung sind von den Krankenkassen ebenfalls zu beachten, wie z. B. die Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung.

Die Neuregelung betrifft lediglich die Datenerhebung der Krankenkassen zur Klärung der Frage, ob bei Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen hat. Datenerhebungen der Krankenkassen bei ihren Versicherten mit der Zielsetzung einer individuellen Beratung und Unterstützung bei Arbeitsunfähigkeit sind Gegenstand der Regelungen des § 44 Absatz 4 und bedürfen der Einwilligung der Versicherten. Die Datenverarbeitung der Krankenkassen bei Versicherten, die eine individuelle Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 durch ihre Krankenkasse in Anspruch nehmen und die in diese Datenverarbeitung eingewilligt haben, bleibt nach Satz 6 von der Neuregelung unberührt. Im Rahmen der von den Versicherten erteilten Einwilligung können die Krankenkassen in diesen Fällen die für die individuelle Beratung und Hilfestellung erforderlichen Angaben bei diesen Versicherten erheben und verarbeiten.

Neben der Erhebung der in Satz 2 aufgeführten Angaben bei den Versicherten besteht nach Satz 7 für die Krankenkasse auch die Möglichkeit, dass sie mittels Anfrage bei dem die AU-Bescheinigung ausstellenden Leistungserbringer (Arztanfrage) bestimmte weitere Angaben erhebt, wenn die bei der Krankenkasse bereits vorhandenen Daten nicht ausreichen, um beurteilen zu können, ob eine Beauftragung des MD nach Absatz 1 Nummer 3 erforderlich ist. Voraussetzung ist nach Satz 8, dass die mittels Arztanfrage zu erhebenden Angaben in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 geregelt sind und einen der vier in den Nummer 1 bis 4 aufgeführten Sachverhalte betreffen. Die Neuregelung konkretisiert damit Art und Umfang der Datenerhebung der Krankenkassen bei den die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Leistungserbringern für den Zweck der Klärung der Frage, ob eine Beauftragung des MD erforderlich ist, mit einer Einschränkung auf wenige abstrakte im Gesetz abschließend beschriebene Sachverhalte und gibt eine nähere Konkretisierung des erforderlichen Umfangs der Datenerhebung durch eine Richtlinie des G-BA vor. Damit wird ein transparentes Verfahren

zur Festlegung des konkret erforderlichen Umfangs dieser Datenverarbeitung unter Beteiligung der Patientenvertretung und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit festgelegt.

Zu den Sachverhalten, für die die Krankenkassen bei den die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Leistungserbringern Daten erheben dürfen, gehören die Konkretisierung der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen, geplante diagnostische oder therapeutische Maßnahmen und Angaben über Art und Umfang der tatsächlich ausgeübten Beschäftigung oder bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch Angaben zum zeitlichen Umfang, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

Die Angaben nach Satz 8 Nummer 1 zur Konkretisierung der auf der AU-Bescheinigung aufgeführten Diagnosen dienen dazu, der Krankenkasse eine grobe Prüfung auf Plausibilität zwischen den im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit angegebenen Diagnosen und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen, wenn die Diagnosen zunächst wenig differenziert angegeben waren.

Die Angaben nach Satz 8 Nummer 2 zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen sind, ermöglichen den Krankenkassen von einer Beauftragung des MD abzusehen, wenn beispielsweise durch konkret geplante medizinische Maßnahmen, wie zum Beispiel durch einen kurz bevorstehenden operativen Eingriff, das Weiterbestehen einer Arbeitsunfähigkeit plausibel begründet ist.

Die Angaben nach Satz 8 Nummer 3 und 4 über Art und Umfang der tatsächlich ausgeübten Beschäftigung bzw. bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch Angaben zum zeitlichen Umfang, für den diese zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen, dienen den Krankenkassen dazu, eine grobe Prüfung auf Plausibilität zwischen der angegebenen Art und dem Umfang der Beschäftigung bzw. des zeitlichen Umfangs einer möglichen Tätigkeit bei Arbeitssuchenden mit den im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit angegebenen Diagnosen sowie der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen. Angaben zu Art und Umfang der vor der Arbeitsunfähigkeit zuletzt ausgeübten Beschäftigung liegen bei den die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Leistungserbringern vor, weil die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Befragung durch die Leistungserbringer zur aktuell ausgeübten Tätigkeit voraussetzt. Mit diesen Angaben kann die Krankenkasse auf einer tragfähigeren Grundlage entscheiden, ob eine sozialmedizinische Begutachtung durch den MD im Hinblick auf mögliche Zweifel an einer Arbeitsunfähigkeit oder zur Sicherung des Behandlungserfolges (§ 275 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) zu beauftragen ist.

Die von den Krankenkassen nach Satz 2 bei den Versicherten oder nach Satz 7 bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich für den Zweck verarbeitet werden, zu klären, ob eine gutachtliche Stellungnahme des MD nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 einzuholen ist. Diese Daten dürfen nach Satz 9 nicht mit anderen bei den Krankenkassen vorliegenden Daten zu anderen Zwecken zusammengeführt werden und sind zu löschen, sobald sie für die Entscheidung, ob eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen ist, nicht mehr benötigt werden.

Zu Buchstabe b

Die Änderung wird nur aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzesentwurf enthalten.

Zu Nummer 66

Die Sätze 1 bis 3 und 5 der Neuregelung entsprechen dem Regierungsentwurf. Durch die Änderung wird ein neuer Satz 4 eingefügt. Dieser Satz regelt die Mitteilungspflichten speziell für die Krankenhausabrechnungsprüfung nach § 275c. Dies ist erforderlich, weil es bei dieser Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste (MD) um die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der korrekten Abrechnung bereits erfolgter Krankenhausbehandlungen durch die Krankenhäuser und nicht um individuelle Leistungsansprüche der Versicherten geht. Die Neuregelung dient dazu, ein hohes Maß an Transparenz über die Prüftätigkeit der MD gegenüber den Krankenhäusern, deren Abrechnungen sie prüfen, zu schaffen und eine konstruktive Zusammenarbeit zu fördern.

Der neue Satz 4 regelt, dass der MD auch zur Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung an das Krankenhaus, dessen Abrechnung er geprüft hat, befugt und bei Abweichungen zwischen dem Ergebnis der Prüfung des MD und der Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus verpflichtet ist. Dabei ist grundsätzlich der nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz ausschließlich elektronisch erfolgende Datenaustausch zwischen den MD und den Krankenhäusern, deren Abrechnung er prüft, zu nutzen.

Mit den wesentlichen Gründen dürfen die MD dem Krankenhaus jedoch keine nicht zuvor vom Krankenhaus an den MD übermittelten, also zusätzlich vom MD erhobenen versichertenbezogenen Daten, wie z. B. für das Krankenhaus unbekannte ärztliche Befunde, übermitteln. Hierdurch wird sichergestellt, dass das Krankenhaus, dessen Abrechnung geprüft wird, durch die Übermittlung der wesentlichen Gründe keine versichertenbezogenen Daten erhält, die ihm noch nicht bekannt sind. Damit wird den berechtigten Interessen der Versicherten an der Vertraulichkeit der sie betreffenden Sozialdaten Rechnung getragen. Einer Einwilligung der betroffenen Versicherten in die Übermittlung der wesentlichen Gründe an das geprüfte Krankenhaus bedarf es insoweit nicht.

Zu Nummer 67a

Mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) wurde eine Genehmigungspflicht für die Haushaltspläne der Medizinischen Dienste eingeführt. Vor den Änderungen durch das MDK-Reformgesetz galt § 70 Absatz 5 des Vierten Buches (SGB IV), wonach die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit hatte, den Haushaltsplan bis zum 1. November anzufordern, zu prüfen und gegebenenfalls innerhalb von einem Monat nach Vorlage vollständig oder auch nur einzelne Ansätze zu beanstanden. Anders als bei diesem Recht zur Beanstandung des Haushaltsplans wird der Haushalt nun erst nach der Genehmigung des vom Verwaltungsrat festgestellten Haushaltsplans durch die Aufsichtsbehörde rechtsverbindlich. Für das Genehmigungsverfahren ist eine andere Prüftiefe des Haushaltsplans notwendig. Um eine entsprechende Prüfung durch die Aufsichtsbehörde sicherzustellen und ein rechtzeitiges Inkrafttreten des Haushaltsplans jeweils am 1. Januar zu gewährleisten, wird für die Medizinischen Dienste die Vorlagefrist des vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplans bei der Aufsichtsbehörde auf den 1. Oktober des Vorjahres vorgezogen. Wie auch im Beanstandungsverfahren nach § 70 Absatz 5 SGB IV kann die Aufsichtsbehörde die Genehmigung auch nur für einzelne Ansätze des Haushaltsplans versagen.

Zu Nummer 67b

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde wie bei den Medizinischen Diensten auch beim Medizinischen Dienst Bund eine Genehmigungspflicht für den Haushaltsplan eingeführt. Durch den Verweis auf § 217d Absatz 4 werden die für den GKV-Spitzenverband geltenden Regelungen für anwendbar erklärt und damit die Frist zur Vorlage des vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplans auf den 1. Oktober des Vorjahres vorgezogen. Im Übrigen wird auf die Begründung zu § 280 Absatz 3 verwiesen.

Zu Nummer 67c

Aufgrund der mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) erfolgten Einfügung eines neuen Satzes 3 in § 140a Absatz 1 und einer inhaltlichen Anpassung des neuen Satzes 4 in § 140a Absatz 1 wird § 293a Absatz 1 Satz 1 redaktionell angepasst. Die redaktionelle Anpassung stellt sicher, dass Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, weiterhin für die Vertragstransparenzstelle zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 68

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 64e, die die Abrechnung der dort erbrachten ärztlichen Leistungen entsprechend der von Verträgen zu besonderen Versorgungsformen (§ 140a) bzw. zur Versorgung nach § 73b regelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird klarstellend vorgegeben, dass in Fällen der Verträge nach den §§ 73b und 140a im Rahmen der Abrechnung die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 je Diagnose zu übermitteln ist. Die Regelung ist erforderlich, damit für jede im Rahmen einer Versorgung nach §§ 73b sowie 140a dokumentierte Diagnose die entsprechende Vertragsnummer in den Datenmeldungen des RSA nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 gemeldet werden kann.

Zu Buchstabe c

Buchstabe c regelt, dass die im Bundesmantelvertrag vereinbarte Frist zur Übermittlung der Abrechnungsunterlagen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen oder deren Verbänden für jedes Quartal zu

übermitteln haben, durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband zu verkürzen ist. Derzeit sind die Einzelfallnachweise gemäß der bundesmantelvertraglichen Regelung in Anlage 6 spätestens fünf Monate, die Formblätter spätestens sechs Monate nach Quartalsende an die Krankenkassen zu übermitteln. Um zeitnah aufgrund aktuellerer Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen auf Entwicklungen reagieren zu können und auch aufgrund der zwischenzeitlichen Beschleunigungen von technischen Prozessen, ist eine Verkürzung der vereinbarten Lieferfristen der Einzelfallnachweise und der sich daraus ergebenden aggregierten Abrechnungsdaten im Formblatt 3 angezeigt. Die konkreten Fristen sind im Verhandlungsprozess durch die Selbstverwaltung bis zum 30.09.2021 zu regeln.

Zu Buchstabe d

Mit dem Ziel der Erhöhung der Transparenz hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der jährlichen Aktualisierung der Regelungen und Prüfmaßstäbe nach § 295 Absatz 4 Satz 4 das Verfahren zur Erstellung der Kodiervorgaben gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte offen darzulegen. Dabei ist insbesondere schriftlich oder elektronisch zu begründen, weshalb Anmerkungen aus Stellungnahmen nicht oder nur teilweise berücksichtigt wurden und welcher Entscheidungsprozess der Auswahl einbezogener Diagnosen sowie Prozeduren zu Grunde lag. Mit dem gleichen Ziel hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung darüber hinaus schriftlich oder elektronisch darzulegen, welche Vorgaben der aktualisierten Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten nach § 295 Absatz 4 Satz 6 vorausgesetzt werden (Anforderungskatalog). Die Erläuterungen zum Verfahren sowie zu den Vorgaben für die Zertifizierung sind auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen.

Zu Nummer 69a

Um Leistungserbringer im Sinne des § 300 für die von ihnen erbrachten Leistungen bzw. abgegebenen Arzneimittel möglichst weitgehend davor zu schützen, dass die von den Kostenträgern hierfür gezahlten Vergütungen in einer etwaigen Insolvenz eines Rechenzentrums in die Insolvenzmasse fallen, wird in § 300 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz für Rechenzentren die Verpflichtung begründet, diese Gelder unverzüglich auf offenen Treuhandkonten zu hinterlegen. Die Änderung in § 300 Absatz 2 Satz 2 ist eine Folgeänderung, mit der die Bezugnahme auf Satz 1 durch einen Verweis ersetzt wird.

Zu Nummer 70

Zu Buchstabe b

Sofern Versicherte einen Antrag auf Anschlussrehabilitation stellen und diese Anträge auf Wunsch der Versicherten mit ihrer Einwilligung vom zugelassenen Krankenhaus an die Krankenkasse übermittelt werden, sind die zugelassenen Krankenhäuser befugt, diese Übermittlung neben der schriftlichen Form auch im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vorzunehmen.

Die Neuregelung ermöglicht es dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie den Bundesverbänden der Krankenhausträger, für diese Fälle gemeinsame Regelungen über das Verfahren der Übermittlung des Antrages auf Anschlussrehabilitation schriftlich oder im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu treffen.

Zu Nummer 71a

Die Vorgabe von § 304 Absatz 1 Satz 3 ist aufgrund der mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) und dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) erfolgten Anpassungen in § 304 Absatz 1 obsolet. Absatz 1 Satz 3 wird daher im Sinne der Rechtsbereinigung aufgehoben. Die Vorgaben für die bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten ärztlichen Abrechnungsdaten ergeben sich bereits aus Absatz 1 Satz 1 Nummer 1. Die maßgeblichen Vorgaben zur Aufbewahrung der Datengrundlage für den Risikostrukturausgleich (RSA) sind zudem in § 7 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt. Dementsprechend verweist auch Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 auf die in der Rechtsverordnung genannten Fristen.

Zu Nummer 71b

Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

Zu Nummer 71c

Es handelt sich um rechtstechnische Folgeänderungen zu Nummer 71b.

Zu Nummer 71d

Aufgrund der hohen Sensibilität der genomischer Daten werden Verstöße gegen das Verbot der Weitergabe der über den Träger der Dateninfrastruktur bereitgestellten Daten mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe strafbewehrt. Gleiches gilt für eine Datenverarbeitung entgegen der im Gesetz vorgesehenen Nutzungszwecke. Aus rechtstechnischen Gründen wird hierbei auf die bereits bestehende Bewehrung der Verarbeitungsverstöße in § 363 SGB V (Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken) Bezug genommen.

Zu Nummer 71e

Die Änderung bewirkt, dass sich die bestandsgeschützten Gesundheitseinrichtungen aus dem früheren Beitrittsgebiet fachlich weiterentwickeln und damit an den jeweils vorhandenen Versorgungsbedarf anpassen können.

Nach § 400 Absatz 2 Satz 1 nehmen die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen in dem Umfang, in dem sie am 31. Dezember 2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren, weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Aus der in dieser Formulierung enthaltenen Begrenzung auf den Umfang der Zulassung zum Stichtag des 31. Dezember 2003 hat das Bundessozialgericht abgeleitet, dass der Zulassungsstatus der bestandsgeschützten Einrichtungen auf die bis dahin vorgehaltenen Fachgebiete beschränkt ist. Eine Erweiterung des Versorgungsangebots auf Fachgebiete, die bis zu diesem Stichtag nicht vorgehalten wurden, sei damit ausgeschlossen (Urteil vom 19. Juni 1996 – 6 RKa 46/95 zur Vorgängerregelung in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992; hierauf bezugnehmend auch Urteil vom 21. März 2018 – B 6 KA 46/16 R).

Sachliche Gründe für den Erhalt dieses Entwicklungshindernisses sind nicht ersichtlich. Die bestandsgeschützten Einrichtungen nehmen seit jeher unbeanstandet an der medizinischen Versorgung teil. Die Beschränkung auf die bislang vorgehaltenen Fachrichtungen führt zu einer Zementierung der betroffenen Versorgungseinheiten und schließt die Möglichkeit aus, sich verändernden Versorgungsbedürfnissen anzupassen und zu bedarfsgerechten Versorgungseinheiten weiterzuentwickeln. Das sog. Strukturwandelgebot, nach dem die Teilnahme bestandsgeschützter Einrichtungen zugunsten der Niederlassung in freier Praxis perspektivisch reduziert werden sollte, ist bereits mit dem Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657) aufgehoben worden. Der vormalig angenommene Vorrang der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gegenüber den nach § 400 Absatz 2 bestandsgeschützten Einrichtungen findet demnach keine gesetzliche Grundlage mehr. Schließlich sprechen bereits bestehende Bestandsschutzregelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Einräumung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten zugunsten der hier betroffenen Alteinrichtungen. So enthält bereits die Begründung zur Bestandsschutzregelung des § 95 Absatz 1a Satz 4 den Hinweis, dass bestandsgeschützte medizinische Versorgungszentren (MVZ) alle Handlungsmöglichkeiten eines regelhaft zugelassenen MVZ wahrnehmen und damit auch weitere Arztstellen hinzunehmen können (BT-Drs. 17/6909, Seite 71). Ähnliches gilt für Eigeneinrichtungen der Krankenkassen, die weiterbetrieben werden dürfen, wenn sie bereits im Jahr 1989 bestanden haben. Auch diese Einrichtungen haben die Möglichkeit, ihr Versorgungsspektrum an den jeweils vorhandenen Versorgungsbedarf unter Beachtung der Landeskrankenhausplanung und der Zulassungsbeschränkungen im vertragsärztlichen Bereich anzupassen (§ 140 Absatz 1 Satz 2).

Vor diesem Hintergrund werden die bestehenden Einschränkungen für Einrichtungen nach § 400 Absatz 2 mit vorliegender Änderung beseitigt. Zu diesem Zweck entfällt die Formulierung, wonach bestandsgeschützte Einrichtungen nur in dem Umfang weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in dem sie am 31. Dezember 2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren. Damit wird den seitdem bestehenden, bestandsgeschützten Einrichtungen die Möglichkeit eröffnet, ihr Versorgungsspektrum im Rahmen der zulassungs- und insbesondere bedarfsplanungsrechtlichen Vorgaben sowohl qualitativ durch Hinzunahme bislang nicht vorgehaltener Fachrichtungen als auch quantitativ durch Hinzunahme fachgebietsgleicher Arztstellen zu erweitern.

Zu Nummer 73

Mit der Aufhebung des § 403 (Übergangsregelung zur enteralen Ernährung) wird der bisherige § 403a (Beitragszuschüsse für Beschäftigte) unnummeriert und neuer § 403.

Zu Nummer 74

Indem der Bezug zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts in Satz 4 gestrichen wird, wird deutlich, dass der Schutz des Personals vor Kündigungen nicht erst ab dem Zeitpunkt der Rechtsformumwandlung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu Körperschaften des öffentlichen Rechts gelten soll. Gerade im Vorfeld und während solcher Umwandlungsprozesse besteht die Gefahr, dass bereits Nachteile für die Beschäftigten entstehen. Wie der Schutz vor der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in Satz 3 muss daher auch die Schutzwirkung vor Kündigungen in Satz 4 für den gesamten Zeitraum des Umwandlungsprozesses, der mit dem Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes begonnen hat, greifen.

Zu Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**Zu Nummer 0 (Inhaltsübersicht)**

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 1 (§ 7b)

Zu Buchstabe a

Zu § 7b (Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine)

Die Überschrift wird an den Regelungsinhalt angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Aufzählung in § 7b Absatz 1 Satz 1 wird angepasst und um die hierin bislang noch nicht enthaltenen Leistungstatbestände (Wohngruppenzuschlag nach § 38a, Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1 (ohne zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel), Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40 Absatz 4, Einsatz digitaler Pflegeanwendungen gemäß § 40b und Anschubfinanzierung zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e) ergänzt.

Um den Wortlaut zu vereinheitlichen, wird der Begriff „Antragsteller“ durch den Begriff „Versicherten“ ersetzt. In den gesetzlichen Regelungen betreffend die Pflegeberatung wird dieser bereits überwiegend verwendet, vergleiche § 7a Absatz 2, Satz 3, § 7b Absatz 1 Satz 3 und § 7c Absatz 1 Satz 1. Die Aufnahme des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit fasst den bisherigen Verweis auf § 18 Absatz 3 in eine klare Form. Ein formaler Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird von Seiten der Pflegebedürftigen nicht gestellt.

Ferner wird vorgeschrieben, dass beim Beratungsangebot ausdrücklich auch auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären ist. Dadurch erhalten die Anspruchsberechtigten mehr Unterstützung bei der Klärung ihrer individuellen Fragen und der Einbindung der Leistungen in ihre individuelle Versorgung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei der Regelung der Pflicht zum Angebot einer Beratung sind die Kostenerstattungsansprüche im Rahmen des SGB XI bislang nicht mit aufgeführt. Dies hat den Hintergrund, dass es sich hierbei oftmals um monatlich wiederkehrend bezogene Leistungen handelt, bei denen regelmäßig Anträge auf Erstattung der jeweiligen Kosten gestellt werden, diese Anträge in der Mehrzahl der Fälle allerdings der reinen finanziellen Abwicklung dienen, ohne dass neue Fragen zu dem Anspruch oder seinen Besonderheiten aufgetreten sind. Insofern dient die bisherige Herausnahme dieser Kostenerstattungsansprüche aus der Regelung der Entlastung von unnötiger Bürokratie. Anders zu beurteilen sind jedoch Erstanträge auf diese Leistungen. Gerade bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung

im Rahmen des SGB XI oder dem Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann, treten zu Beginn häufig Fragen auf, wofür der Anspruch genutzt werden kann, wie die Abwicklung funktioniert und gegebenenfalls, welche Besonderheiten zu beachten sind. Darüber hinaus handelt es sich gerade bei diesen Ansprüchen um Leistungen, die regelmäßig neben anderen Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Daher ist es relevant, wie der Anspruch in die Gesamtversorgung eingebunden wird. Bei einem Anspruch auf Kostenerstattung gilt zudem grundsätzlich, dass der Anspruchsberechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Bei verschiedenen Ansprüchen wird häufig aber auch von den zivilrechtlichen Möglichkeiten der Abtretung, Stellvertretung oder Stundung Gebrauch gemacht oder es gibt in bestimmten Fällen verwaltungspraktische Vereinfachungen. Je nachdem, von welchen Möglichkeiten hier Gebrauch gemacht wird, gibt es dabei Vorteile und Nachteile, zu denen die Anspruchsberechtigten gegebenenfalls Informationen erhalten sollten. Vor diesem Hintergrund kann sich hier insbesondere die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a als nützlich erweisen.

Ähnliches gilt für den Anspruch auf Verhinderungspflege. Die Leistung wird zwar von ihrer Konzeption her nicht regelmäßig monatlich in Anspruch genommen, sondern adressiert bestimmte punktuelle Anlässe. Auch hier stellen sich die Fragen aber zumeist beim erstmaligen Leistungsbezug und der Anspruch wird danach in Kenntnis der hierbei zu beachtenden Besonderheiten in der Regel ohne besondere Schwierigkeiten gehandhabt.

Vorliegend wird daher normiert, dass die in § 7b getroffenen Regelungen ebenfalls Geltung erhalten für die jeweils erstmalige Beantragung der im neuen Satz 5 aufgeführten Leistungen (Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag).

Davon unbeschadet bestehen Beratungsansprüche auch dann, wenn sich Änderungen bei der Inanspruchnahme der im neuen Satz 5 aufgeführten Leistungen ergeben.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Zu Buchstabe a (Absatz 4)

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung schafft eine eigenständige Finanzierungsgrundlage für die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absätze 4 und 4a übertragenen Aufgaben aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Eine fiskalische Trennung dieses Aufgabenbereichs von den Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 8 Absatz 3 ist aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten (hier Qualitätsausschuss Pflege als Organ der Vertragsparteien nach § 113 bzw. dort allein Spitzenverband Bund der Pflegekassen) geboten. Bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 wurde der zunächst bis 31. Mai 2021 befristete Arbeitsauftrag für die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses als dauerhaft bestimmt. Für den Qualitätsausschuss Pflege besteht ein dauerhaft eigenständiger Handlungsbereich. Über die dem Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 4 mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz übertragenen Aufgaben hinaus ist bei den vom Qualitätsausschuss zu bearbeitenden Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege von einer nachhaltigen Aufgabenstellung auszugehen. Dies wird in der gleichzeitigen Einfügung eines neuen § 113b Absatz 4a inhaltlich ausgeführt. Dort ist geregelt, dass auch zukünftig von den Vertragsparteien unabhängige wissenschaftliche Institutionen beauftragt werden können, wenn die Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung dies erfordert; diese Aufträge werden aus Gründen der Sachnähe in die Finanzierungsregelung des § 8 Absatz 4 eingeschlossen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Im Hinblick auf das Verfahren und die Auszahlungen wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach § 113 die Einzelheiten des Auszahlungsverfahrens vereinbaren und die jeweiligen Auszahlungen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen.

Zu den Doppelbuchstaben cc und dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI.

Zu Buchstabe b (Absatz 6)

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fachkräfte nach § 8 Absatz 6 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu Buchstabe c (Absatz 7)

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Mit der Änderung von § 8 Absatz 7 werden die Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen erweitert. Damit besteht für die einzubeziehenden Pflegeeinrichtungen in der ambulanten und stationären Versorgung bereits im Jahr 2021 die Möglichkeit, für die Konzeptentwicklung zur Rückgewinnung von Pflegekräften sowie zum einrichtungsspezifischen Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle einen jährlichen Zuschuss von bis zu 7 500 Euro zu erhalten.

Durch diese Ausweitung der Zweckbestimmung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 7 sollen die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten, verstärkt Anreize und Unterstützungsangebote für einen Wiedereinstieg von Pflege- und Betreuungskräften in den Beruf nach geplanten Auszeiten, insbesondere nach einer Eltern- oder Pflegezeit, zu schaffen oder auszubauen. Dadurch soll der Anteil der Pflege- und Betreuungskräfte erhöht werden, die wieder in den Beruf einsteigen. Damit werden auch Vereinbarungen zur Konzentrierten Aktion Pflege (KAP-Maßnahmen der Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld 2.3 Nummer 1, Nummer 2; Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld VI, Nummer 8) umgesetzt, die auf die Rückgewinnung von Pflegekräften abzielen, die vorübergehend aus familiären Gründen, aufgrund der Pflege von Angehörigen, oder dauerhaft aufgrund der physischen oder psychischen Belastungen aus dem Beruf ausgestiegen sind („Rückgewinnungsprogramm“), sich aber einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf grundsätzlich vorstellen können. Diese Regelung geht auch auf die Erkenntnisse aus dem Projekt des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege ein, um dem hohen Zeitdruck der Pflegekräfte im Arbeits- und Privatleben, physischen und psychischen Belastungen, mangelnder Führung und unzureichender Wertschätzung bis hin zu fehlenden Weiterentwicklungsmöglichkeiten entgegenzuwirken. Mit der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsspezifischer Konzepte sollen betriebliche Strukturen zur Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung geschaffen werden, insbesondere für eine kompetenzorientierte und lebensphasengerechte Aufgabenverteilung für Pflege- und Betreuungskräfte in den Pflegeeinrichtungen. Auch der Anteil unfreiwilliger Teilzeitarbeit kann so reduziert werden. Die Mitarbeiter sind bei der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte einzubeziehen. Die Finanzierung der Entwicklung der Konzepte erfolgt bis zu 50 Prozent aus den Mitteln des Förderprogrammes.

Zu Buchstabe d (Absatz 9)

Mit dem Auslaufen der Vergütungszuschläge wird auch die Finanzierungsbeteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, hierzu beendet.

Zu Nummer 3 (§ 25)

Zu Buchstabe a

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Durch die Anhebung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet die monatliche Gesamteinkommensgrenze des § 10 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ab 1. Januar 2020 die monatliche Entgeltgrenze geringfügig Beschäftigter. Der Sonderregelung zum Gesamteinkommen für geringfügig Beschäftigte im Rahmen der Familienversicherung bedurfte es daher nicht mehr. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten. Die Begründung wird nachfolgend wiedergegeben.

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz sind eine Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn und

unterliegen der Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1. Freiwilligendienstleistende haben insoweit grundsätzlich den gleichen Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Soweit Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 besteht, ist nach § 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 die Durchführung einer Familienversicherung ausgeschlossen. Während für Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz noch Anwendungsbereiche der Regelung bestehen, ist dies beim Bundesfreiwilligendienst nicht der Fall. Ein im vertragslosen Ausland, das heißt in einem Staat außerhalb des Geltungsbereichs des europäischen Gemeinschaftsrechts oder ohne Sozialversicherungsabkommen, abgeleiteter Freiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz unterliegt regelmäßig nicht der Sozialversicherungspflicht. In diesen Fällen ist die Durchführung einer beitragsfreien Familienversicherung grundsätzlich möglich. Der Bundesfreiwilligendienst kann dagegen nur in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet werden. Eine Familienversicherung kommt deshalb für diese versicherungspflichtige Personengruppe nicht in Betracht. Die Regelung ist daher insoweit ohne Anwendungsbereich.

Zu Nummer 4 (§ 35)

Gemäß § 59 des Ersten Buches erlöschen Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen ebenfalls grundsätzlich, es sei denn, diese Ansprüche sind bereits anerkannt oder es ist ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig. Bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen dieses Buches gilt jedoch grundsätzlich, dass der Berechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Verstirbt der zu Pflegenden vor der Abrechnung der ausgelegten Kosten, besteht für Erben kein Anspruch auf Kostenerstattung. Nach geltender Gesetzeslage betrifft dies insbesondere die Ansprüche nach den §§ 39, 45a Absatz 4 und § 45b sowie den Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann. Mit der neuen Regelung in Satz 3 soll daher ausdrücklich auch nach dem Versterben des Pflegebedürftigen eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche nach diesem Buch ermöglicht werden.

Zu Nummer 5 (§ 36 Absatz 3)

Die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 werden um 5 Prozent angehoben. Die Anhebung dient zum Ausgleich des sich aus der vorgesehenen Anbindung der Löhne an Tarife ergebenden Kostenanstiegs.

Zu Nummer 6 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Im Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich, der auf Grundlage der Vereinbarungen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) gestartet wurde, wurden Möglichkeiten für eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte, zum Beispiel für Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, beraten. Im Expertengremium zum Strategieprozess wurden eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte insbesondere für Pflegehilfsmittel und bestimmte doppelfunktionale Hilfsmittel als geeigneter Ansatz für eine Verbesserung der Versorgung und Entbürokratisierung der Genehmigungsverfahren angesehen.

Ziel der Regelung ist, dass Pflegebedürftige zügiger für sie geeignete Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel erhalten, indem Pflegefachkräfte, die den Pflegebedürftigen versorgen oder beraten und daher die häusliche Pflegesituation gut kennen, bereits bei Antragstellung durch den Pflegebedürftigen eine Empfehlung für ein Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dient, abgeben können. In diesen Fällen wird für die empfohlenen Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 bzw. die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet, wenn die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Eignung verfügt. Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung durch die Kranken- oder Pflegekasse nicht mehr geboten, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Kranken- oder Pflegekasse. Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fortgilt. Die Empfehlung ist gemeinsam mit dem Antrag des Versicherten in Textform der Kranken- oder Pflegekasse zu übermitteln und darf dabei nicht älter als zwei Wochen sein.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, in Richtlinien bis zum 31. Dezember 2021 die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sich für das Verfahren eignen, und die hierfür erforderliche Eignung der Pflegefachkraft sowie das Nähere zur Empfehlung bei Antragstellung festzulegen. Dabei sind insbesondere diejenigen (doppel-funktionalen) Hilfsmittel und diejenigen Pflegehilfsmittel, deren Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit nach einer Empfehlung durch Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung ebenfalls vermutet wird (§ 18 Absatz 6a), einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund, die Bundespflegekammer sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind bei der Erarbeitung der Richtlinien zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird zudem mit der Evaluation der in den Richtlinien enthaltenen Festlegungen zu den genannten Verfahrensarten aus fachlicher wie wirtschaftlicher Sicht beauftragt. Er hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 dazu einen Evaluationsbericht vorzulegen.

Zu Buchstabe b

Die Pflegekasse hat in ihrem Zuständigkeitsbereich über eine Genehmigung des mitsamt der Empfehlung der Pflegefachkraft übermittelten Antrags auf Pflegehilfsmittel zügig, spätestens jedoch bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Zu Nummer 7 (§ 42 Absatz 2)

Um die Unterstützung der häuslichen Pflege durch die Kurzzeitpflege zu stärken, wird der Höchstleistungsbetrag für die Kurzzeitpflege um 10 Prozent angehoben. Die Anhebung soll die sich aus den vorgesehenen Verbesserungen im Bereich der Vergütung der Kurzzeitpflege ergebenden Kostensteigerungen ausgleichen.

Zu Nummer 8 (43c)

Es wird dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ein neuer Sechster Titel, „Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege“, bestehend aus dem neuen „§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen“ angefügt.

Um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden, wird der von ihnen zu tragende Eigenanteil an der Pflegevergütung (einschließlich der Ausbildungskosten) mit zunehmender Dauer der vollstationären Pflege schrittweise verringert. Er reduziert sich in den Pflegegraden 2 bis 5 durch einen von der Pflegekasse zu zahlenden Leistungszuschlag um 5 Prozent in den ersten 12 Monaten, nach 12 Monaten um 25 Prozent, nach 24 Monaten um 45 Prozent und nach 36 Monaten um 70 Prozent. Bei der Bemessung des Zeitraums werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, voll mitgezählt. Damit wird die Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen mit Eigenanteilen über den Pflegeverlauf deutlich reduziert. Auch das Ausmaß der Angewiesenheit auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe wird sich dadurch verringern. Der Effekt nimmt im Zeitverlauf ab. Durch die prozentuale Verringerung des Eigenanteils bleibt der Anreiz erhalten, in die Überlegungen zur Wahl eines Pflegeheims auch die Höhe des Pflegesatzes einzubeziehen. Mit der jeweils direkten Inrechnungstellung der nach Anwendung der Eigenanteilsbegrenzung verbleibenden Beträge durch die Pflegeeinrichtungen an die Pflegekassen und die Pflegebedürftigen können unnötige Vorfinanzierungen und Zahlungsvorgänge vermieden werden.

Zu Nummer 9 (§ 44 Absatz 2)

Mit der Ergänzung wird die Grundlage für elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen unter Bezug auf die beim Krankengeld bereits geltenden Regelungen (§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches) geschaffen und zugleich für die Beteiligten verbindlich vorgeschrieben. Die Meldungen betreffen Personen, die die Voraussetzungen für die Gewährung von Rentenversicherungsbeiträgen als Pflegeperson erfüllen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind. Durch die elektronischen Meldungen werden die Verfahrensabläufe vereinfacht und effektiviert.

Zu Nummer 10 (§ 44a Absatz 4)

Hier gilt die Begründung zu der Ergänzung des § 44 Absatz 2 in gleicher Weise.

Zu Nummer 11 (§ 45a Absatz 4)**Zu Buchstabe a**

Mit der Änderung wird die Regelung des § 45a Absatz 4 im Hinblick auf die Antragstellung an die Regelung des § 45b Absatz 2 angepasst. Die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs kann damit auch nachträglich geltend gemacht werden, ohne dass zuvor ein gesonderter Antrag gestellt worden ist, dass der Umwandlungsanspruch grundsätzlich genutzt werden soll. Damit ist eine Inanspruchnahme von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs bereits möglich, ohne dass vom Pflegebedürftigen zuvor bereits ein Antrag auf Nutzung des Umwandlungsanspruchs gestellt worden sein muss. Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach § 45a Absatz 4 bleibt aber, dass die Leistungserbringung durch die Angebote zur Unterstützung im Alltag in dem jeweiligen Kalendermonat, für den die Umwandlung genutzt werden soll, durch Belege nachweisbar auch tatsächlich stattgefunden hat. Der ambulante Sachleistungsbetrag für diesen Kalendermonat darf zudem insoweit nicht bereits für Sachleistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes ausgeschöpft worden sein. Ferner darf die Maximalgrenze für die Umwandlung nicht überschritten werden und für dieselben Leistungen darf nicht bereits eine Kostenerstattung in der jeweiligen Höhe – gegebenenfalls auch nach anderen Vorschriften – erfolgt sein.

Zu Buchstabe b

Insbesondere wenn der Umwandlungsanspruch für einen bereits vorausgegangenen Kalendermonat nachträglich geltend gemacht wird, ohne dass der Pflegebedürftige dies seiner Pflegekasse vorab angezeigt hat, kann es dazu kommen, dass für den entsprechenden Kalendermonat bereits Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden ist. Da der umgewandelte Leistungsbetrag im Rahmen der Kombinationsleistung wie die Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung behandelt wird, hat die Höhe des beantragten Kostenerstattungsbetrags Einfluss darauf, wieviel anteiliges Pflegegeld der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung der Umwandlung noch beanspruchen kann. Wie bereits in der Begründung zum Ersten Pflegestärkungsgesetz (BT-Drucksache 18/1798, Seite 32) dargestellt, kann in diesem Fall die im Rahmen des Umwandlungsanspruchs beantragte Kostenerstattung mit dem jeweils bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet werden, soweit der ausgezahlte Pflegegeldbetrag den Pflegegeldbetrag übersteigt, den der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages noch beanspruchen kann. Nutzt der Pflegebedürftige mit dem umgewandelten Betrag und in dem entsprechenden Monat bezogenen Sachleistungen ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienste den Leistungsbetrag nach § 36 insgesamt zu 100 Prozent aus, verbleibt daneben kein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld mehr. In diesem Fall ist ein bereits ausgezahlter Pflegegeldbetrag folglich in vollem Umfang mit dem beantragten Kostenerstattungsbetrag zu verrechnen. Um diese Rechtswirkung für die Normadressaten transparenter zu machen, wird eine entsprechende Regelung jetzt ausdrücklich in § 45a Absatz 4 mit aufgenommen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen infolge der Änderungen des § 37 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und das Terminservice- und Versorgungsgesetz.

Zu Buchstabe d

Die bisher in Satz 7 normierte Evaluation des Umwandlungsanspruchs wurde durchgeführt, so dass die Regelung hierzu durch Zeitablauf überholt ist.

Zu Nummer 12 (§ 45c)

Die bisher in § 45c Absatz 1 und Absatz 9 geregelte Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen wird geändert, um die Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung zu stärken.

Zu Buchstabe a

Es erfolgt ein deutlicher Ausbau der von der Pflegeversicherung zur Förderung dieser Netzwerke zur Verfügung gestellten Mittel von derzeit 10 Millionen Euro auf 20 Millionen Euro. Damit wird auch eine vereinbarte Maßnahme der Nationalen Demenzstrategie umgesetzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Je Kreis und kreisfreier Stadt soll künftig eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken, in Kreisen und kreisfreien Städten ab 500 000 Einwohnerinnen und Einwohnern von bis zu vier Netzwerken möglich sein. In den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, ist eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken je Bezirk möglich. Als Grundlage gilt hierbei die zum jeweiligen Zeitpunkt gültige Zuordnung der kreisfreien Städte und Landkreise des Statistischen Bundesamtes. Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag erhöht sich um 25 Prozent auf 25 000 Euro je Kalenderjahr. Mit diesen Ausweitungen soll die strukturierte Vernetzung bundesweit gestärkt werden. Im Rahmen der zu aktualisierenden Empfehlungen nach Absatz 7 soll diese Stärkung der Netzwerke durch weitere Verfahrensvereinfachungen der Förderung wie z.B. zweijährige Förderzusagen vor allem für sich neu gründende Netzwerke, um eine ausreichende finanzielle Sicherheit zu gewährleisten, zusätzlich unterstützt werden.

Um eine Transparenz über die geförderten Netzwerke zu ermöglichen, erstellen die Landesverbände der Pflegekassen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Damit soll das Wissen über die Netzwerke und der Austausch unter den Netzwerken verbessert werden. In den Empfehlungen nach Absatz 7 ist der Umfang der dafür erforderlichen Angaben zu regeln.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund der Ergänzungen in § 45c Absatz 9 gelten nun die Sätze 1 bis 5 entsprechend für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Aufgrund der Änderungen in Absatz 1 und Absatz 9 sind die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, bis zum 31. Dezember 2021 neu zu regeln. Damit wird gewährleistet, dass die Änderungen entsprechend fundiert ab dem 1. Januar 2022 zum Tragen kommen können.

Zu Nummer 13 (§ 53d Absatz 2)

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung wird festgelegt, dass die vom Medizinischen Dienst Bund zu erlassenden Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den Medizinischen Diensten übertragenen Aufgaben enthalten müssen. Diese Richtwerte gelten für alle Medizinischen Dienste einheitlich, lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen Medizinischen Dienste weiterhin zu, dass begründete Abweichungen möglich sind (vgl. auch Begründung zum MDK-Reformgesetz, Bundestags Drucksache 19/13397, Seite 77).

Zu Buchstabe b

Gegenstand der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind MD-übergreifende Richtwerte für die Tätigkeitsfelder der Medizinischen Dienste im Bereich der Pflegeversicherung. Absatz 2 Satz 2 dient der Unterstützung des Medizinischen Dienstes Bund und der Medizinischen Dienste bei der Erfüllung dieser Aufgabe und gewährt ihnen die nötige Zeit für die Umsetzung.

Die Festlegung aufgabenbezogener Richtwerte für die Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste stellt eine methodisch komplexe Aufgabe dar, die ein einheitliches Vorgehen und einen zeitlichen Vorlauf erfordert.

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

Für eine belastbare und MD-übergreifende Personalbedarfsermittlung zielführend und methodisch wesentlich ist es, die in allen Medizinischen Diensten vergleichbar anfallenden Aufgaben typischen Tätigkeitsfeldern zuzuordnen. Bezogen auf die Aufgabenbereiche der Medizinischen Dienste nach dem Elften Buch ergibt sich eine relativ große Bandbreite des Bearbeitungsaufwandes bei den einzelnen Medizinischen Diensten. Der Arbeitsaufwand hängt insbesondere von der Art der Durchführung der Aufgaben (zum Beispiel persönliche Untersuchung oder Gutachten nach Aktenlage) und der unterschiedlichen Qualität der den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten ab. Die in Satz 3 genannten Aufgabenbereiche Begutachtungen (als Voraussetzung für einen Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung), Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung sind dann Gegenstand der Erhebung des Aufwandes in allen Medizinischen Diensten, bei der auch Stichprobenverfahren angewendet werden können.

Für die zur Erarbeitung der Richtlinie erforderliche Datenerhebung und Datenauswertung wird in Satz 4 vorgegeben, dass diese nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erfolgen haben und vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste koordiniert werden. Die Erhebung der Daten erfolgt zwar in den einzelnen Medizinischen Diensten personenbezogen, jedoch ist auf der Ebene des Medizinischen Dienstes Bund nur eine anonymisierte Auswertung zulässig. Die Verarbeitung richtet sich nach den einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes, insbesondere des Beschäftigtendatenschutzes. Der Personenbezug ist also vor einer Übermittlung der Daten durch die MD zu entfernen. Die Erhebung der für die Bestimmung der einzelnen Richtwerte erforderlichen Daten hat spätestens ab dem 1. Januar 2022 bei allen Medizinischen Diensten zu beginnen, um den Erlass der Richtlinie bis zum 30. Juni 2022 zu ermöglichen. Da der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt, ist auch er in die Datenerhebung, die Datenauswertung und die fachliche Begleitung wie die anderen Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Buchstabe b.

Zu Nummer 14 (§ 55 Absatz 3 Satz 1)

Mit der Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte wird die Beitragsdifferenzierung zwischen Versicherten mit und ohne Kinder maßvoll erhöht. Dies dient dem Ziel, der Ausgangsrelation zwischen dem allgemeinen Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005 wieder besser zu entsprechen, da der Beitragszuschlag für Kinderlose – anders als der allgemeine Beitragssatz – seit seiner Einführung im Jahr 2005 nicht angehoben wurde. Außerdem leistet die Anhebung einen Beitrag zur Gesamtfinanzierung der Reformmaßnahmen.

Zu Nummer 17 (§ 61a)

Die Einfügung eines neuen Dritten Abschnitts des Sechsten Kapitels erfolgt aufgrund der Bedeutung der Regelung von § 61a.

Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro an den nach § 65 eingerichteten Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung.

Zu Nummer 18 und Nummer 19 (Überschrift Dritter und Vierter Abschnitt des Sechsten Kapitels)

Redaktionelle Anpassungen aufgrund der Einführung des neuen Dritten Abschnitts des Sechsten Kapitels.

Zu Nummer 20 (§ 71 Absatz 3)

Zur Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen soll die mit Einführung der Betreuungsdienste vorgesehene Übergangsfrist für leitende Fachkräfte von Betreuungsdiensten verlängert werden.

Insbesondere durch die Corona-Pandemielage wurde die Gründung von neuen Betreuungsdiensten und die Durchführung der in diesem Zusammenhang erforderlichen Weiterbildungsmaßnahmen für verantwortliche Fachkräfte erschwert, so dass eine Verlängerung der Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2023 zweckmäßig ist.

Zu Nummer 21 (§ 72)

Zu Buchstabe a (Absatz 3 Satz 1 Nummer 2)

Satz 1 Nummer 2 wird zum 1. September 2022 im Hinblick auf die Neufassung der Absätze 3a und 3b angepasst.

Zu Buchstabe b (Absatz 3 Satz 3)

Nach § 4 Absatz 3 haben Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden und nach § 29 Absatz 1 Satz 1 müssen die Leistungen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Das bedeutet auch, dass in der ambulanten Pflege ein ressourcenschonender, effizienter Einsatz insbesondere mit dem eingesetzten Pflegepersonal zu gewährleisten ist. So haben bereits die Vereinbarungspartner in den Landesrahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung unter anderem zu regeln, dass die örtlichen und regionalen Einzugsbereiche von Pflegeeinrichtungen so von der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene zu bestimmen sind, dass Pflegeleistungen möglichst ohne lange Wegestrecken orts- und bürgernah angeboten werden können.

Zu Buchstabe c (Absatz 3a bis 3f)

Zu Absatz 3a

Ab dem 1. September 2022 dürfen Pflegeeinrichtungen nur zugelassen werden, wenn sie ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung aufgrund eigener tariflicher (einschließlich unternehmens- oder haustarifvertraglicher) oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zahlen. Entlohnung umfasst das Arbeitsentgelt, das als Gegenleistung für die erbrachte Arbeitsleistung gezahlt wird. Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen sind entsprechende Leistungen nach diesem Buch oder bei ambulanter Pflege nach dem Fünften Buch. Die Regelung gilt für die Neuzulassung von Pflegeeinrichtungen ebenso wie für Pflegeeinrichtungen, die zum 1. September 2022 bereits über einen abgeschlossenen Versorgungsvertrag verfügen.

Zu Absatz 3b

Pflegeeinrichtungen, die nicht aufgrund eigener tariflicher oder kirchenarbeitsrechtlicher Bindung im Sinne von Absatz 3a eine entsprechende Entlohnung zahlen, dürfen nur zugelassen werden, wenn sie den entsprechenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mindestens eine Entlohnung in der jeweiligen Höhe eines Tarifvertrags oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zahlen, deren Geltungsbereich im Sinne der Nummern 1. – 3. eröffnet ist. Dies umfasst sowohl Flächen-, Unternehmens- als auch Haustarifverträge.

Zu Absatz 3c

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021 unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b in Richtlinien festzulegen. Dies umfasst die bei Inkrafttreten der Regelung erstmalig sowie anschließend regelmäßig anzuwendenden Verfahren und Grundsätze. Dabei ist ein möglichst praktikables und bürokratiearmes Prüfverfahren vorzusehen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt.

Zu Absatz 3d

Um den Pflegekassen die Überprüfung der dauerhaften Einhaltung der Vorgaben des Absatz 3a zu ermöglichen, sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Pflegekassen insbesondere bei der Beantragung eines Versorgungsvertrages zur Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach § 72, aber auch zu dessen Überprüfung mitzuteilen und darzulegen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind oder – soweit sie nicht entsprechend gebunden sind – welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Zahlung der Entlohnung für sie maßgeblich ist. Dies gilt auch dann, wenn sich der Tarifvertrag oder die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, an die eine Pflegeeinrichtung gebunden oder die für sie maßgeblich ist, ändert.

Im Jahr 2022 muss darüber hinaus zur Ermöglichung der zeitgerechten Umsetzung der Regelungen in jedem Fall bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 eine entsprechende Mitteilung erfolgen. Bei tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen, die nach Absatz 3e bereits bis zum 30. September 2021 die Angaben übermittelt haben und bei denen sich diese Angaben nicht geändert haben, genügt ein entsprechender Hinweis auf diese Mitteilung. Die Mitteilung bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 gilt – sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht – zur Verfahrensvereinfachung als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung einheitlich zum 1. September 2022.

Zu Absatz 3e

Zur erstmaligen Ermittlung des regional üblichen Entgeltlevels nach § 82c Absatz 2 haben tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundene Pflegeeinrichtungen, die bereits vor dem Inkrafttreten der Regelung an Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, den Landesverbänden der Pflegekassen darüber hinaus bis zum 1. Oktober 2021, danach jährlich, mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind. Zugleich sind auch die maßgeblichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, zu übermitteln. Diese Informationen dienen auch der in § 82c Absatz 2 Satz 2 vorgesehenen Ermittlung der durchschnittlichen Entlohnung für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region, in der die Einrichtung betrieben wird, angewendet werden. Für die erstmalige Ermittlung im Jahr 2021 sind dabei insbesondere die Anzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, und ihre Entgelte nach drei Stufen (Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung, Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung, Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung) einschließlich für die Pflege typischer Zulagen zu übermitteln. Welche Informationen ab dem Jahr 2022 übermittelt werden müssen, wird in den Richtlinien nach Absatz 3c festgelegt.

Zu Absatz 3f

Das Bundesministerium für Gesundheit wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2025 unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu evaluieren, welche Wirkungen die Regelungen der Absätze 3a und 3c und des § 82c insbesondere auf die tatsächlich gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, haben. Bezüglich der Regelung des § 82c ist auch zu prüfen, wie sich das Verfahren zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltlevels auf die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen auswirkt.

Zu Nummer 22 (§ 74 Absatz 1 Satz 1)

Um die Rechtsfolgen der Verletzung der neuen Zulassungsvoraussetzung zu verdeutlichen, wird die Norm zur Kündigung von Versorgungsverträgen entsprechend ergänzt.

Zu Nummer 23 (§ 75 Absatz 1)

Die Zuständigkeit der Träger für Leistungen der Sozialhilfe ist auch mit Einführung des Bundesteilhabegesetzes im Wesentlichen föderal unterschiedlich ausgestaltet. Nach aktueller Rechtslage ist unter anderem die örtliche Zuständigkeit der Träger der Leistungen der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bundesgesetzlich geregelt, im Landesrecht können allerdings, wie bisher auch schon, davon abweichende Regelungen zur Zuständigkeit der Träger (örtlich wie sachlich) getroffen werden, insofern erfolgt eine Anpassung. Hiermit wird inhaltlich weitgehend ein Vorschlag des Bundesrates aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Pflegestärkungsgesetz aufgegriffen (Bundesrats-Drucksache 410/16 (Beschluss) Nummer 20).

Zu Nummer 24 (§ 75 Absatz 2 Satz 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und der neuen Absätze 3a bis 3e.

Zu Nummer 25 (§ 82c)

Die Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften war eine Kernforderung der Konzentrierten Aktion Pflege, in der sich die Bundesregierung gemeinsam mit Akteuren der Pflegebranche auf Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege geeinigt hat. Neben der Weiterentwicklung des rechtlichen Instrumentariums zur Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen in der Pflege im PflegeLohnverbesserungsgesetz wurde eine flächendeckende Entlohnung nach Tarif als wesentliches Element für eine solche Verbesserung gesehen. In diesem Zusammenhang wurden die Finanzierung einer Entlohnung nach Tarif sowie die Vermeidung einer Überforderung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien durch die Eigenanteile in der Pflege als zentrale Bausteine für eine Verbesserung der Entlohnungsbedingungen angesehen. Dass eine Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, war bisher in § 84 Absatz 2 Sätze 5 und 6 sowie § 89 Absatz 1 Sätze 4 und 5 SGB XI geregelt. Die bisherigen Regelungen in den §§ 84 und 89 werden nunmehr einheitlich im Ersten Abschnitt des Achten Kapitels als § 82c insgesamt für das Vergütungsrecht der Pflegeversicherung neu geregelt.

Zu Absatz 1

Die Regelungen der bisherigen §§ 84 Absatz 2 Satz 5 und 89 Absatz 1 Satz 4 SGB XI werden in § 82c Absatz 1 überführt. Die Bezahlung der Gehälter umfasst alle auch bisher anerkannten Gehaltsbestandteile. Damit verbunden können Lohnnebenkosten wie insbesondere Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird geregelt, dass bei nicht tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Einrichtungen, die sich nach § 72 Absatz 3b im Rahmen der Zulassung verpflichtet haben, mindestens in Höhe einer entsprechenden kollektivrechtlichen Regelung zu entlohnen, eine Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach dieser Regelung grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, soweit sie das regional übliche Entgeltniveau nicht deutlich überschreitet. Auch bei diesen Einrichtungen können von den Kostenträgern Lohnnebenkosten wie insbesondere Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Anders als bei tarif- oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen können nicht gebundene Pflegeeinrichtungen wählen, in Höhe welcher anwendbaren kollektivrechtlichen Regelung sie ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, entlohnen. Die Regelung sieht daher eine Anknüpfung an das jeweilige regional übliche kollektivrechtliche Entgeltniveau vor. Dabei kann eine Entlohnung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit die Entlohnung in Höhe des für die Einrichtung bei der Zulassung angegebenen Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung das regional übliche kollektivrechtliche Entgeltniveau nicht deutlich überschreitet. Eine deutliche Überschreitung liegt dann vor, wenn die im bei der Zulassung angegebenen Tarifvertrag oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vorgesehene Entlohnung die durchschnittliche Entlohnung nach Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region angewendet werden, um mehr als 10 Prozent übersteigt. Dabei kommt es auf die Region an, in der die entlohnende Pflegeeinrichtung als dauerhafte und wirtschaftlich selbständige Organisationseinheit im Sinne von § 71 Absatz 1, 1a und 2 betrieben wird.

Bei der Ermittlung der durchschnittlichen tariflichen Entlohnung ist auf die Entlohnung für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, abzustellen. Das regional übliche Niveau wird durch einen nach der Anzahl dieser Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewichteten Durchschnitt der in der Region angewandten kollektivrechtlichen Regelungen ermittelt. Als Region kommt insbesondere das jeweilige Bundesland in Betracht, in geeigneten Fällen (z. B. bei Bundesländern mit sehr kleiner Fläche) können auch größere Gebiete oder (z. B. bei Bundesländern mit sehr großer Fläche) kleinere Gebiete als Region festgelegt werden. Näheres zur Ermittlung der durchschnittlichen tariflichen Entlohnung wird durch die Richtlinien nach Absatz 4 festgelegt. Die Überschreitung des regional üblichen Tarifniveaus ist von den Pflegekassen darzulegen. Um bestehende regionale Unterschiede nicht dauerhaft festzuschreiben und einen weiteren Anstieg des Lohnniveaus in der Pflege zu ermöglichen, darf die gewählte kollektivrechtliche Regelung dieses Niveau um bis zu 10 Prozent übersteigen. Im Zeitraum 1. März 2022 bis 31. August 2022 gilt § 85 Absatz 7 bei Vergütungsverhandlungen aufgrund der Neuregelung des § 82c SGB XI entsprechend.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt die Regelung der bisherigen §§ 84 Absatz 2 Satz 6 sowie 89 Absatz 1 Satz 5. Als ein sachlicher Grund gilt beispielsweise eine vorliegende Vorvereinbarung auf Grundlage höherer Gehälter. Als sachlicher Grund kann auch eine übertarifliche Bezahlung z. B. von Leitungs- und Führungskräften oder das Erfordernis, aufgrund einer besonders herausfordernden Fachkräftesituation in der Region wettbewerbsfähige Löhne zu zahlen, gelten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 zielt auf eine einheitliche Anwendung der Vorgaben der Absätze 1 bis 3 und 5 ab. Diese soll durch Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen sichergestellt werden. So wird insbesondere das Verfahren zur Ermittlung des regional üblichen Entgelt-niveaus nach Absatz 1 festgelegt. Anknüpfend an die Vereinbarungen in der AG 5 „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“ der KAP sollen dabei die Entgelte für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach drei Stufen (Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung, Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung, Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung) differenziert werden. Für die Pflege typische Zulagen wie beispielsweise Nachtzuschläge und Zuschläge für Arbeit an Sonn- und Feiertagen sind dabei zu berücksichtigen. Außerdem ist festzulegen, ob das Abstellen auf das jeweilige Bundesland bei der Ermittlung des regionalen Durchschnitts kollektivrechtlicher Regelungen sachgerecht ist und welche kollektivrechtliche Regelung oberhalb des regionalen Durchschnitts liegt.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat bei der Erarbeitung der Richtlinien die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Die Richtlinien sind bis zum Ablauf des 30. September 2021 zu erarbeiten und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 sieht vor, dass die Landesverbände der Pflegekassen, soweit diese auf Grund der Pflegesatzverhandlungen über Kenntnisse zu den regional angewandten kollektivrechtlichen Regelungen verfügen, zur Information der Pflegeeinrichtungen eine Übersicht für das jeweilige Bundesland erstellen, aus der ersichtlich ist, inwieweit Tarifverträge und kirchliche Arbeitsrechtsregelungen ein regional übliches Entgelt-niveau nach Maßgabe von Absatz 2 vorsehen. Es sind nur die Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in die Übersicht aufzunehmen, die den Landesverbänden der Pflegekassen von den Pflegeeinrichtungen übermittelt wurden oder den Landesverbänden der Pflegekassen anderweitig im Rahmen ihrer Tätigkeit bekannt werden. Eine darüber hinaus gehende Ausforschung ist nicht erforderlich. Bei der Erstellung der Übersicht haben die Landesverbände der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im jeweiligen Land und die Träger der Sozialhilfe auf Landesebene zu beteiligen.

Zu Nummer 26 (§ 84)**Zu Buchstabe a und b (§ 84 Absatz 7 und 7a)**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält in der Neufassung des Absatzes 7 den Auftrag, bis zum 1. Juli 2022 das Nähere zur Durchführung des Nachweisverfahrens der bei der Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegten Gehalts- bzw. Entlohnungsbestandteile der Beschäftigten ab dem 1. September 2022 nach Satz 1 unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bundeseinheitlich festzulegen. Dabei sind insbesondere die zum 1. Oktober 2021 zu erstellenden Verfahrens- und Prüfgrundsätze zu den Vorgaben nach § 72 Absatz 3a und 3b in der künftigen Richtlinie zum Nachweisverfahren nach Satz 1 zu berücksichtigen. Den Einrichtungsträgerverbänden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Beanstandungen genehmigt.

Mit dieser Konkretisierung werden die Überprüfungsmöglichkeiten der Kostenträger während der Laufzeit der Pflegesatzvereinbarung gestärkt. Sie ergänzen damit die bereits gesetzlich geregelten Vorweis- und Belegpflichten der Pflegeeinrichtungen für die voraussichtlichen Personalkosten nach § 85 Absatz 3 Satz 5 in den regelmäßig stattfindenden Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Kostenträgern.

Das bisherige Nachweisverfahren zur Einhaltung der in der Pflegesatzvereinbarung zu Grunde gelegten Gehälter in Absatz 7 wird bis zum Inkrafttreten der Neufassung übergangsweise zu Absatz 7a.

Zu Buchstabe c (§ 84 Absatz 9)

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Hilfskräfte nach § 84 Absatz 9 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu Nummer 27 (§ 85)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung und Aufhebung des § 84 Absatz 9.

Zu Nummer 28 (§ 87a Absatz 3 Satz 1)

Entsprechend der Neuregelung des Leistungszuschlages in § 43c zur Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege wird im Vergütungsrecht die Vorschrift zur Berechnung und Zahlung des Heimgeldes ergänzt.

Zu Nummer 29 (§ 88a)

Zu Absatz 1

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode wurde vereinbart, die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege zu stärken, indem eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sichergestellt wird.

Mit § 88a Absatz 1 wird zu dieser Sicherstellung der Pflegeselbstverwaltung ein klarer gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen für die Landesrahmenverträge als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen zu verschiedenen Arten und Formen der Kurzzeitpflege erteilt. Um eine zügige Umsetzung zu erreichen, werden die Partner der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene verpflichtet, in einer gemeinsamen Empfehlung nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 eindeutige Vorgaben zu den Inhalten der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 für Kurzzeitpflege abzugeben. Dabei soll den inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten von solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege einschließlich der unterschiedlichen Aufnahmearränge der Kurzzeitpflegegäste Rechnung getragen werden. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder je nach Bedarf auch hinsichtlich ärztlich verordneter oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen. Der Schwerpunkt liegt auf den Rahmenbedingungen, Standards und Vergütungen. Dabei sollen auch bereits vorhandene Verfahren in den Ländern zur Bemessung einer leistungsrechten Vergütung von Kurzzeitpflegeleistungen, beispielsweise aus Beschlüssen von Landespflegesatzkommissionen wie in Bayern bei der sogenannten Kurzzeitpflege „Fix plus X“ oder in Nordrhein-Westfalen bei der Kurzzeitpflege „fix flex“ berücksichtigt werden. Das Erfordernis, spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 abzubilden, ist zu beachten.

Orientiert an den in § 75 Absatz 2 genannten Regelungsbereichen der Landesrahmenverträge sollen die Empfehlungen ausgehend von den Erfahrungen der Verhandlungspartner und wissenschaftlichen Erkenntnissen insbesondere Aussagen zu folgenden, bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien beinhalten:

1. Auslastungsquote

Die Auslastungsquote soll grundsätzlich die maßgeblich zu erwartende Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze in der Einrichtung wiedergeben. Deren Passgenauigkeit ist entscheidend für die rechnerische Ermittlung der prospektiven Vergütungen und damit auch für die zukünftige Finanzierung der Aufwendungen der Einrichtungen. Auslastungsquoten sind nach Art der Kurzzeitpflege (eingestreuete flexible oder feste Kurzzeitpflege sowie solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen) zu unterscheiden und haben insbesondere Aspekte wie eine saisonal schwankende Nachfrage nach Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege und den häufigen Belegungswechsel der Kurzzeitpflegegäste inklusive der kurzen Verweildauer zu berücksichtigen.

2. Personalausstattung

Im Vergleich zur vollstationären Langzeitpflege entstehen in der Kurzzeitpflege abweichende Personalbedarfe in diversen Bereichen, die in den Empfehlungen näher beschrieben werden sollen. Dies betrifft bspw. das Aufnahme- und Entlassungsmanagement, dessen Umfang wiederum von dem Aufnahmearbeit der Kurzzeitpflegegäste abhängt. Weiterhin sind während der vergleichsweise kurzen Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflegegäste diverse Abstimmungsprozesse mit anderen Leistungserbringern wie Ärzten oder Therapeuten sowie den Angehörigen durchzuführen, die personelle Ressourcen binden. Daneben werden entsprechend des Aufnahmearbeites der Kurzzeitpflegegäste unterschiedliche Anforderungen an die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege und damit auch an die quantitative und qualitative Personalausstattung der Einrichtungen gestellt. Kurzzeitpflegegäste in gesundheitlichen Krisensituationen wie auch nach einer Krankenhausbehandlung weisen regelmäßig einen intensiven Unterstützungs- und Behandlungsbedarf mit erheblichem medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Einsatz auf. Kurzzeitpflegegäste in einer sonstigen Überbrückungssituation benötigen ein der Langzeitpflege ähnliches Pflege- und Behandlungskonzept. Daneben sind die Besonderheiten von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen insbesondere im Hinblick auf die meist niedrigere Platzzahl und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Personalvorhaltung und den Personaleinsatz zu berücksichtigen.

3. Entgeltermittlung

Bei der Bemessung der Entgelte soll berücksichtigt werden, inwieweit sich die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege in Abhängigkeit des Aufnahmearbeites und der Art der Kurzzeitpflege sowie der Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzieren lassen. Entsprechend sollen die Empfehlungen Aussagen dazu treffen, ob Pflegevergütungen differenziert nach Pflegegraden oder pflegegradunabhängig zu ermitteln sind. Darüber hinaus sollen auch weitere vergütungsrelevante Aspekte berücksichtigt werden wie beispielsweise die Vergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen.

Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern sollen ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege auf Grundlage der Empfehlungen überprüfen und bei Bedarf anpassen. Bis zum Vorliegen einer Entscheidung zur Anpassung dieser Rahmenverträge sind die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich, damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatzverhandlungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen schnellstmöglich Anwendung finden. Mit dem Verfahren werden für die zugelassenen Leistungserbringer von Kurzzeitpflege und Pflegekassen klare Vorgaben zu den bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien vorgegeben.

Mit der Schaffung verlässlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Sicherstellung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungsvereinbarungen für Kurzzeitpflege wird bezogen auf die Leistungsgerechtigkeit der Kurzzeitpflegevergütung dazu beigetragen, den Bestand der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze nachhaltig zu stärken. Den Einrichtungsträgern wird ebenfalls Planungssicherheit gegeben, was die Inbetriebnahme weiterer fester Kurzzeitpflegeplätze oder solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen angeht, so dass mittel- und langfristig ein Aufwuchs an Kurzzeitpflegeplätzen gefördert werden soll.

Zu Absatz 2

Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Nummer 30 (§ 89)

Durch das zum 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde für ambulante Pflegedienste geregelt, dass bei der Vergütungsbemessung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches die Krankenkassen die Zahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich ablehnen dürfen. Damit wurde, was die Anerkennung tariflicher bzw. kirchenrechtlicher Entlohnung der Mitarbeiter bei der Vergütungsbemessung anbelangt, Gleichklang mit den Bemessungsgrundsätzen des Elften Buches hergestellt. Die dafür nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches vorgesehenen, bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen für alle Krankenkassen wurden zwischenzeitlich von den Beteiligten verhandelt bzw. durch die Schiedsstelle mit Wirkung ab 1. Januar 2021 festgesetzt.

Durch die gesetzliche Regelung in § 89 sollen die Vergütungsverhandlungen von ambulanten Pflegediensten, die Leistungen nach diesem Buch und dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, erleichtert werden, indem die bereits geregelte Verknüpfung mit den Grundsätzen für die Vergütung von längeren Wegezeiten in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 Fünften Buches ergänzt wird. Dadurch sollen geeignete Inhalte dieser Rahmenempfehlung, insbesondere was den Beleg der prospektiven personellen Gestehungskosten in der Preisverhandlung nach § 132a Absatz 4 Satz 1 Fünften Buches angeht, grundsätzlich auch im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach § 89 für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe angewendet werden können, sofern die jeweiligen Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine abweichenden Vorgaben im Detail enthalten. Damit wird sichergestellt, dass die Entlohnung der Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes gleichermaßen bei der Vergütungsbemessung für häusliche Krankenpflege wie auch für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt werden kann. Dadurch soll das Verhandlungsgeschehen insbesondere in Bezug auf die Darlegung der prospektiven Personalaufwendungen von Bürokratie für die Beteiligten deutlich entlastet werden und Hemmnisse bei der Entlohnung der Mitarbeiter bis zur Wirtschaftlichkeitsgrenze abgebaut werden. Zur Umsetzung ist, das Einverständnis der betreffenden Pflegeeinrichtung vorausgesetzt, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Pflegekassen zweckdienlich.

Zu Nummer 31 (§ 89 Absatz 3 Satz 4)

Im Hinblick auf die Änderung zum Nachweisverfahren in der stationären Pflege wird der Verweis für die ambulante Pflege übergangsweise angepasst. Auch hier bleiben die derzeitigen Vorweis- und Belegpflichten der Pflegedienste für die voraussichtlichen Personalkosten über den Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 4 auf § 85 Absatz 3 Satz 5 in den Pflegevergütungsverhandlungen gegenüber den Kostenträgern unverändert bestehen.

Zu Nummer 32 (§ 110a)

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sind gemäß § 150 Absatz 4 Satz 5 mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten beteiligt, die durch die nach § 150 Absatz 2 vorgesehene Erstattung der den zugelassenen Pflegeeinrichtungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen entstehen. Zu den infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen zählen auch die Kosten für die aufgrund der Coronavirus-Testverordnung von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten selbst beschafften und genutzten PoC-Antigen-Tests. Diese zeitlich befristeten Mehraufwendungen werden voraussichtlich eine Größenordnung von bis zu 10 Prozent der jährlichen Gesamtausgaben erreichen und können nicht in die Prämienkalkulation der privaten Versicherungsunternehmen einbezogen werden. Zu ihrer Finanzierung wird den Versicherungsunternehmen für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 ein zeitlich befristetes Recht eingeräumt, einen Zuschlag zur Versicherungsprämie in der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu erheben.

Bei der Berechnung des Zuschlags sind von der in Rechnung gestellten Beteiligung an den Erstattungen nach § 150 Absatz 2 Minderausgaben des jeweiligen privaten Versicherungsunternehmens in dem Zeitraum, für den die Erstattung gezahlt wird, abzuziehen. Dies betrifft insbesondere Minderausgaben für pandemiebedingt nicht erbrachte Leistungen, soweit dafür keine anderweitigen Leistungen in Anspruch genommen wurden. Für die Feststellung der Minderausgaben ist der Vergleich mit den Ausgaben im entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019 zugrunde zu legen.

Die errechneten Mehraufwendungen sind entsprechend der jeweiligen Zahl der Pflegebedürftigen auf die Tarife für Beihilfeberechtigte und nicht Beihilfeberechtigte aufzuteilen und dann als fester Zuschlag zur Monatsprämie zu erheben. Aufgrund des zeitlich begrenzten Anfalls der Mehraufwendungen sind dafür keine Alterungsrückstellungen zu bilden. Der Zuschlag ist nicht Bestandteil der Versicherungsprämie im engeren Sinne. Deshalb findet die Regelung zur Begrenzung der Prämienhöhe nach § 110 Absatz 1 Nummer 2e auf ihn keine Anwendung.

Die Umsetzung der Regelung für Personen, die privat versichert sind und Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende haben, würde infolge der Geltendmachung und Prüfung der Übernahme des Zuschlags zu einem nicht unerheblichen Arbeitsaufwand in den Agenturen für Arbeit und in den Jobcentern führen. Angesichts der durch die Pandemielage bestehenden hohen Arbeitsbelastung in den Agenturen für Arbeit und in den Jobcentern muss derzeit jede weitere Belastung vermieden werden. Mit Blick darauf und auf die befristete Geltungsdauer der Regelung ist es gerechtfertigt, den jeweiligen Personenkreis von der Regelung auszunehmen. Dies ist aus verfassungsrechtlichen Gründen auch für die Fälle erforderlich, in denen allein durch die Zahlung des Zuschlags Hilfebedürftigkeit eintreten würde; die diesbezüglichen Prüfungen durch die Jobcenter dürften sich jedoch auf absolute Ausnahmefälle beschränken. Aufgrund der vergleichsweise niedrigen Personenzahl mit Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Grundsicherung für Arbeitssuchende unter den privat Versicherten wirkt sich ihre Herausnahme aus der Regelung kaum auf die Zuschlagshöhe der übrigen Versicherten aus.

Zu Nummer 33 (§112a Absatz 2)

Die Neuregelung der Möglichkeit der berufsbegleitenden Qualifikation ist in Zusammenhang mit der Neuregelung in § 113 zu sehen, die die Qualifikationsvoraussetzungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Betreuungsleistungen in ambulanten Betreuungsdiensten und ambulanten Pflegediensten erbringen, gleichsetzt. Insoweit in den Richtlinien gemäß § 112a die erforderlichen Qualifikationen bestimmt werden, wird mit dem neuen Satz 3 für Mitarbeitende mit Betreuungsaufgaben die Möglichkeit geschaffen, diese Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben, um die Gewinnung von Mitarbeitenden für beide Dienste zu erleichtern.

Zu Nummer 34 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 1 wird aus Gründen der Rechtsklarheit und Vollständigkeit nunmehr konkretisiert, dass die Vertragspartner für den ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungsbereich sowie für die Versorgungsform der Kurzzeitpflege Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu erarbeiten haben. Bei den Regelungen zur Kurzzeitpflege ist der mit diesem Gesetz neu eingefügte § 88a „Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“ zu beachten, wonach der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit den weiteren Beteiligten nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 insbesondere für die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege abgeben. In den Maßstäben und Grundsätzen für die Kurzzeitpflege sind spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege abzubilden; insoweit sind die Empfehlungen zu berücksichtigen. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder hinsichtlich je nach Bedarf auch ärztlich verordneten oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen.

Darüber hinaus wird nunmehr in § 113 Absatz 1 Satz 1 verankert, dass zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zwingend auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen gehören. Die Erfahrungen mit der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pandemischen Lage haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass beim Betrieb einer Pflegeeinrichtung regelhaft rechtzeitig Vorbereitungen für mögliche Krisensituationen getroffen werden, damit auch unter veränderten Rahmenbedingungen die bestmögliche Versorgung und soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen erfolgen kann. Diese Maßnahmen müssen anpassungsfähig sein, damit ihre Anwendbarkeit auf verschiedene Krisensituationen (z.B. pandemische Notlagen, Naturkatastrophen, Großschadensereignisse) gewährleistet ist und jederzeit auf die Dynamik einer Krise reagiert werden kann.

Notwendige Bestandteile des Konzeptes sind die Darstellung einer nachhaltigen Strategie zur Vermeidung von Engpässen in von den Vereinbarungspartnern näher zu definierenden Bereichen (bspw. entsprechende Vorrathaltung von Schutzausrüstungen), die Priorisierung von Aufgaben während einer Krise, die Festlegung von Steuerungskompetenzen, die Beschreibung des Umgangs mit personellen und sachlichen Ressourcen unter Extrembedingungen, die Vorbereitung von Mechanismen zur Abstimmung und Zusammenarbeit insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, betroffenen Behörden und Organisationen sowie die Vorbereitung von Strategien zur Gestaltung der Kommunikation mit allen für die Versorgung und Teilhabe wesentlichen Zielgruppen (zum Beispiel Angehörige, gesetzliche Vertreter, Nachbarn).

Die Konzepte sind mit weiteren regional zuständigen Stellen, wie z. B. Gesundheitsämtern und Heimaufsichten abzustimmen. Das Qualitätsmanagement muss auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet sein, das heißt auch, dass die Konzepte für Maßnahmen in Krisensituationen regelmäßig auf ihre Belastbarkeit zu überprüfen und weiter zu entwickeln sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der neue Satz 4 schafft eine einheitliche Regelung für Qualifikationsanforderungen bei der Erbringung von Betreuungsmaßnahmen. Qualifikationsanforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Betreuungsdiensten, die Betreuungsleistungen erbringen (die Richtlinien nach § 112a verweisen diesbezüglich auf die Richtlinien nach § 53b), sind derzeit höher als die Qualifikationsanforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsleistungen erbringen. Es ist fachlich geboten, die Voraussetzungen für alle Erbringer von ambulanten Betreuungsleistungen gleichzusetzen. Deshalb werden nunmehr die Anforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben in beiden Diensten angeglichen: Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen (Betreuungskräfte), müssen eine Qualifikation entsprechend den Richtlinien nach § 112a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 53b erbringen. Gleichzeitig wird in beiden Fällen durch eine Ergänzung in § 112a die Möglichkeit geschaffen, die nach den Richtlinien gemäß § 112a erforderlichen Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben, um die Mitarbeitergewinnung in beiden Diensten zu erleichtern.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ist durch Zeitablauf obsolet.

Zu Nummer 35 (§ 113b)

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 4a überträgt den Vertragsparteien die Verantwortung für die medizinisch-pflegefachliche und technische Weiterentwicklung der Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung im stationären und ambulanten Bereich. Die Sicherstellung der stetigen Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse ist eine Daueraufgabe. Wichtig ist, dass die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen in die Bewertung, ob und welche Nachjustierungen erforderlich sind, einfließen. Deshalb wird explizit geregelt, dass die Vertragsparteien insbesondere die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5, die die Umsetzung der entwickelten Verfahren betreffen und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 an das Bundesministerium für Gesundheit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme zu berücksichtigen haben. Letztere betreffen die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten, der Qualitätsdarstellung und den Qualitätsprüfungen. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a festgelegten Bewertungssystematik enthalten.

Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit haben die Vertragsparteien erforderlichenfalls fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen. Die Sätze 2 bis 5 des Absatzes 5 gelten analog und regeln Vorgaben für die Aufträge. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Wie bei den Aufträgen nach Absatz 4 wird ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und die Möglichkeit der Ersatzvornahme angeordnet (analoge Anwendung des Absatzes 8 Sätze 3 bis 5).

Zu Buchstabe b

Es ist sachgerecht, die Aufträge und Vorhaben, die der Sicherstellung der Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse dienen, wie die Entwicklungsaufträge nach Absatz 4 aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzieren.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Entscheidungen des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und die Beanstandungen, Auflagen und Festsetzungen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 vor den Sozialgerichten anfechtbar sind. Aus Gründen der Prozessökonomie und im Interesse der Rechtssicherheit entfällt ein Vorverfahren. Gleichzeitig wird angeordnet, dass die Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Das bedeutet, dass die angefochtene Entscheidung vollzogen werden kann, bevor über das Rechtsmittel abschließend entschieden ist.

Zu Nummer 36 (§ 113c)**Zu Absatz 1**

Das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbindlich eingeführt. Grundlage sind die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“. Im Abschlussbericht wird ein Personalbemessungsverfahren vorgeschlagen, das sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden orientiert und das sich in Form eines so genannten Algorithmus 1.0 abbilden lässt. Dabei werden die pflegerischen Aufgaben nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kompetenz- und qualifikationsorientiert dem Pflege- und Betreuungspersonal zugeordnet. Als Konsequenz wird insbesondere mehr Pflegehilfskraftpersonal mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen benötigt.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) wurde in einem ersten Umsetzungsschritt bereits zum 1. Januar 2021 die Möglichkeit geschaffen, einen personellen Mehrbedarf in Höhe von rund 20 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus dem oben genannten Abschlussbericht als gesonderten Vergütungszuschlag zu vereinbaren (§ 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 – Pflegehilfskraftstellenprogramm). Diese zusätzlichen Stellen schreiben die unterschiedliche personelle Ausstattung in den Ländern zunächst fort.

Perspektivisch führt das im PeBeM-Abschlussbericht dargestellte Personalbemessungsverfahren zu bundeseinheitlichen Stellenschlüsseln. In einem zweiten Umsetzungsschritt werden daher mit dieser Regelung bundeseinheitliche Stellenschlüssel als Personalanhaltswerte durch das Gesetz vorgegeben.

Der PeBeM-Abschlussbericht macht zwar deutlich, dass der Algorithmus 1.0 zu einem Algorithmus 2.0 unter Berücksichtigung von Effizienzreserven weiterentwickelt werden sollte (siehe hierzu auch § 8 Absatz 3b SGB XI). Der Algorithmus 1.0 wird jedoch bereits jetzt für die Berechnung der Personalanhaltswerte zu Grunde gelegt.

Die Personalanhaltswerte berücksichtigen dabei den personellen Mehrbedarf, der sich nach dem Algorithmus 1.0 ergibt, in Höhe von 40 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln (siehe S. 367 des Abschlussberichts). Die Personalanhaltswerte berechnen sich dabei wie folgt:

1. Soll-Stellenschlüssel nach Algorithmus 1.0 – Ist-Stellenschlüssel = Differenz
2. 40 Prozent der Differenz aus 1. + Ist-Stellenschlüssel = Personalanhaltswerte

Die genaue Berechnung der Personalanhaltswerte ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Status Quo Stellenschlüssel lt. Abschlussbericht auf S. 367					
QN 1-2	0,06630844	0,09300737	0,12467792	0,16321235	0,18457027
QN 3	0,02730671	0,04303132	0,06154819	0,07472733	0,0824805
QN 4	0,09361515	0,13603869	0,1862261	0,23793968	0,26705077
2. Algorithmus 1.0 Stellenschlüssel lt. Abschlussbericht auf S. 367					
QN 1-2	0,11864871	0,16108353	0,17522211	0,16199059	0,16265138
QN 3	0,09992923	0,10409951	0,17611995	0,24118549	0,15188704
QN 4	0,05201332	0,05523959	0,10835817	0,25878736	0,55995844
3. Differenz aus Status Quo (1.) und Algorithmus 1.0 (2.)					
QN 1-2	0,05234027	0,06807616	0,05054419	-0,00122176	-0,02191889
QN 3	0,07262252	0,06106819	0,11457176	0,16645816	0,06940654
QN 4	-0,04160183	-0,0807991	-0,07786793	0,02084768	0,29290767
4. 40 % der Differenz (3.)					
QN 1-2	0,02093611	0,02723046	0,02021768	-0,00048870	-0,00876756
QN 3	0,02904901	0,02442728	0,04582870	0,06658326	0,02776262
QN 4	-0,01664073	-0,03231964	-0,03114717	0,00833907	0,11716307
5. Personalanhaltswerte nach Absatz 1 = Status Quo (1.) + 40 % der Differenz (4.)					
QN 1-2 (Absatz 1 Nummer 1)	0,0872	0,1202	0,1449	0,1627	0,1758
QN 3 (Absatz 1 Nummer 2)	0,0564	0,0675	0,1074	0,1413	0,1102
QN 4 (Absatz 1 Nummer 3)	0,0770	0,1037	0,1551	0,2463	0,3842

Aus der Tabelle wird auch ersichtlich, dass sich die Personalanhaltswerte zwischen den aktuellen Stellenschlüsseln und den Stellenschlüsseln des Algorithmus 1.0 bewegen. Es handelt sich bei den Personalanhaltswerten somit um Hilfwerte, mit denen perspektivisch die Stellenschlüssel des noch nicht entwickelten Algorithmus 2.0 über mögliche weitere Personalausbaustufen (siehe hierzu Absatz 7) erreicht werden können.

Die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile nach § 8 Absatz 6 (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 (Pflegehilfskraftstellenprogramm) sind Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte. Stellenanteile für zusätzliche Betreuungskräfte im Sinne von § 43b SGB XI sind in den Personalanhaltswerten nicht enthalten. Diese Stellen müssen weiterhin über die Vergütungszuschläge nach § 84 Absatz 8 in Verbindung mit § 85 Absatz 8 vereinbart werden. Perspektivisch sollen – wenn die Ergebnisse aus den Modellprojekten nach § 8 Absatz 3b vorliegen – auch diese Stellenanteile in die Personalanhaltswerte integriert werden.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ab dem 1. Juli 2023 in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 eine personelle Ausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal vereinbaren, die sich an den in Absatz 1 dargestellten bundeseinheitlichen Personalanhaltswerten ausrichtet und mindestens den in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 geltenden Vorgaben zur personellen Ausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal entspricht. Damit wird das Ziel verfolgt, dass sich die Personalanhaltswerte, die für die einrichtungsindividuell vereinbarte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu Grunde gelegt werden, innerhalb eines Korridors in Richtung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte schrittweise angleichen können (Konvergenzphase). Die Personalanhaltswerte müssen somit nicht zwingend für die personelle Ausstattung zu Grunde gelegt werden, um die zugeordnete Anzahl an Pflegebedürftigen versorgen zu dürfen. Die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung wird weiterhin in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 festgelegt (siehe hierzu Absatz 5). Auf Grundlage der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte kann die Pflegeeinrichtung eine über die Rahmenverträge hinausgehende personelle Ausstattung vereinbaren, soweit die Pflegeeinrichtung das vereinbarte Personal auch entsprechend vorhalten kann.

Zu Absatz 2

Abweichend von Absatz 1 kann nach Absatz 2 Nummer 1 eine höhere als die sich aus den Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung vereinbart werden, wenn die zuvor bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vorsieht, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung tatsächlich vorgehalten wird. Dadurch soll insbesondere sichergestellt werden, dass vorhandenes Fachkraftpersonal auch weiterhin beschäftigt werden kann.

Wenn der Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 zum 30. Juni 2023 bereits eine höhere personelle Ausstattung mit Fachkräften vorsieht als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, gilt nach Absatz 2 Nummer 2 die Vorgabe im Rahmenvertrag als Höchstgrenze. Dieser Ausnahmetatbestand dürfte aber nur dann einschlägig sein, wenn die Pflegeeinrichtung in der Vergangenheit Fachkraftpersonal nicht in entsprechender Höhe vorhalten konnte und somit die Ausnahmeregelung nach Nummer 1 nicht bereits einschlägig ist.

Ebenso ist nach Absatz 2 Nummer 3 eine Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 möglich, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe hierfür darlegen kann. Sachliche Gründe können u.a. zusätzliche Personalbedarfe aufgrund besonderer Einrichtungskonzepte oder Versorgungsschwerpunkte zum Beispiel bei der Versorgung von demenziell Erkrankten sein.

Zu Absatz 3

Sofern eine personelle Ausstattung vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, sollen die Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 Nummer 1 zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt werden, durchführen. Dies gilt erst, wenn verwertbare Erkenntnisse aus dem Modellprogramm vorliegen und den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt wurden.

Darüber hinaus schreiben Satz 1 Nummer 2 sowie Satz 2 und 3 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach dem Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 hinausgeht, die Sonderregelungen für die Finanzierung von berufsbegleitenden Ausbildungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 fort.

Pflegehilfskräfte, für die die Pflegeeinrichtung Vergütungszuschläge nach § 85 Absatz 9 Nummer 1 c erhalten hat, werden bis zum Beginn der berufsbegleitenden Ausbildung über Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 1 (Hilfkraftpersonal ohne Ausbildung nach Ziffer 2) finanziert.

Zu Absatz 4

Zur Konkretisierung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens soll von der Selbstverwaltung eine Bundesempfehlung erarbeitet werden, die die Anpassung und Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 auf Landesebene vorbereitet und zu einer einheitlichen Umsetzung beiträgt. Dies betrifft die in Absatz 5 genannten Inhalte. Die Bundesempfehlung soll bis zum 30. Juni 2022 vereinbart werden. Ein Konfliktlösungsmechanismus stellt sicher, dass die Empfehlung rechtzeitig zustande kommt.

Zu Absatz 5

Auf der Ebene der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 sind von den Vereinbarungspartnern Konkretisierungen zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 zu treffen. Dies betrifft folgende Inhalte:

Zu § 113c Absatz 5 Nummer 1

Die in den Rahmenverträgen bisher festgelegten Personalanhaltswerte für das Pflege- und Betreuungspersonal sollen geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sie sollen fortan die personelle Ausstattung definieren, die mindestens zu vereinbaren ist, um eine bestimmte Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Landesspezifische Besonderheiten können damit auch weiterhin abgebildet werden. Dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht (zum Beispiel zur Vermeidung von Alleinarbeit) sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen (zum Beispiel bezüglich einer Mindestausstattung mit Pflegefachkräften) und Einrichtungskonzeptionen (zum Beispiel bei Einrichtungen, die einen besonderen Schwerpunkt in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben) einzubeziehen.

In der auf Basis einer Vereinbarung der Konzertierten Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ wird die Erwartung an die Länder formuliert, die landesheimrechtlichen Vorgaben so zu gestalten, dass sie der geplanten, schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nicht entgegenstehen. Die Fortgeltung einer mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung nach dem bisherigen Rahmenvertrag soll dies unterstützen. Der bisher im Landesheimrecht geregelte, mindestens vorzusehende Fachkraftanteil beim Pflege- und Betreuungspersonal sollte sich künftig nur noch auf die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung der Rahmenverträge beziehen und in den Rahmenverträgen auch entsprechend abgebildet werden. Damit soll sichergestellt werden, dass Einrichtungen von den geltenden landesheimrechtlichen Vorgaben bezüglich des Anteils an Fachkräften nur abweichen können, wenn sie zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal vereinbaren, aber nicht, wenn sie Fachkräfte abbauen.

Zu Absatz 5 Nummer 2

Die Rahmenverträge können Regelungen für besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung vorsehen.

Zu Absatz 5 Nummer 3

Die Qualifikationsanforderungen von Fachkräften sowie von Hilfskräften sind in den Rahmenverträgen zu regeln. Der Abschlussbericht des PeBeM-Projekts hat Vorschläge für die Qualifikationsniveaus (QN) 1 und 2 (Absatz 1 Satz 1 Nummer 1), QN 3 (Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) und QN 4 (Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) unterbreitet. Insbesondere im Fachkraftbereich könnte jedoch von den Vorschlägen des Abschlussberichts abgewichen werden, die das Qualifikationsniveau (QN) 4 ausschließlich Pflegefachkräften zuordnet. Aktuell arbeiten in den Einrichtungen eine Vielzahl an Professionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich; diese werden bereits entsprechend der verschiedenen landesheimrechtlichen Regelungen auf die Fachkraftquote angerechnet. Auch das Pflegestellenförderprogramm nach § 8 Absatz 6 wurde für die Finanzierung zusätzlicher Fachkraftstellen geöffnet, die mit Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich neu besetzt werden könnten. Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufgesetz (PflBG) sind bei der Zuordnung der Qualifikationen zu berücksichtigen. Nach Satz 2 kann in den Rahmenverträgen auch geregelt werden, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. Die Personalanhaltswerte für Hilfskraftpersonal der QN 1 und QN 2 nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projektes sind in Absatz 1 Nummer 1 bisher zusammenfasst.

Enthalten die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 keine eigenen Regelungen zu den in Nummer 1 bis 3 genannten Inhalten, gilt die Bundesempfehlung mit ihren entsprechend konkreten Inhalten in der Zwischenzeit für die Beteiligten im Land insoweit unmittelbar verbindlich.

Zu Absatz 6

Mit dem ersten, nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahren soll die Überführung der bisherigen, gesonderten Vergütungszuschläge in das allgemeine Vergütungsrecht beginnen.

Da die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 finanzierten Stellenanteile für Fach- bzw. Hilfskraftpersonal Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und somit künftig von vollstationären Pflegeeinrichtungen in ihren Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 zu vereinbaren sind, ist es ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich, neue Anträge auf eine gesonderte Finanzierung dieser zusätzlichen Fachkraftstellen einzureichen oder neue Zuschlagsvereinbarungen über die Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen zu treffen. Vergütungszuschläge dieser beiden Förderprogramme, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden demzufolge in diesem Pflegesatzverfahren sachgerecht in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 sowie in die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Hierfür ist eine Übergangsfrist von zweieinhalb Jahren bis zum 31. Dezember 2025 vorgesehen. Ein etwaiger Abbau des bisher durch diese Förderprogramme in stationären Pflegeeinrichtungen erreichten Stellenzuwachses soll damit nicht verbunden sein.

Mit der Überführung der Vergütungszuschläge in die Pflegesätze entfällt der bisherige Finanzierungsmechanismus, der sich nicht auf die pflegebedingten Eigenanteile der Pflegebedürftigen auswirkte. Die dadurch perspektivisch freiwerdenden Mittel können als Beitrag zur Finanzierung der Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile genutzt werden. Von der Eigenanteilsbegrenzung profitieren somit die Pflegebedürftigen in allen vollstationären

Einrichtungen, unabhängig davon, ob die Pflegeeinrichtung die Stellen aus den Vergütungszuschlägen bisher besetzen konnte oder nicht.

Zu Absatz 7

Bei der Einführung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist zu bedenken, dass angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation in der Pflege der daraus entstehende zusätzliche Bedarf an Pflegefach- und Pflegehilfskräften möglicher Weise nicht sofort gedeckt werden kann. Wie in der „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ beschrieben soll das Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen daher schrittweise eingeführt werden. Die Vereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege müssen gleichzeitig konsequent weiter umgesetzt werden, damit beruflich Pflegende gewonnen, gehalten und entlastet werden können. Dazu gehören auch Maßnahmen, um zusätzliches Personal zu gewinnen oder zu qualifizieren. Darüber hinaus wird das Personalbemessungsverfahren auf der Grundlage von § 8 Absatz 3b modellhaft eingeführt; dabei wird auch der Algorithmus 1.0 unter Berücksichtigung von Effizienzreserven zum Algorithmus 2.0 weiterentwickelt. Bei der Weiterentwicklung zum Algorithmus 2.0 werden auch Leistungen der zusätzlichen Aktivierung und Betreuung nach § 43b berücksichtigt, die bisher noch über Vergütungszuschläge nach § 84 Absatz 8 in Verbindung mit § 85 Absatz 8 finanziert werden. Perspektivisch sollen somit auch diese Stellen in die Personalanhaltswerte integriert und in die Pflegesätze überführt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltswerte für die mindestens zu vereinbarende Personalausstattung möglich und notwendig ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt dem Bundesministerium für Gesundheit die hierfür erforderlichen Daten und Ergebnisse bis zum 1. April 2025 zur Verfügung. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet diese nach ihrem Eingang unverzüglich an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales weiter. Die für die Prüfung nach Satz 1 und 2 erforderlichen Daten und Ergebnisse werden in einer begleitenden Evaluation und in Modellprojekten ermittelt, die nach § 8 Absatz 3b vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen finanziert werden.

Um schrittweise eine Konvergenz der Personalanhaltswerte hin zu bundeseinheitlichen Werten zu erreichen, sollte der Korridor, in welchem die Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart werden kann, künftig nicht vergrößert werden. Daher ist auch zu prüfen, ob die personelle Ausstattung, die ab dem 1. Juli 2023 auf Grund der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 mindestens zu vereinbaren ist, in einem nächsten Schritt als bundeseinheitliche Vorgabe erhöht werden kann. Eine solche Erhöhung kommt jedoch nur in Betracht, wenn die pflegerische Versorgung dabei nicht gefährdet wird.

Die Bundesregierung berichtet innerhalb von sechs Monaten nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen den gesetzgebenden Körperschaften über das Ergebnis der Prüfung und legt einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.

Zu Nummer 37 (§ 115 Absatz 3a Satz 2)

Entsprechend der Neuregelung des § 82c wird der Verweis in § 115 Absatz 3a angepasst.

Zu Nummer 38 (§ 128 Absatz 5)

Durch die Streichung von § 128 Absatz 5 Satz 3 und 4 wird ermöglicht, in der in § 128 Absatz 2 Satz 1 vorgesehenen Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung der staatlich geförderten Pflegevorsorge eine Verwaltungskostenerstattung nicht nur auf Grundlage der Personal- und Sachkostensätze des Bundes, sondern zum Beispiel auch auf Grundlage der bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eingesetzten Kosten- und Leistungsrechnung vorzusehen. Zugleich kann nun in der Verwaltungsvereinbarung nach § 128 Absatz 2 Satz 1 festgelegt werden, in welchem Turnus Verwaltungskostenabschläge gezahlt und die Verwaltungskosten erstattet werden. Dieses Vorgehen entspricht inhaltlich den Regelungen für die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen in § 5 Absatz 1 Nummer 18 Satz 4 des Finanzverwaltungsgesetzes sowie die für die Zentrale Stelle für die Digitale Rentenübersicht in § 8 Absatz 2 Satz 2 des Rentenübersichtsgesetzes. Dort ist ebenfalls lediglich vorgesehen, dass das Nähere durch Verwaltungsvereinbarung geregelt wird.

Zu Nummer 39 (§ 141 Absatz 3 bis 3c)

Der in § 141 Absatz 3 bis 3c geregelte Besitzstandsschutz für vollstationär versorgte Pflegebedürftige, die schon Ende 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, entfaltet nach Einführung der zeitlich gestaffelten Eigenanteilsbegrenzung keine Wirkung mehr, da die Besitzstandsschutzbeträge mit den Eigenanteilsreduzierungen verrechnet würden. Um hier für Klarheit in der Auslegung zu sorgen, werden die Regelungen zum vollstationären Besitzstandsschutz aufgehoben. Materiellrechtlich ergibt sich daraus für die Pflegebedürftigen keine Verschlechterung.

Zu Nummer 40 (§ 143 Absatz 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur eines Verweises.

Zu Artikel 2a – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**Zu Nummer 1 (§ 84)**

Zu Buchstabe a

Im Hinblick auf die Regelung des § 82c wird Absatz 2 für den stationären Bereich angepasst.

Zu Buchstabe b

Mit Wirkung ab 1. September 2022 ist die übergangsweise Regelung des bisherigen Nachweisverfahrens in Absatz 7a entbehrlich und wird aufgehoben.

Zu Nummer 2 (§ 89)

Zu Buchstabe a

Entsprechend zum stationären Bereich wird Absatz 1 im Hinblick auf die Regelung des § 82c angepasst.

Zu Buchstabe b

Der Verweis in der ambulanten Pflege auf das Nachweisverfahren wird zum 1. September 2022 angepasst.

Zu Artikel 3 – Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**Zu Nummer 1**

Folgeänderung zur Umnummerierung des bisherigen § 403a SGB V (Beitragszuschüsse für Beschäftigte) in § 403 SGB V.

Zu Nummer 2

Regelung entspricht dem bisherigen Regelungstext; redaktionelle Änderung aufgrund der Einfügung einer neuen Nummer 2.

Zu Nummer 3

Das Verfahren zur Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ist auch für pflichtversicherte Altenteiler bislang nicht geregelt. Mit der Änderung wird eine Gleichbehandlung der in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung pflichtversicherten landwirtschaftlichen Unternehmer, mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler bei der Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen erreicht.

Zu Artikel 5 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**Zu Nummer 2**

Zu Buchstabe c

Die Änderung stellt eine Folgeänderung zur Neuregelung der Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in den §§ 31-35 dar. § 31 Absatz 3 sieht vor, dass Widerspruch und Anfechtungsklage gegen

Entscheidungen des Beliehenen keine aufschiebende Wirkung haben. Die bisherige Regelung in § 17b Absatz 3 Satz 6 stellt insofern eine Dopplung dar und ist entbehrlich.

Zu Buchstabe d

Ausweislich der Begründung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394), mit dem § 17b Absatz 4 eingeführt wurde, handelt es sich bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020, die die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 bis zum 31. Januar 2019 zu vereinbaren hatten, um „die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020“. In der Folge müssen die Vertragsparteien auf Bundesebene auch nach diesem Datum notwendige Anpassungen bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, etwa aufgrund von Fehlentwicklungen, vornehmen können. Daher wird mit einer Ergänzung in Satz 2 klarstellend geregelt, dass eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten inklusive Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist, erstmals bis zum 31. Januar 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren war. Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 sollen daher auch noch nach Ablauf des Jahres 2019 Änderungen und Konkretisierungen an der Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und den Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist, vornehmen können.

Mit der Änderung in Satz 10 wird die Frist, zu der die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit einen Zwischenbericht über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten hat, vorzulegen haben, vom 31. August 2021 um ein Jahr bis zum 31. August 2022 verlängert. Aufgrund der Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Krankenhäuser und der zurückhaltenden Vereinbarung der Pflegebudgets für die Jahre 2020 und 2021 wäre die Aussagekraft eines bis zum 31. August 2021 vorzulegenden Zwischenberichts zum einen deutlich eingeschränkt. Zum anderen wird den Vertragsparteien auf Bundesebene so ermöglicht, auf Basis der Änderungen in § 6a KHEntgG eine breitere Datengrundlage für die Erstellung des Zwischenberichts zu verwenden.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Gesetzgeber hat mit den Änderungen des § 21 durch das Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) Ausgleichszahlungen nur für den Leistungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vorgesehen. Diese Beschränkung auf den Leistungsbereich des KHEntgG ergibt sich daraus, dass das nach § 21 Absatz 2a Satz 1 ermittelte Ergebnis mit der sich für das Krankenhaus in der Anlage zur COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren ist. In dieser Anlage „Höhe der tagesbezogenen Pauschale nach § 1 Absatz 1 Nummer 1“ werden die Höhen der Pauschalen nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 der Verordnung ausgewiesen. § 1 Absatz 1 Nummer 1 der Verordnung bezieht sich ausschließlich auf Krankenhäuser, deren Leistungen nach dem KHEntgG vergütet werden, da nur für diese Krankenhäuser eine durchschnittliche Fallschwere (Casemixindex) ermittelt werden kann. Für Kliniken, die Leistungen sowohl nach dem Krankenhausentgeltgesetz als auch der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, wird zugleich klargestellt, dass nur der Leistungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes von der Anspruchsberechtigung erfasst ist. Da die entsprechenden Regelungen in der Praxis zum Teil uneinheitlich ausgelegt werden, ist es zur Vermeidung der bestehenden Auslegungsunsicherheiten erforderlich, dass diese Klarstellung ab dem 18. November 2020 in Kraft tritt. Dies trägt auch zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten bei, die von Krankenhäusern mit dem Ziel der nicht rechtmäßigen Bewilligung von Ausgleichszahlungen angestrengt werden, auch soweit das Krankenhaus dem Leistungsbereich der Bundespflegesatzverordnung unterfällt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch den Verweis auf die Anlage zur Verordnung kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Regelung so ausgelegt wird, dass auch die in § 1 Absatz 1 Nummer 2 der Verordnung genannten besonderen Einrichtungen,

die dem Leistungsbereich des KHEntgG zuzuordnen sind, nicht anspruchsberechtigt wären. Um eine solche Auslegung sicher auszuschließen, wird der Satz um eine Formulierung ergänzt, die explizit regelt, dass auch besondere Einrichtungen Anspruch auf die Ausgleichszahlungen haben können.

Zu Doppelbuchstabe cc

Aus den bisherigen Erfahrungen im Rahmen der Umsetzung der Regelungen des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite haben sich bei den Ländern Unsicherheiten bezüglich der Auslegung des Satzes 6 ergeben, die hier ausgeräumt werden. Es ist Voraussetzung für die gesetzliche Fiktion, wonach die Voraussetzungen des § 7 Satz 1 Nummer 2 der Personaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als erfüllt gelten, dass Krankenhäuser Ausgleichszahlungen nach Absatz 1a tatsächlich erhalten. Mithin kann das Vorliegen der Voraussetzungen des § 7 Satz 1 Nummer 2 PpUGV nur für diesen begrenzten Zeitraum (jeweilige Dauer des tatsächlichen Erhalts von Ausgleichszahlungen) als gegeben angenommen werden. Die Krankenhäuser haben den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG den Erhalt von Ausgleichszahlungen anzuzeigen (§ 7 Satz 2 PpUGV). Diese Anzeige des Erhalts von Ausgleichszahlungen kann nur für den Zeitraum, in dem auch Ausgleichszahlungen fließen, vorgenommen werden und als Nachweis für das Vorliegen der Voraussetzungen von Satz 6 gelten.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgekorrektur, bedingt durch die Änderungen des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, mit denen ein Absatz ergänzt wurde.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verstetigung und Konzentration der unterjährigen Übermittlung der Leistungsdaten der Krankenhäuser in § 21 Absatz 3b des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Nummer 7

Die neuen §§ 31 bis 35 regeln umfassend die Beleihung des InEK.

Zu § 31

Zu Absatz 1

Die Regelung sieht die Beleihung des InEK vor. Das InEK ist ein Institut in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), dessen Gesellschafter die Vertragsparteien auf Bundesebene, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, sind. Das InEK wurde durch die Vertragsparteien auf Bundesebene ursprünglich gegründet, um diese bei der Entwicklung, Errichtung und Pflege eines Vergütungssystems für die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) zu unterstützen. Dem InEK wurden aufgrund seines spezifischen Sachverstandes und der ihm vorliegenden umfangreichen Daten aus dem Krankenhausbereich mit der Zeit eine Vielzahl weiterer Aufgaben durch den Gesetzgeber sowie durch die Vertragsparteien auf Bundesebene übertragen. So kommen dem InEK über seine ureigene Aufgabe im Zusammenhang mit den DRGs unter anderem zentrale Aufgaben bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen mittels einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern sowie bei der Festlegung und Bestimmung von Pflegepersonaluntergrenzen in den Krankenhäusern zu. Dem InEK ist insofern über die Zeit seit seiner Gründung in immer größerem Maße eine tragende Rolle im Bereich der stationären Versorgung zugekommen, sodass es ein für die Bewältigung der diesbezüglich anfallenden umfangreichen und voraussichtlich künftig weiter steigenden Aufgaben unverzichtbarer Akteur geworden ist. Es hat sich die Erforderlichkeit gezeigt, dem InEK für dessen Handeln und mithin für die Bewältigung seiner vielfältigen Aufgaben in umfassendem Maße Rechtssicherheit zu verleihen. Vor diesem Hintergrund ist zu gewährleisten, dass das InEK für sämtliche ihm zustehenden Aufgaben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz, dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und den auf dieser Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen hoheitliche Befugnisse erhält. Die Beleihung umfasst auch diejenigen Aufgaben, die ihm auf Grund gesetzgeberischer Vorgaben von den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragen werden. Ohne eine umfassende Beleihung des InEK besteht die Gefahr, dass die Legitimation des Handelns des InEK, wie bereits in der Vergangenheit teilweise der Fall, in Einzelfällen rechtlich infrage gestellt wird und das InEK seinen Aufgaben nicht in dem erforderlichen Maße nachkommen kann.

Soweit dem InEK bereits bislang vereinzelt hoheitliche Befugnisse übertragen worden waren, etwa im Rahmen der Bestimmung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der Kalkulation nach § 17b Absatz 3 Satz 6, erster Halbsatz KHG, erfolgt mit der Neuordnung eine bloße Klarstellung der bereits geltenden Rechtslage. Für alle weiteren Aufgaben erfolgt die Beleihung mit Wirkung für die Zukunft.

Zu Absatz 2

Die Regelung beinhaltet die für die Wahrnehmung der Aufgaben des InEK, für welche es beliehen wird, erforderliche Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten. Darüber hinaus geregelt wird die Befugnis zur Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der vom InEK erlassenen Verwaltungsakte. Das InEK kann außerdem Widerspruchsbescheide erlassen.

Zu Absatz 3

Durch die Regelung wird vorgesehen, dass sämtliche Verwaltungsakte, die das InEK als Beliehene nach Absatz 1 im Rahmen seiner hoheitlichen Tätigkeit erlässt, sofort vollziehbar sind. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass etwa Krankenhäuser, die zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet wurden, sich durch Widerspruch oder Klage dieser Kalkulationsteilnahme entziehen könnten, oder dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht würde. Die Regelung stellt eine Bündelung von durch den Bundesgesetzgeber vorgeschriebenen Fällen im Sinne der §§ 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 VwGO, 86a Absatz 2 Nummer 4 SGG für alle Beleihungstatbestände dar, da es zielführend ist, die sofortige Vollziehbarkeit der durch das InEK erlassenen Verwaltungsakte insgesamt sicherzustellen. Die Regelung ist erforderlich, da das InEK andernfalls bei jedem Erlass eines Verwaltungsaktes die sofortige Vollziehung besonders anordnen müsste (§§ 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 VwGO, 86a Absatz 2 Nummer 5 SGG), wodurch sein Handeln erheblich erschwert würde. Die Möglichkeit der gerichtlichen Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach § 80 Absatz 5 VwGO und nach § 86b Absatz 1 SGG bleibt bestehen.

Zu § 32

Absatz 1

Die Regelung zielt darauf ab, sicherzustellen, dass der Gegenstand der Gesellschaft des Beliehenen mit den ihm übertragenen Aufgaben in Einklang steht und die Gesellschaft insbesondere keine Zwecke verfolgt, die den dem Beliehenen übertragenen Aufgaben zuwiderlaufen. Der Gegenstand der Gesellschaft bzw. der Gesellschaftszweck des InEK ist auf die Förderung des Gesundheitswesens sowie der Wissenschaft und Forschung gerichtet und schließt hierbei insbesondere die Errichtung und Pflege des DRG-Systems nach dem KHG sowie die Beratung und Unterstützung anderer Staaten bei der Entwicklung, Einführung und Pflege pauschalierender Entgeltsysteme ein. Es handelt sich insoweit derzeit um einen weit gefassten Gesellschaftszweck, unter welchen sich die vielfältigen dem InEK übertragenen Aufgaben subsumieren lassen. Soweit eine Erweiterung des Gegenstands der Gesellschaft vorgenommen werden soll, bedarf diese im Hinblick auf die Sicherstellung der Aufgabenerfüllung nach Absatz 1 der Zustimmung durch das BMG.

Zu Absatz 2

Durch die Regelung wird der gesellschaftsrechtlichen Freiheit, den Gegenstand der Gesellschaft nachträglich zu ändern und dessen Zielrichtung anzupassen, im Vergleich zu den der Beleihung zugrundeliegenden Aufgaben des InEK ein gewisser Nachrang eingeräumt. Insofern darf die Aufgabenerfüllung nicht durch den Gegenstand der Gesellschaft beeinträchtigt werden. Eine Erweiterung des Gegenstands der Gesellschaft bedarf der Zustimmung durch das BMG, die zu erteilen ist, soweit der erweiterte Gegenstand der Gesellschaft nicht die Erfüllung der dem InEK übertragenen Aufgaben nach Absatz 1 beeinträchtigt.

Zu Absatz 3

Voraussetzung dafür, dass eine juristische Person des Privatrechts, wie das InEK, die Gewähr für eine sachgerechte Wahrnehmung der ihm übertragenen hoheitlichen Befugnisse bietet, ist, dass die natürlichen Personen, die nach dem Gesetz, dem Gesellschaftsvertrag oder der Satzung die Geschäftsführung und Vertretung ausüben, zuverlässig und fachlich geeignet sind. Durch die Regelung wird dem BMG daher ein Widerspruchsrecht bei der Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers oder der Geschäftsführer des InEK für den Fall eingeräumt, dass die Eignung des InEK zur Erfüllung seiner Aufgaben hierdurch infrage gestellt wird.

Zu Absatz 4

Weitere Voraussetzung dafür, dass eine juristische Person des Privatrechts, wie das InEK, die Gewähr für eine sachgerechte Wahrnehmung der ihm übertragenen hoheitlichen Befugnisse bietet, ist, dass die zur Erfüllung ihrer Aufgaben persönlichen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen vorliegen.

Zu Absatz 5

Vorgesehen ist durch die Regelung einerseits eine Mitteilungsverpflichtung seitens des InEK an das BMG über beabsichtigte Änderungen des Gesellschaftsvertrages, die Auswirkungen auf die Wahrnehmung seiner Aufgaben haben können. Andererseits werden Pflichten zur Übermittlung des Jahresabschlusses zusammen mit dem Lagebericht und dem Prüfungsbericht nach § 321 des Handelsgesetzbuches (HGB) normiert. Unberührt bleiben die Verpflichtungen des Beliehenen nach dem HGB.

Zu Absatz 6

Es ist angesichts der vielfältigen Aufgaben, die dem InEK gesetzlich vorgegeben sind, und die dieses zur Sicherstellung der Wirksamkeit der Entgeltsysteme im Krankenhaus und als zentrale Stelle von Daten im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten mittlerweile übernimmt, zielführend, dessen Bestand als Gesellschaft abzusichern. Insoweit soll gesetzlich dafür Sorge getragen werden, dass das InEK nicht einseitig durch seine Gesellschafter – die Vertragsparteien auf Bundesebene – aufgelöst wird und dadurch eine Wahrnehmung der vielfältigen dem InEK zugewiesenen Aufgaben nicht mehr gewährleistet werden kann.

Zu § 33

Zu Absatz 1

Der Übertragung hoheitlicher Aufgaben nach § 31 Absatz 1 entspricht es, dass das InEK als Beliehene der Rechtsaufsicht durch das BMG unterstellt wird. Dies dient der Sicherung der rechtmäßigen Aufgabenwahrnehmung durch die Beliehene. Das InEK erfüllt insbesondere spezifische zweckbezogene Aufgaben im Zusammenhang mit der Entwicklung der stationären Entgeltsysteme. Die Aufgaben des InEK sind historisch gewachsen, so dass dem InEK inzwischen auch spezifische Aufgaben im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V oder mit dem Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V übertragen wurden. Im Wesentlichen geht es dabei um die Prüfung, Analyse und Gruppierung umfangreicher, von den Krankenhäusern übermittelter Datenmengen nach vorgegebenen Kriterien. Auf Grund der Vorgaben des Gesetzgebers oder der Vertragsparteien und der zweckbezogenen Aufgabenstellung verfügt das InEK bei der Erfüllung dieser Aufgaben nicht über einen erheblichen Entscheidungsspielraum. Die Aufgaben des InEK sind gesetzlich (§ 31 Absatz 1 Nummer 1) oder durch die Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene (§ 31 Absatz 1 Nummer 2) vorgegeben. Auch aufgrund der hohen Expertise des InEK und seines beschränkten Entscheidungsspielraums ist es daher sachgerecht, die Aufsicht auf eine Rechtsaufsicht zu beschränken. Dem BMG entsteht durch die Durchführung von Maßnahmen der Rechtsaufsicht ein dauerhafter Erfüllungsaufwand für die Verwaltung (Bund). Unter der geschätzten Annahme, dass hierfür ein Vollzeitäquivalent im höheren Dienst (65,40 Euro pro Stunde, 8 Stunden pro Tag, 200 Tage pro Jahr) zu veranschlagen ist, ist von einem jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von 104.640 Euro auszugehen.

Zu Absatz 2

Instrumente der Kontrolle sind insbesondere Unterlagen und Auskünfte, die das BMG nach pflichtgemäßer Prüfung anfordern kann.

Zu Absatz 3

Zudem kann das BMG verlangen, dass das InEK Rechtsverletzungen, die durch sein Handeln oder Unterlassen entstehen, behebt. Die Verpflichtungen können im Wege der Verwaltungsvollstreckung durchgesetzt werden, wenn das BMG ihre sofortige Vollziehung angeordnet hat oder sie unanfechtbar geworden sind. Zudem ist die Androhung von Zwangsmitteln möglich. Eine neue Androhung ist erst dann zulässig, wenn das zunächst angeordnete Zwangsmittel erfolglos ist.

Zu § 34

Es wird eine Rückgriffsmöglichkeit gegen das InEK als Beliehenen vorgesehen für den Fall, dass dieser bei der Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben oder von damit im Zusammenhang stehenden Aufgaben einem Dritten durch eine vorsätzliche oder fahrlässige Amtspflichtverletzung zugefügt hat.

Zu § 35

Die Aufgaben des InEK werden durch den DRG-Systemzuschlag, der für jeden abzurechnenden Krankenhausfall erhoben wird, finanziert. Der DRG-Systemzuschlag ist durch § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bereits eingeführt. Die Regelung hat insofern klarstellende Wirkung, dass eine anderweitige Finanzierung der Aufgaben, mit denen das InEK beliehen wird, nicht erfolgt.

Zu Artikel 6 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**Zu Nummer 1****Zu Buchstabe a**

Die Corona-Pandemie hat auch im Jahr 2021 erheblichen Einfluss auf das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern. Die im Erlösbudget für das Jahr 2021 vereinbarten Leistungen stellen daher keine geeignete Grundlage für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) für das Jahr 2022 dar, weil bei vielen Krankenhäusern für das Jahr 2021 auf Grund der Corona-Pandemie weniger Leistungen vereinbart werden dürften als in nicht von der Pandemie beeinflussten Jahren. Eine Bezugnahme bei der Vereinbarung des FDA für das Jahr 2022 auf die für das Jahr 2021 vereinbarten Leistungen würde daher schon bei einer Zunahme der Leistungsmenge auf das durchschnittliche Niveau vor der Corona-Pandemie zu einem Abschlag führen. Das erscheint nicht sachgerecht. Daher wird – wie bereits für das Jahr 2021 – auch für die Folgejahre das Erlösbudget 2019 als Vergleichsgröße für die Ermittlung des FDA festgelegt. Diese Regelung findet keine Anwendung mehr, sobald ein Krankenhaus mehr Leistungen, die mit Fallpauschalen bewertet werden, im Erlösbudget vereinbart als für das Jahr 2019. Bei Krankenhäusern, die trotz der Corona-Pandemie zum Beispiel für das Jahr 2021 mehr Leistungen, die mit Fallpauschalen bewertet sind, im Erlösbudget vereinbaren als für das Jahr 2019, ist der FDA für das Jahr 2022 auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen anzuwenden, die gegenüber dem Erlösbudget für das Jahr 2021 zusätzlich vereinbart werden. Sobald ein Krankenhaus für ein Jahr mehr Leistungen, die mit Fallpauschalen bewertet werden, im Erlösbudget vereinbart als für das Jahr 2019, ist somit der FDA ab dem Folgejahr wieder, entsprechend der Regelung in Satz 1, dauerhaft auf die gegenüber den im Erlösbudget für das jeweilige Vorjahr zusätzlich vereinbarten Leistungen, die mit Fallpauschalen bewertet werden, anzuwenden.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Voranstellung der Regelung unter dem neuen Buchstaben a.

Zu Nummer 2**Zu Buchstabe d**

Mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) wurde dem Bundesministerium für Gesundheit mit § 23 Absatz 2 Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) eine Verordnungsermächtigung erteilt, mit der es von den Vorgaben des § 21 Absatz 10 und 11 KHG abweichende Regelungen für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösrückgängen für das Jahr 2021 vorsehen und Vorgaben für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösanstiegen für das Jahr 2021 regeln kann. Der Ausgleich eines vereinbarten coronabedingten Erlösrückgangs oder Erlösanstiegs ist über einen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums abzuwickeln. Eine Begrenzung der Zuschlagshöhe für das Jahr 2022 auf die voll- und teilstationären Entgelte auf 15 Prozent könnte jedoch für den Fall, dass von der Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht wird, dazu führen, dass ein vereinbarter Ausgleich eines coronabedingten Erlösrückgangs über mehrere Jahre erfolgen muss. Um dies zu verhindern, wird die sogenannte Kappungsgrenze auch für das Jahr 2022 auf 30 Prozent erhöht.

Zu Nummer 2a**Zu Buchstabe a**

Mit der Regelung wird den Krankenhäusern für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) enthalten, eine zusätzliche unterjährige Option für eine Informationseinholung nach Satz 3 beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eröffnet. Neben der bisher geltenden Frist zum 31. Oktober jeden Jahres wird hierfür zum 30. April jeden Jahres ein zusätzlicher Termin eingeräumt. Der zusätzliche Termin zum 30. April eines Jahres ist im Gegensatz zu dem bisherigen Antragsrecht begrenzt auf Anfragen für ATMP. Für ATMP kann weiterhin auch eine Information zum 31. Oktober eingeholt werden. Mit der Änderung werden die Rahmenbedingungen für eine zeitnahe sachgerechte Vergütung von Krankenhausbehandlungen, die unter Verwendung von ATMP erfolgen, verbessert.

Zu Buchstabe b

Durch Ergänzung von Satz 5 wird gewährleistet, dass bei einer fristgerechten Anfrage zum 30. April eines Jahres für ATMP ab dem 1. Juli eines Jahres eine krankenhaushausindividuelle Vereinbarung von den Vertragsparteien nach § 11 auch ohne die Information des InEK nach Satz 3 abgeschlossen werden kann, sofern die Information noch nicht vorliegt.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung wird eine Erweiterung des regulären Verfahrens hinsichtlich der Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und der damit einhergehenden Möglichkeit, krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren, vorgesehen. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die die Gabe von Arzneimitteln enthalten und für die nach Einholung einer Information nach Satz 3 nur aufgrund einer fehlenden Zulassung eines Arzneimittels keine krankenhaushausindividuellen Entgelte vereinbart werden können, wird vorgegeben, dass von den Vertragspartnern nach § 11 mit Wirkung ab dem Zulassungszeitpunkt des Arzneimittels, dessen Kosten für die Beurteilung der Frage der sachgerechten Vergütung der Krankenhausbehandlung maßgeblich sind, eine entsprechende krankenhaushausindividuelle Vereinbarung geschlossen werden kann. Unter Berücksichtigung von Zulassungen bei Arzneimitteln, für die deren fehlende Zulassung dazu geführt hat, dass eine krankenhaushausindividuelle Vereinbarungsmöglichkeit nicht eröffnet wurde, hat das InEK ab dem Zulassungszeitpunkt unterjährig die Krankenhäuser zu informieren, deren eingeholte Information nach Satz 3 sich auf Grundlage der Zulassung eines Arzneimittels geändert hat.

Zu Nummer 2b**Zu Buchstaben a bis c**

Die Begründung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) zu § 17b Absatz 4 Satz 4 KHG gibt vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene zu gewährleisten haben, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen. Sofern Krankenhäuser krankenhaushausintern Personal ohne pflegerische Qualifikation, das im Vorjahr in Funktionsbereichen verbucht war, die mit Fallpauschalen vergütet werden (z.B. medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst), im Folgejahr im Pflegedienst auf bettenführenden Stationen verbuchen und über das Pflegebudget refinanzieren können, kommt es zu einer Doppelfinanzierung. Zudem könnten den Kostenträgern Mehrausgaben entstehen, wenn Personal ohne pflegerische Qualifikation in der Pflege am Bett verbucht und im Rahmen des Pflegebudgets vergütet wird, aber tatsächlich nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig wäre. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich zur Verhinderung von Doppelfinanzierung und Mehrausgaben am 18. Dezember 2020 auf eine Begrenzung der im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation geeinigt. Deren Anzahl soll auf die Höhe der jahresdurchschnittlichen Zahl der Vollkräfte begrenzt werden, die im einzelnen Krankenhaus bereits vor Einführung des Pflegebudgets, und somit im Jahresdurchschnitt 2018, in der Pflege am Bett beschäftigt wurden. Darüberhinausgehende Vollkräfte können als pflegeentlastende Maßnahmen in Höhe der dadurch eingesparten Pflegepersonalkosten anerkannt werden (maximal vier Prozent des Pflegebudgets).

Diese Einigung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung

von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) für den Vereinbarungszeitraum 2021 vom 18. Dezember 2020 festgelegt. Zudem haben sie eine gleichlautende Empfehlung für die noch nicht vereinbarten Pflegebudgets für das Jahr 2020 abgegeben. Die vereinbarte Begrenzung der Berücksichtigung von Personal ohne pflegerische Qualifikation auf das Niveau des Jahres 2018 widerspricht jedoch der Regelung des § 6a Absatz 2 Satz 1, die als Ausgangsgrundlage der Ermittlung des Pflegebudgets grundsätzlich die Pflegepersonalkosten des Vorjahres festlegt. Eine rechtssichere und damit einheitliche Umsetzung der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 18. Dezember 2020 auf der Ortsebene ist daher nicht gegeben. Gleichwohl erfüllt die vereinbarte Begrenzung der Anrechenbarkeit von Personal ohne pflegerische Qualifikation die Intention des Auftrags des Gesetzgebers an die Vertragsparteien auf Bundesebene, zu gewährleisten, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen. Der Gesetzgeber hat die Vertragsparteien auf Bundesebene nach Einführung des Pflegebudgets mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 18. Dezember 2018 beauftragt, sehr kurzfristig bis zum 31. Januar 2019 eine Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist, zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zu diesem Zeitpunkt einen Regelungsbedarf zur Begrenzung der Anrechenbarkeit von Personal ohne pflegerische Qualifikation noch nicht absehen können. Die Notwendigkeit einer Anpassung konnte den Vertragsparteien auf Bundesebene erst auf Grundlage der Kalkulation des DRG-Entgeltkatalogs für das Jahr 2021 (Datenjahr 2019) deutlich werden. Ebenso konnte der Gesetzgeber nicht voraussehen, dass es im Jahr 2020 oder danach erforderlich werden würde, eine Begrenzung der im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation auf das Niveau vor Einführung des Pflegebudgets vorzunehmen.

Den Vertragsparteien auf Bundesebene wird daher durch eine Ergänzung in Satz 1 ermöglicht, in der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung festzulegen, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Ermittlung des Pflegebudgets für die Anzahl der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation statt der Daten des Vorjahres den Wert des Jahres 2018 zugrunde zu legen haben. Durch einen Rückgriff auf Daten vor der erstmaligen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, die die Krankenhäuser nach § 17b Absatz 4 Satz 3 KHG ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden hatten, wird es den Vertragsparteien auf Bundesebene ermöglicht, zu verhindern, dass durch unbegrenzte Möglichkeiten zur Umbuchung von Personal ohne pflegerische Qualifikation in den Pflegedienst auf bettenführenden Stationen Doppelfinanzierung und Mehrausgaben entstehen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können so festlegen, dass die Anzahl der Vollkräfte, mit der bestimmte Berufsgruppen ohne pflegerische Qualifikation in den Pflegebudgets berücksichtigt werden können, begrenzt wird. Eine pflegerische Qualifikation weisen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte auf, die z.B. in § 2 Absatz 1 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357) genannt sind. Zu Berufsgruppen ohne pflegerische Qualifikation gehören Personen mit sonstigem Berufsabschluss und ohne Berufsabschluss in der Abgrenzung nach der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2.

In Satz 2 wird eine entsprechende Folgeänderung vorgenommen.

Mit der Neufassung des Absatzes 3 werden die Änderungen in Absatz 2 nachvollzogen und ergänzt. Zudem werden notwendige Anpassungen bei den Dokumentations- und Nachweispflichten vorgenommen.

Satz 2 wird um einen Halbsatz ergänzt, der festlegt, dass der Krankenhausträger neben den Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, den Ist-Daten des laufenden Jahres sowie den Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum zusätzlich Daten und Nachweise für das Jahr 2018 vorzulegen hat, sofern diese nach der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal zugrunde zu legen sind.

Bislang ist nicht gesetzlich festgelegt, dass die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 das Ergebnis der Vereinbarung des Pflegebudgets zu dokumentieren haben. Die Dokumentation des vereinbarten Pflegebudgets ist jedoch für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems und für die Erfüllung der Berichtspflicht nach § 17b Absatz 4 Satz 9 KHG neben den vom Krankenhausträger vorgelegten Ist- und Forderungsdaten von Bedeutung. Es wird daher ein neuer Satz 3 eingefügt, mit dem festgelegt wird, dass das vereinbarte Pflegebudget einschließlich der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, unter Beachtung der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 von den Vertragsparteien nach § 11 zu dokumentieren ist. Aus der Dokumentation müssen die Höhe des Pflegebudgets und die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten, im Pflegebudget zu berücksichtigenden Kosten und der Höhe des Pflege-

budgets hervorgehen. Zu den wesentlichen Rechengrößen zählen unter anderem die Anzahl der Vollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, die Pflegepersonalkosten, die pflegeentlastenden Maßnahmen, Ausgleiche für Mehr- und Minderkosten nach Absatz 2 Satz 3 und Mehr- und Mindererlösausgleich nach Absatz 5 Satz 1 sowie eventuelle Rückzahlungen von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln.

Mit Satz 4 wird die Verpflichtung des Krankenhausträgers konkretisiert, den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b KHG zudem jährlich jeweils bis zum 30. September eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen. Diese Bestätigung bildet die Grundlage für eine eventuelle Berichtigung des Pflegebudgets nach Absatz 2 Satz 3 und den entsprechenden Ausgleich von Mehr- und Minderkosten, für die Mehr- und Mindererlösausgleich nach Absatz 5 Satz 1 und die eventuelle Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln, aber auch für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems. Daher ist sicherzustellen, dass die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers für das Vereinbarungsjahr neben der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen und den Pflegepersonalkosten, auch eine objektive Überprüfung dahingehend enthält, welcher Anteil dieser jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte und welche Pflegepersonalkosten tatsächlich retrospektiv im Pflegebudget des Vereinbarungsjahres zu berücksichtigen waren. Zudem hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung der Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a sowie die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel im Sinne des Absatz 1 Satz 3 vorzulegen. Als Maßstab für die durch den Jahresabschlussprüfer vorzunehmenden Überprüfungen gelten die gesetzlichen sowie die untergesetzlichen Vorgaben für die Zuordnung von Pflegepersonalkosten zum Pflegebudget nach der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG, der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 und der auf der Ortsebene krankenhausindividuell getroffenen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1. Er hat diese für die Überprüfung und Ausstellung der Bestätigung zugrunde zu legen. Der Jahresabschlussprüfer kann folglich nur für die Pflegevollkräfte und die Pflegepersonalkosten bestätigen, dass sie im Pflegebudget zu berücksichtigen waren, für die die zuvor genannten Vorgaben tatsächlich erfüllt sind. Dies gilt ebenso für die Überprüfung der zweckentsprechenden Mittelverwendung und die geprüfte Aufstellung der Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a. Weichen die vom Jahresabschlussprüfer für das Vereinbarungsjahr testierten und daher tatsächlich im Pflegebudget zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind nach Absatz 2 Satz 3 die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das nächstmögliche auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für den Vereinbarungszeitraum berichtigt wird und Ausgleichszahlungen geleistet werden. Weicht nach der geprüften Aufstellung des Jahresabschlussprüfers die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von den testierten und daher tatsächlich im Pflegebudget zu berücksichtigenden Höhe der Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Mindererlöse nach Absatz 5 Satz 1 vollständig auszugleichen. Sofern der Jahresabschlussprüfer die zweckentsprechende Verwendung der Mittel nicht oder nur teilweise bestätigen kann, sind diese nach Absatz 1 Satz 4 zurückzuzahlen. Die Bestätigung soll darüber hinaus die im Vereinbarungsjahr jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte insgesamt und der Pflegepersonalkosten insgesamt umfassen. Dies ermöglicht es, die Entwicklung der Pflegevollkräfte und etwaige personelle Veränderungen innerhalb des Krankenhauses nachzuvollziehen. Für alle Vertragsparteien wird darüber hinaus Transparenz über die Entwicklung des Pflegebudgets und die Mittelverwendung geschaffen. Die Daten verbessern die Datengrundlage, die das InEK für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems nutzen kann. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets sowie die Vorlage von Daten, Unterlagen und Nachweisen sind die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu beachten (Satz 5).

Satz 6 wird dahingehend ergänzt, dass die Dokumentation der Höhe des Pflegebudgets und der wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten, im Pflegebudget zu berücksichtigenden Kosten und der Höhe des Pflegebudgets von den Krankenkassen, die Vertragsparteien nach § 11 sind, zusätzlich zu den Daten nach Satz 2 dem InEK elektronisch zu übermitteln ist. Um Transparenz herzustellen und den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermöglichen, ihrer Berichtspflicht nach § 17b Absatz 4 Satz 9 KHG nachzukommen, wird zudem vorgesehen, dass das InEK die in den Sätzen 3 und 4 Nummer 1 bis 3 und 5 genannten Angaben krankenhausbezogen barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht. Es hat dabei insbesondere die vereinbarten und die tatsächlich im Pflegebudget zu berücksichtigenden Daten zu der Anzahl der Pflegevollkräfte, untergliedert nach Berufsgruppen, und der Pflegepersonalkosten in geeigneter Form zu veröffentlichen. Eine Veröffentlichung der übermittelten

Dokumente ist hingegen nicht zulässig. Das InEK regelt das Nähere zur Übermittlung der Angaben nach Satz 6 und der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 4. Um sicherzustellen, dass die Angaben und die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vollständig und zeitnah an das InEK übermittelt werden, legt es zudem Maßnahmen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband fest, für den Fall, dass die Übermittlungen nicht, nicht fristgerecht oder nicht unverzüglich erfolgen (Satz 7).

Mit dem neuen Absatz 7 wird festgelegt, dass für die Vereinbarung der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes noch nicht vereinbarten Pflegebudgets für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 11 verbindlich die nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG vereinbarte Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten und der Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal für das Vereinbarungsjahr 2021 zugrunde zu legen ist. Die Regelung folgt damit der zur Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung für das Jahr 2021 inhaltsgleichen Empfehlung, die die Vertragsparteien auf Bundesebene am 18. Dezember 2020 für die noch nicht vereinbarten Pflegebudgets für das Jahr 2020 vereinbart haben. Mit der gesetzlichen Verpflichtung, diese gemeinsam von GKV-SV, DKG und PKV-Verband vereinbarte Empfehlung für die noch nicht vereinbarten Pflegebudgets des Jahres 2020 als verbindlich festzulegen, wird sichergestellt, dass eine Doppelfinanzierung auch in diesen Fällen wirksam verhindert werden kann. Bereits abgeschlossene Vereinbarungen über Pflegebudgets für das Jahr 2020 bleiben unberührt, die Regelung entfaltet ausschließlich Wirkung für noch nicht bis zum Stichtag abgeschlossene Vereinbarungen. Auch wenn das Vereinbarungsjahr 2020 im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung bereits abgelaufen ist, wird durch die Regelung nicht nachträglich ändernd in einen in der Vergangenheit abgeschlossenen Sachverhalt eingegriffen. Solange die Pflegebudgetvereinbarung für dieses Jahr noch nicht abgeschlossen ist, kann das Krankenhaus nicht darauf vertrauen, die im Jahr 2020 erhaltenen Vergütungen in voller Höhe endgültig behalten zu können, da im Rahmen der Pflegebudgetvereinbarung etwa auch Ausgleichs für Mehrerlöse oder Minderkosten vorgesehen werden können. Auch aufgrund der grundsätzlich vorgesehenen Prospektivität der Vereinbarung des Pflegebudgets genießen die Krankenhäuser, die bislang entsprechende Vereinbarungen noch nicht getroffen haben, keinen Vertrauensschutz auf den Bestand der vorherigen Rechtslage. Es handelt sich daher um eine Regelung mit unechter Rückwirkung. Derartige Regelungen sind zulässig, wenn sie durch überwiegende Gemeinwohlinteressen gerechtfertigt sind. Die Regelung ist notwendig, um Doppelfinanzierungen und ungerechtfertigte Mehrausgaben durch die Umbuchung von Personal in die Pflegebudgets möglichst auch noch für das Jahr 2020 zu verhindern, sofern diese Pflegebudgets noch nicht vereinbart wurden. Eine nach den bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Pflegebudgets in einzelnen Fällen aufgetretene Strategiefähigkeit soll hierdurch wirksam ausgeschlossen werden. Dieses Gemeinwohlinteresse überwiegt den Vertrauensschutz der betroffenen Krankenhäuser.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um Folgeänderungen wegen der Möglichkeit der Länder, gemäß § 136b Absatz 5a SGB V Ausnahmen von den Mindestmengenfestlegungen zu treffen, soweit eine flächendeckende Versorgung gefährdet ist.

Zu Nummer 4

Die bisherige Nummer 4 wird neu gefasst. Bei Buchstabe a handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 6a Absatz 3 Satz 3. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, einheitliche Vorgaben für die Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Pflegebudgets und der wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung des vereinbarten Pflegebudgets, zu vereinbaren. Bei den Vorgaben ist insbesondere darauf zu achten, dass diese eine geeignete Grundlage für die Zwecke der Weiterentwicklung des Vergütungssystems nach § 17b KHG und die Überprüfung durch den Jahresabschlussprüfer darstellen. Diese Dokumentationsvorgaben sind von den Vertragsparteien auf Ortsebene verbindlich zu verwenden, sobald die Vereinbarung in Kraft getreten ist.

Zu Nummer 8

Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung ist eine Folgeänderung zur Einführung der unterjährigen Datenübermittlungen nach Absatz 3b. Sie dient dazu festzulegen, dass sich die in Absatz 3 Satz 1 geregelte Datenübermittlung, die die Datenstelle zum 1. Juli eines jeden Jahres vorzunehmen hat, unverändert auf die Struktur- und Leistungsdaten bezieht, die die Krankenhäuser nach Absatz 1 bis zum 31. März eines jeden Jahres zu übermitteln haben.

Die initiale Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist inzwischen erfolgt, so dass die übermittelten Daten analog zum DRG-Vergütungssystem nach § 17b KHG für dessen Weiterentwicklung genutzt werden. Der Zweck der Entwicklung eines Entgeltsystems nach § 17d KHG wird daher aus redaktionellen Gründen sprachlich angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund mehrerer Änderungen wird Satz 3 neu gefasst. Zum einen wird eine Ergänzung als Folgeänderung zur Einführung der unterjährigen Datenübermittlungen nach Absatz 3b vorgenommen. Sie dient dazu festzulegen, dass sich die in Absatz 3 Satz 3 geregelte Veröffentlichung der Daten, die die Datenstelle zum 1. Juli eines jeden Jahres vorzunehmen hat, unverändert auf die Struktur- und Leistungsdaten bezieht, die die Krankenhäuser nach Absatz 1 bis zum 31. März eines jeden Jahres zu übermitteln haben. Zudem wird ein zweiter Halbsatz nach dem Semikolon eingefügt, mit dem die Nutzung der nach Satz 3 veröffentlichten Daten durch Dritte, z.B. zu Forschungszwecken rechtssicher ausgestaltet wird. Bislang ist mit Absatz 3 Satz 9 eine Beschränkung der Verarbeitung der Daten auf die in Absatz 3 und § 17b Absatz 8 KHG genannten Zwecke normiert. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl I S. 1412) ist auch die Nutzung der Daten auf die in Absatz 3 und § 17b Absatz 8 KHG genannten Zwecke beschränkt. Die Verarbeitung und Nutzung der Daten ist demnach nur für bestimmte, nicht-kommerzielle Nutzungszwecke zulässig. Für eine rechtssichere Nutzung, etwa auch zu Forschungszwecken, wird eine Ausweitung der Nutzungsmöglichkeiten der veröffentlichten Daten durch Dritte in den Regelungstext aufgenommen. Im Sinne der bisher vorgesehenen zulässigen Verarbeitungen und nachgeordneten Nutzung ist diese auf nicht-kommerzielle Nutzungszwecke beschränkt.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung der Verpflichtung dreier unterjähriger Übermittlungen der Leistungsdaten der Krankenhäuser ist es erforderlich, im Absatz 3a festzulegen, dass sich die Möglichkeit des Instituts nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer anderen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle, ausgewählte Daten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f anzufordern, unverändert auf die nach Absatz 1 bis zum 31. März eines jeden Jahres von den Krankenhäusern übermittelten Struktur- und Leistungsdaten bezieht.

Zu Buchstabe c

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) wurde zum Zweck der Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen in den §§ 21 bis 23 KHG auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser mit § 24 Absatz 2 KHG eine Verpflichtung der Krankenhäuser zu unterjährigen Datenübermittlungen der Leistungsdaten zum 15. Juni 2020, 15. Oktober 2020 und 15. Januar 2021 eingeführt. Aufgrund der anhaltenden pandemischen Lage wurde diese Verpflichtung mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) um ein Jahr verlängert. Im Rahmen der Überprüfung der Auswirkungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zeigte sich, dass die unterjährig zur Verfügung stehenden Leistungsdaten der Krankenhäuser auch von großem Nutzen für das InEK sein könnten, um dauerhaft ergänzende Analysen der kurzfristig und unterjährig zur Verfügung stehenden Leistungsdaten zum Zweck der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme durchzuführen. Da das Verfahren für die unterjährigen Übermittlungen der Leistungsdaten zwischen Krankenhäusern und Datenstelle etabliert und hochgradig standardisiert ist, können diese Übermittlungen durch die Krankenhäuser aufwandsarm erfolgen. Dem gegenüber steht ein großer zusätzlicher Nutzen für Analysen des InEK im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme. Derzeit stehen dem InEK für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme ausschließlich die bis zum 31. März eines jeden Jahres übermittelten Struktur- und Leistungsdaten aller Krankenhäuser zur Verfügung, die alle Behandlungsfälle umfassen, die bis zum 31. Dezember des Vorjahres entlassen wurden. Durch die unterjährigen Datenübermittlungen können zusätzlich aktuellste Leistungsdaten des laufenden Jahres für die Feinadjustierung und Qualitätskontrolle der neuen Entgeltsysteme genutzt werden (Datenlieferung zum 15. Juni). Dies ermöglicht ein kurzfristiges Nachjustieren und Reagieren auf Änderungen im Leistungsgeschehen während der Arbeiten an der jährlichen Weiterentwicklung der Entgeltsysteme. Die Daten verbessern zudem die Beurteilungsfähigkeit der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe und ermöglichen die Identifikation von Anpassungsbedarfen für das nächste Jahr anhand aktueller Daten. Änderungen im Leistungsgeschehen, bei der Kodierung, aber auch Auswirkungen von veränderten Rahmenbedingungen lassen sich mit ihrer Hilfe frühzeitig identifizieren und so für die Vorbereitung der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme nutzen, indem beispielsweise

bereits an Schwerpunkten oder Anpassungen gearbeitet werden kann. Ferner kann bei der Prüfung der sachgerechten Abbildung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf eine aktuellere Datengrundlage zurückgegriffen werden.

Das Verfahren führt die gemäß § 24 Absatz 2 KHG bestehende Übermittlungsverpflichtung unterjähriger Leistungsdaten der Krankenhäuser fort und verstetigt sie konzentriert in diesem Gesetz. Mit § 24 Absatz 2 KHG wurde das InEK mit der Datenannahme, der Plausibilitätsprüfung, der Übermittlung und Veröffentlichung der Daten beauftragt. Im Rahmen der jährlichen Annahme und Verarbeitung der Daten nach Absatz 1 und Absatz 3 übernimmt die vom InEK geführte Datenstelle diese Aufgaben. Mit dem Ziel, die Prozesse für die unterjährigen Datenübermittlungen und für die jährliche Datenübermittlung bis zum 31. März zu vereinheitlichen wird in Absatz 3b festgelegt, dass künftig auch bei den unterjährigen Datenübermittlungen die vom InEK geführte Datenstelle mit der Übernahme dieser Aufgaben beauftragt wird. Die erforderlichen Festlegungen zur Datenübermittlung sind bereits veröffentlicht und sollen mit Blick auf einen geringen Erfüllungsaufwand möglichst unverändert beibehalten werden. Sofern Änderungen erforderlich sind, können entsprechende Anpassungen der Festlegungen vorgenommen werden. Die Datenstelle prüft die Daten auf Plausibilität und stellt sicher, dass die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich ist. Diese Prüfung ist innerhalb von zwei Wochen vorzunehmen. Nach Abschluss der Prüfung übermittelt die Datenstelle die geprüften Daten an das InEK. Das InEK nutzt die übermittelten Daten für ergänzende Analysen für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme. Durch die Verpflichtung zur Veröffentlichung der anonymisierten und zusammengefassten Daten wird Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern hergestellt. Damit die Daten insbesondere auch zu Forschungszwecken genutzt werden können, wird die Nutzung der von der Datenstelle veröffentlichten Daten durch Dritte ermöglicht und analog zu der Nutzung der nach Absatz 3 veröffentlichten Daten ausgestaltet. Die unterjährig zu übermittelnden Leistungsdaten überschneiden sich weitestgehend mit den nach Absatz 1 zum 31. März zu übermittelnden Daten. Da für die nach Absatz 1 zum 31. März zu übermittelnden Daten eine Nutzung für nicht-kommerzielle Zwecke vorgesehen ist, ist eine Vereinheitlichung hinsichtlich der zulässigen Nutzung der nach Absatz 3b zu übermittelnden und veröffentlichten Daten durch Dritte vorzunehmen.

Das Bundesministerium für Gesundheit erhält die Möglichkeit, Auswertungen der unterjährigen Leistungsdaten für seine Belange und die Überprüfung nach § 24 KHG von der Datenstelle anzufordern, um die Auswirkungen geänderter Rahmenbedingungen kurzfristig evaluieren, Hinweise auf Änderungen im Leistungsgeschehen überprüfen und zeitnah Anpassungen initiieren zu können.

Buchstabe d

Um eine möglichst vollständige und korrekte Datenübermittlung zu erreichen, wird die Sanktionsregelung für die unterjährigen Datenübermittlungen ebenfalls von § 24 Absatz 3 KHG in Absatz 5 übertragen. Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, haben einen Abschlag auf ihre Entgelte hinzunehmen. Da der bislang in § 24 Absatz 3 KHG vorgesehene Abschlag von 10 Euro der Höhe des von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG vereinbarten Abschlags von den pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 KHG entspricht, erfolgt eine entsprechende Ergänzung im Absatz 5 Satz 1. § 24 Absatz 3 KHG sah abweichend von Absatz 5 zusätzlich eine Mindesthöhe des Abschlags von 20 000 Euro für jeden Standort des Krankenhauses vor. Damit soll der Abschlag auch für Krankenhäuser mit geringer Fallzahl einen wirksamen finanziellen Anreiz zur vollständigen und korrekten unterjährigen Datenübermittlung darstellen, allerdings nur soweit dadurch keine unbillige Härte für das Krankenhaus entsteht. Durch die Berücksichtigung unbilliger Härten kann z. B. verhindert werden, dass Krankenhausstandorte, die Fälle mit leichter Verzögerung melden, zwingend den Mindestabschlag von 20 000 Euro zu tragen haben. Diese Regelung wird ebenfalls aus dem § 24 Absatz 3 KHG überführt und auf die unterjährigen Datenübermittlungen nach Absatz 3b beschränkt. Die Datenstelle wird beauftragt, das Nähere zu den Voraussetzungen unbilliger Härtefälle zu regeln. Da diese Regelungen bereits für das bislang im § 24 Absatz 2 KHG geregelte Datenübermittlungsverfahren vom InEK getroffen wurden, kann die vom InEK geführte Datenstelle auf diese Regelung zurückgreifen.

Zu Artikel 7, 8 und 9

Die Änderungen passen jeweils den Zeitraum der mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Verlängerung der Modellklauseln zur Erprobung akademischer Ausbildungsangebote in den Berufsgesetzen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an. Die Modellklauseln, die nach geltendem Recht am 31. Dezember 2021 auslaufen würden, werden damit um drei Jahre (statt der im Gesetzentwurf vorgesehenen fünf Jahre) bis zum 31. Dezember 2024 verlängert.

Das Fortbestehen der bisherigen Modellstudiengänge wird im Hinblick darauf gesichert, dass sie gegebenenfalls ein wichtiger Baustein sein können, um reguläre akademische Ausbildungsangebote aufzubauen. Der Verlängerungszeitraum von drei Jahren erscheint ausreichend, um im Zuge einer Novellierung der Ausbildungen in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie festzulegen, ob und wenn ja in welcher Ausgestaltung die jeweiligen Ausbildungen akademisiert werden sollen.

Zu Artikel 9a – Änderung des Pflegeberufgesetzes

Infolge der Schaffung des § 64d SGB V wird § 14 PflBG dahingehend angepasst, dass die Regelungen zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen von Modellvorhaben sich neben den Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V auch auf Modellvorhaben nach § 64d SGB V beziehen. Damit sind auch im Rahmen der verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V die Vorgaben des § 14 PflBG zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen anwendbar.

Zu Artikel 10 – Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Einführung von § 2a wird die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit in Absatz 3 obsolet. Gleiches gilt für die Auskunftsberechtigung in Absatz 4 sowie das in Absatz 4a geregelte automatisierte Abrufverfahren. Bei der Streichung handelt es sich insoweit um Folgeänderungen zur Einfügung des § 2a Absatz 5.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Auskunft aus dem Register darf ausschließlich an die in Satz 1 genannten Personen erfolgen. Mit Blick auf die insoweit geltenden datenschutz- und strafrechtlichen Regelungen, die sämtlich auf die Auskunft erteilende Person abstellen, ist die Änderung in Satz 1 erforderlich.

Mit den Änderungen in Satz 2 wird hinsichtlich des Zeitpunkts, zu dem eine Auskunft zu dem möglichen Organ- oder Gewebespende beim Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende erfragt werden darf, differenziert. Diese Differenzierung ist erforderlich, weil der Zeitpunkt, zu dem eine Abfrage erfolgt ist, maßgeblich ist für die Frage, an wen die Auskunft aus dem Register weitergegeben werden darf. In der Nummer 1 bleibt es bei der bisherigen Regelung, wonach eine Auskunft aus dem Register erst nach Feststellung des Todes gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgen darf, um diese an den Arzt weiterzugeben, der die Organentnahme vornehmen will. Mit Nummer 2 wird festgelegt, dass eine solche Auskunft bereits auch in solchen Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, erfolgen darf. Denn zu diesem Zeitpunkt wird in vielen Fällen der Patientenwille unter Berücksichtigung einer möglichen Organspendebereitschaft von den behandelnden Ärzten zu ermitteln sein. Daher kann der behandelnde Arzt in die Lage kommen, zu klären, ob die Weiterführung der intensivmedizinischen Maßnahme bis zur Feststellung des Hirntodes vom Patientenwillen gedeckt ist. Dementsprechend wird bei der Entscheidungsfindung über weitere therapeutische Maßnahmen eine Patientenverfügung oder auch ein Organspendeausweis, sofern diese vorliegen, berücksichtigt. In Zukunft muss dies entsprechend auch für eine im Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende abgegebene Erklärung gelten. Durch eine Einsichtnahme in das Register bereits zu diesem Zeitpunkt der Behandlung wird daher gewährleistet, dass dem Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders im Interesse seiner Patientenautonomie durch den behandelnden Arzt entsprochen werden kann.

Die Änderungen in Satz 4 berücksichtigen die bisherige Terminologie und sind im Weiteren Folgeänderungen zu den Änderungen in Satz 2. Mit der neuen Nummer 2 wird sichergestellt, dass eine Auskunft aus dem Register vor Feststellung des Todes gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nur an den Arzt übermittelt werden darf, der den

möglichen Organ- oder Gewebespende behandelt, damit dieser in die Lage versetzt wird, dem erklärten Willen des Patienten zu entsprechen. Die Ärzte, die eine Organentnahme beabsichtigen, dürfen die Auskunft wie bisher erst nach der Feststellung des Todes erhalten.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 11 – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Zu Nummer 10

Durch den neuen § 27 Absatz 3 bis 5 werden die Anpassungen in § 266 Absatz 11 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und in § 269 Absatz 6 SGB V nachvollzogen.

Das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte erfolgt nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 SGB V bis zum Ausgleichsjahr 2022 auf der Grundlage des derzeitigen § 269 Absatz 2 SGB V. Durch den neu gefassten § 27 Absatz 3 wird daher klargestellt, dass die derzeitigen Verfahrensregelungen von § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6 und § 18 Absatz 1 Satz 2 für das Verfahren der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bis zum Ausgleichsjahr 2022 weiter anzuwenden sind.

Der neue Absatz 4 bestimmt entsprechend § 266 Absatz 11 Satz 3 SGB V, dass die Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, im Ausgleichsjahr 2020 das Krankengeld nach den §§ 44 und 45 umfassen und nach Alter und Geschlecht sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit zu differenzieren sind.

Die mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) erfolgte Streichung des Risikomerkmals Erwerbsminderung im RSA ist nach § 266 Absatz 11 Satz 1 SGB V i. V. m. § 27 Absatz 1 Nummer 1 erst ab dem Ausgleichsjahr 2021 umzusetzen. Im Ausgleichsjahr 2020 ist das Risikomerkmal daher Übergangsweise noch zu berücksichtigen. Dies gilt auch für das Zuweisungsverfahren im Bereich Krankengeld.

Im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 ist zudem die derzeitige Vorgabe des § 18 Absatz 1 Satz 3 unverändert anzuwenden. Auf diese verweist Absatz 4 Satz 2.

Durch den neuen § 27 Absatz 5 wird ausdrücklich bestimmt, dass das BAS zur Umsetzung des neuen § 269 Absatz 2 SGB V und des neuen § 18 Absatz 1 Satz 3 die Festlegungen nach § 8 Absatz 4 Satz 1 für das Ausgleichsjahr 2021 nach Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen hat. Insoweit ist das BAS ermächtigt, die Festlegungen nach § 8 Absatz 4 Satz 1 unterjährig unabhängig von der Frist des § 8 Absatz 4 Satz 1 anzupassen.

Zu Artikel 12 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Zu Nummer 2

Nach § 95e Absatz 4 Satz 7 SGB V hat der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung anzuordnen, wenn die Vertrags(zahn)ärztin oder der Vertrags(zahn)arzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Beschluss des Ruhens der Zulassung den Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes erbracht hat. Im Sinne der Transparenz und Rechtssicherheit für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten wird mit der Ergänzung in Satz 3 geregelt, dass der Zeitpunkt des Ablaufs der 2-Jahres-Frist durch den Zulassungsausschuss bereits in dem Beschluss des Ruhens der Zulassung festzusetzen ist.

Zu Nummer 4a

Zu Buchstabe a

Vor dem Hintergrund, dass in den §§ 36 ff. nunmehr Videositzungen des Zulassungsausschusses explizit in der Ärzte-ZV als Sitzungsform vorgesehen sind, wird in Absatz 1 der Grundsatz der Präsenzsitzung verankert. Sitzungen sind im Regelfall als Präsenzsitzungen bei persönlicher Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer durchzuführen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen der Absätze 3 und 4 können sie jedoch auch mittels Videotechnik durchgeführt werden.

Zu Buchstabe b

Satz 1 sieht in seiner bisherigen Fassung vor, dass Patientenvertreterinnen und –vertreter in den Fällen, in denen sie ein Mitberatungsrecht haben, unter Einhaltung einer Zweiwochenfrist und unter Angabe der Tagesordnung zu laden sind. Diese Regelung wird auf die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde erstreckt, soweit diese ein Mitberatungsrecht hat.

Der neue Satz 2 sieht nunmehr in Fällen, in denen eine Sitzung mittels Videotechnik geplant ist, vor, dass die Patientenvertretung und die oberste Landesbehörde in der Ladung über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren sind. Fällt die Entscheidung für diese Sitzungsform erst später, sind diese Informationen unverzüglich nach dieser Entscheidung zu erteilen.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 legt die grundlegenden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen fest, die erfüllt sein müssen, damit vom Regelfall der reinen Präsenzsitzung abgewichen werden kann und eine Sitzung mittels Videotechnik zulässig ist. Die Regelungen gelten aufgrund der Anordnung der entsprechenden Geltung der §§ 36 bis 43 in § 45 Absatz 3 auch für die Berufungsausschüsse.

Dem Regelungskonzept liegen folgende grundsätzliche Erwägungen zugrunde:

- Im Zulassungsausschuss werden vielfältige, insbesondere auch für die Berufsausübung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie für die Versorgung wichtige, oftmals statusrelevante Entscheidungen getroffen.
- Die Grundentscheidung des Gesetzgebers, diese Aufgaben einem paritätisch besetzten Gremium zu übertragen, sowie die Art und Weise, wie der Ordnungsgeber das Verfahren ausgestaltet hat (teilweise angelehnt an das gerichtliche Verfahren), verdeutlicht die besondere Bedeutung, die Gesetz- und Ordnungsgeber dem unmittelbaren Austausch unter den Mitgliedern, aber auch mit den übrigen Beteiligten beigemessen haben.
- Die Vorteile einer Präsenzsitzung im Sitzungszimmer in Bezug auf die Unmittelbarkeit und inhaltliche Auseinandersetzung, sollten dort, wo keine gewichtigen Gründe dagegensprechen, auch weiterhin genutzt werden.
- Auf der anderen Seite ist – insbesondere auch aufgrund vielfältiger positiver Erfahrungen mit Videoformaten während der Corona-Pandemie – anzuerkennen, dass Sitzungen mittels Videotechnik (sowohl kombinierte Präsenz- und Videositzungen als auch reine Videokonferenzen), ein wichtiges Mittel sind, um die Funktionsfähigkeit der Zulassungsausschüsse sicherzustellen und zu gewährleisten, dass für die Versorgung wichtige Leistungserbringer dem GKV-System zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund wird in § 36 Absatz 3 ein ausgewogenes Konzept für den Einsatz von Videotechnik verankert. Die Möglichkeit, Sitzungen unter bestimmten Voraussetzungen in Form von Videositzungen durchzuführen zu können, wird dauerhaft – und nicht nur für die Dauer der Corona-Pandemie – ermöglicht. So können Sitzungen in Abweichung vom Regelfall der Präsenzsitzung (vgl. Absatz 1) auch ohne die persönliche Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer durchgeführt werden, wenn Gründe des Gesundheitsschutzes oder andere gewichtige Gründe dafür vorliegen. Dadurch soll erreicht werden, dass wichtige Entscheidungen zur Sicherstellung der Versorgung nicht nur in Zeiten der Corona-Pandemie, sondern auch bei etwaigen anderen zukünftigen Pandemien oder Epidemien oder bei anderen gewichtigen Umständen oder Ereignissen, die ein gemeinsames Tag im Sitzungszimmer behindern, weiterhin getroffen werden können. Neben dem Gesundheitsschutz können zum Beispiel ein längerfristiger Ausfall eines Sitzungsgebäudes ohne Ausweichmöglichkeit, eine in absehbarer Zeit nicht behebbare Verkehrsbehinderung mehrerer Beteiligter bei der Anreise, die nicht durch die Vertretungsregeln aufgefangen werden kann, oder Ähnliches Grund für eine Entscheidung zugunsten einer Videositzung sein.

Der Zulassungsausschuss hat nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Dabei hat er die gewichtigen Gründe, die für eine Videositzung sprechen, mit den jeweiligen Folgen einer Präsenz- oder Videositzung und der Möglichkeit einer Verschiebung abzuwägen. Eine Verschiebung der Sitzung kann gerade bei länger andauernden Ausnahmezuständen eine ungeeignete Option sein. Auch kann es bei bestimmten Entscheidungen geboten sein,

eine Präsenzsitzung durchzuführen. Dies dürfte zum Beispiel bei der Entziehung der Zulassung in der Regel der Fall sein. Maßgebliche Entscheidungskriterien für oder gegen eine Videositzung sind insbesondere die Bedeutung und Folgen der Entscheidung für die Betroffenen, die tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten der einzelnen, für die Sitzung vorgesehenen Verfahrens sowie Umfang und Intensität zu erwartender Diskussionen.

Bei der Einschätzung des Gesundheitsrisikos können nicht nur die allgemeine Gefährdungslage und die geltenden infektionsschutzrechtlichen Rahmenbedingungen (Kontaktbeschränkungen, Reiseverbote etc.), sondern auch das individuelle Gefährdungsrisiko der einzelnen Sitzungsteilnehmer berücksichtigt werden. Der Zulassungsausschuss hat die genannten Gesichtspunkte nicht nur bei der Entscheidung zwischen den Formen der Präsenzsitzung und der Videositzung, sondern auch bei der Entscheidung, welche konkreten Verfahren zusammen auf die Tagesordnung einer Sitzung gesetzt werden, und wie die Sitzungen terminiert werden, zu berücksichtigen.

Kommt der Zulassungsausschuss zu dem Schluss, dass eine Sitzung als Videositzung abgehalten werden sollte, muss er zudem nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, welche Art der Videositzung sachgerecht ist. Hierbei stehen ihm die Möglichkeiten einer kombinierten Präsenz- und Videositzung, das heißt eine Mischform aus Präsenzsitzung im Sitzungszimmer und Zuschaltung einer Person oder mehrerer Personen per Video, einerseits und einer reinen Videokonferenz, bei der sich alle Teilnehmer jeweils an einem anderen Ort befinden, andererseits zur Verfügung. Im Falle einer kombinierten Präsenz- und Videositzung hat der Zulassungsausschuss unter Berücksichtigung der oben genannten Gesichtspunkte auch festzulegen, für welche Personen eine Teilnahme im Sitzungszimmer und für welche Personen eine Teilnahme von einem anderen Ort aus vorgesehen wird. Um einen reibungslosen Sitzungsverlauf und eine einfachere Erfüllung formaler Erfordernisse zu gewährleisten, ist bei einer kombinierten Präsenz- und Videositzung vorrangig die persönliche Anwesenheit des oder der Vorsitzenden, des Berichterstatters oder der Berichterstatterin und des Schriftführers oder der Schriftführerin im Sitzungszimmer vorzusehen, sofern dem keine wichtigen Gründe entgegenstehen.

Um bei Vorliegen der außergewöhnlichen Umstände die Funktionsfähigkeit des Zulassungsausschusses sicherzustellen, wird geregelt, dass die Entscheidung nicht isoliert anfechtbar ist. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte haben aber im Falle einer Entscheidung des Zulassungsausschusses, eine mündliche Verhandlung als Videositzung durchzuführen, ein Widerspruchsrecht (vgl. § 37 Absatz 1).

Vor dem Hintergrund, dass Situationen, die Sitzungen mittels Videotechnik notwendig machen, nicht immer absehbar sind und kurzfristig auftreten können, muss den Mitgliedern des Zulassungsausschusses ermöglicht werden, ohne großen Aufwand über bevorstehende Videositzungen zu entscheiden. Aus diesem Grund sieht Satz 4 vor, dass derartige Entscheidungen auch ohne Präsenzsitzung im Wege einer Video- oder Telefonkonferenz getroffen werden können. Für Entscheidungen über das Ob und das Wie von Videositzungen wird Einstimmigkeit verlangt. Dies beruht darauf, dass die Beurteilung, ob ein rechtfertigender Grund im Sinne des Satzes 1 und eine Bestimmung der richtigen Sitzungsform nach Satz 3 ein komplexer Abwägungsprozess ist, bei dem zudem auch individuelle, in der Person des Einzelnen liegende Gesichtspunkte in die Entscheidung einzubeziehen sind. Um eine hinreichende Ermessensausübung zu befördern und um die Gründe auch im Nachhinein nachvollziehbar zu machen, wird eine Dokumentationspflicht geregelt. Die Gründe sind in der Niederschrift über diejenige Sitzung zu vermerken, die im Videoformat stattfinden soll. Bei länger andauernden Pandemiephasen oder bei anderen Ereignissen kann die Entscheidung auch für eine bestimmte Zeitspanne getroffen werden. In diesem Fall kann der jeweils identische Vermerk verwaltungsarm in die Niederschriften aufgenommen werden.

Damit die Entscheidungsfindung unter Einbeziehung des gesamten Sitzungsverlaufs erfolgt und eine Vergleichbarkeit mit Präsenzsitzungen gegeben ist, wird in Satz 6 vorgegeben, dass die Sitzung über die gesamte Dauer zeitgleich in Bild und Ton an alle Orte, an denen sich die Mitglieder oder Beteiligten aufhalten, übertragen werden muss.

Um die in § 40 Satz 1 geregelte Nichtöffentlichkeit der Sitzung zu gewährleisten, haben die Teilnehmer nach Satz 7 sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Vor diesem Hintergrund und auch im Hinblick auf die Regelung des § 41 Absatz 3, die zum Stillschweigen über den Hergang der Beratung und über das Stimmenverhältnis verpflichtet, sieht Satz 8 auch ein Aufzeichnungsverbot für die Sitzung vor.

Zu Absatz 4

Wenn besondere Gründe nach Absatz 3 Satz 1 vorliegen und der Zulassungsausschuss deshalb entschieden hat, eine anstehende Sitzung mittels Videotechnik durchzuführen, müssen auch die Patientenvertreterinnen und –vertreter und die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde, die ein Mitberatungsrecht haben, eine Teilnahmemöglichkeit haben. Eine solche sieht die Neuregelung des Absatzes 4 mittels Videotechnik vor. Im Falle der Anberaumung einer kombinierten Präsenz- und Videositzung oder einer Videokonferenz wird der Patientenvertretung und der Landesbehörde nach Absatz 4 ausschließlich eine Teilnahme per Video ermöglicht. Um dem Gesundheitsschutz und anderen gewichtigen Gründen bestmöglich Geltung zu verschaffen, bleibt in diesen Fällen die persönliche Teilnahme im Sitzungszimmer den Mitgliedern des Zulassungsausschusses und den durch die Entscheidung stärker betroffenen beteiligten Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.

Zu Nummer 4b**Zu Buchstabe a**

Die in § 36 Absatz 3 und 4 geregelten Vorgaben für die Durchführung von Sitzungen mittels Videotechnik gelten nach dem neuen Satz 3 auch für mündliche Verhandlungen. Insoweit wird auf die dortigen Ausführungen verwiesen.

Besonderheit hierbei ist, dass den beteiligten Ärztinnen und Ärzten ein Widerspruchsrecht eingeräumt wird, wenn der Zulassungsausschuss entschieden hat, eine mündliche Verhandlung mittels Videotechnik abzuhalten. Dieses erstreckt sich aber nur darauf, in welcher Form die Mitglieder des Zulassungsausschusses und sie selbst an der mündlichen Verhandlung teilnehmen. Das heißt, die beteiligten Ärztinnen und Ärzte können verlangen, dass der Zulassungsausschuss und/oder sie selbst persönlich im Sitzungszimmer tagen. Einfluss auf den Ort, von dem aus andere Beteiligte (z.B. andere Ärztinnen und Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) teilnehmen, können sie jedoch nicht nehmen.

Damit die nunmehr in der Ärzte-ZV geschaffene Rechtsgrundlage für die Durchführung von Videositzungen dort, wo es geboten ist, auch ohne Einschränkung zum Tragen kommen kann, wird auch für Ärztinnen und Ärzte, die nicht über die erforderliche technische und räumliche Ausstattung verfügen, eine Zugangsmöglichkeit geschaffen. Nach dem neuen Satz 6 hat der Zulassungsausschuss den am Verfahren beteiligten Ärztinnen und Ärzten auf Verlangen geeignete Räumlichkeiten mit der erforderlichen technischen Ausstattung zur Verfügung zu stellen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass jeder Arzt beziehungsweise jede Ärztin unabhängig von den eigenen Möglichkeiten an einer mündlichen Verhandlung mittels Videotechnik teilnehmen kann.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung des Absatzes 2 wird der Zulassungsausschuss verpflichtet, die Beteiligten, deren Sitzungsteilnahme mittels Videotechnik geplant ist, in der Ladung über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren. Hinzuweisen ist auch auf das Bestehen des Widerspruchsrechts der beteiligten Ärztinnen und Ärzte und die ihnen eröffnete Möglichkeit, dass der Zulassungsausschuss einen Raum mit der erforderlichen technischen Ausstattung zur Teilnahme an einer mündlichen Verhandlung mittels Videotechnik zur Verfügung stellt. Wird die Entscheidung über eine Videositzung erst später getroffen, ist die Information unverzüglich nach der Entscheidung zu erteilen.

Zu Buchstabe c

Die Erfahrungen mit Videositzungen während der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass der Einsatz von Videotechnik prozessökonomische Vorteile mit sich bringt und auch die Terminierung von mündlichen Verhandlungen erleichtert. Bedenkt man, dass in einer Sitzung häufig mündliche Verhandlungen auf der Tagesordnung stehen, bei denen die Beteiligten nur wenige Minuten im Sitzungszimmer anwesend sind, aber ggf. mehrere Stunden für die An- und Abreise aufwenden müssen, so wird deutlich, dass es sinnvoll ist, neue Verfahrensmöglichkeiten zu eröffnen. Deshalb sieht Satz 1 in Anlehnung an § 110a des Sozialgerichtsgesetzes vor, dass der Zulassungsausschuss den beteiligten Ärztinnen und Ärzten auf Antrag oder von Amts wegen auch ohne Vorliegen besonderer Gründe nach § 36 Absatz 3 gestatten kann, sich während einer mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen vorzunehmen. Gleiches gilt auch für Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter und für die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden. Als Verfahrenshandlung kommt jenseits der Verfahrenshandlungen der Beteiligten die Stellung verfahrensleitender Anträge

durch die für die Sozialversicherung zuständige obersten Landesbehörde gemäß § 96 Absatz 2a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Betracht. Bei Sitzungen nach Satz 1 sind die Mitglieder des Zulassungsausschusses immer persönlich im Sitzungszimmer anwesend; nur Beteiligte, Patientenvertretung und Landesbehörden können mittels Videotechnik in das Sitzungszimmer zugeschaltet werden. Im Unterschied zur Videositzung nach Absatz 3, bei der der Zulassungsausschuss für die Mitglieder des Zulassungsausschusses für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte verbindlich über das Sitzungsformat und die Teilnahmeform jedes Einzelnen entscheidet (allerdings mit Widerspruchsrecht der beteiligten Ärztinnen und Ärzte bei mündlicher Verhandlung) ist die Entscheidung des Zulassungsausschusses nach Satz 1 ein Angebot an die adressierten Personen bzw. Behörde, das sie annehmen oder ablehnen können. Die Entscheidung, ob sie sich während der mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufhalten und von dort die ihnen zustehenden Verfahrenshandlungen vornehmen wollen, liegt letztlich in ihrer Hand und ist aufgrund der eigenen Interessenlage zu treffen. Diese neue Möglichkeit kann auf Antrag geltend gemacht oder vom Zulassungsausschuss von Amts wegen eröffnet werden. Der Zulassungsausschuss entscheidet über Anträge und über die Frage, ob einem oder mehreren Beteiligten diese Option zu eröffnen ist, nach pflichtgemäßem Ermessen.

In Satz 2 wird die Möglichkeit, sich während einer Sitzung an einem anderen Ort aufzuhalten, auch Zeugen und Sachverständigen eingeräumt. Wie in § 110a des Sozialgerichtsgesetzes wird sie aber nur auf Antrag eröffnet. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es in der Regel wichtig ist, einen persönlichen Eindruck von Zeugen und Sachverständigen zu gewinnen.

Die Rahmenbedingungen des Absatz 3 Satz 7 bis 10 zur mangelnden isolierten Anfechtbarkeit, zur vollständigen zeitgleichen Übertragung in Bild und Ton, zur Geheimhaltung und zum Aufzeichnungsverbot gelten für die Gestaltungsfälle nach Absatz 4 entsprechend.

Zu Nummer 4c

Zu § 41 Absatz 2a

Für die Abstimmung in kombinierten Präsenz- und Videositzungen und in Videokonferenzen wird vorgegeben, dass diese durch mündliche Erklärung der einzelnen Mitglieder erfolgt und dass die oder der Vorsitzende das Ergebnis noch einmal zusammenfasst. Hierdurch kann jeder Sitzungsteilnehmer die Stimmabgabe akustisch verfolgen und kontrollieren, ob seine Wahrnehmung mit dem verkündeten Abstimmungsergebnis übereinstimmt.

Zu Artikel 13 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Zu Nummer 2

Nach § 95e Absatz 4 Satz 7 SGB V hat der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung anzuordnen, wenn die Vertrags(zahn)ärztin oder der Vertrags(zahn)arzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Beschluss des Ruhens der Zulassung den Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes erbracht hat. Im Sinne der Transparenz und Rechtssicherheit für die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt wird mit der Ergänzung in Satz 3 geregelt, dass der Zeitpunkt des Ablaufs der 2-Jahres-Frist durch den Zulassungsausschuss bereits in dem Beschluss des Ruhens der Zulassung festzusetzen ist.

Zu Nummer 4a

Zu Buchstabe b

Satz 1 sieht in seiner bisherigen Fassung vor, dass Patientenvertreterinnen und –vertreter in den Fällen, in denen sie ein Mitberatungsrecht haben, unter Einhaltung einer Zweiwochenfrist und unter Angabe der Tagesordnung zu laden sind. Diese Regelung wird auf die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde erstreckt, soweit diese ein Mitberatungsrecht hat.

Der neue Satz 2 sieht nunmehr in Fällen, in denen eine Sitzung mittels Videotechnik geplant ist, vor, dass die Patientenvertretung und die oberste Landesbehörde in der Ladung über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren sind. Fällt die Entscheidung für diese Sitzungsform erst später, sind diese Informationen unverzüglich nach dieser Entscheidung zu erteilen.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 legt die grundlegenden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen fest, die erfüllt sein müssen, damit vom Regelfall der reinen Präsenzsitzung abgewichen werden kann und eine Sitzung mittels Videotechnik zulässig ist. Diese gelten aufgrund der Anordnung der entsprechenden Geltung der §§ 36 bis 43 in § 45 Absatz 3 auch für die Berufungsausschüsse.

Dem Regelungskonzept liegen folgende grundsätzliche Erwägungen zugrunde:

- Im Zulassungsausschuss werden vielfältige, insbesondere auch für die Berufsausübung der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie für die Versorgung wichtige, oftmals statusrelevante Entscheidungen getroffen.
- Die Grundentscheidung des Gesetzgebers, diese Aufgaben einem paritätisch besetzten Gremium zu übertragen, sowie die Art und Weise, wie der Ordnungsgeber das Verfahren ausgestaltet hat (teilweise angelehnt an das gerichtliche Verfahren), verdeutlicht die besondere Bedeutung, die Gesetz- und Ordnungsgeber dem unmittelbaren Austausch unter den Mitgliedern, aber auch mit den übrigen Beteiligten beigemessen haben.
- Die Vorteile einer Präsenzsitzung im Sitzungszimmer in Bezug auf die Unmittelbarkeit und inhaltliche Auseinandersetzung, sollten dort, wo keine gewichtigen Gründe dagegensprechen, auch weiterhin genutzt werden.
- Auf der anderen Seite ist – insbesondere auch aufgrund vielfältiger positiver Erfahrungen mit Videoformaten während der Corona-Pandemie – anzuerkennen, dass Sitzungen mittels Videotechnik (sowohl kombinierte Präsenz- und Videositzungen als auch reine Videokonferenzen), ein wichtiges Mittel sind, um die Funktionsfähigkeit der Zulassungsausschüsse sicherzustellen und zu gewährleisten, dass für die Versorgung wichtige Leistungserbringer dem GKV-System zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund wird in § 36 Absatz 3 ein ausgewogenes Konzept für den Einsatz von Videotechnik verankert. Die Möglichkeit, Sitzungen unter bestimmten Voraussetzungen in Form von Videositzungen durchzuführen zu können, wird dauerhaft – und nicht nur für die Dauer der Corona-Pandemie – ermöglicht. So können Sitzungen in Abweichung vom Regelfall der Präsenzsitzung (vgl. Absatz 1) auch ohne die persönliche Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer durchgeführt werden, wenn Gründe des Gesundheitsschutzes oder andere gewichtige Gründe dafür vorliegen. Dadurch soll erreicht werden, dass wichtige Entscheidungen zur Sicherstellung der Versorgung nicht nur in Zeiten der Corona-Pandemie, sondern auch bei etwaigen anderen zukünftigen Pandemien oder Epidemien oder bei anderen gewichtigen Umständen oder Ereignissen, die ein gemeinsames Tag im Sitzungszimmer behindern, weiterhin getroffen werden können. Neben dem Gesundheitsschutz können zum Beispiel ein längerfristiger Ausfall eines Sitzungsgebäudes ohne Ausweichmöglichkeit, eine in absehbarer Zeit nicht behebbare Verkehrsbehinderung mehrerer Beteiligter bei der Anreise, die nicht durch die Vertretungsregeln aufgefangen werden kann, oder Ähnliches Grund für eine Entscheidung zugunsten einer Videositzung sein.

Der Zulassungsausschuss hat nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Dabei hat er die gewichtigen Gründe, die für eine Videositzung sprechen, mit den jeweiligen Folgen einer Präsenz- oder Videositzung und der Möglichkeit einer Verschiebung abzuwägen. Eine Verschiebung der Sitzung kann gerade bei länger andauernden Ausnahmezuständen eine ungeeignete Option sein. Auch kann es bei bestimmten Entscheidungen geboten sein, eine Präsenzsitzung durchzuführen. Dies dürfte zum Beispiel bei der Entziehung der Zulassung in der Regel der Fall sein. Maßgebliche Entscheidungskriterien für oder gegen eine Videositzung sind insbesondere die Bedeutung und Folgen der Entscheidung für die Betroffenen, die tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten der einzelnen, für die Sitzung vorgesehenen Verfahrens sowie Umfang und Intensität zu erwartender Diskussionen.

Bei der Einschätzung des Gesundheitsrisikos können nicht nur die allgemeine Gefährdungslage und die geltenden infektionsschutzrechtlichen Rahmenbedingungen (Kontaktbeschränkungen, Reiseverbote etc.), sondern auch das individuelle Gefährdungsrisiko der einzelnen Sitzungsteilnehmer berücksichtigt werden. Der Zulassungsausschuss hat die genannten Gesichtspunkte nicht nur bei der Entscheidung zwischen den Formen der Präsenzsitzung

und der Videositzung, sondern auch bei der Entscheidung, welche konkreten Verfahren zusammen auf die Tagesordnung einer Sitzung gesetzt werden, und wie die Sitzungen terminiert werden, zu berücksichtigen.

Kommt der Zulassungsausschuss zu dem Schluss, dass eine Sitzung als Videositzung abgehalten werden sollte, muss er zudem nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, welche Art der Videositzung sachgerecht ist. Hierbei stehen ihm die Möglichkeiten einer kombinierten Präsenz- und Videositzung, das heißt eine Mischform aus Präsenzsitzung im Sitzungszimmer und Zuschaltung einer Person oder mehrerer Personen per Video, einerseits und einer reinen Videokonferenz, bei der sich alle Teilnehmer jeweils an einem anderen Ort befinden, andererseits zur Verfügung. Im Falle einer kombinierten Präsenz- und Videositzung hat der Zulassungsausschuss unter Berücksichtigung der oben genannten Gesichtspunkte auch festzulegen, für welche Personen eine Teilnahme im Sitzungszimmer und für welche Personen eine Teilnahme von einem anderen Ort aus vorgesehen wird. Um einen reibungslosen Sitzungsverlauf und eine einfachere Erfüllung formaler Erfordernisse zu gewährleisten, ist bei einer kombinierten Präsenz- und Videositzung vorrangig die persönliche Anwesenheit des oder der Vorsitzenden, des Berichterstatters oder der Berichterstatterin und des Schriftführers oder der Schriftführerin im Sitzungszimmer vorzusehen, sofern dem keine wichtigen Gründe entgegenstehen.

Um bei Vorliegen der außergewöhnlichen Umstände die Funktionsfähigkeit des Zulassungsausschusses sicherzustellen, wird geregelt, dass die Entscheidung nicht isoliert anfechtbar ist. Die beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte haben aber im Falle einer Entscheidung des Zulassungsausschusses, eine mündliche Verhandlung als Videositzung durchzuführen, ein Widerspruchsrecht (vgl. § 37 Absatz 1).

Vor dem Hintergrund, dass Situationen, die Sitzungen mittels Videotechnik notwendig machen, nicht immer absehbar sind und kurzfristig auftreten können, muss den Mitgliedern des Zulassungsausschusses ermöglicht werden, ohne großen Aufwand über bevorstehende Videositzungen zu entscheiden. Aus diesem Grund sieht Satz 4 vor, dass derartige Entscheidungen auch ohne Präsenzsitzung im Wege einer Video- oder Telefonkonferenz getroffen werden können. Für Entscheidungen über das Ob und das Wie von Videositzungen wird Einstimmigkeit verlangt. Dies beruht darauf, dass die Beurteilung, ob ein rechtfertigender Grund im Sinne des Satzes 1 und eine Bestimmung der richtigen Sitzungsform nach Satz 3 ein komplexer Abwägungsprozess ist, bei dem zudem auch individuelle, in der Person des Einzelnen liegende Gesichtspunkte in die Entscheidung einzubeziehen sind. Um eine hinreichende Ermessensausübung zu befördern und um die Gründe auch im Nachhinein nachvollziehbar zu machen, wird eine Dokumentationspflicht geregelt. Die Gründe sind in der Niederschrift über diejenige Sitzung zu vermerken, die im Videoformat stattfinden soll. Bei länger andauernden Pandemiephasen oder bei anderen Ereignissen kann die Entscheidung auch für eine bestimmte Zeitspanne getroffen werden. In diesem Fall kann der jeweils identische Vermerk verwaltungsarm in die Niederschriften aufgenommen werden.

Damit die Entscheidungsfindung unter Einbeziehung des gesamten Sitzungsverlaufs erfolgt und eine Vergleichbarkeit mit Präsenzsitzungen gegeben ist, wird in Satz 6 vorgegeben, dass die Sitzung über die gesamte Dauer zeitgleich in Bild und Ton an alle Orte, an denen sich die Mitglieder oder Beteiligten aufhalten, übertragen werden muss.

Um die in § 40 Satz 1 geregelte Nichtöffentlichkeit der Sitzung zu gewährleisten, haben die Teilnehmer nach Satz 7 sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Vor diesem Hintergrund und auch im Hinblick auf die Regelung des § 41 Absatz 3, die zum Stillschweigen über den Hergang der Beratung und über das Stimmenverhältnis verpflichtet, sieht Satz 8 auch ein Aufzeichnungsverbot für die Sitzung vor.

Zu Absatz 4

Wenn besondere Gründe nach Absatz 3 Satz 1 vorliegen und der Zulassungsausschuss deshalb entschieden hat, eine anstehende Sitzung mittels Videotechnik durchzuführen, müssen auch die Patientenvertreterinnen und –vertreter und die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde, die ein Mitberatungsrecht haben, eine Teilnahmemöglichkeit haben. Eine solche sieht die Neuregelung des Absatzes 4 mittels Videotechnik vor. Im Falle der Anberaumung einer kombinierten Präsenz- und Videositzung oder einer Videokonferenz wird der Patientenvertretung und der Landesbehörde nach Absatz 4 ausschließlich eine Teilnahme per Video ermöglicht. Um dem Gesundheitsschutz und anderen gleich gewichtigen Gründen bestmöglich Geltung zu verschaffen, bleibt die persönliche Teilnahme im Sitzungszimmer den Mitgliedern des Zulassungsausschusses und den durch die Entscheidung stärker betroffenen beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzten vorbehalten.

Zu Nummer 4b**Zu Buchstabe a**

Die in § 36 Absatz 3 geregelten Vorgaben für die Durchführung von Sitzungen mittels Videotechnik gelten nach dem neuen Satz 3 auch für mündliche Verhandlungen. Insoweit wird auf die dortigen Ausführungen verwiesen.

Besonderheit hierbei ist, dass den beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzten ein Widerspruchsrecht eingeräumt wird, wenn der Zulassungsausschuss entschieden hat, eine mündliche Verhandlung mittels Videotechnik abzuhalten. Dieses erstreckt sich aber nur darauf, in welcher Form die Mitglieder des Zulassungsausschusses und sie selbst an der mündlichen Verhandlung teilnehmen. Das heißt, die beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte können verlangen, dass der Zulassungsausschuss und/oder sie selbst persönlich im Sitzungszimmer tagen. Einfluss auf den Ort, von dem aus andere Beteiligte (z.B. andere Zahnärztinnen und Zahnärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) teilnehmen, können sie jedoch nicht nehmen.

Damit die nunmehr in der Zahnärzte-ZV geschaffene Rechtsgrundlage für die Durchführung von Videositzungen dort, wo es geboten ist, auch ohne Einschränkung zum Tragen kommen kann, wird auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die nicht über die erforderliche technische und räumliche Ausstattung verfügen, eine Zugangsmöglichkeit geschaffen. Nach dem neuen Satz 6 hat der Zulassungsausschuss den am Verfahren beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzten auf Verlangen geeignete Räumlichkeiten mit der erforderlichen technischen Ausstattung zur Verfügung zu stellen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass jeder Zahnarzt beziehungsweise jede Zahnärztin unabhängig von den eigenen Möglichkeiten an einer mündlichen Verhandlung mittels Videotechnik teilnehmen kann.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung des Absatzes 2 wird der Zulassungsausschuss verpflichtet, die Beteiligten, deren Sitzungsteilnahme mittels Videotechnik geplant ist, in der Ladung über den Ablauf und die technischen Voraussetzungen zu informieren. Hinzuweisen ist auch auf das Bestehen des Widerspruchsrechts der beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte und die ihnen eröffnete Möglichkeit, dass der Zulassungsausschuss einen Raum mit der erforderlichen technischen Ausstattung zur Teilnahme an einer mündlichen Verhandlung mittels Videotechnik zur Verfügung stellt. Wird die Entscheidung über eine Videositzung erst später getroffen, ist die Information unverzüglich nach der Entscheidung zu erteilen.

Zu Buchstabe c

Die Erfahrungen mit Videositzungen während der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass der Einsatz von Videotechnik prozessökonomische Vorteile mit sich bringt und auch die Terminierung von mündlichen Verhandlungen erleichtert. Bedenkt man, dass in einer Sitzung häufig mündliche Verhandlungen auf der Tagesordnung stehen, bei denen die Beteiligten nur wenige Minuten im Sitzungszimmer anwesend sind, aber ggf. mehrere Stunden für die An- und Abreise aufwenden müssen, so wird deutlich, dass es sinnvoll ist, neue Verfahrensmöglichkeiten zu eröffnen. Deshalb sieht Satz 1 in Anlehnung an § 110a des Sozialgerichtsgesetzes vor, dass der Zulassungsausschuss den beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzten auf Antrag oder von Amts wegen auch ohne Vorliegen besonderer Gründe nach § 36 Absatz 3 gestatten kann, sich während einer mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen vorzunehmen. Gleiches gilt auch für Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter und für die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden. Als Verfahrenshandlung kommt jenseits der Verfahrenshandlungen der Beteiligten die Stellung verfahrensleitender Anträge durch die für die Sozialversicherung zuständige obersten Landesbehörde gemäß § 96 Absatz 2a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Betracht. Bei Sitzungen nach Satz 1 sind die Mitglieder des Zulassungsausschusses immer persönlich im Sitzungszimmer anwesend; nur Beteiligte, Patientenvertretung und Landesbehörden können mittels Videotechnik in das Sitzungszimmer zugeschaltet werden. Im Unterschied zur Videositzung nach Absatz 3, bei der der Zulassungsausschuss für die Mitglieder des Zulassungsausschusses für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte verbindlich über das Sitzungsformat und die Teilnahmeform jedes Einzelnen entscheidet (allerdings mit Widerspruchsrecht der beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte bei mündlicher Verhandlung) ist die Entscheidung des Zulassungsausschusses nach Satz 1 ein Angebot an die adressierten Personen bzw. Behörde, das sie annehmen oder ablehnen können. Die Entscheidung, ob sie sich während der mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufhalten und von dort die ihnen zustehenden Verfahrenshandlungen vornehmen wollen, liegt letztlich in ihrer Hand und ist aufgrund der eigenen Interessenlage zu treffen. Diese neue Möglichkeit

kann auf Antrag geltend gemacht oder vom Zulassungsausschuss von Amts wegen eröffnet werden. Der Zulassungsausschuss entscheidet über Anträge und über die Frage, ob einem oder mehreren Beteiligten diese Option zu eröffnen ist, nach pflichtgemäßem Ermessen.

In Satz 2 wird die Möglichkeit, sich während einer Sitzung an einem anderen Ort aufzuhalten, auch Zeugen und Sachverständigen eingeräumt. Wie in § 110a des Sozialgerichtsgesetzes wird sie aber nur auf Antrag eröffnet. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es in der Regel wichtig ist, einen persönlichen Eindruck von Zeugen und Sachverständigen zu gewinnen.

Die Rahmenbedingungen des Absatz 3 Satz 7 bis 10 zur mangelnden isolierten Anfechtbarkeit, zur vollständigen zeitgleichen Übertragung in Bild und Ton, zur Geheimhaltung und zum Aufzeichnungsverbot gelten für die Gestattungsfälle nach Absatz 4 entsprechend.

Zu Nummer 4c

Zu § 41 Absatz 2a

Für die Abstimmung in kombinierten Präsenz- und Videositzungen und in Videokonferenzen wird vorgegeben, dass diese durch mündliche Erklärung der einzelnen Mitglieder erfolgt und dass die oder der Vorsitzende das Ergebnis noch einmal zusammenfasst. Hierdurch kann jeder Sitzungsteilnehmer die Stimmabgabe akustisch verfolgen und kontrollieren, ob seine Wahrnehmung mit dem verkündeten Abstimmungsergebnis übereinstimmt.

Zu Artikel 14 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Nummer 2a

Bei der Anpassung des Verweises handelt es sich um eine Folgeänderung zu einer Änderung im Krankenhausentgeltgesetz, mit der gewährleistet wird, dass die Neuregelungen zum Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht nur für somatische Krankenhäuser, sondern gleichermaßen auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser gelten.

Zu Artikel 15 – Gesetz über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und –personalstatistikgesetz – GAP StatG)

Zu § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2

In § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 ist das Erhebungsmerkmal „Berufsabschluss“ bereits genannt. Hier sollte das Merkmal „Hochschulabschluss“ ergänzt werden, um alle Qualifikationen zu erfassen. Die Bundesregierung stimmt damit der Auffassung des Bundesrates zu.

Zu § 9 Absatz 2

Für den Bedarfsfall soll mit dieser Formulierung sichergestellt werden, dass das Statistische Bundesamt zur Übermittlung der länderspezifischen Einzeldatensätze an die Statistischen Ämter der Länder verpflichtet werden kann. Hierzu wurde vom Bundesrat eine pauschale Übermittlungsregelung vorgeschlagen, die dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit folgend abgelehnt wurde. Die nun gewählte Formulierung trägt sowohl dazu bei, dem Anliegen der Länder zu begegnen als auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung zu tragen.

Zu Artikel 15a – Änderung der Datentransparenzverordnung

Nach § 303b Absatz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) werden die bei den Krankenkassen gesammelten Kosten- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V im Rahmen der Datentransparenz an das Forschungsdatenzentrum übermittelt. Mit der Folgeänderung des § 295 SGB V gehören zu den bei den Krankenkassen gesammelten Abrechnungsdaten nunmehr auch die Bewertung (Vergütung) und die Vertragsnummer des Vertrages bei Modellvorhaben nach § 64e SGB V. Um auch die Übermittlung dieser Daten an das Forschungsdatenzentrum zu ermöglichen, ist eine Folgeänderung der Art und des Umfangs der an das Forschungsdatenzentrum

zu übermittelnden Daten erforderlich. Es werden dabei weiterhin keine genomischen Daten an das Forschungszentrum übermittelt, lediglich Daten zur Teilnahme und Höhe der Vergütung an den Leistungserbringer.

Zu Artikel 15b – Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

Um eine hohen ethischen Standards gerecht werdende Anwerbung und Vermittlung von Pflegekräften aus Staaten, die nicht zur Europäischen Union (EU) und zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehören, sicherzustellen, wird ein freiwilliges Gütesiegel für selbst anwerbende Leistungserbringer und Unternehmen der privaten Personalvermittlung eingeführt.

Rechteinhaber des markenrechtlich geschützten Gütesiegels ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gibt das Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. (KDA) das Gütesiegel heraus. Aufgabe des Herausgebers ist unter anderem, die Einzelheiten zu den gesetzlich vorgezeichneten Anforderungen zu entwickeln. Die vom KDA entwickelten Inhalte werden den im Gesetz genannten betroffenen Fachkreisen zur Stellungnahme zugleitet und abschließend dem BMG zur Zustimmung vorgelegt.

Die technisch-operative Umsetzung des Gütesiegels erfolgt über eine Erteilungsstelle. Diese beauftragt unabhängige, geschulte Prüferinnen und Prüfer damit, anhand der vom KDA entwickelten Unterlagen zu ermitteln, ob die am Gütesiegel interessierte Einrichtung die inhaltlichen Anforderungen erfüllt. Die Erteilungsstelle kann bei positivem Prüfbericht mit der interessierten Einrichtung einen Nutzungsvertrag abschließen, der der Einrichtung gestattet, das Gütesiegel für einen bestimmten Zeitraum zu verwenden.

Zu § 1

Ziel des Gütesiegels ist, Vorgaben für eine hohen ethischen Standards gerecht werdende Anwerbung von Pflegekräften aus Staaten außerhalb der EU und des EWR zu bestimmen. Konkret geht es insbesondere um Vereinbarungen und Verfahrensweisen im Zusammenhang mit der Fachkräftegewinnung. Indem Kriterien für faire und angemessene Anwerbe- und Vertragspraktiken entwickelt und die Einhaltung dieser Kriterien geprüft und sichtbar gemacht wird, trägt Deutschland dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften Rechnung. Eine hohen ethischen Standards gerecht werdende Anwerbung beinhaltet insbesondere Maßnahmen zur betrieblichen und sozialen Integration, Sprachförderung und Begleitung bei der Einarbeitung. Die Vorgaben des Gütesiegels sind der Qualitätssicherung der Pflege zugeordnet, weil sie dazu beitragen, dass die internationalen Pflegekräfte sicher, effektiv und nachhaltig in der Patientenversorgung mitarbeiten können.

Zu § 2

Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Herausgeberschaft des Gütesiegels einschließlich der Festlegung weiterer damit verbundener Vorgaben.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. (KDA) wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Herausgabe des Gütesiegels beauftragt. Das KDA ist als Herausgeber des Gütesiegels in besonderer Weise geeignet. Es steht unter der Schirmherrschaft des jeweils amtierenden Bundespräsidenten und verfügt über langjährige Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit öffentlichen Einrichtungen, insbesondere mit Bundes- und Landesministerien. Als Dienstleister für öffentliche Einrichtungen entwickelte es dabei zahlreiche Projekte für die gesundheitliche und soziale Versorgung. Als gemeinnütziger eingetragener Verein arbeitet das KDA unabhängig und nicht gewinnorientiert.

Satz 2 bestimmt, welche Aspekte die Herausgeberschaft insbesondere umfasst. Hierzu gehört zum einen die Festlegung der Einzelheiten zu den Anforderungen nach § 1 Satz 2. Die Anforderungen, die an die Vereinbarungen und Verfahrensweisen anzulegen sind, werden auf Grundlage des geltenden Rechtsrahmens und geltender internationaler Standards entwickelt. Zu diesen Standards zählen insbesondere die Leitprinzipien für Wirtschaft und Menschenrechte der Vereinten Nationen, die Arbeitsnormen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), der globale Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, der International Recruitment Integrity System (IRIS)-Standard der Internationalen Organisation

für Migration (IOM) und der Werkzeugkoffer des Deutschen Kompetenzzentrums für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF).

Zum anderen gehören zur Herausgabe auch Vorgaben für die das Gütesiegel erteilende Stelle (Erteilungsstelle). Der Herausgeber entwickelt Vorgaben für die Nutzungsvereinbarungen, die die Erteilungsstelle mit den Gütesiegelträgern abschließt, zur erstmaligen und den nachfolgenden periodischen Kontrollen, zur Höhe der für die Gütesiegelerteilung zu erhebenden Kosten und Vorgaben für die technisch-operative Umsetzung. Um die Wirksamkeit des Gütesiegels sicherzustellen, wird vorgesehen, dass die Einhaltung der darin festgelegten Kriterien von einer unabhängigen Prüfstelle kontrolliert wird. Diese Kontrollmöglichkeit ist in der Nutzungsvereinbarung mit vorzusehen.

Zur Aufgabe des Herausgebers gehört auch die Weiterentwicklung der Festlegungen, Anforderungen und Vorgaben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass zu den vom Herausgeber erarbeiteten Anforderungen und Vorgaben nach Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 bis 3 die dort genannten betroffenen Fachkreise eingebunden werden, denen die Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen ist. Der Herausgeber ist verpflichtet, diese Stellungnahmen in seine Bewertung einzubeziehen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Zustimmungserfordernis des BMG im Einvernehmen mit dem BMAS zu den nach Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 bis 4 erarbeiteten Anforderungen und Vorgaben. Die genannten vom KDA entwickelten Anforderungen und Vorgaben bedürfen der Zustimmung durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt sich hierzu mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz ins Benehmen. So wird die mittelbare demokratische Legitimation der Inhalte des Gütesiegels sichergestellt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Veröffentlichung der Anforderungen, Festlegungen, Vorgaben und der Ergebnisse der Weiterentwicklung. Nach Zustimmung des BMG werden die genannten Inhalte auf der Internetseite des KDA veröffentlicht.

Zu § 3

Absatz 1 regelt, dass der Herausgeber die Zuständigkeit für die Erteilung von Nutzungsberechtigungen für das Gütesiegel mit Zustimmung des BMG auf eine oder mehrere sachkundige, unabhängige und zuverlässige Personen des Privatrechts übertragen kann. Diese kann bzw. können dann die technisch-operative Durchführung der vom KDA entwickelten Anforderungen und Vorgaben übernehmen. Hierunter fallen z.B. die Beauftragung der Prüfung, ob die Anforderungen eingehalten werden, der Abschluss der Vereinbarungen über Nutzungsberechtigungen mit den Gütesiegelinteressierten und auch die Beauftragung der regelmäßigen Kontrollen.

Das Gütesiegel dient der Qualitätssicherung der privaten Anwerbung von internationalen Pflegekräften, die nicht durch die Arbeitsagenturen erfolgt. Diese Anwerbung erfolgt teils durch Leistungserbringer in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung direkt und teils durch Unternehmen der privaten Personalvermittlung. Beiden steht der Zugang zum Gütesiegel offen. Das Gütesiegel ist freiwillig. Absatz 2 regelt, welche Voraussetzungen für die Nutzung des Gütesiegels erfüllt sein müssen. Es müssen nachweislich die Anforderungen nach § 1 Satz 2 und die nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 festgelegten Einzelheiten erfüllt werden und es muss eine Nutzungsvereinbarung zwischen Erteilungsstelle und Interessent geschlossen werden.

Zu Artikel 15c – Änderung der Schiedsstellenverordnung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 131 Absätze 3a und 3b (neu). Mit dem neuen § 131 Absatz 3a wird eine neue Schiedsstelle für Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen festgelegt. Die Regelungen zum Schiedsverfahren werden entsprechend angepasst.

Zu Artikel 15d – Änderung des Transplantationsgesetzes**Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2 Nummer 5 mit der § 9c TPG aufgehoben wird.

Zu Nummer 2

Da Erklärungen zur Organ- und Gewebespende zukünftig auch im Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende abgegeben werden können, ist diese Form der Abgabe einer Erklärung ebenso von dem Arzt zu berücksichtigen wie andere schriftlich abgegebene Erklärungen.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderungen in Satz 1 Nummer 2 sind Folgeänderungen zu § 2a.

Der neue Satz 3 ist Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 10. Danach darf eine Abfrage beim Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende auch in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, erfolgen. Absatz 2 war entsprechend zu ergänzen.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung in Absatz 3 ist ebenfalls Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 10, wonach eine Abfrage aus dem Register in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, erfolgen darf. Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass eine Auskunft aus dem Register vor Feststellung des Todes gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nur an den Arzt weitergegeben werden darf, der den möglichen Organ- oder Gewebespende behandelt, damit dieser in die Lage versetzt wird, dem erklärten Willen des Patienten zu entsprechen. Die Ärzte, die eine Organentnahme beabsichtigen, haben wie bisher erst nach der Feststellung des Todes ein Recht auf Auskunft.

Zu Nummer 4

Die Regelungen in den neu angefügten Sätzen 2 bis 6 sind Folge der Änderung in Nummer 2 Nummer 5, mit der § 9c TPG (Neurochirurgischer und neurologischer konsiliarärztlicher Rufbereitschaftsdienst) aufgehoben wird. Die Notwendigkeit für die gesetzliche Verankerung eines Rufbereitschaftsdienstes im Zweiten Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und Strukturen bei der Organspende vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 352) lag neben der Behebung struktureller Defizite im Organspendeprozess insbesondere in den gestiegenen Anforderungen an die Qualifikation der diagnostizierenden Ärzte gemäß den Richtlinien nach § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG. Allerdings konnte der im § 9c TPG vorgesehene Weg zur Beauftragung einer geeigneten Stelle durch die sog. TPG Auftraggeber (Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV Spitzenverband) nicht realisiert werden. Da die Notwendigkeit eines Rufbereitschaftsdienstes, der regional und flächendeckend zu jeder Zeit qualifizierte Ärzte bereit stellt, besteht und die Koordinierungsstelle bereits derzeit als freiwilliges Angebot qualifizierte Ärzte vermittelt, wenn diese den Entnahmekrankenhäusern zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags nach § 9a Absatz 2 Nummer 1 TPG nicht zur Verfügung stehen, wird mit den Ergänzungen in § 9a Absatz 2 TPG die Koordinierungsstelle gesetzlich verpflichtet, einen entsprechenden Rufbereitschaftsdienst zu organisieren.

Mit den neuen Sätzen 2 bis 4 soll sichergestellt werden, dass den Entnahmekrankenhäusern, die nicht über fachlich qualifizierte Ärzte verfügen, um ihre Aufgabe nach § 9a Absatz 2 Nummer 1 TPG, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender in Betracht kommen, nach § 5 TPG festzustellen, zu erfüllen, qualifizierte Ärzte

zur Verfügung gestellt werden. Ausschließlich in diesen Fällen vermittelt die Koordinierungsstelle qualifizierte Ärzte. Die Koordinierungsstelle übernimmt insoweit einen Sicherstellungsauftrag, der seine Grenzen in der Leistungsfähigkeit der Entnahmekrankenhäuser zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1 TPG hat.

Die geltenden Regelungen zur Beteiligung der Krankenhäuser mit neurochirurgischen oder neurologischen Fachabteilungen sowie neurochirurgische oder neurologische Medizinische Versorgungszentren und neurochirurgische oder neurologische Praxen an dem Rufbereitschaftsdienst in Satz 5 sowie die Regelungen zur Finanzierung des Rufbereitschaftsdienstes aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Satz 6 entsprechen den bisherigen Regelungen in § 9c TPG und bleiben durch die Änderung unverändert.

Zu Nummer 5

§ 9c TPG wird aufgehoben, da mit der Ergänzung des § 9a Absatz 2 TPG die Koordinierungsstelle gesetzlich mit der Einrichtung und Organisation eines neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes beauftragt wird.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung des § 11 Absatzes 2 Nummer 1 TPG berücksichtigt, dass die Koordinierungsstelle durch § 9a Absatz 2 TPG gesetzlich mit der Organisation des neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes beauftragt wird.

Zu Buchstabe b

Die neu aufgenommenen Regelungen in § 11 Absatz 2 Nummer 4 TPG entsprechen den bisher in § 9c Absatz 2 Satz 3 und 4 TPG enthaltenen Regelungen zur Finanzierung der sich am Rufbereitschaftsdienst beteiligenden Stellen und Ärzte. Gleichzeitig wird mit den Änderungen in Nummer 1 und Nummer 4 sichergestellt, dass die Finanzierung des Rufbereitschaftsdienstes wie bisher aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen soll. Das Nähere dazu ist im Vertrag nach § 11 TPG zu regeln. Die Beteiligung der privaten Krankenversicherungswirtschaft bleibt erhalten und ergibt sich aus § 11 Absatz 2 Satz 6 TPG.

Zu Nummer 7

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu Artikel 10 Nummer 1 Buchstabe b (§ 2a – neu).

Zu Nummer 8

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu Artikel 10 Nummer 1 Buchstabe b (§ 2a – neu).

Zu Artikel 15e – Änderung des DRK-Gesetzes

Im Zuge der Einführung der Höchstüberlassungsdauer im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz wurde für die DRK-Schwesternschaften zwar die grundsätzliche Geltung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, aber auch eine Ausnahme von der Höchstüberlassungsdauer im DRK-Gesetz festgeschrieben. Die Ausnahmeregelung wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass die Personalgestellung in den Schwesternschaften jahrzehntelange geübte und bewährte Praxis ist.

Die DRK-Schwesternschaften bilden – mit Blick auf ihren eigentlichen Auftrag aus dem Zivilschutz und den potenziell hieraus entstehenden Bedarf – auch eine große Anzahl von Auszubildenden aus Drittstaaten aus. Derzeit besteht das Problem, dass solche Auszubildenden nach abgeschlossener Ausbildung nicht im Rahmen der Personalgestellung bei der DRK-Schwesternschaft beschäftigt werden können. Das Aufenthaltsgesetz schließt eine Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit für die Beschäftigung im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung aus (§ 40 Absatz 1 Nummer 2 des Aufenthaltsgesetzes). Dies erscheint weder mit Blick auf Kapazitäten für den Katastrophenfall noch angesichts des Personalmangels in der Pflege zielführend.

Durch die Ergänzung soll sichergestellt werden, dass DRK-Schwester aus Drittstaaten, die bei einer DRK-Schwesternschaft in Deutschland zu Pflegepersonal ausgebildet wurden, einen Aufenthaltstitel erhalten, um bei den DRK-Schwesternschaften weiter – auch in Form der Personalgestellung – beschäftigt werden zu können.

Das DRK erfüllt wichtige Aufgaben bei der Unterstützung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und auf Landesebene im Katastrophenfall. Diese ergeben sich aus dem humanitären Völkerrecht, § 2 Absatz 1 DRK-Gesetz, § 26 des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz, ZSKG) und nach Landesgesetzen. § 26 ZSKG beinhaltet u. a. die Verpflichtung, die erforderliche Zahl von Helferinnen und Helfern auszubilden und die Einsatzbereitschaft ihrer Einheiten sicherzustellen.

Dies hat sich gerade auch während der COVID-19-Pandemie gezeigt: So rief die bayerische Staatsregierung mehrfach landesweit den Katastrophenfall aus. In diesem Rahmen waren auch Rotkreuzschwestern im Einsatz, etwa in Pflege- und Behinderteneinrichtungen. Durch die umgehende Gestellung von Pflegefachkräften konnte die Sicherstellung der Versorgung der dort lebenden Menschen gewährleistet werden. Eine alternative direkte Anstellung (statt bei den Schwesternschaften) bei anderen Häusern – ggf. nur befristet bis zur Erfüllung der Voraussetzungen einer Aufenthaltserlaubnis ohne Zustimmungserfordernis der Bundesagentur für Arbeit (die zum Schutz der Drittstaatsangehörigen die Arbeitsbedingungen prüft) – erscheint nicht gangbar.

Zu Artikel 16 – Inkrafttreten

Zu Absatz 1a (Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a)

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung sowohl inhaltlich als auch im Hinblick auf das Inkrafttretensdatum nachvollzogen.

Zu Absatz 2 (Artikel 1 Nummer 11a Buchstabe a)

Eine unterjährige Änderung der Zweckbestimmung der pauschalen Beteiligung der GKV nach § 37 Absatz 2a SGB V soll vermieden werden.

Zu Absatz 3 (Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb)

Die Auswirkungen einer Nichtinanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 und 2 für das Kalenderjahr 2020 sind für die Berechnung der Festzuschüsse für medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz ab dem 1. Januar 2021 relevant. Das rückwirkende Inkrafttreten von Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe bb ist erforderlich, damit alle ab dem 1. Januar 2021 beginnenden zahnärztlichen Behandlungen mit Festzuschussbezug entsprechend der geänderten Regelung abgerechnet werden.

Anderenfalls würden Versicherte, die sich entsprechend der Aufforderungen des Bundes und der Länder nach einer Kontaktminimierung verhalten haben, aber im Jahr 2021 mit zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen nach § 55 Absatz 1 Satz 1 vor Verkündung dieses Gesetzes versorgt worden sind, ihren Anspruch auf erhöhte Festzuschussbeträge verlieren. Versicherte hingegen, die sich im Jahr 2020 keiner zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben, aber erst nach Verkündung dieses Gesetzes zahnärztliche oder zahntechnische Leistungen zur Regelversorgung mit Zahnersatz in Anspruch nehmen, gegebenenfalls in den Genuss der Bonusregelung kommen.

Solche Ungleichbehandlungen gilt es ebenso zu vermeiden wie eine Nachteilszufügung einzig aufgrund der Tatsache, dass den Aufforderungen des Bundes und der Länder zur Eindämmung des Infektionsgeschehens nachgekommen worden ist. Eine Rückwirkung ist demnach aus zwingenden Gründen des Allgemeinwohls erforderlich. Darüber hinaus dient die Regelung der Rechtssicherheit. Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Januar 2021 in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen eine inhaltsgleiche Empfehlung an die Krankenkassen gegeben.

Zu Absatz 4 (Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b)

Durch das rückwirkende Inkrafttreten zum 1. April 2021 erfolgt eine lückenlose Verlängerung der Befristung für die Aufnahme von COVID-19 Intensivpatienten aus dem EU-Ausland in Deutschland und die Übernahme der Kosten über den 31. März 2021 hinaus.

Zu Absatz 6 (Artikel 5 Nummer 5)

Die Regelungen in Artikel 5 Nummer 5 sehen redaktionelle Korrekturen und Klarstellungen der Regelungen vor, die in § 21 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem insofern am 18. November 2020 in Kraft getretenen Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) eingefügt wurden. Mithin müssen diese Änderungen, insbesondere die Klarstellung zur Anspruchsberechtigung besonderer Einrichtungen in Artikel 5 Nummer 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, ebenfalls rückwirkend zum 18. November 2020 in Kraft treten.

Zu Absatz 8 (Artikel 3 Nummer 2 und 3)

Folgeänderung zur Einfügung von Artikel 3 Nummer 1.

Zu Absatz 9 (Artikel 15d Nummer 2, 3, 7 und 8)

Die in Artikel 15d Nummern 2, 3, 7 und 8 enthaltenen Änderungen beziehen sich auf das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende, das erst am 1. März 2022 in Kraft tritt, so dass auch diese Änderungen erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft treten können.

Zu Absatz 10 (Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe a, Nummer 22, 24, 37 und Artikel 2a)

Die konkretisierten Vorgaben für die Zahlung einer Entlohnung nach § 72 Absatz 3a und 3b sollen unter Berücksichtigung der erforderlichen Vorbereitungsarbeiten der Pflegeselbstverwaltung so zügig wie möglich wirksam werden. Die Richtlinienaufträge an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 72 Absatz 3c und § 82c Absatz 4) treten am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft. Die bei Abschluss und im Rahmen bestehender Versorgungsverträge künftig zu erfüllende Zulassungsvoraussetzung zur Entlohnung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, wird nach einer Übergangsfrist für alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zum 1. September 2022 wirksam. Auch die Folgeänderungen im allgemeinen Vertrags- und Vergütungsrecht zugelassener Pflegeeinrichtungen werden zum 1. September 2022 wirksam.

Zu Absatz 11 (Artikel 2 Nummer 2 Buchstabe b und d, Nummer 26 Buchstabe c, Nummer 27)

Nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Regelungen zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fach- und Hilfskräfte mit Wirkung ab dem 1. Januar 2026 aufgehoben.

Zu Absatz 12 (Artikel 2 Nummer 0 Buchstabe b und c, Nummer 5, 7, 8, 12 Buchstabe a und b Doppelbuchstabe aa und bb, Nummer 14, 17, 18, 19, 28 und 39)

Zu Nummer 0 Buchstabe b, Nummer 8, 28, 39

Angesichts der Kostenentwicklung beim pflegebedingten Eigenanteil ist ein zeitnahes Inkrafttreten der Regelung angezeigt. Gleichzeitig muss Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen ausreichend Vorbereitungszeit für die Umsetzung gegeben werden. Deshalb soll die Regelung zum 1. Januar 2022 in Kraft treten.

Zu Nummer 0 Buchstabe c, Nummer 14, 17, 18, 19

Geregelt wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung zur Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung sowie zur Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose.

Zu Nummer 5 und 7

Die Anhebung der Leistungsbeträge erfolgt zum 1. Januar 2022.

Zu Nummer 12 Buchstabe a und b Doppelbuchstabe aa und bb

Das Inkrafttreten zum Jahresbeginn 2022 erfolgt vor dem Hintergrund, dass die Empfehlungen zur Förderung der regionalen Netzwerke noch bis zum Jahresende 2021 anzupassen sind. Dementsprechend tritt dieser Teil der Regelung am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 13 (Artikel 2 Nummer 11)

Die rechtstechnische Anpassung in Nummer 11 tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

Berlin, den 9. Juni 2021

Karin Maag
Berichterstatlerin

Sabine Dittmar
Berichterstatlerin

Detlev Spangenberg
Berichterstatler

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatler

Dr. Achim Kessler
Berichterstatler

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatlerin