

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 12.11.2020**

**zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Ausschussdrucksache 19(14)242.2 vom 3.11.2020
Ausschussdrucksache 19(14)242.3 vom 9.11.2020**

**Zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung
der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs– und Pflegeverbesserungsge-
setz – GPVG) BT–Drs. 19/23483**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	4
Ausschussdrucksache 19(14)242.2.....	4
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	4
Änderungsantrag 1	4
Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu, 6a – neu, 12 – neu, 13 – neu, Artikel 1a – neu und Artikel 5	4
§§ 79, 217b, 279 und 413 – Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane	4
Änderungsantrag 2	5
Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu –	5
§ 139 SGB V – Hilfsmittelverzeichnis.....	5
Änderungsantrag 3.....	7
Zu Artikel 1 Nummer 6b – neu.....	7
§ 219a Absatz 6 – Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland	7
Änderungsantrag 4.....	8
Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu,13a – neu –	8
§§ 283 und 414 – Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung	8
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	10
Änderungsantrag 6.....	10
Zu Artikel 3 Nummer 0 – neu –, 0a – neu	10
§ 8 Absatz 3 – Modelltitel des GKV-SV	10
Änderungsantrag 7.....	12
Zu Artikel 3 Nummer 0b – neu –	12
§ 8 Absatz 6 – Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm	12
Änderungsantrag 8.....	14
Zu Artikel 3 Nummer 2a – neu –	14
§ 40 – Entscheidungsfristen für Pflegekassen	14
Änderungsantrag 9.....	16
Zu Artikel 3 Nummer 2b – neu –	16
§ 78 – Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung	16
Ausschussdrucksache 19(14)242.3.....	20
Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch	20
Änderungsantrag 10.....	20

Zu Artikel 1 Nr. 2a – neu –	20
§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	20
Änderungsantrag 11	23
Zu Artikel 1 Nr. 2b – neu –Buchstabe a) und Buchstabe b)	23
§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen)	23
Änderungsantrag 11	27
Zu Artikel 1 Nr. 2c Buchstabe a) und Buchstabe b)	27
§ 111c – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen)	27
Änderungsantrag 12	28
Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu	28
§ 125b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (pandemiebedingte Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für Heilmittelerbringer)	28
Änderung des elften Buches Sozialgesetzbuch	29
Änderungsantrag 14	29
Zu Artikel 3 Nummer 5 – neu –	29
§ 148 – Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI	29
Änderungsantrag 15	31
zu Artikel 3 Nummer 6 – neu –	31
§ 150 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	31

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Ausschussdrucksache 19(14)242.2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu, 6a – neu, 12 – neu, 13 – neu, Artikel 1a – neu und Artikel 5

§§ 79, 217b, 279 und 413 – Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane

A) Beabsichtigte Neuregelung

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie soll den Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, dem GKV-Spitzenverband, dem MDS und den Medizinischen Diensten befristet bis zum 31. Dezember 2021 eine erleichterte schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden. Eine vergleichbare Regelung ist für die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger im Rahmen eines anderen Gesetzgebungsverfahrens im SGB IV vorgesehen.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Regelung wird in § 217b SGB V ein Verweis zum § 64 Abs. 3a SGB IV ergänzt. § 64 Abs. 3a SGB IV sieht vor, dass die Selbstverwaltungsorgane und besonderen Ausschüsse nach § 36a SGB IV aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen können. Mit dieser Regelung werden die Möglichkeiten der schriftlichen Beschlussfassung erweitert. Damit wird sichergestellt, dass Beschlüsse auch ohne Sitzung schriftlich gefasst werden können, solange aufgrund der Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Infektionen mit dem Coronavirus keine Präsenzsitzungen stattfinden können. Insofern sind der Verweis zu § 64 Abs. 3a und die entsprechend geltenden Regelungen für die Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen sowie für den MDS und die Medizinischen Dienste in § 79, 279 und § 413 SGB V zu befürworten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte eine entsprechende Regelung zur schriftlichen Abstimmung auch für die Landesverbände der Krankenkassen vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu –

§ 139 SGB V – Hilfsmittelverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 139 SGB V soll um die Verpflichtung erweitert werden, dass der GKV-Spitzenverband vor Fortschreibungen des Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnisses mit Bezug zu digitalen oder technischen Assistenzsystemen mindestens eine Stellungnahme eines Sachverständigen oder unabhängigen Forschungsinstituts aus dem Bereich der Technik einholt. Der Vorschlag wird damit begründet, dass dadurch technische Innovationen in der (Pflege-)Hilfsmittelversorgung gefördert werden können.

B) Stellungnahme

In § 139 Absatz 11 Satz 2 SGB V ist bereits geregelt, dass der GKV-Spitzenverband im Rahmen von Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses, das auch das Pflegehilfsmittelverzeichnis umfasst, auch Stellungnahmen von medizinischen Fachgesellschaften sowie Sachverständigen aus Wissenschaft und Technik einholen kann. Von dieser Möglichkeit wird Gebrauch gemacht, wenn ein konkreter Bedarf besteht, d. h. Fragestellungen auch zu neuen Technologien nicht aus den eigenen Reihen beantwortet werden können. Es besteht keine Notwendigkeit, eine entsprechende generelle Verpflichtung einzuführen.

Die verpflichtende Einbindung von technischem Sachverstand ohne sachlichen Grund könnte zu unnötigen Zeitverzögerungen bei den Fortschreibungen führen, da nicht in jedem Bereich externer Sachverstand (unverzüglich) zur Verfügung steht und die Beratungsleistung ggf. in einem zeitaufwändigen Verfahren ausgeschrieben werden müsste. Außerdem würden ungeRechtfertigte Kosten entstehen.

Dem GKV-Spitzenverband werden neue Erkenntnisse – die sich auch auf Innovationen beziehen – von der Industrie oder von den Leistungserbringern in der Regel spätestens bei Wahrnehmung ihrer Stellungnahmerechte zu den Fortschreibungsentwürfen übermittelt. Unabhängig davon wird der Aktualisierungsbedarf vor jeder Fortschreibung aktiv bei den stellungnahmeberechtigten Organisationen abgefragt. Fachgesellschaften, Fachverbände, Patientenorganisationen und andere Dritte können den GKV-Spitzenverband auch jederzeit auf neue Entwicklungen hinweisen.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 6b – neu

§ 219a Absatz 6 – Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 219a Abs. 6 SGB V sieht in der aktuellen Fassung vor, dass der Bund unter den dort genannten Bedingungen die Kosten für Krankenhausbehandlungen von Patienten aus anderen EU-Staaten oder dem Vereinigten Königreich übernimmt, die auf Grund einer Absprache zwischen einem Land oder dem Bund und einem EU-Staat oder dem Vereinigten Königreich wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland behandelt werden. Diese Regelung gilt für Behandlungen, die bis zum 30.09.2020 begonnen wurden. Der Änderungsantrag sieht unter Nummer 1 Buchstabe a) eine Verlängerung für Behandlungen vor, die bis zum 31.03.2021 begonnen werden.

Für Patienten, deren Wohnstaat das Vereinigte Königreich ist, soll die Regelung wegen des EU-Austritts und der im Austrittsabkommen geregelten Übergangsphase nur für Behandlungen gelten, die bis zum 31.12.2020 begonnen werden, Nummer 1 Buchstabe b).

Beide Änderungen sollen nach Nummer 2 mit Wirkung vom 01.10.2020 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Verlängerung des Anwendungszeitraums für Krankenhausbehandlungen, die bis zum 31.03.2021 begonnen werden, ist wegen der aktuell steigenden Anzahl an am SARS-CoV-2 erkrankten Personen und der dadurch hervorgerufenen Belastung der Gesundheitssysteme in einigen EU-Staaten nachvollziehbar. Die Beschränkung des Anwendungszeitraums im Verhältnis zum Vereinigten Königreich bis zum 31.12.2020 resultiert folgerichtig aus dem EU-Austritt des Vereinigten Königreichs und den Regelungen aus dem Austrittsabkommen. Ein rückwirkendes Inkrafttreten der Änderungen zum 01.10.2020 ist sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu, 13a – neu –

§§ 283 und 414 – Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu 12a

Die Regelung sieht vor, dass die Richtlinie zur Personalbedarfsbemessung (gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4) aufgabenbezogene Richtwerte für die den Medizinischen Diensten (MD) übertragenen Aufgaben zu enthalten hat, die übergreifend und für alle MD einheitlich gelten sollen.

Zu 13a Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 13a Buchstabe b und redaktionelle Anpassungen u. a. in §414 Absatz 2 SGB V.

Zu 13a Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) oder der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) als sein Rechtsnachfolger die Personalbedarfsermittlungs-Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 31. Dezember 2021 erlässt. Eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise wird für die Personalbedarfsermittlung und mit Frist auch für die Datenerhebung und Datenauswertung gefordert und genannt. Die mindestens in der Richtlinie einzubeziehenden Begutachtungsfelder werden aufgeführt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird als Eingriff in die Zuständigkeit der Selbstverwaltung abgelehnt. Gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V (MDK-Reformgesetz) hat der MDS eine Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Medizinischen Dienste (MD) bis zum 30.09.2020 zu erlassen, die der Genehmigung durch das BMG bedarf. Der MDS hat in der

letzten Oktoberwoche dem BMG eine mit der MDK-Gemeinschaft formulierte und konsensierte überarbeitete Version der Richtlinie übermittelt. Damit liegt eine fertige Version der Richtlinie vor, die der MDS zum Ende des Jahres 2020 erlassen kann. Aufgrund des ausformulierten und dem BMG vorliegenden Richtlinienentwurfes sind die im Änderungsantrag enthaltenen Konkretisierungen der Richtlinienvorbereitungen und -inhalte sowie die Verlängerung der Frist zum Erlass dieser Richtlinie nicht erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 6

Zu Artikel 3 Nummer 0 – neu –, 0a – neu

§ 8 Absatz 3 – Modelltitel des GKV-SV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 8 Absatz 3 SGB XI kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren.

In der Konzertierte Aktion Pflege wurde vereinbart, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung eines Modellprogramms im SGB XI prüft, mit dem innovative Versorgungskonzepte, in denen Pflegefachpersonen in besonderem Maße ihre Kompetenzen, auch im Sinne einer erweiterten Versorgungsverantwortung, einsetzen können, insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität, Zufriedenheit der beruflich Pflegenden und Effizienz vergleichend bewertet werden sollen.

Mit der geplanten Regelung können innovative Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden und das Fördervolumen wird von 5 auf 8 Mio. Euro angehoben.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Damit wird sichergestellt, dass für die über den § 8 Abs. 3 SGB XI zu finanzierenden vielfältigen laufenden und geplanten Maßnahmen ausreichend Mittel bereitstehen.

Die Formulierung der geplanten Regelung unter Buchstabe c) des Änderungsantrages ist in der vorliegenden Fassung redaktionell ungenau und muss angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Formulierung der geplanten Regelung unter Buchstabe c) des Änderungsantrages ist in der vorliegenden Fassung redaktionell ungenau und muss angepasst werden.

Es wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Bei Vorhaben, im Rahmen derer die Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden.“

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 7

Zu Artikel 3 Nummer 0b – neu –

§ 8 Absatz 6 – Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 8 Absatz 6 Satz 4 SGB XI können vollstationäre Pflegeeinrichtungen nur dann für zusätzliche Pflegehilfskräfte, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten, wenn sie nachweisen, dass sie innerhalb von vier Monaten keine Pflegefachkräfte einstellen konnten. Durch die beantragte Änderung wird diese Wartefrist zur Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, aufgehoben.

Außerdem soll es den Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, den Vergütungszuschlag auch für weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu erhalten.

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, bei unverändert vorliegenden Anspruchsvoraussetzungen dies den Pflegekassen halbjährlich zu melden. Diese Bestätigungsmeldung soll als Voraussetzung für die Fortzahlung des Vergütungszuschlags gesetzlich aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Angesichts der kritischen Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte ist es nachvollziehbar, dass Pflegeeinrichtungen für Pflegehilfskräfte, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, ohne Wartefrist einen Vergütungszuschlag erhalten können. Dieser Regelung widerspricht allerdings die beantragte Änderung, dass auch für Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, ohne dass diese sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, ein Vergütungszuschlag gezahlt werden soll. Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, die für die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen eingesetzt werden, gelten in Abgrenzung zu Pflegefachkräften üblicherweise als Pflegehilfskräfte. Warum für diese nicht die Vorgabe gelten soll, dass sie sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, ist nicht nachvollziehbar. Es ist auch nicht mit dem Zweck des Pflegestellenförderprogramms nach § 8 Absatz 6 SGB XI bzw. dem zugrundeliegenden jährlichen Mitteltransfer von 640 Millionen Euro von der GKV in den Ausgleichsfonds der SPV gem. § 37 Abs. 2a SGB V vereinbar, der damit begründet wird, dass Pflegeeinrichtungen bei der Leistungserbringung insbesondere im

Bereich der medizinischen Behandlungspflege unterstützt werden sollen. Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich können und dürfen jedoch keine medizinische Behandlungspflege erbringen.

Darüber hinaus ist zu dem bestehenden Pflegestellen-Förderprogramm nach § 8 Absatz 6 SGB XI allgemein anzumerken, dass zur Finanzierung der Vergütungszuschläge ebenfalls auf das bewährte Verfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte umgestellt werden sollte. Damit könnte die Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 SGB XI, der zusätzlichen Pflegehilfskräfte (vorgesehen für § 84 Absatz 9 und § 85 Absatz 9 bis 11; siehe Gesetzentwurf GPVG, Art. 3, Nr. 3 und 4) sowie der zusätzlichen Pflegekräfte nach diesem Förderprogramm nach einheitlichen Verfahren zur Vereinbarung und Auszahlung von Vergütungszuschlägen erfolgen und damit den bürokratischen Aufwand erheblich reduzieren.

C) Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 6 SGB XI wird Satz 4 wie folgt geändert:

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden sowie von weiteren zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten.“

Das bestehende Pflegestellen-Förderprogramm nach § 8 Absatz 6 SGB XI ist analog der beabsichtigten Neuregelung in § 84 Absatz 9 und § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI ebenfalls in §§ 84 und 85 SGB XI neu zu verorten.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 8

Zu Artikel 3 Nummer 2a – neu –

§ 40 – Entscheidungsfristen für Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 40 SGB XI soll zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds um einen neuen Absatz 6 ergänzt werden, in dem analog zu der Regelung in § 13 Absatz 3a SGB V bestimmt wird, dass die Pflegekasse über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden hat und die Leistung als genehmigt gilt, sofern die Pflegekasse dem Leistungsberechtigten nicht rechtzeitig schriftlich mitgeteilt hat, dass die Frist von ihr nicht eingehalten werden kann.

B) Stellungnahme

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass die für Anträge auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach dem SGB V maßgeblichen Regelungen zu Entscheidungsfristen in § 13 Absatz 3a SGB V auch auf Anträge zur Versorgung Versicherter mit Pflegehilfsmitteln Anwendung finden sollen. Eine möglichst schnelle Entscheidung über den Leistungsanspruch sollte auch bei Pflegehilfsmitteln erfolgen. Zu bedenken ist allerdings, dass die Pflegekassen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 Satz 2 SGB XI unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes zu prüfen haben und danach hier regelhaft Dritte in die Prüfung der Anträge einzubeziehen sind, von denen die Pflegekassen dann in zeitlicher Hinsicht abhängig sind.

Eine Erstreckung der Fristenregelung auf die Erstattungs- bzw. Zuschussleistung nach § 40 Abs. 4 SGB XI für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen ist nicht sachgerecht und wird nicht befürwortet. Die Prüfung entsprechender Anträge setzt die Bewertung der Wohnsituation und die Einholung von Unterlagen des Versicherten und der Leistungsanbieter voraus und erfor-

dert häufig zeitaufwändige Abstimmungen zur Möglichkeit und Durchführbarkeit von Umbaumaßnahmen. Die zeitlichen Abläufe sind hier den Einflussmöglichkeiten der Pflegekasse weitgehend entzogen.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 9

Zu Artikel 3 Nummer 2b – neu –

§ 78 – Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD hat zum Ziel, das Pflegehilfsmittelverzeichnis turnusmäßig mindestens alle drei Jahre unter Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Aus der Begründung zum Antrag ergibt sich, dass bei der Beurteilung des pflegerischen Nutzens neben den Vorgaben vor allem auch die Ausrichtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Rolle spielen müsse. Weiterhin soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, Hersteller auf deren Anfrage gebührenfrei über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu beraten. Darüber hinaus soll er über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen entscheiden. Zur Begründung wird auf den voranschreitenden technischen Fortschritt auch im Pflegebereich hingewiesen.
- b) Der GKV-Spitzenverband wird weiterhin verpflichtet, spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen zu beschließen.

B) Stellungnahme

- a) Aus der Begründung des Änderungsantrags geht hervor, dass zum Teil Regelungen vorgeschlagen werden, die bereits mit gleicher Zielsetzung in § 139 SGB V enthalten sind und durch einen Querverweis auch für die Pflegehilfsmittel gelten. Gleichwohl sollen die Vorgaben auch im SGB XI nochmals gesetzlich verankert werden, um deren Bedeutung für die Pflegehilfsmittelversorgung insbesondere im Zusammenhang mit digitalisierter Technik zu betonen. Dies betrifft zum Beispiel die Bescheidung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage vollständiger Antragsunterlagen oder die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführung von Beratungsverfahren im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Aufnahme von neuartigen Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis.

Querverweise in Gesetzen dienen der Vermeidung von Wiederholungen und der einfachen Erfassung von Parallelvorschriften. Sie sind in Gesetzen üblich und stellen keine Wertigkeit einer Vorschrift dar. Eine Änderung im Gesetz ist daher nicht erforderlich und würde eher Fragen aufwerfen.

Es ist zudem nicht nachvollziehbar, warum die Frist zur turnusmäßigen Fortschreibung für bestimmte Produktbereiche auf drei Jahre verkürzt werden soll. Die derzeit gemäß Verfahrensordnung nach § 139 Absatz 7 SGB V geltende Frist für alle Produktgruppen wurde nach ausgiebiger Erörterung mit den Herstellerorganisationen aller Hilfsmittel-Branchen auf fünf Jahre festgelegt, wobei Innovationsdynamik und Fortschreibungsaufwand (auch auf Seiten der Industrie und Leistungserbringer) sorgfältig gegeneinander abgewogen wurden. Die Verfahrensordnung wurde mit dieser Fünf-Jahres-Frist vom BMG genehmigt.

Darüber hinaus ist in der Verfahrensordnung weitreichend geregelt, dass Fortschreibungen jederzeit, d. h. innerhalb der Fünf-Jahres-Frist, anlassbezogen z. B. aufgrund von Vorschlägen und Stellungnahmen Dritter wie Industrievertreter, Sachverständige oder Patientenorganisationen initiiert werden können. Dies erfolgt insbesondere dann, wenn maßgebliche medizinisch-technische Weiterentwicklungen bekannt werden.

Derzeit werden acht Produktgruppen des Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnisses vorzeitig fortgeschrieben, darunter auch die Produktgruppe 52 „Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität“. Bei dieser Fortschreibung wird auch dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Rechnung getragen. Dies zeigt, dass sich der Fortschreibungsrhythmus gemäß der oben genannten Verfahrensordnung bewährt hat und bezogen auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis angemessen ist.

Eine Beratungspflicht des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Aufnahme von neuartigen Produkten in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis über Qualität und Umfang der vorzulegenden Antragsunterlagen und über die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des medizinischen bzw. pflegerischen Nutzens ergibt sich bereits aus § 139 Absatz 4 SGB V. Hierfür kann der GKV-Spitzenverband angemessene Gebühren erheben, wodurch verhindert wird, dass durch die Beratung entstehende Aufwände zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehen. Da die Hersteller durch die Listung ihrer Produkte im Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis verbesserte Marktchancen haben, ist es gerechtfertigt, dass sie zumindest für ihren individuellen Beratungsbedarf eine Aufwandsentschädigung leisten.

Es wird darauf hingewiesen, dass der GKV-Spitzenverband bisher keine Gebühren zur Deckung seiner Verwaltungsausgaben für die Antragsverfahren insgesamt erheben kann,

da eine Rechtsverordnung nach § 139 Absatz 8 SGB V immer noch aussteht. Und dies, obwohl auch diese Aufwände zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft gehen.

- b) Die vorgesehene Regelung ist nicht sachgerecht, insbesondere nicht in Hinblick auf ein Antragsverfahren zur Aufnahme von Herstellern und Produkten in die Empfehlungen. Die vorgesehene Regelung orientiert sich am Pflegehilfsmittelverzeichnis. Bei den Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen handelt es sich nicht um konkrete Produkte, sondern um Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Dies können Maßnahmen sein, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung notwendigerweise nicht benötigt werden. Aber auch Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden. Ebenfalls als Maßnahmen zählen technische Hilfen im Haushalt wie z. B. Ein- und Umbau von Mobiliar. Eine Liste möglicher Maßnahmen enthält das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften, auf die der Gesetzgeber in seiner Begründung verweist. Wie diese Auflistung auch verdeutlicht, werden dort keine konkreten Produkte aufgelistet, sondern vielmehr bauliche Maßnahmen. Dies ist insofern auch sachgerecht, da eine Anpassung des individuellen Wohnumfeldes erfolgt. So kann in einem Einzelfall der Einbau einer bodengleichen Dusche aufgrund der baulichen Gegebenheiten möglich sein, in einem anderen Fall jedoch nicht, sondern nur der Einbau einer niedrigeren Duschtasse. Neben den verbauten Produkten beinhaltet die Maßnahme im Übrigen auch die Dienstleistung des Einbaus. Des Weiteren sind ggf. Vorgaben aus den landesrechtlichen Bauvorschriften zu beachten (z. B. Handlauf ab einer bestimmten Stufenzahl, die vom Vermieter oder dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen wären).

Damit können die Empfehlungen keine konkreten Produkte enthalten, sondern immer nur auf mögliche Maßnahmen abstellen. Es zeigt sich, dass die Systematik des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nicht auf die Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen übertragbar ist. In diesem Zusammenhang stellt sich im Übrigen auch die Frage, ob dann ein Hersteller oder Dienstleister (z. B. der Handwerker) einen Antrag auf Aufnahme in die Empfehlungen stellen kann. Bei der Aufnahme von einzelnen Produkten wird die Problematik der Abgrenzung von Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und Pflegehilfsmitteln gesehen.

Wie bereits dargestellt, enthält das Gemeinsame Rundschreiben eine entsprechende Auflistung an möglichen Maßnahmen. Dieses Rundschreiben hat zwar keine rechtliche

Bindung für die Pflegekassen, hat aber ebenfalls Empfehlungscharakter und nimmt Stellung zu den für die Pflegekassen relevanten leistungsrechtlichen Bestimmungen und wird regelmäßig aktualisiert. Insofern gibt es bereits entsprechende Empfehlungen, so dass die Notwendigkeit einer weiteren Empfehlung nicht gesehen wird. Selbst wenn es aus Sicht des Gesetzgebers einer weitergehenden Empfehlung des GKV-Spitzenverband bedarf, so entfaltet diese ebenfalls keine Bindungswirkung. Es besteht – wie in der Begründung dargestellt – weiterhin die Pflicht der Pflegekasse, Anträge auf Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen in jedem Einzelfall zu prüfen und bei Vorliegen der Voraussetzungen auch Zuschüsse zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen zu bewilligen, die in den Empfehlungen nicht benannt sind. Eine Vereinfachung und ein höherer Nutzen für den Versicherten durch die Empfehlungen lässt sich nicht erkennen.

Im Ergebnis sind die Änderungsvorschläge nicht zielführend.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

Ausschussdrucksache 19(14)242.3

Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 10

Zu Artikel 1 Nr. 2a – neu –

§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung des ersten Satzes in Absatz 3 wird der Handlungsrahmen für Kassenärztliche Vereinigungen erweitert. Die Krankenkassen haben künftig die Kosten für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erstatten.

Mit dem neuen Satz 3 wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Zwecke der Abrechnung der außerordentlichen Maßnahmen rechnungsbegründende Unterlagen den Krankenkassen zu übermitteln haben.

Die bisher bis zum 31.12.2020 befristete Regelung wird entfristet.

B) Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers – mit der Neuregelung auch künftig ausreichend Handlungsfähigkeit beim Eintreten einer epidemischen Lage sicherzustellen – wird grundsätzlich begrüßt, da die praktische Anwendung der aktuell gültigen Regelung gezeigt hat, dass eine trennscharfe Zuordnung von außerordentlichen Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht immer eindeutig möglich ist. So ist festzustellen, dass auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, von den ausschließlich durch die GKV finanzierten außerordentlichen Maßnahmen profitieren. Gleichwohl wird aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die derzeitige Formulierung „Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ zu Rechtsunsicherheiten führen und folglich zu erheblichem Interpretationsbedarf der Regelung, da die derzeit verwendete Begrifflichkeit z.B. auch außerordentliche Maßnahmen der stationären Versorgung beinhalten könnte. Insofern wird vorgeschlagen, den Handlungsrahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die ambulante ärztliche Versorgung zu präzisieren.

Diese, über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehende, erweiterte Handlungsfreiheit für Kassenärztliche Vereinigungen auf außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird grundsätzlich unter der Maßgabe begrüßt, dass eine angemessene finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung gesetzlich geregelt wird. Hierzu wird vorgeschlagen, eine pauschale Beteiligung in Höhe von 10 Prozent in Anlehnung an bereits bestehende gesetzliche Regelungen ergänzend aufzunehmen. Hierbei sollen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, das Nähere zur Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen (z.B. Rechnungslegung und Rechnungsempfänger) vereinbaren.

Sollte eine finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes nicht umsetzbar sein, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zwingend die beabsichtigte Erweiterung des Handlungsrahmens der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den Kernauftrag –Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung – zurückzuführen.

Darüber hinaus sind vor dem Hintergrund der bestehenden Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenkassen zwingend die außerordentlich zu ergreifenden Maßnahmen durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festzulegen.

Die in Satz 3 neu aufgenommene Übermittlung von rechnungsbegründenden Unterlagen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen als Nachweis und zur Überprüfung der ergriffenen außerordentlichen Maßnahmen wird ausdrücklich begrüßt. Es ist sicherzustellen, dass für die von den Kassenärztlichen Vereinigungen außerordentlich ergriffenen Maßnahmen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V entsprechend gilt.

C) Änderungsvorschlag

In § 105 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der **ambulanten ärztlichen** Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die betreffende Maßnahme bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist oder soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein

Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen, aus denen sich Art und Höhe der zu erstattenden Kosten im Einzelnen ergeben. **Die Kassenärztliche Vereinigung vereinbart im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die außerordentlichen Maßnahmen nach Satz 1. Diese Maßnahmen sind jederzeit wirtschaftlich zu erbringen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen bis zum [ein Monat nach Inkrafttreten] das Nähere zur Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen.“**

Alternativer Änderungsvorschlag sofern eine finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung nicht umsetzbar:

§ 105 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der **vertragsärztlichen** Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die betreffende Maßnahme bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist oder soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen, aus denen sich Art und Höhe der zu erstattenden Kosten im Einzelnen ergeben. **Die Kassenärztliche Vereinigung vereinbart im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die außerordentlichen Maßnahmen nach Satz 1. Diese Maßnahmen sind jederzeit wirtschaftlich zu erbringen.“**

Ausschussdrucksache 19(14)242.3

Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 11

Zu Artikel 1 Nr. 2b – neu –Buchstabe a) und Buchstabe b)

§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Überschrift soll um die Begrifflichkeit „Verordnungsermächtigung“ ergänzt werden.
- b) An den § 111 Absatz 5 werden 2 weitere Sätze angefügt:

Mit den geplanten gesetzlichen Regelungen sollen die zwischen den Krankenkassen und den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen vereinbarten Vergütungen vom 1. Oktober 2020 bis 31. März 2021 um die durch die SARS-CoV-2-Pandemie bedingte besondere Situation der o.g. Einrichtungen angepasst werden, damit die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet wird. Die zuvor genannte Frist soll durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrats bis zum 31. Dezember 2021 verlängert werden können.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Ergänzung in § 111 Abs. 5 SGB V soll im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen ein vom 01.10.2020 bis 31.03.2021 zeitlich befristeter Ausgleich für Mehraufwände bei Personal- und Sachkosten sowie fehlende Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen ermöglicht werden. Die Zielsetzung, den SARS-CoV-2-pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gerecht zu werden, ist vor dem Hintergrund der aktuellen Situation und den bundesweit steigenden Fallzahlen von COVID-19-Patienten nachvollziehbar. Diese Zielsetzung kann jedoch in Bezug auf den Ausgleich fehlender Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen nicht über die Vereinbarung von Vergütungen für erbrachte Leistungen zwischen Einrichtungen und einzelnen Krankenkassen erreicht werden. Dies deshalb, weil

- sich Mindererlöse aufgrund von Minderbelegungen nur durch eine Berücksichtigung der Belegungssituation der Einrichtung insgesamt – d.h. unabhängig von den differenzierten Belegungsanteilen einzelner Krankenkassen – sachgerecht quantifizieren lassen und

- prospektiv mit den einzelnen Krankenkassen vereinbarte höhere Vergütungen in Erwartung einer zukünftigen Belegung die intendierte Gewährleistung der Leistungsfähigkeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht sicherstellen können.

Im Ergebnis könnte sowohl eine Über- als auch Unterkompensation der Mindererlöse entstehen.

Darüber hinaus trägt der Änderungsvorschlag weder der notwendigen Anforderung Rechnung, dass die Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben durch den Bund erfolgen muss und deshalb solche Sonderkonstellationen von allgemeinen Vergütungsbestandteilen getrennt werden müssen, noch dem Sachverhalt, dass im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation keine (prospektiven) Mengen vereinbart werden; in den Versorgungs- und/oder Vergütungsverträgen werden deshalb keine Belegungsgarantien ausgesprochen, so dass Belegungsschwankungen grundsätzlich dem Unternehmerrisiko zugerechnet werden. Eine für die individuelle Vergütungsverhandlung mit einzelnen Krankenkassen erforderliche Abgrenzung zu pandemiebedingten Belegungsschwankungen und darauf basierende Einpreisung der coronabedingten Belegungsrückgänge in die Vergütung sind deshalb nicht möglich.

Bei der Umsetzung der vorgesehenen Änderung zum Ausgleich von pandemiebedingten Minderbelegungen würden zudem erhebliche Verwaltungsaufwände sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch der Krankenkassen entstehen; die Krankenkassen hätten mit ca. 1.120 stationären Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, ca. 130 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen und ca. 640 ambulante Rehabilitationseinrichtungen (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2c) zu verhandeln. Weder der Gesetzestext noch die Begründung enthalten darüber hinaus einheitliche Grundlagen bzw. Anforderungen für die Berechnung der Mindereinnahmen, sodass zahlreiche sehr unterschiedliche Regelungen – ggf. erst nach Durchführung aufwändiger Schiedsverfahren – bundesweit zu erwarten wären, die die Umsetzung auf Seiten der Einrichtungen erheblich erschweren würde. Die rückwirkende Anwendung seit 01.10.2020 und die erforderliche Umsetzungszeit bis zum tatsächlichen Vergütungsabschluss würde zudem dazu führen, dass die höheren Vergütungsansprüche in aller Regel durch Nachberechnungen auf bereits abgerechnete Leistungen umzusetzen wären. Der damit für alle Beteiligten entstehende Aufwand wäre beachtlich.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass in Bezug auf den Ausgleich von Minderbelegungen mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 die Regelung des § 111d SGB V geschaffen wurde, mit der den stationären Vorsorge- und Rehabili-

tationseinrichtungen und nach Erweiterung der rechtlichen Grundlagen auch den Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen ein Anspruch auf anteilige Ausgleichszahlungen für ausgefallene Erlöse eingeräumt wurde. Mit diesen Zahlungen wurde der coronabedingte Belegungsrückgang in den Einrichtungen für die Zeit vom 16.03. bis zum 30.09.2020 kompensiert. Die auf der Grundlage des § 111d SGB V definierten Einzelheiten zur Berechnung und zum Nachweis der Ausgleichszahlungen hat der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene am 09.04.2020 vereinbart und am 07.05.2020 ergänzt. Das hiermit etablierte Verfahren hat sich bewährt, da die antragstellenden Einrichtungen kurzfristig Ausgleichszahlungen erhalten haben, die nachhaltig dazu beigetragen haben, die Versorgungsstrukturen zu erhalten und damit perspektivisch die Wiederkehr zum Regelbetrieb zu ermöglichen. Aufgrund der positiven Erfahrungen und Erkenntnisse mit der bisherigen Umsetzung der Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V auf Bundesebene sollte der Geltungszeitraum dieser gesetzlichen Regelung anstelle der vorgesehenen gesetzlichen Änderungen in § 111 Abs. 5 SGB V über den 30.09.2020 hinaus verlängert werden. Dieser Schutzschirm sollte auch auf die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ausgeweitet werden. Damit würde im Übrigen eine vergleichbare Situation zu den Zuschüssen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) geschaffen werden, auf die die Rehabilitationseinrichtungen u.a. gegenüber der Rentenversicherung bis zum 31.12.2020 einen Anspruch geltend machen können; nach Ankündigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) soll der Anspruch durch ein modifiziertes SodEG bis zum 31.03.2021 verlängert werden.

Im Ergebnis ist nicht erkennbar, warum das bis zum 30.09.2020 bestehende, gut funktionierende und von allen Beteiligten akzeptierte Verfahren zur Umsetzung von Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V durch aufwändige Vergütungsverhandlungen, die zudem bei den Einrichtungen nicht zu kurzfristigen Unterstützungsleistungen führen würden, ersetzt werden soll.

Die geplante gesetzliche Änderung soll ausweislich der Begründung zum Änderungsantrag auch dem Ausgleich von Mehraufwänden für Personal- und Sachkosten dienen. Diese Zielsetzung wird bereits durch eine Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur befristeten Vergütung der coronabedingten Mehraufwendungen für Hygiene- und Organisationsmaßnahmen über Zuschläge in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen sowie ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aufgegriffen. Die Empfehlungen sehen bundesweit einheitliche Zuschläge für Leistungen vor, die im Zeitraum vom 01.09.2020 bis zum 31.12.2020 erbracht werden. Eine Fortführung der Empfehlung über den 31.12.2020 hinaus ist möglich. Die Zuschläge können in einem einfachen Verfahren

zusätzlich im Rahmen der Abrechnung der bestehenden Vergütungssätze unmittelbar geltend gemacht werden, so dass eine aufwändige Anpassung der Vergütungsvereinbarungen nicht erforderlich ist.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 wird folgende Nummer 2b eingefügt:

„2b. § 111 d wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
- b) In Absatz 8 werden die Wörter „um bis zu 6 Monate“ durch die Wörter „bis zum 31. Dezember 2021“ ersetzt.
- c) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

„Die Absätze 1 bis 7 gelten entsprechend für Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 c Absatz 1 mit der Maßgabe, dass diese Rehabilitationseinrichtungen für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 1. Oktober 2020 dadurch entstehen, dass Therapieplätze nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten.“

Ausschussdrucksache 19(14)242.3

Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 11

Zu Artikel 1 Nr. 2c Buchstabe a) und Buchstabe b)

§ 111c – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Überschrift soll um die Begrifflichkeit „Verordnungsermächtigung“ ergänzt werden.
- b) An den § 111c Absatz 3 werden 2 weitere Sätze angefügt:

Mit den geplanten gesetzlichen Regelungen sollen die zwischen den Krankenkassen und den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen vereinbarten Vergütungen vom 1. Oktober 2020 bis 31. März 2021 um die durch die SARS-CoV-2-Pandemie bedingte besondere Situation der o.g. Einrichtungen angepasst werden, damit die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet wird. Die zuvor genannte Frist soll durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrats bis zum 31. Dezember 2021 verlängert werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2b wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschläge zu Artikel 1 Nummer 2b.

Sofern an der vorgesehenen Änderung in Artikel 1 Nr. 2c Buchstabe b) festgehalten wird, bedarf es folgender Anpassungen:

In § 111c Abs. 3 wird der neu eingefügte Satz 7 wie folgt angepasst:

Nach den Wörtern „Situation der“ werden die Wörter „Vorsorge- oder“ gestrichen.

Ausschussdrucksache 19(14)242.3
Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 12

Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu

§ 125b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (pandemiebedingte Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für Heilmittelerbringer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt werden, per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen zu können, dass Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie für jede Heilmittelverordnung, die sie abrechnen, einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 1,50 Euro gegenüber den Krankenkassen, längstens befristet bis zum 31. Dezember 2021, geltend machen können.

B) Stellungnahme

Heilmittelerbringer konnten auf Grundlage der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie bereits bis 30.09.2020 bei jeder Abrechnung einer Verordnung eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 1,50 Euro geltend machen. Die Rechtsverordnung soll mit dem vorliegenden Änderungsantrag nun eine gesetzliche Grundlage erhalten. Die Möglichkeit, dass das BMG per Rechtsverordnung die Abrechnung der Hygienepauschale in Höhe von 1,50 EUR mit Blick auf die weitere Entwicklung der Pandemie verlängern kann, erscheint sachgerecht und wird begrüßt. Dies nach derzeitigem Stand längstens befristet bis zum 31.12.2021 vornehmen zu können, wird vor dem Hintergrund der erforderlichen Befristung von Ermächtigungen ebenfalls als sachgerecht angesehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Ausschussdrucksache 19(14)242.3

Änderung des elften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 3 Nummer 5 – neu –

§ 148 – Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde die Sanktionsregelung des § 37 Abs. 6 SGB XI bis zum 30.09.2020 ausgesetzt. Demnach wurde das Pflegegeld nicht gekürzt bzw. gestrichen, wenn im Zeitraum vom 01.01.2020 bis 30.09.2020 der verpflichtende Beratungsbesuch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht nachgewiesen wurde. Die Regelung des Aussetzens der Sanktionsregelung wurde nicht verlängert, so dass seit dem 01.10.2020 die Beratungsbesuche in den gesetzlich geregelten Fristen des § 37 Abs. 3 SGB XI nachzuweisen sind. Mit der vorgesehenen Regelung des § 148 SGB XI können Pflegebedürftige auf Wunsch den Beratungsbesuch statt in der eigenen Häuslichkeit auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erhalten. Neben dem Wunsch des Pflegebedürftigen ist die Datensicherheit zu gewährleisten und datenschutzrechtliche Belange durch die Beratungsperson zu beachten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Seit dem 01.10.2020 haben Pflegebedürftige den Beratungsbesuch innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen nachzuweisen. Zugleich steigt die Zahl der an COVID-19-Infizierten stetig an. Vor diesem Hintergrund sollte den Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden, die zur Minimierung des Infektionsrisikos keine fremden Personen in ihrer Häuslichkeit haben möchten. Mit der vorgesehenen Regelung können Pflegebedürftige den Beratungsbesuch in Anspruch nehmen, ohne dass sie den direkten Kontakt mit der Beratungsperson haben. Da für die Durchführung der Beratungsbesuche in telefonischer oder digitaler Form oder per Videokonferenz der Wunsch des Pflegebedürftigen maßgeblich ist, erhält der Pflegebedürftige das Wahlrecht, auf Wunsch den Beratungsbesuch in der vorgesehenen Form, aber auch in der bisherigen Form durch den Besuch in der Häuslichkeit wahrnehmen zu können. Sachgerecht ist ebenfalls, dass die Datensicherheit und der Datenschutz zu gewährleisten sind.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass über die mit den Beratungspersonen vereinbarten Vergütungssätze hinaus etwaige Anschaffungen an technischem Equipment (z. B. Tablets)

seitens der Beratungspersonen (künftig) nicht geltend gemacht werden können. Zudem kann es sich bei den in § 148 SGB XI vorgesehenen Möglichkeiten der Durchführung der Beratungsbesuche lediglich um eine vorübergehende Lösung infolge des Pandemiegeschehens handeln. Aufgrund der Ausrichtung der Beratungsbesuche müssen diese grundsätzlich auch langfristig weiterhin in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ausschussdrucksache 19(14)242.3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 15

zu Artikel 3 Nummer 6 – neu –

§ 150 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 150 SGB XI durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und durch das Zweite Bevölkerungsschutz-Gesetz zur Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen getroffenen und erstmals bis 30. September 2020 und durch Verlängerung bis zum 31.12.2020 befristeten Regelungen sollen bis zum 31. März 2021 verlängert werden.

B) Stellungnahme

Angesichts der derzeitigen und auch für die kommenden Monate erwartbaren Infektionslage ist auch in dem besonders vulnerablen Bereich der Pflege von einer anhaltenden Gefährdungslage und in der Folge von andauernden Belastungen für Leistungserbringer und Pflegebedürftige auszugehen. Es ist deshalb angezeigt, den sogenannten Pflege-Schutzschirm zu verlängern. Damit wird auch eine zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen vermieden, da die pandemiebedingten Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen, z. B. für die Anschaffung der Schutzkleidung, nicht auf die Vergütungen der Pflegeleistungen umgelegt werden. Da auch für die Fortführung der bestehenden Regelung vorgesehen ist, einen Großteil der pandemiebedingten Aufwendungen aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und anteilig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten, ist es erforderlich, dass die zusätzlichen Aufwendungen ausgeglichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.