

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)155(28)**

gel. VB zur öAnh. am 17.6.2020 -

GKV-IPReG

15.6.2020



# Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 12.06.2020

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

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



## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>II. Stellungnahme zum Gesetz</b> .....	<b>9</b>
<b>Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)</b> .....	<b>9</b>
§ 27 – Krankenbehandlung.....	9
§ 37c – Außerklinische Intensivpflege.....	10
§ 39 Abs. 1 SGB V – Qualifizierte ärztliche Einschätzung von Beatmungspatienten .....	22
§ 39 Abs. 1a Satz 6 (neu) SGB V – Krankenhausbehandlung.....	23
§ 40 Abs. 2 Satz 4 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Mehrkostentragung durch die Versicherten) .....	25
§ 40 Abs. 3 Sätze 2 bis 10 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Einleitung einer medizinischen Rehabilitation) .....	27
§ 40 Abs. 3 Satz 13 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Behandlungsdauer der geriatrischen Rehabilitation) .....	33
§ 40 Abs. 3 Satz 15 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regeldauer) .....	34
§ 40 Abs. 3 Satz 16 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (4-Jahres-Frist).....	35
§ 40 Abs. 3 Satz 19 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regeldauer) .....	36
§ 40 Abs. 3 Satz 21 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes) .....	37
§ 41 Abs. 1 Satz 4 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter .....	39
§ 61 – Zuzahlungen.....	40
§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung .....	41
§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	42
§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung .....	43
§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen .....	44
§ 111 Abs. 5 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) .....	45
§ 111 Abs. 7 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen).....	47
§ 111a Abs. 1 Satz 2 – Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen .....	50
§ 111b – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung.....	52
§ 111b Abs. 6 – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Bundesschiedsstelle) .....	53
§ 111c Abs. 3 Sätze 2 bis 4 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) .....	55

§ 111c Abs. 5 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen).....	56
§ 132j Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege .....	57
§ 275 – Begutachtung und Beratung .....	64
§ 275 Begutachtung und Beratung.....	65
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen.....	66
<b>Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>71</b>
§ 37 Häusliche Krankenpflege .....	71
§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.....	73
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen.....	74
<b>Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....</b>	<b>75</b>
§ 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 SGB XI.....	75
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen .....	76
§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten .....	77
§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege.....	80
§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag .....	81
§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen; § 84 Bemessungsgrundsätze .....	82
§ 114 Qualitätsprüfungen.....	83
<b>Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....</b>	<b>85</b>
§ 5 Abs. 3f (neu) KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen .....	85
§ 6 Abs. 2a Satz 5 (neu) KHEntgG – Vereinbarung sonstiger Entgelte.....	86
§ 9 Abs. 1a Nr. 8 (neu) KHEntgG – Vereinbarungsverfahren .....	87
§ 9 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG – Vereinbarungsverfahren.....	88
<b>Artikel 5 (Inkrafttreten) .....</b>	<b>89</b>
<b>III. Ergänzender Änderungsbedarf.....</b>	<b>90</b>
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>90</b>
§ 37 Häusliche Krankenpflege .....	90
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>93</b>
Regelung der Bestimmung des Erstattungsbetrages für Neueinführungen nach Wegfall des Unterlagenschutzes .....	94
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>96</b>
Verbesserte Datenlage für den GKV-Spitzenverband zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben Zu §§ 130b, 35a SGB V i.V.m. §§ 217f, 84 Absatz 4 SGB V, § 21 KHEntgG.....	96
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>101</b>
§ 132a Abs. 4 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.....	101
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>102</b>
§ 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	102

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 4 von 110

<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>105</b>
§ 302 Datenträgeraustausch.....	105
<b>Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>108</b>
§ 18 - Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	108
<b>Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>109</b>
§ 105 - Abrechnung pflegerischer Leistungen .....	109

## I. Vorwort

### **Außerklinische Intensivpflege und Schnittstelle zur Akutversorgung**

Der Gesetzentwurf zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) trifft insbesondere Regelungen zu den Bereichen stationäre Versorgung, medizinische Rehabilitation und außerklinische Intensivpflege. Gerade im letztgenannten Leistungsbe- reich sind auf Grund des medizinisch-technischen Fortschrittes und von Fehlanreizen die Patien- tenzahlen sowie die Nachfrage nach Leistungen ambulanter Intensivpflege gestiegen. Mit der Zu- nahme außerklinisch beatmeter Patientinnen und Patienten traten in Teilen eklatante Qualitätsde- fizite deutlich zu Tage. Unter den derzeit gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind die vielfältigen Schnittstellenprobleme und Fehlanreize nicht aufzulösen.

Dieser schwierige Problemkomplex soll mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf angegangen werden. Durch die nunmehr vorgesehenen Spezialnormen zur außerklinischen Intensivpflege und die Anforderungen an die Leistungserbringer soll sichergestellt werden, dass über die rein pfler- igerische Versorgung hinaus der gesamte Versorgungspfad – von der Krankenhausversorgung über Beatmungsentwöhnung und vertragsärztliche Versorgung bis zur pflegerischen Langzeitver- sorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, Wohngruppen, Einrichtungen bzw. Räumlichkeiten zur Versorgung von Menschen mit Behinderung und Häuslichkeit – in den Blick genommen wird. Die intendierten Zielsetzungen, eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit inten- sivpflegerischem Versorgungsbedarf sicherzustellen und Fehlsteuerungen im Versorgungsprozess zu beseitigen, werden ausdrücklich begrüßt. Dabei kann der mehrschichtige Ansatz aus unter- schiedlichen Regelungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zum Abbau von Fehlanreizen und damit einhergehend zur Stärkung der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nachvollzogen werden.

Der Gesetzentwurf enthält hinsichtlich des neuen Leistungsanspruchs der außerklinischen Inten- sivpflege auch Vorgaben zu den intensivpflegerischen Pflegesettings und sieht für die Orte der Leistungserbringung (im Wesentlichen stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Intensivpflege- Wohnheiten und Häuslichkeit) einen Gleichrang vor. Die vorgesehene Regelung, wonach den Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistungserbringung richten, zu entsprechen ist, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist, stellt einen angemessenen Ausgleich zwischen den persönlichen Wünschen der oder des Versicherten auf der einen Seite und den medizinisch-pflegerischen Versorgungserfor- dernissen auf der anderen Seite dar.

In diesem Zusammenhang werden die noch zu vereinbarenden übergreifenden Rahmenempfehlungen auf Bundesebene über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege als grundlegend positiv erachtet, weil die Empfehlungen zu einer einheitlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung beitragen können.

Nicht nachvollziehbar ist die Aufnahme von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege. In Fällen, in denen ein entsprechend hoher Versorgungsbedarf nur temporär erforderlich ist, kann die Versorgung auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgen. Auch die vorgesehene Regelung, dass die Krankenkassen in Fällen der außerklinischen Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen über Satzungsregelungen dauerhaft fortwährende Leistungsansprüche für Versicherte vorsehen können, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten entfällt, wird abgelehnt. Diesbezüglich sollte die Bundesregierung in die im Rahmen der Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates in Aussicht gestellte Prüfung einer an weitere Voraussetzungen gebundenen Umwandlung in eine Pflichtleistung die vom Bundesrat vorgebrachte Lösung über eine zeitlich begrenzte Übergangszeit unter den Aspekten der Vermeidung einer unbilligen Härte und Ermöglichung der etwaigen Organisation einer anderweitigen Versorgung einbeziehen.

Mit Blick auf vorliegende Hinweise auf nicht ausgeschöpfte Potenziale der Beatmungsentwöhnung (Weaningpotenziale) bei beatmungspflichtigen Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege ist die im Gesetzentwurf an der Schnittstelle von stationärer Akutversorgung und außerklinischer Intensivpflege vorgesehene strukturierte Prüfung des Entwöhnungspotenzials sinnvoll und notwendig.

Am Übergang von der akutstationären Versorgung zur außerklinischen Intensivpflege sieht der Entwurf verschiedene Anreiz- und Sanktionsmechanismen im stationären Vergütungssystem vor. Die Möglichkeit, über Zusatzentgelte die Beatmungsentwöhnung zu fördern, wird begrüßt, weil Anreize für eine frühe Verlegung in eine Weaningeinheit (Einheit zur Beatmungsentwöhnung) und gegen eine Langzeitbeatmung z.B. in einer Pflegewohngemeinschaft gesetzt werden. Die vorgesehene Regelung stellt sicher, dass jeder Beatmungspatient am Ende eines stationären Aufenthaltes untersucht wird und die Feststellung erfolgt, ob noch eine Chance besteht, ohne eine dauerhafte Beatmung leben zu können. Kliniken, die diese Untersuchung nicht durchführen oder keine Verlegung in eine geeignete Weaningeinrichtung anstreben, werden sanktioniert.

Die Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung oder Verlegung ist deshalb richtig und wichtig. Der konkrete Ablauf der nun obligatorischen Feststellung des Beatmungsstatus vor Entlassung wird in einer nachgelagerten Regelung zu erfolgen haben (z. B. im OPS-Katalog). Die Möglichkeit der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser selbst im Rahmen des Entlassmanagements ist allerdings unnötig und nicht systemkonform.

### **Medizinische Rehabilitation**

Im medizinischen wie pflegerischen Versorgungsgeschehen kommt der medizinischen Rehabilitation unter Teilhabeaspekten in allen Lebensphasen eine hohe Bedeutung zu, die unter den Bedingungen des demografischen Wandels weiter zunehmen wird. Die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Zielsetzungen eines möglichst schnellen und einfachen Zugangs zu Rehabilitationsleistungen werden geteilt und können nachvollzogen werden. Entscheidend dafür ist eine möglichst qualifizierte Verordnung. Dass die vertragsärztliche Verordnung von geriatrischen Rehabilitationsleistungen auf Basis einer Überprüfung der Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente erfolgen soll, kann ebenfalls nachvollzogen werden. Die Auswahl und der Einsatz geeigneter Instrumente sind in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festzulegen.

Demgegenüber ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht, dass den Krankenkassen, die in diesem Bereich die Verantwortung für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V tragen, eine Überprüfung der Erforderlichkeit der vertragsärztlich verordneten Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und damit der wesentlichen Anspruchsvoraussetzung zukünftig versagt werden soll. Durch diese Regelung würde eine Regelungslücke entstehen, da die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst durch das TSVG auch aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V herausgenommen wurde. Dies mit dem Argument, dass die Krankenkassen die Leistungen im Vorfeld genehmigen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten haben.

Für den Fall, dass an den Regelungen dennoch festgehalten werden soll, sei darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen nach dem vorgesehenen Gesetzeswortlaut zumindest prüfen müssen, ob der verordnende Vertragsarzt die geriatrische Indikation sachgerecht festgestellt hat. Hierzu ist es erforderlich, dass der Vertragsarzt das angewendete Abschätzungsinstrument der Verordnung beifügt.

Vorgesehen ist zudem, dass in vom G-BA festgelegten Fallgestaltungen der Anschlussrehabilitationen keine vorherige Überprüfung der Krankenkassen zu erfolgen habe. Die Intention und Zielsetzung eines schnellen Zugangs in die Anschlussrehabilitation ist nachvollziehbar. Jedoch wird

bereits heute durch den im Krankenhausentlassmanagement zum Einsatz kommenden GKV-einheitlichen Vordrucksatz zur Anschlussrehabilitation ein einfaches Antragsverfahren praktiziert, welches einen schnellen Leistungszugang gewährleistet. Die Regelungsnotwendigkeit wird daher nicht gesehen und wird abgelehnt. Zwingend erforderlich aus Sicht der GKV ist es, dass die Prüfungen der Anspruchsvoraussetzungen, wie insbesondere die Subsidiarität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger, weiterhin möglich sein muss.

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin vor, einheitliche Grundsätze für die Verträge zur Durchführung von Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation über noch zu erarbeitende Rahmenempfehlungen vorzugeben. Obschon dem offensichtlich das nichtzutreffende Grundverständnis zugrunde liegt, dass es in diesem Leistungsbereich weder im Bereich der Krankenversicherung noch rehabilitationsträgerübergreifend einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen gibt, ist die Zielsetzung, durch Rahmenempfehlungen auf Bundesebene für mehr Transparenz und einheitlichere Grundlagen zu sorgen, durchaus nachvollziehbar. Damit regionale Versorgungsnotwendigkeiten und -bedarfe weiterhin angemessen berücksichtigt werden können, sind in den Empfehlungen allgemeine Grundsätze vorzusehen, deren Inhalte in den regionalen Verträgen zugrunde zu legen sind. Regionale Unterschiede in den Kostenstrukturen sind daher weiterhin in den Ländern zu bewerten und vertraglich zu regeln.

Die geplante Regelung, wonach die Bezahlung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, entspricht den Regelungen in vielen anderen Vertragsbereichen. Auch in Anerkennung dieser Entwicklung sieht der GKV-Spitzenverband jedoch nicht die sich daraus ergebende Notwendigkeit einer vollständigen Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die generelle Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird daher abgelehnt. Dem Anliegen könnte dadurch Rechnung getragen werden, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nur insoweit nicht gilt, als eine höhere Vergütungssteigerung durch die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen begründet ist.



## II. Stellungnahme zum Gesetz

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

#### § 27 – Krankenbehandlung

##### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die enumerative Auflistung in § 27 Abs. 1 SGB V zum Inhalt der Krankenbehandlung soll um die außerklinische Intensivpflege ergänzt werden.

##### B) Stellungnahme

§ 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V regeln den Inhalt der Krankenbehandlung bisher wie folgt:

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Da die außerklinische Intensivpflege nach den Regelungen des neuen § 37c SGB V eine eigenständige Leistung werden soll, ist die geplante Ergänzung nachvollziehbar.

##### C) Änderungsvorschlag

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 2

### **§ 37c – Außerklinische Intensivpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege soll in einem neuen § 37c SGB V geregelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll das Nähere in einer Richtlinie bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt regeln. Dabei sollen differenziert auch Anforderungen an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, an die Qualifikation und Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer und die Qualifikation der verordneten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte festgelegt werden.

Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzusetzen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie zu deren Umsetzung notwendige Maßnahmen zu erheben und zu dokumentieren. Die Erhebung und Dokumentation für Maßnahmen der Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung können auch durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten erfolgen.

- b) Die Leistung umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist sowie eine Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege soll in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI erbringen, in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung

mit § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, in Wohneinheiten im Sinne des § 132j Abs. 5 Nr. 1 SGB V sowie im Haushalt der oder des Versicherten oder in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen bestehen. Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, trifft die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkasse hat die Feststellung jährlich zu überprüfen. Die Leistung in Wohneinheiten oder im Haushalt, der Familie oder sonst einem geeigneten Ort kann versagt werden, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten nicht erteilt wird.

- c) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI soll die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI, die notwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI umfassen. Per Satzungsregelung können die Krankenkassen bestimmen, diese Leistungen weiter zu gewähren, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.
- d) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sollen als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag (10 EUR pro Kalendertag), begrenzt auf die ersten 28 Tage je Kalenderjahr, leisten. Wenn die Versorgung in der Häuslichkeit erfolgt, haben Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres den sich nach § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag (10 v.H. der Kosten sowie 10 EUR je Verordnung) als Zuzahlung zu leisten.
- e) Der GKV-Spitzenverband legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor.

## **B) Stellungnahme**

Zu a)

Die Überführung der außerklinischen Intensivpflege in eine eigenständige und im Vergleich zur aktuellen Regelung der häuslichen Krankenpflege erweiterte Rechtsgrundlage wird ausdrücklich begrüßt. Denn im Rahmen der häuslichen Krankenpflege werden insbesondere Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege von der verordnenden Ärztin oder vom verordnenden Arzt an den Pflegedienst delegiert. Vor allem die Durchführung von Maßnahmen der Beatmungsentwöhnung (das sog. Weaning) stellt eine ärztliche Aufgabe dar und kann deshalb nach aktueller Rechtslage ebenso wenig wie verpflichtende Kooperationen mit Fachärzten im Rahmen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt werden, die insoweit ausschließlich Leistungen der pflegerischen Langzeitversorgung von Intensivpflegebedürftigen vorsieht. Insbesondere die von Fachgesellschaften vorgetragene Situation, dass viele Beatmungspatienten auch wieder von der Beatmung entwöhnt werden könnten, deutet darauf hin, dass dem in der aktuellen Versorgung nur unzureichend Rechnung getragen wird. Durch die nunmehr vorgesehenen Spezialnormen zur außerklinischen Intensivpflege und zu den Anforderungen an die Leistungserbringer (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14) wird sichergestellt, dass die außerklinische Intensivpflege auch über die rein pflegerische Versorgung hinausgehend ausgerichtet wird. Durch die Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege können eine qualitativ hochwertige und dabei wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet und zugleich fiskalische Fehlanreize beseitigt werden.

Die vorgesehene gesetzliche Regelung definiert abstrakt den anspruchsberechtigten Personenkreis. Darüber hinaus wird in der Gesetzesbegründung auf die differenzierte Definition des Personenkreises abgestellt, die bereits für den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA gilt. Diese Konkretisierung ist sachgerecht und wird begrüßt, es empfiehlt sich jedoch, sie aus Gründen der Normenklarheit unmittelbar im Gesetzeswortlaut vorzunehmen. Dadurch werden Missverständnisse durch unterschiedliche Beschreibungen des anspruchsberechtigten Personenkreises vermieden.

Die vorgesehene nähere Ausgestaltung des Leistungsanspruchs sowie der Anforderungen an die qualifizierte Verordnung und die Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer durch eine Richtlinie des G-BA ist sachgerecht und wird begrüßt. Sie trägt zur einheitlichen Umsetzung bei.

Die Regelung, dass der G-BA nach Altersgruppen differenzierte Regelungen geben soll, wird grundsätzlich begrüßt. Dadurch lassen sich die unterschiedlichen Bedarfslagen von Erwachsenen einerseits sowie Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen andererseits besser abbilden. Das betrifft vor allem die Qualifikation der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer. Jedoch ist die Formulierung im Gesetzestext missverständlich. Dieser kann so

ausgelegt werden, dass zu allen Regelungen der Richtlinie differenzierte Regelungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte zu treffen oder sogar getrennte Richtlinie zu formulieren sind. Dies wäre nicht sachgerecht. So gibt es allgemeine Regelungen im Zusammenhang mit dem Verordnungs- und Genehmigungsverfahren, die für alle Altersgruppen gleichermaßen Anwendung finden. Das betrifft z.B. die Differenzierung von Erst- und Folgeverordnungen, das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse oder weitere allgemeinverbindliche Vorgaben. Um den unterschiedlichen Bedarfen in den jeweiligen Lebensphasen gerecht zu werden, sind somit keine nach Altersgruppen getrennte Richtlinien erforderlich. Um die Beratungen im G-BA nicht durch unnötige Verfahrensfragen zur Auslegung des Gesetzestextes zu verzögern, plädieren wir für die Klarstellung, dass der G-BA im Rahmen seiner Regelungen die besonderen Belange der jeweiligen Altersgruppen berücksichtigen muss.

In § 37c Abs. 1 SGB V ist vorgesehen, dass der G-BA u.a. auch Anforderungen an die Qualifikation der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination festlegt. Dies kann so ausgelegt werden, dass der G-BA konkret auch die Qualifikationsanforderungen der an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte festlegt. Parallel sieht § 132j Abs. 2 Nr. 1 SGB V vor, dass in den Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege die personellen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs zu regeln sind. Nach dem insoweit spezifischeren Wortlaut der Regelung des § 37c Abs. 1 SGB V liegt demnach die Kompetenz zur Regelung der Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege beim G-BA und nicht bei den Partnern der Rahmenempfehlungen nach § 132j SGB V.

Als problematisch hinsichtlich Bedarfsorientierung und Qualitätssicherung kann sich die gesetzliche Ermächtigung von Nicht-Vertragsärzten und Krankenhäusern zum Zweck der Erhebung und Dokumentation des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen erweisen. Ärzte könnten somit ohne Ansehung ihrer Qualifikation (Facharztstatus) oder eines tatsächlich bestehenden Versorgungsbedarfs an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Eine Unterversorgung, die eine bedingungslose Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung rechtfertigen könnte, ist nicht ersichtlich. Stattdessen ist damit zu

rechnen, dass sich mit entsprechenden Vergütungsregelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab eine ausreichende Anzahl von Vertragsärzten zur Verfügung stellen werden, um die Erhebung und Dokumentation durchzuführen. Der im Gesetzentwurf dargestellten Lösung ist daher eine Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse vorzuziehen, die auf Antrag die Qualifikation und einen bestehenden Bedarf feststellen können. Durch die persönliche Ermächtigung ist sichergestellt, dass die erforderlichen Qualifikationsanforderungen ständig erfüllt sind.

Zu b)

Gemäß § 37c Abs. 1 SGB V umfasst der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege neben der medizinischen Behandlungspflege auch eine Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsortes gemäß § 37c Abs. 2 SGB V. Damit diese Beratung sein Ziel einer informierten Entscheidung erreicht, müssen die organisatorischen Abläufe so geplant werden, dass die Beratung bereits vor der geplanten Krankenhausentlassung erfolgen kann. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass der Krankenkasse zu diesem Zeitpunkt weder die erforderlichen Informationen zum Wohnumfeld des Versicherten noch zur tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in diesem Setting vorliegen, sodass sich die Beratung in erster Linie nur auf die unterschiedlichen Anforderungen und Leistungsansprüche in den jeweiligen Versorgungsformen richten kann. Dies sollte zur Vermeidung von Missverständnissen im Gesetzeswortlaut klargestellt werden.

Ungeachtet dessen ist es auch für diese Beratung zwingend erforderlich, dass die Krankenkassen frühestmöglich vor der geplanten Krankenhausentlassung eine Information durch das Krankenhaus erhalten, dass eine Entlassung insbesondere einer/eines beatmungspflichtigen Versicherten oder einer/eines Versicherten mit einer Trachealkanüle vorgesehen ist. Auch dies sollte im Gesetzeswortlaut klargestellt werden und eine verbindliche Einbindung der Kranken- und Pflegekassen sollte im Entlassmanagement aufgenommen werden. Insofern wird auf die Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b) (§ 39 Abs. 1a SGB V) verwiesen.

Die außerklinische Intensivpflege ist eine sehr personalintensive Versorgungsform. Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege kann es aufgrund des Krankheitsbildes jederzeit zu unvorhergesehenen lebensbedrohlichen Veränderungen der Vitalfunktionen kommen. Daher ist die ständige Anwesenheit einer qualifizierten Pflegefachkraft im Sinne einer Interventionsbereitschaft notwendig, um im Notfall geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Diese Pflegefachkräfte benötigen bei der Versorgung von beatmungspflichtigen oder tracheotomierten Versicherten neben ihrer pflegerischen Grundausbildung eine Zusatzqualifikation im Bereich der

außerklinischen Beatmung und eine ausreichende einschlägige Berufserfahrung, um bei lebensbedrohlichen Situationen alleinverantwortlich die notwendigen Maßnahmen ergreifen zu können. Allerdings wird in der Praxis zunehmend deutlich, dass diese qualifizierten Pflegefachkräfte immer weniger am Arbeitsmarkt verfügbar sind, so dass eine 1:1-Versorgung im häuslichen Bereich immer schwieriger zu gewährleisten sein wird. Daher ist die Zielsetzung des IPRaG, die stationäre Versorgung u.a. durch den Abbau von höheren finanziellen Belastungen der Versicherten im Vergleich zur ambulanten Versorgung zu stärken, nachvollziehbar.

Zugleich stellt der Gesetzentwurf heraus, dass den Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistungserbringung richten, zu entsprechen ist, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist. Diese Regelungen erscheinen ausgewogen, da sie darauf ausgerichtet sind, den persönlichen Wünschen der oder des Versicherten zu entsprechen, soweit dies unter Berücksichtigung der medizinisch-pflegerischen Erfordernisse an dem Leistungsort ihrer oder seiner Wahl ermöglicht werden kann.

In dem neuen Abs. 2 sind die Orte, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann, aufgezählt. Die vorgesehene Herauslösung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege in Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI gemäß § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V (alte Fassung) und die Überführung in den Bereich der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V ist nachvollziehbar, da diese Regelung die intensivpflegerische Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe adressiert. Somit beinhaltet § 37c SGB V die außerklinische Intensivpflege in allen möglichen Versorgungssettings. Dies wird aus Gründen der Normklarheit begrüßt.

Hingegen ist die Aufnahme der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI als Ort der Leistungserbringung von außerklinischer Intensivpflege abzulehnen. Auch die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI im Kontext der Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege ist nicht zwingend auf Dauer ausgelegt, sodass in diesen Einrichtungen die Versorgung auch vorübergehend erfolgen kann. Von daher ist nicht erkennbar, warum neben den Einrichtungen nach § 43 SGB XI auch die Einrichtungen nach § 42 SGB XI als Ort der Leistungserbringung aufgenommen werden sollen, zumal Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht auf eine so hoch spezialisierte Versorgung vorbereitet sind und der Aufbau solcher dauerhaften Strukturen für nur vorübergehende Zeiträume der Inanspruchnahme nicht zweckmäßig sind.

Die Regelung, dass die Krankenkasse nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst feststellt, ob die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 SGB V (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege) vorliegen, ist sachgerecht. Sie entspricht dem Grunde nach

der Aufgabenstellung des Medizinischen Dienstes nach § 275 SGB V und könnte aus systematischen Gründen auch in dieser Vorschrift verortet werden. Die Prüfung des Vorliegens dieser grundsätzlichen Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 SGB V erfordert jedoch nicht zwingend die persönliche Begutachtung des Versicherten am Leistungsort. Dieser Aspekt der Prüfung der Grundvoraussetzungen sollte deshalb in § 37c Abs. 2 Satz 4 SGB V formal von der Prüfung weiterer Voraussetzungen in Abhängigkeit von dem gewählten Leistungsort (tatsächliche und dauerhafte Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung an diesem Ort), die nach dieser Vorschrift eine persönliche Begutachtung am Leistungsort erfordern, getrennt werden.

Die Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung muss als zentrale Anforderung an die außerklinische Intensivpflege jederzeit gewährleistet sein. Von daher ist die vorgesehene Überprüfung dieser Anforderung durch eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes am Leistungsort nachvollziehbar. Nicht zuletzt die Regelungen, wonach dabei die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen sind, verdeutlichen, dass dies vor allem für die häusliche 1:1-Versorgung und die Versorgung in Wohneinheiten Relevanz hat. Da insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 132j Abs. 5 Nr. 2 SGB V sowie Leistungserbringer, die Leistungen nach § 37c SGB V in Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Behindertenhilfe gemäß § 132j Abs. 5 Nr. 3 SGB V erbringen, entsprechend der beabsichtigten Regelungen in § 132j Abs. 5 SGB V Verträge mit den Krankenkassen schließen müssen, um Leistungen der außerklinischen Intensivpflege zu erbringen, in denen u.a. auch die strukturellen Voraussetzungen geregelt werden, ist davon auszugehen, dass die Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung an diesen Orten im Regelfall nicht gesondert überprüft werden muss. Der Medizinische Dienst sollte mit einer Begutachtung am Leistungsort gemäß § 37c Abs. 2 Satz 4 SGB V daher nur beauftragt werden, wenn die Versorgung in der Häuslichkeit im Rahmen einer 1:1-Versorgung oder in einer Wohneinheit erfolgen soll.

Die beabsichtigten Regelungen, dass die Leistung der außerklinischen Intensivpflege insbesondere in der Häuslichkeit versagt und auf andere Leistungsorte verwiesen werden kann, wenn dem Medizinischen Dienst das erforderliche Einverständnis zum Betreten der Wohnung der oder des Versicherten entweder durch der oder den Versicherten selber oder durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechtigte Person nicht erteilt wird, ist vor dem Hintergrund der gesetzlich definierten Anspruchsvoraussetzung der tatsächlich und dauerhaft sichergestellten medizinisch-pflegerischen Versorgung, die nur vor Ort sachgerecht geprüft werden kann, konsequent.



Zu c)

Die beabsichtigten Regelungen, dass Krankenkassen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI sowie die notwendigen Investitionskosten übernehmen, können insbesondere vor dem Hintergrund des geplanten Abbaus von rein fiskalischen Fehlankreizen für eine ambulante Versorgung nachvollzogen werden. Nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen ist die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen durch das Zusammentreffen von betragsmäßig begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung und ergänzenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege mit höheren Eigenbelastungen für die Versicherten verbunden als die ambulante Versorgung. Dieser finanzielle Nachteil der stationären Versorgung wird durch die geplanten Regelungen beseitigt. Dass dabei – ähnlich wie bei der stationären Hospizversorgung – der Leistungsanteil der Pflegeversicherung auf die Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI begrenzt und der Versicherte insoweit nicht mit Aufwendungen für weitergehende pflegerische Leistungen belastet wird, ist der besonderen Versorgungssituation der außerklinischen Intensivpflege geschuldet und insoweit sachgerecht. Unter Berücksichtigung des Gesamtkontextes ist auch die vorgesehene Übernahme der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI durch die Krankenkassen nachvollziehbar.

Die vorgesehene Möglichkeit der Krankenkassen, durch Satzungsregelungen zu bestimmen, dass Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, dauerhaft weitergewährt werden, wenn der Anspruch aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes entfällt, ist systemfremd und abzulehnen. Leistungen der Krankenkasse können nur erbracht werden, wenn die gesetzlich vorgesehenen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. Sofern der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes nicht mehr gegeben ist, ist nicht erkennbar, woraus sich ein dauerhaft fortwährender Anspruch auf Finanzierung der durch die Pflegeversicherung nicht finanzierten Kostenbestandteile ableiten ließe. Ein solcher Anspruch ließe sich auch mit Blick auf die Pflegeheimbewohner, die ohne eine zuvor eingetretene Besserung ihres Gesundheitszustandes einen vergleichbaren Versorgungsbedarf haben, nicht rechtfertigen. Dieser Maßstab muss auch bei Satzungsleistungen gelten.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf vom 15.05.2020 vorgeschlagen, zur Vermeidung von unbilligen Härten für eine begrenzte Übergangszeit nach Wegfall der den weitergehenden Leistungsanspruch begründenden Voraussetzungen für alle betroffenen Versicherten – also nicht in Form von kassenspezifischen Satzungsregelungen – die

Leistungen fortzugewähren, um den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu ermöglichen, sich auf die veränderte Versorgungslage vorzubereiten und ggf. eine anderweitige Versorgung zu organisieren. Die Bundesregierung hat dazu in ihrer Gegenäußerung eine Prüfung in Aussicht gestellt, ob die Satzungsermächtigung in eine an weitere Voraussetzungen gebundene Pflichtleistung umgewandelt wird. Wir empfehlen, in diese Prüfung den vom Bundesrat eingebrachten Vorschlag eines Leistungsanspruchs für eine begrenzte Übergangszeit einzubeziehen, die den Aspekten der Vermeidung unbilliger Härten und der möglichen Organisation einer anderweitigen Versorgung Rechnung trägt.

Zu d)

Nach den vorgesehenen Regelungen soll der Grundsatz der Zuzahlungspflicht von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, auch im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zur Anwendung kommen. Die geplante Zuzahlung für die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 10 EUR am Tag, längstens für 28 Kalendertage, entspricht der Systematik des § 61 SGB V. Jedoch sollte die Zuzahlungsregelung für die Versorgung in Wohneinheiten analog der Zuzahlungsregelung für die außerklinische häusliche Intensivpflege nach § 61 Satz 3 SGB V erfolgen, wonach 10 EUR je Verordnung und 10 % der Kosten als Zuzahlung zu leisten sind. Da es sich bei der Versorgung in Wohneinheiten im Sinne von § 132j Abs. 5 Nr. 1 SGB V rechtlich nicht um eine stationäre Versorgung handelt, sollten auch die Zuzahlungsregelungen aus dem ambulanten Bereich herangezogen werden. Eine finanzielle Überlastung der Versicherten wird durch die individuellen Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V verhindert.

Zu e)

Der GKV-Spitzenverband soll eine Berichtspflicht erhalten, indem einmalig bis zum Ende des Jahres 2026 dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit ein Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vorzulegen ist. Die Berichtspflicht beschränkt sich auf quantitative Angaben wie Angaben zur Leistungsdauer, zum Leistungsort, zu Widerspruchsverfahren und zu Satzungsleistungen. Entsprechend den Ausführungen unter „Zu d)“ sind Angaben zu Satzungsleistungen zu streichen.

## C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

§ 37c Abs. 1 wird wie folgt formuliert [Änderungen hervorgehoben]:

~~(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige medizinisch-pflegerische Interventionen bei lebensbedrohlicher Situation täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können, so dass eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft medizinisch erforderlich ist, haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse zu den jeweiligen Leistungsvoraussetzungen und -ansprüchen entsprechend der zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Sofern eine Überleitung aus der Krankenhausbehandlung erfolgen soll, ist das Krankenhaus verpflichtet, der zuständigen Krankenkasse zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine Information mit Nennung des Entlasstages zu geben, dass eine Entlassung einer Versicherten oder eines Versicherten mit einem Bedarf nach Satz 1 geplant ist. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben und zu dokumentieren. Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind können auch durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte durchgeführt werden oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt, soweit sie nehmen zu diesem Zweck gemäß § 95 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind teil. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem~~

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

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

Dabei sind die besonderen Belange für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte zu berücksichtigen.

§ 37c Abs. 2 wird wie folgt formuliert [Änderungen hervorgehoben]:

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

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

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung

an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.

Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 ~~und den Sätzen 1 bis 3~~ erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst getroffen. Bei einer Versorgung nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 wird die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach den Sätzen 2 und 3 erfüllt sind, durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung nach Satz 5 jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach ~~Absatz 1 und den Sätzen 1~~ bis 3 nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung nach Satz ~~5~~ zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. Die Leistung an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 kann versagt und der Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden, wenn die medizinisch-pflegerische Versorgung an diesen Orten nicht sichergestellt ist bzw. das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten

1. durch die oder den Versicherten oder

2. durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechtigte Person

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

In § 37c Abs. 3 wird Satz 2 gestrichen.

§ 37c Abs. 4 wird wie folgt formuliert [Änderungen hervorgehoben]:

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr an die Krankenkasse. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Ort im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.

In § 37c Abs. 5 werden in Satz 2 Nummer 4 hinter dem Wort „Ergebnis“ ein Punkt eingefügt und das Wort „sowie“ und die anschließende Nummer 5 gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 22 von 110

## **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. 3 Buchstabe a)

### **§ 39 Abs. 1 SGB V – Qualifizierte ärztliche Einschätzung von Beatmungspatienten**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch den hinzugefügten Satz wird die qualifizierte ärztliche Einschätzung von Beatmungspatienten vor Entlassung oder Verlegung Teil der Krankenhausbehandlung.

#### **B) Stellungnahme**

Vor einer Entlassung oder einer Verlegung eines Beatmungspatienten sollte geprüft werden, ob alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, dem Patienten ein Leben ohne Beatmung zu ermöglichen. Daher ist es gut und sinnvoll, dass diese eigentlich selbstverständliche Untersuchung nun Teil der Krankenhausbehandlung wird.

Im Nachgang wird auszugestalten sein, wie und von wem diese Untersuchung vorzunehmen ist. Insbesondere muss in Zusammenarbeit mit den relevanten Fachgesellschaften festgelegt werden, welche qualifizierten und unabhängigen Fachärzte geeignet sind, diese Untersuchung vorzunehmen. Die genaue Beschreibung der qualifizierten ärztlichen Einschätzung von Beatmungspatienten wird im Rahmen der OPS-Fortentwicklung für das Jahr 2021 im DIMDI erfolgen. Entsprechende Vorschläge wurden im Vorschlagsverfahren zum OPS 2021 eingereicht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. 3 Buchstabe b)

### **§ 39 Abs. 1a Satz 6 (neu) SGB V – Krankenhausbehandlung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung soll im Rahmen des Entlassmanagements ein Krankenhaus die erforderliche Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus verordnen können.

#### **B) Stellungnahme**

Die geplante Verordnung einer Krankenhausbehandlung durch das entlassende Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements soll es ermöglichen, gezielt eine Weiterbehandlung im Rahmen eines Weaningzentrums zu verordnen.

Viele langzeitbeatmete Patienten könnten von einer weiteren Behandlung in Weaningeinheiten profitieren:

„Bei sehr komplexem prolongierten Weaningprozess gelingt es in spezialisierten Weaningzentren/-einheiten in ca. 50 % der Fälle doch noch, ein Weaningversagen abzuwenden.“ (Leitlinie AWMF S2-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“)

Die Intention wird daher begrüßt, der dafür vorgesehene Weg ist jedoch nicht systemkonform und wird deshalb abgelehnt. Verlegungen zwischen Krankenhäusern sind keine Entlassungen, bedürfen also keiner Integration in das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V.

Die vorgeschlagene Regelung würde zudem die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Entlassmanagement nicht auf Beatmungspatienten begrenzen, sondern für nahezu 20 Mio. Krankenhausfälle in Deutschland ermöglichen.

Die Regelung wird daher abgelehnt.

Hilfsweise könnte die Regelung nur auf Beatmungspatienten eingeschränkt werden.

Sofern Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden, sollten die Krankenhäuser darüber hinaus verpflichtet werden, diese Fälle frühzeitig an die Kranken- und Pflegekassen zu melden, damit diese ihrer Verpflichtung nach §39 Absatz 1a Satz 5 SGB V zur Unterstützung der Patienten beim Entlassmanagement auch nachkommen können und die in diesem Bereich häufig vorkommende Fehlversorgung verhindern.

**C) Änderungsvorschlag**

Art. 1 Nummer 3 Buchstabe b) (§ 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V) ist zu streichen.

Hilfsweise könnte § 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V wie folgt formuliert werden:

„Das Entlassmanagement von Beatmungspatienten umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.“

Nach Satz 7 wird folgender neuer Satz 8 eingefügt:

„Im Fall der Entlassung einer oder eines Versicherten in die außerklinische Intensivpflege im Sinne des § 37c informiert das Krankenhaus die zuständige Kranken- und Pflegekasse zum frühestmöglichen Zeitpunkt über die geplante Entlassung.“



## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4 Buchstabe a)

### **§ 40 Abs. 2 Satz 4 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Mehrkostentragung durch die Versicherten)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Versicherte, die eine andere zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen, als die von der Krankenkasse nach Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 8 SGB IX) vorgesehene, sollen die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht mehr wie bisher vollständig, sondern nur noch zur Hälfte tragen. Die verbleibenden Mehrkosten sollen durch die Krankenkasse übernommen werden. Darüber hinaus soll klargestellt werden, dass die im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts entstehenden Mehrkosten durch die Krankenkasse zu übernehmen sind.

#### **B) Stellungnahme**

Nach der aktuellen gesetzlichen Regelung haben die Krankenkassen bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung die berechtigten Wünsche der Versicherten zu berücksichtigen. Grundsätzlich muss jedoch die Rehabilitationseinrichtung für die jeweilige Indikation des Rehabilitanden geeignet sein. Bei der Entscheidung über das Wunsch- und Wahlrecht wird unter Berücksichtigung der Regelungen des § 8 SGB IX auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen. Mehrkosten durch die Versicherten sind daher nur dann zu tragen, wenn für die Auswahl einer anderen Einrichtung kein ausreichender Grund vorliegt. Mit der vorgesehenen gesetzlichen Änderung, wonach entstehende Mehrkosten, die nicht vom Wunsch- und Wahlrecht gedeckt sind, nur noch zur Hälfte durch die Versicherten zu tragen sind, soll ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf das „freie“ Wahlrecht der Versicherten bei einer stationären Rehabilitation gestärkt werden. Diese Regelung ist nicht konsistent, da einerseits auf das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX hingewiesen würde, nach dem – wie für alle anderen Rehabilitationsträger auch – nur berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen ist, andererseits aber in der Konsequenz ein „freies“ Wahlrecht eingeräumt würde, das die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung mit Mehrkosten belastet. Neben der dargestellten widersprüchlichen Ausgestaltung der Vorschrift selbst würde dies auch dem ansonsten durch die Krankenkasse bei der Entscheidung über die Leistungen zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V widersprechen. Auch bedarf es keiner weitergehenden gesetzlichen Klarstellung, dass die Krankenkasse die bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts entstehenden Mehrkosten zu

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizini-  
scher Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 26 von 110

übernehmen hat, wenn diese durch berechtigte Wünsche begründet und somit angemessen  
sind.

**C) Änderungsvorschlag**

Art. 1 Nr. 4 Buchstabe a) wird gestrichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

### **§ 40 Abs. 3 Sätze 2 bis 10 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Einleitung einer medizinischen Rehabilitation)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation soll nicht mehr durch die Krankenkasse überprüft werden, sofern der Vertragsarzt geeignete Abschätzungsinstrumente für die Überprüfung der geriatrischen Indikation eingesetzt hat. Der Krankenkasse soll mit der Verordnung die Anwendung des geeigneten Abschätzungsinstruments nachgewiesen und das Ergebnis der Abschätzung übermittelt werden.

Des Weiteren soll die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in allen anderen Fällen, also bei nicht-geriatrischen Rehabilitationsleistungen, hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK abweichen können. Diese Stellungnahme soll den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

Die Krankenkasse soll den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung mitteilen und Abweichungen von der Verordnung begründen. Darüber hinaus sollen auch Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen über die Krankenkassenentscheidung informiert werden, wenn die Versicherten entsprechende Einwilligungen in Textform erteilt haben.

Es ist vorgesehen, dass die Ärztinnen und Ärzte vor der Verordnung die Versicherten über die Möglichkeit einer Einwilligung informieren, um weiteren Personen und Einrichtungen die Entscheidung der Krankenkasse mitzuteilen. Die Ärztinnen und Ärzte sollen die Krankenkasse über den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung informieren.

Hinsichtlich der o. g. Einführung von Abschätzungsinstrumenten soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien nach § 92 SGB V Auswahl, Einsatz und Nachweis der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente regeln. Weiterhin soll der G-BA festlegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.

## **B) Stellungnahme**

Die mit der beabsichtigten Regelung verbundenen Zielsetzungen der Stärkung der geriatrischen Rehabilitation und des schnellen Zugangs zu diesen Leistungen sind insbesondere vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft nachvollziehbar. Den Krankenkassen in diesen Fällen die Überprüfung der medizinischen Indikation zu untersagen, ist jedoch nicht sachgerecht. Nach den aktuellen und insoweit auch von den vorgesehenen Änderungen nicht tangierten gesetzlichen Regelungen tragen die Krankenkassen die Verantwortung dafür, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. § 12 SGB V). Von daher müssen die Krankenkassen auch die Möglichkeit haben, die Indikationsstellung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu überprüfen. Entscheidend für eine sachgerechte und schnelle Leistungsentscheidung ist eine qualifizierte vertragsärztliche Verordnung, zu der geeignete Abschätzungsinstrumente sicherlich beitragen können. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese allein – so wie in der Gesetzesbegründung auch zutreffend dargestellt – nicht ausreichend sind, um die Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose qualifiziert einzuschätzen sowie realistische Rehabilitationsziele zu formulieren. Neben den Informationen bzw. Ergebnissen aus den Abschätzungsinstrumenten sind weitere, individuelle Bewertungen zur Stellung der Rehabilitationsindikation erforderlich, die einer Überprüfung durch die Krankenkassen nicht entzogen werden sollten. Vor diesem Hintergrund werden diese vorgesehenen gesetzlichen Änderungen abgelehnt.

Sofern dennoch daran festgehalten wird, ist zu berücksichtigen, dass die vorgesehene gesetzliche Regelung als Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, die vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation vorsieht. Die Krankenkasse kann das Vorliegen dieser Voraussetzung nur sachgerecht überprüfen, wenn ihr zur Ergänzung der vertragsärztlichen Verordnung das angewendete Abschätzungsinstrument mit der Verordnung übermittelt wird. Nach dem Gesetzeswortlaut ist zwar vorgesehen, dass die Anwendung des Abschätzungsinstruments bei der Übermittlung nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung mitzuteilen ist. Wie ein solcher Nachweis ohne Beifügung des angewendeten Instruments erfolgen soll, ist nicht erkennbar. Von daher sollte im Gesetzeswortlaut klargestellt werden, dass das Instrument der Verordnung beizufügen ist.

Die beabsichtigte gesetzliche Änderung, dass die Krankenkasse bei einer vertragsärztlichen Verordnung "anderer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" von der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme abweichen kann, ist nicht erforderlich. Die aktuelle gesetzliche Regelung sieht in § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vor, dass die Krankenkassen die Notwendigkeit u.a. der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in

Stichproben durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen müssen. Die dazu ergangene „Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ausnahmen davon nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V“ (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung) vom 02.07.2008 enthält Regelungen zur Häufigkeit und zum Anlass einer gutachterlichen Stellungnahme zu Anträgen von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation. Danach sind die Krankenkassen unabhängig von den Regelungen zur Prüfung in Stichproben verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Danach beauftragen die Krankenkassen bereits heute den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme, wenn sie Zweifel an der medizinischen Erforderlichkeit haben. Sofern bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit von der vertragsärztlichen Verordnung abgewichen wird, basiert dies deshalb auf einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK.

Wie oben ausgeführt, tragen die Krankenkassen nach der aktuellen gesetzlichen Regelung die Verantwortung für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde vor diesem Hintergrund § 106b Abs. 4 Nr. 3 SGB V dahingehend geändert, dass ärztliche Verordnungen von Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte unterliegen. Dies wurde damit begründet, dass die Krankenkassen die Maßnahmen im Vorfeld genehmigen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten haben. Wenn nun mit der vorgesehenen gesetzlichen Änderung weder die Krankenkassen die Erforderlichkeit einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation überprüfen dürfen noch die Verordnungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V unterliegen, entsteht insoweit eine Regelungslücke. Insofern sind die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V im Hinblick auf die geplante Regelung in § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V wieder auf die Verordnungen entsprechender Rehabilitationsleistungen zu erstrecken.

Mit der Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme an den Versicherten und – mit Einwilligung – an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte wird eine mit anderen Leistungsbereichen vergleichbare Situation geschaffen und Transparenz in der Leistungsprüfung hergestellt.

Die beabsichtigten Regelungen zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte sowie mit Einwilligung der Versicherten an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen durch die Krankenkasse können im Interesse und zur Unterstützung der Versicherten nachvollzogen werden.

Das vorgesehene Prozedere zur ärztlichen Information des Versicherten über die Möglichkeit der Erteilung von Einwilligungen, zur Einholung von Einwilligungen durch diese sowie zur Übermittlung an die Krankenkasse stellt ein geeignetes Verfahren dar, da damit der unmittelbare Kontakt zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patienten genutzt werden kann. Zur rechtssicheren und einheitlichen Umsetzung der beabsichtigten Regelungen ist jedoch eine gesetzliche Änderung dahingehend erforderlich, dass in den Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 8 SGB V Vorgaben zum Inhalt und zur Form der abgegebenen Einwilligungen sowie zur Übermittlung des Inhalts der Einwilligung an die Krankenkassen festzulegen sind.

Die mit der beabsichtigten Regelung zur Anschlussrehabilitation (AR) verbundene Zielsetzung eines schnellen Zugangs ist nachvollziehbar. Der vorgesehenen Regelung bedarf es dazu jedoch nicht, da es bereits langjährig etablierte und gut funktionierende Strukturen bei den Krankenkassen gibt, die innerhalb kurzer Fristen die vollständige Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen inklusive des Vorrangs ambulanter Leistungen und der Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Trägerbereichen sicherstellen. Im Rahmen der Vereinbarung zum Krankenhausentlassmanagement kommt für den Bereich der GKV ein einheitlicher Vordrucksatz zur Anschlussrehabilitation zur Anwendung, der in der Praxis zu einem vereinfachten Antragsverfahren beiträgt, das innerhalb kurzer Fristen umgesetzt wird. Damit wird ein schneller Zugang zur Anschlussrehabilitation erreicht, sodass kein Bedarf besteht, die vorherige Überprüfung im Rahmen eines Antragsverfahrens abzuschaffen. Sofern insoweit in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen wird, mit dem vorgesehenen Verfahren würde ein einheitliches Verfahren herbeigeführt, das auch in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt würde, ist dies nicht zutreffend, da es in der Rentenversicherung je nach Träger durchaus unterschiedliche Verfahren gibt, welche mitunter divergierende Ansätze hinsichtlich einer Direktverlegung haben.

Sofern daran festgehalten wird, in vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Fallgestaltungen der Anschlussrehabilitation von der vorherigen Überprüfung durch die Krankenkasse abzusehen, dürfte sich diese Regelung nur auf die medizinische Indikation beziehen und nicht auf weitere Anspruchsvoraussetzungen, wie insbesondere die Subsidiarität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger nach § 40 Abs. 4 SGB V. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass den Ausführungen in der Gesetzesbegründung „Demgegenüber gelten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung für die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weitergehende Voraussetzungen. Neben der ärztlich festgestellten medizinischen Erforderlichkeit dieser Leistungen müssen weitere anspruchsbegründende Voraussetzungen erfüllt werden.“ offensichtlich das Verständnis zugrunde liegt, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wäre – anders als in der Rentenversicherung – nur die

Überprüfung der medizinischen Indikation für eine Rehabilitationsleistung Gegenstand der Antragsprüfung. Dies ist – wie ausgeführt – nicht zutreffend.

### C) Änderungsvorschläge

Im vorgesehenen Gesetzestext von Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa) werden

- die Sätze 1 und 2 gestrichen,
- der vorgesehene Satz 3 wie folgt gefasst:  
„Von der vertragsärztlichen Verordnung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt.“
- der vorgesehene Satz 9 wie folgt gefasst:  
„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 das Nähere zum Inhalt und Nachweis einer abgegebenen Einwilligung nach Satz 6.“

**Sofern an der vorgesehenen Änderung in Artikel 1 Nr. 4 b) Doppelbuchstabe aa) festgehalten wird, bedarf es folgender Anpassungen:**

In Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b) wird der Gesetzestext in Doppelbuchstabe aa) wie folgt geändert:

Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft. Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente, die der vertragsärztlichen Verordnung bei der Übermittlung an die Krankenkasse beizufügen sind.“

In Satz 9 sind die Wörter „und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3“ durch die Wörter „, das Nähere zum Inhalt und Nachweis einer abgegebenen Einwilligung nach Satz 8“ zu ersetzen und die Wörter „Überprüfung der“ durch die Wörter „Überprüfung der medizinischen Indikation durch die“ einzufügen.

In Artikel 1 Nr. 4 wird folgender Buchstabe ergänzt:

c) § 106b SGB V wird wie folgt geändert:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 32 von 110

In Abs. 4 Nr. 3 werden hinter der Ziffer „7“ die Wörter „mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2“ eingefügt.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 33 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

### **§ 40 Abs. 3 Satz 13 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Behandlungsdauer der geriatrischen Rehabilitation)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige Regelung zur Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen soll für die geriatrische Rehabilitation insofern weiter gefasst werden, dass diese Leistungen zukünftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage (vorher: längstens für) oder stationär für drei Wochen (vorher: längstens für) erbracht werden sollen. Auch weiterhin soll eine Verlängerung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation möglich sein, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

#### **B) Stellungnahme**

Der beabsichtigten Änderung bedarf es nicht, da die aktuellen Regelungen mit längstens 20 Behandlungstagen bzw. 3 Wochen den notwendigen Rahmen für bedarfsgerechte Leistungen geben und geriatrische Rehabilitationsleistungen in der Regel für 20 Behandlungstage bzw. 3 Wochen erbracht werden. Des Weiteren sollte sich die Behandlungsdauer grundsätzlich nach der medizinischen Indikation und Notwendigkeit richten. Die Regelung zur Verlängerung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entspricht der bisherigen Regelung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) ist zu streichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 34 von 110

**Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

**§ 40 Abs. 3 Satz 15 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regeldauer)**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der Neueinfügung der Sätze 2 bis 10 und 14 in Abs. 3 wird im neuen Satz 15 die Angabe „Satz 4“ durch „Satz 13“ ersetzt.

**B) Stellungnahme**

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 35 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe dd)

### **§ 40 Abs. 3 Satz 16 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (4-Jahres-Frist)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung, dass eine Leistung zur ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren wiederholt werden kann, sofern nicht medizinische Gründe eine vorzeitige Maßnahme erforderlich machen, soll nur noch für Versicherte gelten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr soll dieser Grundsatz aufgehoben werden.

#### **B) Stellungnahme**

Der Wegfall der formalen Vier-Jahresfrist für eine Wiederholungsmaßnahme für Kinder und Jugendliche ist nachvollziehbar. Dies entspricht den Zielen der Kinder- und Jugendgesundheit und trägt den besonderen Belangen des Kindes- und Jugendalters Rechnung. Zugleich erfolgt damit eine Angleichung an die Regelungen der Rentenversicherung im SGB VI, was vor dem Hintergrund der gleichrangigen Zuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung begrüßt wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 36 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe ee)

### **§ 40 Abs. 3 Satz 19 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regeldauer)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der Neueinfügung der Sätze 2 bis 10 und 14 in Abs. 3 wird im neuen Satz 19 die Angabe „Satz 8“ durch „Satz 18“ ersetzt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 37 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe ff)

### **§ 40 Abs. 3 Satz 21 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es soll eine dreimalige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Erfahrungen mit dem Wegfall der Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen bei vertragsärztlichen Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation vorgesehen werden. Der Bericht soll über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag erstmalig für das Jahr 2021 bis zum 30.06.2022 und danach jährlich bis zum 30.0.2024 vorgelegt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Zum beabsichtigten Wegfall der Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen bei vertragsärztlichen Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa).

Sofern an den vorgesehenen Änderungen bei der Entscheidung der Krankenkasse über eine aus dem vertragsärztlichen Bereich verordnete Leistung zur geriatrischen Rehabilitation festgehalten wird, ist die Erstellung eines Erfahrungsberichtes grundsätzlich nachvollziehbar. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Berichterstattung einem besseren Einblick in das Versorgungsgeschehen der geriatrischen Rehabilitation dienen. Zudem sollen die Bearbeitungsverfahren bei den Krankenkassen nachvollziehbarer werden. Hierzu soll der Bericht neben der quantitativen Entwicklung des Leistungsgeschehens in der geriatrischen Rehabilitation (z.B. Anzahl der Anträge, Anzahl der genehmigten, durchgeführten und abgelehnten Leistungsentscheidungen) auch die Bedeutung von ambulant verordneten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen in der Versorgung darstellen. Im Weiteren sollen die Erfahrungen mit dem Einsatz der geriatrischen Abschätzungsinstrumente quantitativ und qualitativ abgebildet und die Bearbeitungsdauer der Krankenkassen berücksichtigt werden. Die qualitative Ausrichtung des Berichtes in Bezug auf die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung der geriatrischen Rehabilitation erfordert sowohl eine Einbeziehung der Perspektive der Verordner als auch eine objektive Beurteilung der Verordnungsqualität unter Berücksichtigung der Abschätzungsinstrumente und ggf. der Ergebnisse der durchgeführten Rehabilitationsleistungen. Da im laufenden Verfahren auch keine Einbeziehung des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der medizinischen Indikation anhand der Ordnungsunterlagen vorgesehen

ist, werden auch insoweit keine Erfahrungen vorliegen. Es müssten demnach einzelfallbezogene Unterlagen anonymisiert zur Verfügung gestellt und ggf. unter Einbindung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ausgewertet werden. Dies verdeutlicht, dass die vorgesehene qualitative Ausrichtung des Berichtes auch in Bezug auf das Ordnungsverfahren und die Erfahrungen mit dem Einsatz von Abschätzungsinstrumenten nicht allein mit den Mitteln des GKV-Spitzenverbandes und den auf Seiten der Krankenkassen verfügbaren Informationen umgesetzt werden kann. Der in der Gesetzesbegründung konkretisierte Berichtsauftrag ist damit nicht umsetzbar. Sofern an dieser inhaltlichen Ausrichtung des Berichtes festgehalten werden soll, bedarf dies weitergehender Regelungen im Gesetzeswortlaut, insbesondere zu weiteren an der Erstellung des Berichtes Beteiligten sowie deren Datenübermittlungsverpflichtungen.

Im Weiteren ist hinsichtlich des Zeitpunkts der erstmaligen Berichterstattung zu berücksichtigen, dass die bei der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation zur Anwendung kommenden Assessments zunächst durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Rehabilitations-Richtlinie festzulegen sind. Daher sollte der Zeitpunkt der Vorlage des ersten Berichtes unter Berücksichtigung des Inkrafttretens der angepassten Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und der vorgenannten inhaltlichen Ausrichtung festgelegt werden. Sofern sich bereits der 1. Bericht auf ein vollständiges Kalenderjahr beziehen soll, wäre eine 1. Berichtserstellung frühestens für das Jahr 2022 realistisch. Darüber hinaus sollte der Zeitpunkt der jährlichen Vorlage des Berichtes mit Blick auf die Verfügbarkeit der relevanten Daten der amtlichen Statistik frühestens auf den 30.09. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres festgelegt werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Ein möglicher inhaltlicher Änderungsbedarf steht in Abhängigkeit von der Konkretisierung der Anforderungen an den Bericht. Diese Anforderungen sind auch bei der Festlegung des Zeitrahmens und Zeitpunktes für die 1. Berichterstellung zu berücksichtigen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 39 von 110

**Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 5

**§ 41 Abs. 1 Satz 4 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 41 SGB V soll eine aktuell nicht zutreffende Verweisung korrigiert werden.

**B) Stellungnahme**

Die Änderung stellt eine korrekte Verweisung sicher.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 6

### **§ 61 – Zuzahlungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI, sowie in Wohneinheiten soll in § 61 Satz 2 SGB V ergänzt werden. Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege an den in § 37c Abs. 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten soll in § 61 Satz 3 SGB V ergänzt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die geplante Zuzahlung für die außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI in Höhe von 10 EUR am Tag entspricht vor dem Hintergrund der stationären Versorgungssettings der Systematik des § 61 SGB V und ist somit sachgerecht. Jedoch sollte die Zuzahlungsregelung für die Versorgung in Wohneinheiten analog der Zuzahlungsregelung für die außerklinische häusliche Intensivpflege nach § 61 Satz 3 SGB V erfolgen, wonach 10 EUR je Verordnung und 10 % der Kosten als Zuzahlung zu leisten sind. Hintergrund dafür ist, dass es sich bei der Versorgung in Wohneinheiten im Sinne von § 132j Abs. 5 Nr. 1 SGB V rechtlich nicht um eine stationäre Versorgung handelt. Folglich sollten auch die Zuzahlungsregelungen aus dem ambulanten Bereich herangezogen werden

#### **C) Änderungsvorschläge**

Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

In Satz 2 werden nach den Wörtern „stationäre Maßnahmen“ die Wörter „und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43 des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches“ eingefügt

Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

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



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 41 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 7

### **§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 soll um die außerklinische Intensivpflege ergänzt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung bewirkt, dass die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung wird. Dies ist vor dem Hintergrund des neuen § 37c SGB V sachgerecht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 42 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 8

### **§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 soll um die außerklinische Intensivpflege ergänzt werden. Außerdem ist den Vereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen sowie den für die Wahrnehmung der Interessen von ambulanten Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

#### **B) Stellungnahme**

Bei der geplanten Änderung handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung vor dem Hintergrund des neuen § 37c Abs. 1 SGB V, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere u.a. zur Verordnung und zum Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege in einer Richtlinie bestimmen soll.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 43 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 9

### **§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung der Faktion**

Der Gesetzesentwurf sieht in § 105 Abs. 1a die Möglichkeit zur Bildung eines Strukturfonds durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vor mit den entsprechenden Folgeregelungen in den Absätzen 1c und 4.

#### **B) Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehenen Änderungen in § 105 SGB V ab. Die vertragszahnärztliche Versorgung ist derzeit nicht gefährdet. Nach Kenntnis des GKV-Spitzenverbandes gibt es in Deutschland keine unterversorgten Planungsbereiche oder Planungsbereiche mit einer drohenden Unterversorgung. Aus diesem Grunde wird kein Handlungsbedarf zur Einführung von Strukturfonds mit entsprechenden Folgeregelungen für die vertragszahnärztliche Versorgung gesehen.

Für den Fall, dass bereits vorsorglich Maßnahmen für eine Gleichverteilung der Vertragszahnärzte angestrebt würden, wäre es zunächst erforderlich, die Verteilungswirksamkeit der Bedarfsplanung auch auf die Gruppe der Vertragszahnärzte auszudehnen. Derzeit erfolgt keine Sperrung von gut versorgten Planungsbereichen, die in der Folge zu Zulassungen in schlechter versorgten Planungsbereichen führen könnten.

Die Regelungen nach § 101 SGB V zur Überversorgung gelten für Vertragszahnärzte nicht. Aus diesem Grund sieht es der GKV-Spitzenverband als erforderlich an, dass vor einer Einführung eines Strukturfonds die Bedarfsplanung mit ihren Instrumenten zur Verteilung (d. h. Sperrung bei Überversorgung) in der vertragszahnärztlichen Versorgung Einsatz findet.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Art. 1 Nr. 9 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 44 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 10 Buchstabe a)

### **§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Dem Absatz 2 soll der Satz angefügt werden, dass Absatz 5 Satz 5 und 6 entsprechend gelten. Damit wird die für Vergütungsvereinbarungen zuständige Schiedsstelle nach § 111b SGB V auch für die Entscheidung über Konflikte beim Abschluss von Versorgungsverträgen zuständig.

#### **B) Stellungnahme**

Die Schaffung eines Konfliktlösungsmechanismus auch in Bezug auf den Abschluss von Versorgungsverträgen kann nachvollzogen werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 45 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 10 Buchstabe b

### **§ 111 Abs. 5 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es soll geregelt werden, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V für Vergütungsvereinbarungen mit stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht. Ferner kann die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

#### **B) Stellungnahme**

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs soll die Außerkraftsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität des § 71 SGB V die o. g. Einrichtungen in die Lage versetzen, durch höhere Vergütungen Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tariferhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen. Ferner wird klargestellt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Beschränkung von Vergütungserhöhungen auf die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ist eine wichtige Regelung zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings sieht § 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V bereits in seiner aktuellen Fassung die Möglichkeit der Überschreitung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bei Vergütungsvereinbarungen vor, wenn dies auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung erforderlich ist. Von dieser Ausnahmeregelung wird in der Praxis auch Gebrauch gemacht. Wenn es im Zusammenhang mit der geplanten gesetzlichen Klarstellung, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, politisch als notwendig erachtet wird, über die in § 71 Abs. 1 SGB V bereits vorgesehenen Ausnahmeregelungen hinaus weitere Regelungen vorzu-

sehen, bedarf dies nicht der vollständigen Aufgabe der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Dem Anliegen könnte vielmehr durch eine Regelung ausreichend Rechnung getragen werden, dass „insoweit“ der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht gilt (siehe die vergleichbare Regelung in § 132a Abs. 4 Satz 7 SGB V bezüglich der Vereinbarung von Vergütungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege).

Die in diesem Kontext vorgesehene Regelung zum Nachweis der Zahlung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gegenüber der Krankenkasse wird begrüßt. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass bei der Abwägung der als erforderlich angesehenen Maßnahmen, auch mögliche Fehlansätze zu bedenken sind. So könnten die vorgesehenen Regelungen die Tarifparteien dazu verleiten, höhere Tarifabschlüsse zu vereinbaren als sonst üblich, weil eine Refinanzierung zu Lasten der Beitragszahler vorgesehen ist.

### **C) Änderungsvorschlag**

Sofern an der Aufweichung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgehalten wird, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

In Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 47 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 10 Buchstabe c)

### **§ 111 Abs. 7 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vereinbaren. Die Rahmenempfehlungen sollen sich auf den Inhalt, den Umfang und die Qualität der Leistungen, auf Grundsätze einer leistungsrechtlichen Vergütung und ihrer Strukturen sowie auf die Anforderungen zum Nachweis der Zahlung von Vergütungen bis zur Höhe von tarifvertraglichen Vergütungen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gegenüber den Krankenkassen erstrecken. Vereinbarungen zur Qualitätssicherung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen auf der Bundesebene nach § 137d SGB V sollen von den Rahmenempfehlungen unberührt bleiben. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach § 111 Abs. 2 SGB V und den Vergütungsverträgen nach § 111 Abs. 5 SGB V zugrunde zu legen.

Kommen die Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die nach § 111b Abs. 6 SGB V neu einzurichtende Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen anrufen. Diese setzt den betreffenden Rahmenvertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

#### **B) Stellungnahme**

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf wird es als kritisch betrachtet, dass es für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen weder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch übergreifend für alle Rehabilitationsträger einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen gibt. Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen sowie einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen, soll geregelt werden, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen. Zur Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung sei eine leistungsgerechte Vergütung der

Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Diese Anliegen können grundsätzlich nachvollzogen werden, allerdings sind die nachfolgenden Aspekte zu berücksichtigen.

Die Rehabilitationsträger sind seit Jahren aktiv darum bemüht, möglichst einheitliche Strukturvorgaben für die Versorgungsverträge zu schaffen. So bilden die gemeinsamen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene abgestimmten Strukturkriterien des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens einen einheitlichen Bezugsrahmen für die strukturellen Anforderungen an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Es gibt differenzierte Kriterienkataloge für 11 unterschiedliche Indikationen. Darüber hinaus sind trägerübergreifend folgende Rahmenempfehlungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) abgestimmt worden, die zugleich auch für den Bereich der stationären Rehabilitation als Orientierung dienen sollen:

- Ambulante pneumologische Rehabilitation
- Ambulante neurologische Rehabilitation
- Ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen
- Ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Ambulante onkologische Rehabilitation
- Ambulante dermatologische Rehabilitation
- Ambulante kardiologische Rehabilitation

Für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation, der primär für die GKV bedeutsam ist, haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation herausgegeben.

Für die Vergütung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gibt es auf der Bundesebene bisher keine Empfehlungen, zumal die Vergütungen nach § 111 Abs. 5 SGB V nicht auf Ebene der Landesverbände der Krankenkassen, sondern zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen zu vereinbaren sind. Dabei sind u. a. Tagessätze, differenzierte Fallpauschalen sowie Zuschläge für besondere Aufwendungen vereinbart. Die Vertragspartner der Vergütungsverträge haben also für die jeweiligen landesbezogenen oder regionalen Besonderheiten und die dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden Aufwendungen jeweils geeignet erscheinende Lösungen gefunden

Da die Beachtung regionaler Unterschiede der Kostenstrukturen nur durch die Vertragspartner in den einzelnen Ländern sachgerecht umgesetzt werden kann, müssen die Rahmenempfehlungen den notwendigen Spielraum lassen. Die vorgeschlagenen Regelungen können dazu beitragen, einen versichertenorientierten Vertragswettbewerb zu stärken. Es sind dazu



jedoch Anpassungen notwendig. Zentral ist zu berücksichtigen, dass Versorgung immer regional gestaltet werden muss und nicht bundeseinheitlich entworfen werden kann. Das gilt insbesondere für den Rehabilitationsbereich, der regional sehr unterschiedlich aufgestellt ist. Das gilt beispielsweise hinsichtlich der Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bei der neurologischen und geriatrischen Versorgung. Ähnliche Unterschiede bestehen im Zusammenspiel mit der Deutschen Rentenversicherung und ihren regionalen Zuständigkeiten. Die Versorgung ist daher gerade in der Rehabilitation zwingend durch regionale Verträge zu gestalten. Die Rahmenempfehlungen müssen demnach generell Spielraum für regionale Besonderheiten eröffnen.

Grundsätzlich ist die Einführung einer Schiedsstellenentscheidung nach § 111b Abs. 6 SGB V als Konfliktlösungsmechanismus zu begrüßen, um Verhandlungsblockaden zu überwinden. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 12 verwiesen.

### **C) Änderungsvorschlag**

In Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c) wird in Abs. 7 Satz 3 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt „dabei sind regionale Besonderheiten einschließlich regionaler Kostenstrukturen zu berücksichtigen“.

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 11

### **§ 111a Abs. 1 Satz 2 – Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die vorgesehene Neuregelung nach § 111 Abs. 7 SGB V zum Abschluss von Rahmenempfehlungen auf Bundesebene soll auch für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen gelten. Auch mit dem Müttergenesungswerk und den Verbänden, die die Interessen gleichartiger Einrichtungen vertreten, sind entsprechende Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. Im Falle einer Nichteinigung sind diese Rahmenempfehlungen von der neu einzurichtenden Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 SGB V festzusetzen.

#### **B) Stellungnahme**

Zur Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen gelten sinngemäß die gleichen Anmerkungen wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass im Jahre 2001

- a) Anforderungsprofile für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V und
- b) Anforderungsprofile für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 111a SGB V

mit dem Müttergenesungswerk (MGW) und dem (jetzt) Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) vereinbart wurden. Diese Anforderungsprofile sind so ausgelegt, dass die Anforderungen an die Strukturqualität unter Berücksichtigung des besonderen Versorgungsauftrages die betroffenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht überfordern.

Nach intensiven Verhandlungen in den Jahren 2018 – 2019 hat der Gemeinsame Ausschuss der Vertragspartner nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V (QS-Reha®-Verfahren) eine aktualisierte Fassung des Strukturkriterienkataloges für Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen beschlossen. Diese Kriterien werden ab 2021 in Kraft treten. Bei den Verhandlungen hat sich gezeigt, dass für die Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen ein Festhalten an den in den Anforderungsprofilen festgelegten Leistungsbedingungen von hoher Wichtigkeit war. Deshalb besteht für den Versorgungsbereich der Mutter/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitation kein Regelungsbedarf.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 51 von 110

Sollte gleichwohl an den vorgesehenen gesetzlichen Änderungen festgehalten werden, gelten durch die Verweisregelung auf § 111 Abs. 7 n. F. die gleichen Anmerkungen wie zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c).

**C) Änderungsvorschlag**

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c).

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 52 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 12 Buchstabe a)

### **§ 111b – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Überschrift soll aufgrund beabsichtigter Neuregelungen redaktionell angepasst werden.

#### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 12 Buchstabe b)

### **§ 111b Abs. 6 – Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Bundesschiedsstelle)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene sollen eine gemeinsame Schiedsstelle einrichten. Diese soll im Falle einer Nichteinigung über die Rahmenempfehlungen für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation nach § 111 Abs. 7 SGB V, für entsprechende Rahmenempfehlungen für den Bereich der Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen und für die ambulante Rehabilitation nach § 111c Abs. 5 SGBV die Inhalte der Rahmenempfehlungen festsetzen. Die Schiedsstelle soll sich aus Vertretern der Krankenkassen und den für die Erbringer von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammensetzen. Für den Vorsitzenden und die beiden unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Über den Vorsitzenden und die zwei unparteiischen Mitglieder sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Für die Bildung der Schiedsstelle gilt eine Frist von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, soll die Bestellung nach vorheriger Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgen. Das BMG kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen sowie weitere Einzelheiten regeln. Durch Verweise auf § 129 Abs. 9 und 10 Satz 1 SGB V sollen das Abstimmungsverfahren der Schiedsstelle sowie die Aufsichtsführung des BMG über die Schiedsstelle geregelt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Zur Überwindung von Verhandlungsblockaden beim Abschluss der Rahmenempfehlungen nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 Satz 2 und 111c Abs. 5 SGB V wird ein Konfliktlösungsmechanismus in Form der vorgesehenen Bundesschiedsstelle als sachgerecht angesehen. Die Besetzung der Schiedsstelle aus Vertretern der Krankenkassen und der Verbände der Leistungserbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern wird als angemessen und ausgewogen bewertet.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizini-  
scher Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 54 von 110

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 55 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 13 Buchstabe a)

### **§ 111c Abs. 3 Sätze 2 bis 4 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V soll für die Vergütungsvereinbarungen der Krankenkassen mit den Trägern der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht gelten. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen soll nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

#### **B) Stellungnahme**

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b) wird verwiesen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Sofern an der Aufweichung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgehalten wird, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

In Absatz 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

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

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 13 Buchstabe b)

### **§ 111c Abs. 5 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenempfehlungen)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen vereinbaren. Die Rahmenempfehlungen sollen sich auf den Inhalt, den Umfang und die Qualität der Leistungen sowie auf Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie auf das Verfahren zum Nachweis der Zahlung von Vergütungen bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter oder nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen geltenden Vergütungen gegenüber den Krankenkassen erstrecken.

Kommen die Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, sollen die Rahmenempfehlungspartner die nach § 111b Abs. 6 SGB V neu einzurichtende Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen anrufen. Diese soll den betreffenden Rahmenvertragsinhalt innerhalb von drei Monaten festsetzen.

#### **B) Stellungnahme**

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe c) wird verwiesen.

Redaktionell ist darauf hinzuweisen, dass in Abs. 5 Satz 1 das Wort „Erbringung“ durch das Wort „Erbringer“ zu ersetzen ist.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe b) wird in Abs. 5

- Satz 1 das Wort „Erbringung“ durch das Wort „Erbringer“ ersetzt,
- Satz 3 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt „dabei sind regionale Besonderheiten einschließlich regionaler Kostenstrukturen zu berücksichtigen“.



## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 14

### **§ 132j Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach §§ 42 oder 43 SGB XI erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nach Abs. 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abgeben.
- b) Im Fall der Nichteinigung soll der Inhalt der Rahmempfehlungen durch eine von den Rahmenempfehlungspartnern zu bildende gemeinsame Schiedsstelle festgelegt werden. Die Schiedsstelle soll aus insgesamt 14 Mitgliedern bestehen (6 Vertreter der Krankenkassen, zwei Vertreter der vollstationären Pflegeeinrichtungen, zwei Vertreter der Leistungserbringer nach Abs. 5 Nr. 2, zwei Vertreter der ambulanten Pflegeeinrichtungen und zwei unparteiische Mitglieder). Die unparteiischen Mitglieder haben je drei Stimmen. Jedes andere Mitglied hat eine Stimme. Kommt eine Einigung nicht zustande, geben die Stimmen des Vorsitzenden den Ausschlag. Entscheidungen sollen mit einer einfachen Mehrheit getroffen werden. Die unparteiischen Mitglieder sollen einvernehmlich von den Trägerorganisationen der Schiedsstelle bestimmt werden. Sofern dies nach Fristsetzung nicht gelingt, sollen sie durch das BMG bestellt werden.
- c) Die Krankenkassen sollen über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung Verträge mit Leistungserbringern schließen. Im Fall der Nichteinigung soll der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine unabhängige Schiedsperson bestimmt werden. Es soll geregelt werden, dass Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V so lange fortgelten, bis sie durch Versorgungsverträge nach § 132j SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1. Die Leistungserbringer sollen verpflichtet werden, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen teilzunehmen.
- d) In Absatz 6 wird geregelt, dass falls sich die Vertragspartner nicht einigen können, der Vertragsinhalt von einer Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgesetzt wird.

- e) Die Krankenkassen sollen die für die infektionshygienische Überwachung zuständigen Gesundheitsämter über jeden Leistungserbringer, der in ihrem Auftrag außerklinische Intensivpflege erbringt, informieren.

## **B) Stellungnahme**

Aus rechtstechnischer Sicht sei darauf hingewiesen, dass die Paragraphenbezeichnung des § 132j SGB V sowie des § 132k SGB V durch Einfügungen im Rahmen des Masernschutzgesetzes belegt sind und deshalb der vorgesehenen Einfügung eines § 132j SGB V die Bezeichnung § 132l SGB V zugewiesen werden sollte. Aus Transparenzgründen wird im Rahmen dieser Stellungnahme jedoch weiterhin die Bezeichnung § 132j SGB V verwendet.

Zu a)

Um eine einheitliche Versorgung der Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege zu erreichen, wird die beabsichtigte Neuregelung zum Abschluss von Rahmenempfehlungen auf der Bundesebene begrüßt.

Abs. 2 enthält eine Aufzählung der insbesondere zu regelnden Inhalte der Rahmenempfehlungen, die grundsätzlich sachgerecht ist. Es wird zudem begrüßt, dass entsprechend der verschiedenen Formen der Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege (Intensivpflege-Wohneinheiten, vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI und Häuslichkeit des Versicherten) jeweils spezifische Regelungen zu treffen sind. In den Rahmenempfehlungen sollen auch Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nicht ärztlichen Leistungserbringern geregelt werden (siehe Absatz 2 Nr. 3). Daneben hat der G-BA gemäß § 92 Abs. 7 Nr. 2 SGB V und zukünftig nach § 37c Abs. 1 Satz 8 Nr. 2 SGB V den Auftrag, Inhalt und Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer sowie Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten zu regeln. Diese Regelungen der Richtlinie des G-BA sind bei den Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege zu berücksichtigen.

Aufgrund der zu Artikel 1 Nr. 2 vorgeschlagenen Streichung der Kurzzeitpflege als Ort der Leistungserbringung ist die Bezugnahme auf den § 42 SGB XI hier ebenfalls zu streichen (s. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2).

Zu b)

Die Festlegung der Rahmenempfehlungsinhalte durch eine Schiedsstelle, für den Fall, dass keine Einigung erzielt werden kann, wird begrüßt. Die Schaffung einer eigenständigen Schiedsstelle für die Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege ist sachgerecht. § 132j Abs. 4 Satz 10 SGB V ordnet an, dass die Bestellung der unparteiischen Mitglieder sowie ihrer Stellvertreter durch das BMG erfolgt, wenn eine Einigung auch nach Fristsetzung nicht zustande kommt. Insofern sollte sprachlich klargestellt werden, dass diese ersatzweise Bestellung durch die Aufsichtsbehörde nur ergänzend erfolgt, „soweit“ eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande gekommen ist. Schließlich ist es denkbar, dass die Trägerorganisationen sich auf einzelne unparteiische Mitglieder bzw. Stellvertreter einigen, während andere Besetzungen strittig bleiben.

Zu c)

Nach § 132j Abs. 5 SGB V sollen die Krankenkassen auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen über die außerklinische Intensivpflege Versorgungsverträge mit geeigneten Leistungserbringern schließen. In diesem Zusammenhang sollte geregelt werden, dass Verträge nur mit Leistungserbringern geschlossen werden können, die insoweit die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsschluss aufweisen. Der Begriff der „Zuverlässigkeit“ wurde bereits in anderen Vorschriften der Sozialgesetzbücher im Zusammenhang mit geeigneten Vertragspartnern verwendet (z.B. § 71 Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur zuverlässigen Fachkraft bei Betreuungsdiensten). Auch in der Begründung zu Artikel 1 Nr. 2 Absatz 2 wird dargestellt, dass der Medizinische Dienst bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers die auftragserteilenden Krankenkassen (§ 275b Absatz 2 Satz 8 in Verbindung mit § 277 Absatz 1 Satz 4 SGB V), die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Absatz 3b Satz 3 SGB V) sowie die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde (§ 115 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) informieren soll.

Es ist erforderlich, die Zuverlässigkeit als Anforderung gesetzlich vorzusehen, da die gesetzlichen Regelungen des § 132j SGB V – wie auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V – Kontrahierungszwang für den Vertragsschluss vorsehen. Folglich müssen Verträge mit Leistungserbringern geschlossen werden, die insoweit die formalen Voraussetzungen erfüllen. Ohne Regelungen zur Zuverlässigkeit des Leistungserbringers als Anforderungen für den Vertragsabschluss gibt es keinerlei Möglichkeiten der Krankenkassen, den Vertragsabschluss zu verweigern, wenn der Leistungserbringer z.B. unter einem neuen Namen neu firmiert und in der Vergangenheit durch Abrechnungsbetrug oder eine schlechte Versorgungsqualität auffällig geworden ist und somit Zweifel an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers bestehen.

Außerdem sollte analog § 132a Abs. 4 Sätze 7–8 SGB V auch geregelt werden, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können und der Leistungserbringer verpflichtet ist, die Bezahlung jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.

Mit der Streichung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Schaffung einer Spezialnorm gemäß § 37c SGB V entfällt auch die vertragsrechtliche Grundlage für die außerklinische Intensivpflege gemäß § 132a Abs. 4 SGB V. Wir begrüßen die Regelung, dass die bestehenden Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V zur häuslichen Krankenpflege im Rahmen einer Übergangsfrist solange weiterlaufen sollen, bis ein Vertrag nach § 132j Abs. 5 SGB V geschlossen wurde. Um einen zügigen Abschluss der Verträge nach § 132j Abs. 5 Nr. 3 SGB V sicherzustellen, ist es zudem sachgerecht, dass die Übergangsfrist nicht mehr als 12 Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 132j Abs. 1 SGB V beträgt.

Die Verpflichtung der Leistungserbringer auf ein internes Qualitätsmanagement sowie deren verpflichtende Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V und § 114 ff SGB XI werden begrüßt.

Der inhaltlichen Gesetzssystematik und auch der Gesetzesbegründung zu Abs. 5 folgend, schlagen wir vor, die Verortung des Abs. 6 Sätze 1 und 2 zu ändern und diese dem Abs. 5 als Sätze 2 und 3 zuzuordnen. Dies würde eine inhaltliche Kongruenz der Regelungen herstellen.

Zu d)

Die Festlegung des Inhalts des Versorgungsvertrags durch eine Schiedsperson, für den Fall, dass zwischen den Vertragspartnern keine Einigung erzielt werden kann, wird begrüßt. Die Vertragspartner sollen sich auf eine Schiedsperson einigen. Sofern eine Einigung nicht zustande kommt ist vorgesehen, dass die für die Landesverbände der Krankenkassen zuständige Aufsichtsbehörde eine Schiedsperson bestimmt. Vor dem Hintergrund, dass die Versorgungsverträge zur Erbringung der außerklinischen Intensivpflege von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen sind, schlagen wir vor, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Schiedsperson bestimmt.

Zu e)

Dass die Krankenkassen die zuständigen Gesundheitsämter über jeden in ihrem Auftrag tätigen Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege informieren, wird grundsätzlich begrüßt. Da die Verträge jedoch gemeinsam und einheitlich durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen geschlossen werden, sollte insoweit auf diese Akteure

abgestellt werden. Durch die Regelung wird den Gesundheitsämtern ermöglicht, die infekti-onshygienische Überwachung bürokratiearm durchzuführen. Dies trägt zur Qualitätssiche-rung in der außerklinischen Intensivpflege bei. Jedoch bleiben die nähere Ausgestaltung zum Meldeverfahren sowie zu den zu übermittelnden Daten an das zuständige Gesundheitsamt offen. Daher wird vorgeschlagen, dass der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der Bun-desvereinigung der kommunalen Spitzenverbände das Nähere zum Meldeverfahren festlegt.

Des Weiteren soll durch Art. 2 Nr. 2 die Anzeigepflicht von Leistungserbringern im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, die Versicherte in organisierten Wohneinheiten intensivpflege-risch versorgen, in § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V folgerichtig gestrichen werden. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass Versicherte gemeinschaftliches Wohnen selbst organisieren und somit mehrere Versicherte mit Anspruch auf § 37c SGB V in einer zusammenhängenden häuslichen Umgebung durch Leistungserbringer nach § 132j Abs. 5 Nummer 4 SGB V ver-sorgt werden. Darüber muss nicht zuletzt aufgrund der Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen Transparenz hergestellt werden, sodass eine Anzeigepflicht für diese Versorgungskonstellationen vorgesehen werden sollte.

### C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 14 wird wie folgt geändert:

§ 132j Abs. 1 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von voll-stationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach ~~den §§ 42 oder § 43~~ des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leis-tungen nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisati-onen auf Bundesebene haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalender-monats] gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Inten-sivpflege zu vereinbaren. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundes-vereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenemp-fohlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Ab-satz 5 zugrunde zu legen.“

§ 132j Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach ~~den §§ 42 oder § 43~~ des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Leistungserbringern nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle.“
- Satz 11 SGB V wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„~~Kommt~~ Soweit eine Einigung nicht zu Stande kommt, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.“

§ 132j Abs. 5 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

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

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

Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 2 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts-

und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Leistungserbringer, die mehrere Versicherte gemeinsam in einer zusammenhängenden häuslichen Umgebung versorgen, haben dies der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst wurden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.“

**§ 132j Abs. 6 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:**

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

**§ 132j Abs. 7 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:**

„(7) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen informieren die für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Absatz 6 Satz 1 und Absatz 6a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämter über jeden Leistungserbringer, der in ihrem Auftrag Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringt. Das Nähere zum Meldeverfahren legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände fest.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 64 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 15 Buchstabe a)

### **§ 275 – Begutachtung und Beratung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Von der Regelung, wonach die Krankenkassen die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans u.a. in Stichproben vor Bewilligung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen müssen, sollen vertragsärztliche Verordnungen der geriatrischen Rehabilitation ausgenommen werden.

#### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur vorgesehenen gesetzlichen Änderung durch Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa), sodass auf die diesbezügliche Stellungnahme verwiesen wird.

#### **C) Änderungsvorschläge**

Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe a) wird gestrichen.

**Sofern an Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) festgehalten wird: keiner**



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 65 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 15 Buchstaben b) und c)

### **§ 275 Begutachtung und Beratung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es soll geregelt werden, dass die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob ein Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Abs. 2 Satz 1 besteht.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung, dass die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst zu prüfen haben, ob ein Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V haben, ist eine Folgeänderung zur Einführung der neuen Leistungen nach § 37c SGB V. Die ausschließliche Bezugnahme auf Satz 1 des § 37c Abs. 2 SGB V entspricht jedoch nicht den differenzierten Regelungen zur Einbeziehung des Medizinischen Dienstes in § 37c Abs. 2 SGB V. Aus Gründen der Normenklarheit sollte deshalb auf § 37c Abs. 2 SGB V Bezug genommen werden. Zudem sei darauf hingewiesen, dass durch das MDK-Reformgesetz § 275 Abs. 2 Nr.5 gestrichen wurde; dies ist in den Änderungsbefehlen zu berücksichtigen.

#### **C) Änderungsvorschläge**

In Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b) wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe c) wird wie folgt gefasst:

c) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„5. den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 Satz 1,“.

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 16

### **§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen zur Durchführung und zum Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sollen um den neuen Leistungsanspruch der außerklinischen Intensivpflege ergänzt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung, dass neben der häuslichen Krankenpflege auch die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege unter die Regel- und Anlassprüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275b SGB V fallen, wird begrüßt. Für Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege, die eine Wohneinheit betreiben oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist vorgesehen, dass diese einer Regelprüfung nach § 275b Abs. 1 Satz 1 SGB V und nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Im Hinblick auf die spezifischen strukturellen und personellen Anforderungen an die außerklinische Intensivpflege ist diese Regelung mit Blick auf die Qualitätssicherung und auf die Patientensicherheit sachgerecht. Dadurch kann sichergestellt werden, dass regelhaft Personen mit einem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf in die Qualitätsprüfungen dieser Leistungserbringer einbezogen werden. Außerdem ist dadurch sichergestellt, dass die Regelprüfungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege unangekündigt erfolgen können, da bei Prüfungen nach § 114 Abs. 2 SGB XI i. V. m. § 114a Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB XI in der Regel eine Ankündigung vorgesehen ist. Insbesondere im Bereich der außerklinischen Intensivpflege ist eine unangekündigte Prüfung bei jeder Versorgungsform erforderlich. Die Argumentation, dass dem Pflegedienst die Möglichkeit der organisatorischen Vorbereitung gegeben werden muss, greift hier nicht, da im Rahmen dieser Versorgung in der Regel rund um die Uhr eine qualifizierte Pflegefachkraft vor Ort ist.

Die vorgesehene Änderung zu Abs. 2 Satz 2 wird begrüßt. Der Verweis auf § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V ist folgerichtig, da nicht im Satz 12, sondern im Satz 14 die Anzeigepflicht von organisierten Wohneinheiten geregelt wird. Dadurch sind grundsätzlich unangemeldete Prüfungen durch den Medizinischen Dienst in Wohneinheiten in der Übergangszeit sowohl bei Leistungserbringern, die noch nach § 132a Abs. 4 SGB V vertraglich gebunden sind als auch bei Betreibern von Wohneinheiten nach § 132j Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V und in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 132j Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V möglich.

In Räumlichkeiten nach § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI umfassen die Leistungen der Eingliederungshilfe die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege (§ 103 Abs. 1 SGB IX). Es ist damit von einer vollständigen Integration von Pflegeleistung in den Rahmen der Eingliederungshilfe auszugehen. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI ebenfalls um stationäre Leistungsorte bzw. ausweislich des § 71 Abs. 4 Nummer 3 Buchstabe c um Leistungsorte handelt, an denen der Umfang der Gesamtversorgung regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung einer vollstationären Einrichtung entspricht, sind auch in diesen Einrichtungen und Räumlichkeiten grundsätzlich unangemeldete Prüfungen durch den Medizinischen Dienst zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund, dass auch an diese Leistungserbringer spezifische Anforderungen an die Versorgungsqualität sowie die personelle und strukturelle Ausstattung gestellt werden, ist es sachgerecht, Doppelprüfung nach § 275b SGB V und § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB IX durchzuführen. Gleiche Anforderungen an die Durchführung von Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI erscheinen vor dem Hintergrund der vergleichbaren Versorgungsumfänge dieser Orte der Leistungserbringung angezeigt.

Gemäß Abs. 3 hat der Medizinische Dienst den Medizinischen Dienst Bund über die Erfahrungen und Ergebnisse der Prüfungen sowie über Erkenntnisse der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege zu berichten. Aufgrund des neuen Leistungsanspruchs nach § 37c SGB V ist die außerklinische Intensivpflege entsprechend einer Folgeänderung zu ergänzen.

Sofern bei den Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V Mängel durch den Medizinischen Dienst festgestellt werden, fehlt es derzeit an einer eindeutigen gesetzlichen Grundlage zur Erstellung von entsprechenden Maßnahmenbescheiden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. bei Anlassprüfungen auch durch die Krankenkassen. Im Bereich der Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI gibt es im § 115 Abs. 2 SGB XI eine entsprechende Vorschrift. Des Weiteren fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage analog des § 114 Abs. 4 Satz 4 SGB XI, um bei festgestellten Qualitätsdefiziten auch Wiederholungsprüfungen in Auftrag geben zu können. Daher schlagen wir vor, analog der vorgenannten Regelungen im SGB XI auch im § 275b SGB V entsprechende Regelungen aufzunehmen. Da es sich bei einem Maßnahmenbescheid um einen Verwaltungsakt gemäß § 31 SGB X handelt, trägt die vorgeschlagene Ergänzung zur Rechtssicherheit bei.

Durch entsprechende Verweise ist sichergestellt, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vor einer Regelprüfung mit der für die Prüfung nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde abstimmen (§ 114 Absatz 3 SGB XI)

und diese bei teil- oder vollstationärer Pflege beteiligen (§ 114a Absatz 2 SGB XI). Es fehlt jedoch ein Verweis auf § 117 SGB XI in § 275b SGB V, der die Zusammenarbeit der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des Medizinischen Dienstes mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde regelt sowie die Meldung von Daten über die Leistungserbringer und von Erkenntnissen aus Qualitätsprüfungen gewährleistet.

### C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 Nr. 16 wird um folgende Änderungen ergänzt:

Buchstabe b) wird um folgende Doppelbuchstaben ergänzt:

dd) Nach dem neuen Satz 3 wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich oder bei einer von einer Krankenkasse beauftragten Anlassprüfung von der zuständigen Krankenkasse eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 275b Absatz 3 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

In Buchstabe c) wird der Doppelbuchstabe aa) wie folgt gefasst:

In Satz 2 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, 7 mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 abgeschlossen haben“ eingefügt.

Nach Buchstabe c) werden folgende Buchstaben d) bis f) ergänzt:

d) Nach Absatz 2 wird folgender neuer Abs. 2a eingefügt:

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

e) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 69 von 110

„(2b) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die Krankenkasse nach Anhörung des Trägers des Pflegedienstes und der beteiligten Trägervereinigung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger des Pflegedienstes hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

f) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden nach der Angabe „häusliche Krankenpflege“ die Wörter „und der außerklinischen Intensivpflege“ ergänzt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 70 von 110

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 17

### **§ 303 Ergänzende Regelungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Werden den Krankenkassen von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Daten nicht im Wege elektronischer Datenerfassung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, sollen sie die Daten nacherfassen. Diese Verpflichtung gilt bisher im Datenaustausch nach § 301 SGB V nur für die Daten von Krankenhäusern, nicht aber für die Daten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung der Verpflichtung zur Nacherfassung von Daten, die den Krankenkassen nicht im Wege elektronischer Datenerfassung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt wird, ist sachgerecht. Denn damit geht die Folge einher, dass die Krankenkassen nach § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung stellen. Damit wird die Nacherfassung der Daten von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gleichstellt mit der Nacherfassung von Daten aus anderen Leistungserbringerbereichen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 1

### **§ 37 Häusliche Krankenpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Anspruch auf sog. außerklinische Intensivpflege soll aus der häuslichen Krankenpflege herausgelöst und in einer eigenständigen Vorschrift (§ 37c SGB V, siehe Artikel 1 Nr. 2) geregelt werden. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege soll nicht für Versicherte bestehen, die insoweit einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V haben. Zudem soll Satz 8 aufgehoben werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ausgliederung der außerklinischen Intensivpflege aus der häuslichen Krankenpflege wird begrüßt (insoweit wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 verwiesen). Die beabsichtigte Folgeänderung in § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V sowie die Streichung des Satz 8 sind sachgerecht.

Die beabsichtigte Regelung, dass neben der außerklinischen Intensivpflege keine Häusliche Krankenpflege verordnet werden kann, ist für Versorgungsfälle, in denen die Versicherten tatsächlich auch 24 Stunden außerklinische Intensivpflege erhalten, sachgerecht. In der Praxis gibt es jedoch auch Versorgungsfälle, bei denen die Versicherten nicht ganztägig einen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben oder die außerklinische Intensivpflege durch Familienangehörige teilweise sichergestellt wird. In diesen Fällen muss gewährleistet werden, dass zu den Zeiten, in denen außerklinische Intensivpflege durch einen nach § 132j SGB V zugelassenen Leistungserbringer nicht erbracht wird aber ein Bedarf an häuslicher Krankenpflege besteht, der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege, z. B. zur Versorgung einer chronischen Wunde, bestehen bleibt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Artikel 2 Nr. 1 wird Buchstabe a) wie folgt gefasst:

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 72 von 110

„Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege für die Zeit, in der ein Anspruch nach § 37c besteht und die Leistungen nach § 37c tatsächlich erbracht werden.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 73 von 110

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 2

### **§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 132a SGB V sollen der Regelungsauftrag der Partner der Bundesrahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege in Bezug auf die intensivpflegerische Versorgung sowie die Anzeigepflicht von organisierten Wohneinheiten gestrichen werden.

#### **B) Stellungnahme**

Bei den geplanten Änderungen handelt es sich um sachlogische Folgeänderungen aufgrund der neuen Spezialnormen zur außerklinischen Intensivpflege.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 74 von 110

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 3

### **§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 275b Abs. 2 Satz 2 SGB V soll geregelt werden, dass Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst bei Leistungserbringern nach § 132j Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 SGB V grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind. Der Verweis auf Leistungserbringer, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege außerklinische Intensivpflege in Wohneinheiten erbringen, wird gestrichen.

#### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung zur Neuregelung der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Jedoch sollten alle Leistungserbringer nach § 132j Abs. 5 unangemeldet geprüft werden (s. unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 16).

#### **C) Änderungsvorschlag**

Artikel 2 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 75 von 110

### **Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 1

#### **§ 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 SGB XI**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 wird eingefügt „insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18 Absatz 1 Satz 3“. Die Pflegekassen werden durch die Ergänzung verpflichtet, im Rahmen der Beratung auf deren Umsetzung besonderes Augenmerk zu richten und die Versicherten dementsprechend zu unterstützen.

##### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung erscheint sachgerecht und entspricht den Regelungen der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Gemäß Abschnitt 2.2.2 (Rehabilitation) der Pflegeberatungs-Richtlinien wird zu Rehabilitationsmaßnahmen beraten, sofern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater hat zudem beispielsweise auf Wunsch bei der Stellung des Antrags auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation und weiteren Schritten, die der Inanspruchnahme der Rehabilitation dienen, zu unterstützen.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsvorschlag

### **Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 2

#### **§ 17 Richtlinien der Pflegekassen**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 17 Abs. 1b Satz 1 soll die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V für die Richtlinie zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen die hälftigen Kosten trägt, durch den neuen Leistungsanspruch der außerklinischen Intensivpflege ersetzt werden.

##### **B) Stellungnahme**

Bei dem Einbezug des neuen Leistungsanspruchs der außerklinischer Intensivpflege für die Richtlinie zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen die hälftigen Kosten trägt, handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung. Vor dem Hintergrund, dass die Leistungsansprüche der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V jedoch für eine Übergangszeit parallel bestehen, ist der neue Leistungsanspruch nach § 37c SGB V zunächst zu ergänzen. Somit kann sichergestellt werden, dass die Richtlinie zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen die hälftigen Kosten trägt, angewendet werden kann, wenn neben den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI entweder häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V oder außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V bezogen wird.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Artikel 3 Nr. 2 wird um folgende Änderungen ergänzt:

In § 17 Absatz 1b Satz 1 wird nach den Wörtern „häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V“ die Wörter „oder außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V“ eingefügt.

### **Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI)**

Nr. 3

#### **§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Mit der Ergänzung in Absatz 1 wird die Pflegekasse verpflichtet, die im Rahmen der Pflegebegutachtung empfohlenen Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen und die Information, dass mit der Zuleitung der Mitteilung über einen Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger mit Einwilligung des Antragstellers ein Antragsverfahren ausgelöst wird, auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder den behandelnden Ärzten des Antragstellers schriftlich oder elektronisch zuzuleiten, soweit der Antragsteller dazu seine Einwilligung erteilt. Zudem wird die Pflegekasse verpflichtet, den Medizinischen Dienst unverzüglich über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers zu informieren und mit Einwilligung des Antragstellers auch die behandelnden Ärzte, Angehörigen, Personen seines Vertrauens sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch zu informieren.

Dem Medizinischen Dienst kommt die Aufgabe zu, im Rahmen der Begutachtung den Antragsteller über die o. g. Möglichkeiten und über das Erfordernis der Einwilligung zu informieren. Die Einwilligung ist schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

- b) Mit der Ergänzung in Absatz 2 soll die jährliche Berichtspflicht der Pflegekassen über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegeversicherung und die Erfahrungen mit den Umsetzungen der medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitationen, weiter konkretisiert und erweitert werden. Die Pflegekassen sollen verpflichtet werden, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung des Antragstellers zu einer Rehabilitationsmaßnahme entgegenstehen. Zudem soll berichtet werden, was die jeweilige Pflegekasse in diesem Zusammenhang unternommen hat. Außerdem sollen die Maßnahmen genannt werden, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihre Aufgaben gemäß §§ 18a Abs. 1 SGBXI und 31 Abs. 3 SB XI nachzukommen. Mit der erweiterten Berichtspflicht erwartet der Gesetzgeber eine verbesserte Datenlage.

## **B) Stellungnahme**

zu a)

Die vorgenommene Ergänzung in Absatz 1 ist nur teilweise nachvollziehbar. Die Einbindung von vielen verschiedenen Personen und Institutionen in den Entscheidungsprozess zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme wird als nicht sinnvoll erachtet. Denn es kann nicht immer davon ausgegangen werden, dass eine Rehabilitationsmaßnahme auch von allen Personen des Antragstellers unterstützt wird. Aufgrund insbesondere eigener Erfahrungen von An- und Zugehörigen, wird zu einer Rehabilitationsmaßnahme zu- oder abgeraten. Dies kann zu einer zusätzlichen Überforderung des Antragstellers führen. Zudem ist es datenschutzrechtlich zumindest bedenklich, dass Dritte ungefragt und ohne ihr Einverständnis über medizinische Sachverhalte des Antragstellers informiert werden sollen. Dies betrifft auch die Weitergabe ihrer Adressdaten an die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste. Es müsste zunächst aufwändig ermittelt werden, ob ein solches Einverständnis überhaupt erteilt wird.

Zu begrüßen ist die Einbindung des behandelnden Arztes des Antragstellers. Dieser sollte grundsätzlich in Entscheidungen, die den Krankheitsverlauf seines Patienten beeinflussen könnten, mit einbezogen werden.

zu b)

Der Gesetzgeber reagiert mit der in Absatz 2 beabsichtigten Ausweitung der Berichtspflicht auf die nach seiner Auffassung zu geringe Einwilligungsquote zur Weiterleitung von Rehabilitationsempfehlungen an den zuständigen Rehabilitationsträger. Es ist allerdings fraglich, ob das Nachfassen nach den Gründen, warum ein Versicherter nicht an der Durchführung einer empfohlenen Rehabilitationsmaßnahme interessiert ist, zu einer besseren Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen führt oder zumindest zu mehr Transparenz beiträgt.

Die Gründe, die einen Versicherten von der Einwilligung zu einer Rehabilitationsmaßnahme abhalten, können zum einen sehr vielfältig sein und zum anderen ist nicht immer zu erwarten, dass der Versicherte den tatsächlichen Grund für seine ablehnende Haltung nennt. Unabhängig davon ist der Versicherte nicht verpflichtet, der anfragenden Pflegekasse überhaupt Gründe zu nennen. Er könnte sich dabei auch auf den Datenschutz berufen. Da der Versicherte weder zur Auskunft gegenüber der Pflegekasse verpflichtet ist noch sich die Pflegekasse sicher sein kann, dass der Versicherte den tatsächlichen Grund für seine ablehnende Haltung gegenüber einer Rehabilitationsmaßnahme nennt, rechtfertigt der Aufwand den eine Pflegekasse für die Kontaktaufnahme mit dem Versicherten sowie für die Dokumentation und Auswertung aufwendet, nicht das zu erwartende Ergebnis. Denn dies dürfte kaum zu verwer-

ten sein. Insoweit ist die Verpflichtung, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung des Antragstellers zu einer Rehabilitationsmaßnahme entgegenstehen und die entsprechende Berichtspflicht zu streichen.

Soweit die Pflegekassen zusätzlich darüber berichten sollen, was sie unternehmen, um ihren Aufgaben nach §§ 18a Abs. 1 und 31 Abs. 3 SGB XI nach zu kommen, ist nicht erkennbar, welche Angaben hier erwartet werden und welcher Nutzen aus solchen Angaben zu ziehen ist. Im Übrigen sind die Aufgaben, die die Pflegekassen nach den vorgenannten Regelungen zu erbringen haben, klar umrissen. Die Regelung ist zu streichen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Art. 3 Nr. 3 a) wird wie folgt geändert:

„Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Empfehlung nach Satz 2 auch seiner behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information mit Einwilligung des Antragstellers unverzüglich an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt des Antragstellers, schriftlich oder elektronisch weiter. Über die Möglichkeiten nach den Sätzen 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zu informieren. Die Einwilligung ist schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

Art. 3 Nr. 3 b) wird gestrichen.

### **Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI)**

Nr. 4

#### **§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung in Absatz 3 soll auch bei einer Empfehlung oder Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, deren Erfordernis nicht im Rahmen einer Begutachtung nach § 18 Abs. 1 SGB XI festgestellt worden ist, die Möglichkeit eröffnet werden, dass neben dem Versicherten weitere Personen und Institutionen des Vertrauens über die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes und über die Leistungsentscheidung des Rehabilitationsträgers informiert werden, soweit die Bewilligung des Versicherten vorliegt.

##### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung ist mit Blick auf die parallele Ergänzung in § 18a Abs. 1 SGB XI zwar sachlogisch, allerdings gelten hinsichtlich der Einbindung weiterer Personen und Institutionen die bereits zu Art. 3 Nr. 3a) geäußerten Bedenken. Die Einbindung der den Antragsteller behandelnden Ärzte ist sinnvoll und ausreichend.

##### **C) Änderungsvorschlag**

In § 31 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „informiert sie“ die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ eingefügt und werden die Wörter „den behandelnden Arzt“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt“ ersetzt.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 81 von 110

### **Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI)**

Nr. 5

#### **§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung in Absatz 3 wird klargestellt, dass Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden, die sich verpflichten, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen.

##### **B) Stellungnahme**

Die Verpflichtung der Einrichtung zur Mitwirkung an Qualitätsprüfungen ist bereits in § 112 Absatz 2 SGB XI bestimmt. Angesichts der Bedeutung der Mitwirkung der Einrichtung für den reibungslosen Ablauf von Qualitätsprüfungen, wird diese Verpflichtung durch die Einfügung einer Nummer 5 in § 72 Absatz 3 besonders hervorgehoben. Die Ergänzung wird daher begrüßt.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 82 von 110

### **Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI)**

Nr. 6

#### **§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen; § 84 Bemessungsgrundsätze**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

##### **B) Stellungnahme**

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

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner

### **Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI)**

Nr. 7

#### **§ 114 Qualitätsprüfungen**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung in Absatz 2 wird geregelt, dass bei ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflegeleistungen im Haushalt des Versicherten oder in seiner Familie oder sonst an geeigneten Orten (§ 37c Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V) auf Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132j Absatz 5 Nummer 4 SGB V erbringen und gleichzeitig nach SGB XI zugelassen sind und damit einer Regelprüfung nach § 114 SGB XI unterliegen, in diese Regelprüfung auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V einzubeziehen sind.

##### **B) Stellungnahme**

Bei nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflegeleistungen nach § 37c SGB V im Haushalt des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbringen, ist es auf Grund der Einzelfallsituation sowie der in diesen Fällen häufigen Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und SGB XI gerechtfertigt, die außerklinische Intensivpflege in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einzubeziehen. Damit erfolgt nur eine Regelprüfung, die sowohl Leistungen der außerklinischen Intensivpflege als auch Leistungen nach dem SGB XI umfasst.

Ergänzend sollte geregelt werden, dass in diesen Fällen immer auch Personen mit einem Intensivpflegebedarf in die Prüfung einbezogen werden (Erweiterung der Stichprobe bei Bedarf) und diese Regelprüfung entsprechend der Regelung in § 275b SGB V unangemeldet zu erfolgen hat. Im Hinblick auf die spezifischen strukturellen und personellen Anforderungen an die außerklinische Intensivpflege ist diese Regelung mit Blick auf die Qualitätssicherung und auf die Patientensicherheit sachgerecht. Die Argumentation, dass dem Pflegedienst die Möglichkeit der organisatorischen Vorbereitung gegeben werden muss, greift hier nicht, da im Rahmen dieser Versorgung in der Regel rund um die Uhr eine qualifizierte Pflegefachkraft vor Ort ist. Dies unterstützt die Forderung des Bundesrechnungshofes in seiner Prüfmitteilung vom 12.11.2019, dass Prüfungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege in der Regel unangemeldet durchzuführen sind. Hierzu ist eine Änderung in § 114a Absatz 1 SGB XI erforderlich.

**C) Änderungsvorschlag**

Nach § 114 Absatz 2 Satz 9 SGB XI wird ergänzend zur beabsichtigten Neuregelung folgender Satz eingefügt:

„Hierzu ist mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches erhält, in die Prüfung mit einzubeziehen.“

In § 114a Absatz 1 SGB XI wird nach Satz 2 eingefügt:

“Die Regelprüfungen bei zugelassenen ambulanten Pflegediensten, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen, erfolgen grundsätzlich unangekündigt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 85 von 110

#### **Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Nr. 1

#### **§ 5 Abs. 3f (neu) KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Krankenhäuser, die den Beatmungsstatus nach § 9 Abs. 1a Nr. 8 KHEntgG nicht feststellen oder die eine erforderlich Anschlussversorgung (z. B. in einer Weaningeinheit) nicht veranlassen, müssen einen Abschlag hinnehmen.

##### **B) Stellungnahme**

Die Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung und Verlegung ist wichtig und wird begrüßt.

Krankenhäuser, die keine Untersuchung auf ein Weaningpotenzial durchführen oder keine Verlegung in eine geeignete Weaningeinrichtung vornehmen, müssen sanktioniert werden, weil sie diesen Patienten eine Chance auf ein Leben ohne Beatmungsmaschine nehmen und der Solidargemeinschaft schweren Schaden zufügen.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 86 von 110

## **Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Nr. 2

### **§ 6 Abs. 2a Satz 5 (neu) KHEntgG – Vereinbarung sonstiger Entgelte**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Einfügung eines weiteren Satzes in § 6 Abs. 2a KHEntgG erlaubt die Vereinbarung eines krankenhausespezifischen Zusatzentgeltes für Weaningeinheiten.

#### **B) Stellungnahme**

Weaningeinheiten an Krankenhäusern sind keine Intensivstationen. Sie können daher oft keine Beatmungstunden abrechnen oder intensivmedizinische Komplexbehandlungen erbringen. Dies resultiert nicht selten in einer Mindervergütung von Weaningeinheiten, weil nur geringer bewertete DRGs abgerechnet werden können, die Patienten aber einen hohen, insbesondere personellen Aufwand verursachen. Die Möglichkeit, auf Hausebene ein Zusatzentgelt zu vereinbaren, ist daher zielführend und wird begrüßt, weil sie einen Anreiz zu einer frühen Verlegung in diese Einheiten und gegen eine Langzeitbeatmung setzt.

Ist die Abrechnung eines solchen Zusatzentgeltes ausschließlich für Weaningeinheiten beabsichtigt, wäre dies durch entsprechende Vorgaben sicherzustellen. Das DIMDI sollte daher einen OPS-Kode erstellen, der die Mindestanforderung für Weaningeinheiten festlegt.

Ein entsprechender Codevorschlag wurde im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2021 durch den GKV-Spitzenverband eingereicht (Vorschlag Nr. 204/ <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/ops/vorschlaege/vorschlaege2021/204-langezeit-weanig.pdf>).

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 87 von 110

## **Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Nr. 3 Buchstabe a)

### **§ 9 Abs. 1a Nr. 8 (neu) KHEntgG – Vereinbarungsverfahren**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bis zum Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Kalendermonats soll das Nähere über die Höhe und Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser geregelt werden, die keine Feststellung des Beatmungsstatus vornehmen oder eine erforderliche Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht veranlasst haben.

#### **B) Stellungnahme**

50 % der Patienten mit primärem Weaningversagen können durch eine Behandlung in einer Weaningeinheit vor einem Weaningversagen bewahrt werden.<sup>1</sup>

Krankenhäuser, die ihren Patienten durch eine unterlassene Entlassuntersuchung oder durch eine unterbliebene Verlegung in eine Weaningeinheit eine solche Behandlung vorenthalten, müssen sanktioniert werden. Diese Krankenhäuser schädigen nicht nur die Solidargemeinschaft durch die Folgekosten erheblich, sondern sie versagen ihren Patienten eine sehr hohe Chance der Entwöhnung von der Beatmung.

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

---

<sup>1</sup> Vgl. Schönhofer B, Euteneuer S, Nava S et al.: Survival of mechanically ventilated patients admitted to a specialised weaning centre. Intensive Care Med 2002; 28: 908-916.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 88 von 110

**Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Nr. 3 Buchstabe b)

**§ 9 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG – Vereinbarungsverfahren**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**B) Stellungnahme**

Vgl. Kommentierung zu Artikel 4 Nr. 3 a).

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 89 von 110

## **Artikel 5 (Inkrafttreten)**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das Gesetz soll vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Die Regelungen zur Streichung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V und der Anzeigepflicht von Wohneinheiten gegenüber den Krankenkassen nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V sowie die Änderung der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sollen zum letzten Tag des 36-Monats nach Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.

### **B) Stellungnahme**

Die Regelungen zum Inkrafttreten sind sachgerecht.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

### **III. Ergänzender Änderungsbedarf**

#### **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

##### **§ 37 Häusliche Krankenpflege**

###### **A) Bisherige Regelung**

Nach der geltenden Fassung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege über die in § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

###### **B) Stellungnahme**

Das IPRG verfolgt u.a. die Zielsetzung, fiskalische Fehlanreize im Bereich der außerklinischen Intensivpflege für eine ambulante 1:1-Versorgung zu beseitigen. Nach § 37c Abs. 3 SGB V umfasst der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, auch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI. Dadurch entfallen die Eigenanteile, die Versicherte aufgrund der Teilabsicherung der sozialen Pflegeversicherung in stationären Pflegeeinrichtungen normalerweise zu entrichten haben, sofern ein Anspruch nach § 37c Abs. 1 SGB V besteht und ein entsprechender Vertrag nach § 132j Abs. 5 SGB V vorliegt. Das wird ausdrücklich begrüßt (s. diese Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2).

Damit der Leistungsanspruch nach § 37c SGB V realisiert werden kann, muss der G-BA nach § 37c Abs. 1 SGB V innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege erarbeiten. Im Anschluss daran erarbeiten die Rahmenempfehlungspartner innerhalb von 12 Monaten gemäß § 132j Abs. 1 SGB V Rahmenempfehlungen. Da die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach § 132j Abs. 1 Satz 4 SGB V den Verträgen zugrunde zu legen sind, können Verträge nach § 132j Abs. 5 SGB V erst geschlossen werden, wenn die Rahmenempfehlungen in Kraft treten (frühestens 24 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes). Vor diesem Hintergrund sollen die Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V gemäß § 132j Abs. 6 Satz 2 SGB V solange fortbestehen, bis diese durch Verträge nach § 132j

Abs. 5 SGB V abgelöst werden können, längstens jedoch für 12 Monate nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen. Gemäß Artikel 5 Abs. 2 des IPReG soll der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach 3 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes entfallen. Solange bleibt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bestehen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ab welchem Zeitpunkt die nach § 37c Abs. 3 SGB V vorgesehenen erweiterten Leistungsansprüche in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI für Versicherte, die die Voraussetzungen nach § 37c Abs. 1 SGB V erfüllen, realisiert werden können. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung dieser Regelung, Negativanreize im Hinblick auf die Entscheidung für eine stationäre Versorgung zu verringern, sollten die erweiterten Ansprüche bereits ab dem Zeitpunkt eingeräumt werden, ab dem der G-BA in seiner Richtlinie entsprechend § 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V das Nähere zu dem Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege festgelegt hat. Da zu diesem Zeitpunkt die vertraglichen Regelungen nach § 132j SGB V wie dargestellt noch nicht vorliegen, sollte für die Übergangszeit insoweit eine Regelung in § 37 SGB V getroffen werden, wonach die Krankenkassen die pflegebedingten Aufwendungen bei der Versorgung Intensivpflegebedürftiger in stationären Pflegeeinrichtungen – entsprechend § 37c Abs. 3 SGB V – im Rahmen der häuslichen Krankenpflege übernehmen können. Der so geregelte Anspruch endet, wenn die vollständige Ablösung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege für den nach § 37c SGB V anspruchsberechtigten Personenkreis erfolgt.

### **C) Änderungsvorschlag**

#### **§ 37 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:**

Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Erfolgt die Versorgung nach Satz 3 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch für Versicherte, die die Voraussetzungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V erfüllen, ab Inkrafttreten der Richtlinien die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizini-  
scher Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 92 von 110

Die Sätze 4 bis 8 werden die Sätze 5 bis 9.

In Artikel 2 Nummer 1 wird Buchstabe b wie folgt gefasst:

„Die Sätze 4 und 9 werden aufgehoben.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 93 von 110

## **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§§ 111, 111a, 111c SGB V –Bestandsschutz für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**

#### **A) Bisherige Regelung**

Die Bestandsschutzregelungen in den §§ 111 Absatz 3, 111a Absatz 2 und 111c Absatz 4 SGB V fingieren einen Vertragsschluss mit Einrichtungen, die vor dem 01.01.1989 entsprechende Leistungen erbracht haben.

#### **B) Stellungnahme**

Im Rahmen der bestehenden Bestandsschutzregelungen wurde auf die Schriftform des Versorgungsvertrages entsprechend § 109 Absatz 1 Satz 1 SGB V verzichtet. Fingierte Versorgungsverträge werden als nicht mehr sinnvoll erachtet. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der vorgesehenen Vereinbarung von Bundesrahmenempfehlungen auf Bundesebene mit den Verbänden der Leistungserbringer sollten auch im Interesse der notwendigen Gleichbehandlung aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen diese Übergangsvorschriften auslaufen. Dazu ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die §§ 111 Absatz 3, 111a Absatz 2 und 111c Absatz 4 SGB V werden jeweils ergänzt um folgenden Satz:

„Satz 1 gilt längstens bis zum 31.12.2025.“

## **Regelung der Bestimmung des Erstattungsbetrages für Neueinführungen nach Wegfall des Unterlagenschutzes**

### **A) Bisherige Regelung**

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde in §130b Abs. 7 Sätze 4 – 8 SGB V die Fortgeltung des Erstattungsbetrages nach Wegfall des Unterlagenschutzes bzw. nach Wegfall des Patentschutzes verankert. Damit bleibt der Erstattungsbetrag als Preisobergrenze bestehen, jedoch entfällt die Vereinbarung nach §130b Abs. 1 oder 4 SGB V nach Wegfall des Unterlagenschutzes ersatzlos, es sei denn, die Vereinbarung und das Verhandlungsmandat gilt nach §130b Abs. 7 Satz 5 aufgrund des auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes andauernden Patentschutz weiter. Nach Wegfall des Patentschutzes entfällt dann auch in diesen Fällen die Vereinbarung und es gilt lediglich der Erstattungsbetrag weiter. Damit entfielen in beiden Konstellationen auch Vertragsklauseln, die die Übertragung des Erstattungsbetrags auf Neueinführungen mit gleichem Wirkstoff, aber anderer Dosierung, Darreichungsform, Wirkstärke etc. beschreiben.

### **B) Stellungnahme**

Da sich die gesetzliche Fortgeltung des Erstattungsbetrages auf sämtliche Neueinführungen von Arzneimitteln mit demselben Wirkstoff bezieht, ist es notwendig, zu regeln, wie der Erstattungsbetrag auf die Neueinführungen zu übertragen ist.

Zugleich wird eine Korrektur von redaktionellen Fehlern in den Verweisen in den Sätzen 5 und 8 vorgenommen, die im Gesetzesentwurf ebenfalls bereits vorgesehen ist.

### **C) Änderungsvorschlag**

§130b Abs. 7 wird wie folgt um einen neuen Satz 9 ergänzt:

„Eine Vereinbarung nach Absatz 1 oder 3 oder ein Schiedsspruch nach Absatz 4 kann von einer Vertragspartei frühestens nach einem Jahr gekündigt werden. Die Vereinbarung oder der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort. Bei Veröffentlichung eines neuen Beschlusses zur Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 oder zur Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b Absatz 3 für das Arzneimittel sowie bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Bildung einer Festbetragsgruppe nach § 35 Absatz 1 ist eine Kündigung vor Ablauf eines Jahres möglich. Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 gilt ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 95 von 110

Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort. Abweichend von Satz 4 gelten die Absätze 1 und 4 ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels entsprechend, soweit und solange für den Wirkstoff noch Patentschutz besteht. Wird für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt, gelten die Sätze 4 und 5 nicht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde Auskunft über das Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels verlangen. Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Laufzeit des Patentschutzes nach Satz 5. Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das der pharmazeutische Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat und für das der Erstattungsbetrag nach Satz 4 weitergilt, wird der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers auf Grundlage des Erstattungsbetrages je Mengeneinheit entsprechend der Vereinbarung nach Absatz 1 oder Absatz 4 vom GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmer bestimmt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 96 von 110

## **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Verbesserte Datenlage für den GKV-Spitzenverband zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben Zu §§ 130b, 35a SGB V i.V.m. §§ 217f, 84 Absatz 4 SGB V, § 21 KHEntgG**

#### **A) Bisherige Regelungen**

Zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben, insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung, benötigt der GKV-Spitzenverband einen verbesserten Zugang und Zuschnitt bereits vorhandener Datenquellen. Datenbedarf besteht zur Umsetzung für Vertragsmodelle nach § 130b Abs. 1a SGB V, für die Adjustierung von Erstattungsbeträgen auf Basis der laut BSG-Rechtsprechung geforderten Mischpreis-Methodik, zur besseren Abbildung von Vor- und Folgetherapien, um Verordnungen bestimmten Indikationen zuzuordnen, zur Verhandlung von angemessenen Erstattungsbeträgen für Einmaltherapien mit lebenslanger Wirkung auf unzureichender Datenbasis, für Therapien, die in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegeben werden sowie für Erstattungsbeträge für agnostische Zulassungen. Hierfür werden für die Verhandlungen nach § 130b SGB V aktuelle und hinreichend granulare Daten benötigt, Therapieverläufe über Sektorengrenzen sowie über den Therapieverläufen gerecht werdende, d.h. hinreichend lange Zeiträume hinweg abbilden. Dies ist auf Grundlage der aktuell den Verhandlungspartnern zur Verfügung stehenden Daten nicht oder nur begrenzt möglich.

#### **B) Stellungnahme**

Um die Datenlage für den GKV-Spitzenverband zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben zu verbessern, sind Änderungen in den nachfolgenden Bereichen notwendig.

##### *aa) Daten nach § 217 f Absatz 7, 268 Absatz 3 SGB V*

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) 2012 hat der Gesetzgeber den Verhandlungspartnern nach § 130b SGB V die Nutzung der anonymisierten Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (mRSA) ermöglicht, um Erstattungsbetragsverhandlungen auf einer zuverlässigen und umfassenden Datengrundlage über das tatsächliche Versorgungsgeschehen zu ermöglichen. Speziell sollte ermöglicht werden, dass *„die Kosten, die für die Behandlung von Versicherten im jeweiligen Anwendungsgebiet bei der Behandlung mit unterschiedlichen Arzneimitteln, aber auch mit unterschiedlichen Behandlungspfaden entstehen, angemessen berücksichtigt werden können.“* (BT-Drs. 17/8005, S. 120). In der Verhandlungspraxis hat sich jedoch gezeigt, dass die Datennutzungsbefugnis nach § 217f Absatz 7 SGB V technisch nicht ausreichend ist. Diese Daten liegen häufig erst mit einem Zeitverzug von bis zu anderthalb Jahren vor. Wie sich neue Arzneimittel in bestehende Therapieschemata



als Therapieersatz oder -alternative oder als additive Ergänzung zu den Vergleichstherapien einordnen, können die § 217f-Daten so zur ersten Verhandlungsserie des Erstattungsbetrags im ersten Jahr nach Marktzugang nicht beantworten. Damit ist aber die Berechnung der Jahrestherapiekosten des neuen Wirkstoffes oder der Vergleichstherapien, also Kosten gerade bei „unterschiedlichen Behandlungspfaden“, mit den Daten nach § 217f Absatz 7 SGB V nicht möglich.

Eine weitere gravierende Limitation der § 217f Daten stellt der derzeitige zu kurze zusammenhängende Beobachtungszeitraum von zwei Jahren dar. Hierdurch können die § 217f Daten Kosten langfristiger Therapien oder Therapieabläufe nur bis zu zwei Jahren, aber nicht darüber hinaus abbilden. Um zum Beispiel in der Onkologie Vor- und Folgetherapien oder bei den einmalig anzuwendenden ATMPs die mehrjährigen Auswirkungen zu bewerten, sind in der Regel weit mehr als 2 Jahre Betrachtungshorizont erforderlich. Eine versorgungsnahe Abbildung der Kosten durch bestimmte Therapien als Grundlage für die Verhandlungen auf Basis der Kosten zweckmäßiger Vergleichstherapien oder vergleichbarer Arzneimittel ist damit in solchen Konstellationen derzeit nicht möglich.

Viele Arzneimittel werden erstmalig im Krankenhaus eingesetzt und im ambulanten Bereich weiterverordnet, sodass ihre zu bewertende Auswirkung auf die Versorgung eine sektorübergreifende Facette hat. Die Daten nach §§ 303a SGB V ff nach Neufassung durch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) weisen zwar bereits durch das sog. Lieferpseudonym eine sektoren- wie periodenübergreifende Funktionalität auf. Die Umsetzung der Regelung erfordert jedoch noch den Erlass einer Rechtsverordnung, die Errichtung der in den §§ 303a ff. SGB V beschriebenen Infrastruktur und Datenflüsse sowie eine Konkretisierung der Verfahrensabläufe durch die Forschungsdatenstelle. Insofern ist hier mit einem noch erheblichen Zeitfenster zu rechnen, bevor diese Daten zur Verfügung stehen. Auch in dieser Zeit muss der GKV-Spitzenverband seine gesetzlichen Aufgaben erfüllen und benötigt hinreichend funktionale Daten. Daher bedarf es möglichst zeitnah für die Verhandlungen nach § 130b SGB V inhaltlich erweiterte, über mehrere Berichtszeiträume verknüpfbare einheitlich pseudonymisierte Daten aus dem mRSA nach § 268 Absatz 3 SGB V.

Um die Nutzung der Daten für die Aufgabe des § 130b SGB V in diesem sich derzeit anbahnenden Umfang zu ermöglichen, bedarf es einiger technischer Folgeregelungen zu § 217f Absatz 7 SGB V i.d.F. des GKV-VSG. Es bedarf der expliziten Klarstellung, dass von dem Betrachtungszeitfenster von zwei Jahren für die Zwecke nach § 130b SGB V abgewichen werden darf.

*bb) Daten nach § 84 Absatz 5 SGB V (GAmSi-Daten)*

Die Daten nach § 84 Absatz 5 Sätze 4 und 5 SGB V sind mit einem Zeitverzug von ca. zwei Monaten deutlich zeitnäher als die § 217f-Daten verfügbar. Anhand der Daten nach § 84 Absatz 5 SGB V (GAmSi-Daten) können die ambulant abgerechneten Arzneimittel aber nur gesamtmenge- und umsatzmäßig nachvollzogen werden; denn sie enthalten nicht das benötigte Versichertenpseudonym sowie die Information über die abgebende Apotheke. So könnte derzeit anhand der GAmSi-Daten nicht nachvollzogen werden, ob ein Arzneimittel, welches eine Heilung nach einmaliger Gabe verspricht, nicht doch erneut für denselben Versicherten eingesetzt worden ist. Um Behandlungsverläufe auch nur im ambulanten Sektor nachvollziehen zu können, bedürfte es der Implementation eines anonymisierten Versichertenkennzeichens in den GAmSi-Daten.

Ein anonymisiertes Versichertenkennzeichen in den GAmSi-Daten wäre auch aus Gründen der Verbesserung der Aufgabenerfüllung nach § 84 SGB V von erheblichem Nutzen: Eine solche Chiffre ermöglichte es, Vertragsärzte im Rahmen der Berichterstattung nach § 84 Absatz 5 SGB V in aggregierter Form über Polypharmazie in ihren Verordnungen zu informieren und dient damit der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Viele ältere Menschen nehmen aufgrund von Multimorbidität mehrere Medikamente gleichzeitig ein, die häufig in mehr als einer Praxis verordnet werden. Dies ist mit den Risiken der Polypharmazie und der Multimedikation verbunden. Polypharmazie kann zu vermeidbaren Todesfällen aufgrund von Überversorgung, Neben- und Wechselwirkungen, Kontraindikationen oder Überschreitungen von Maximaldosierungen führen. Durch eine um Informationen über Polypharmazie erweiterte Berichterstattung werden Ärzte und Patienten beiderseits besser vor den Folgen unerwünschter Arzneimittelwirkungen geschützt.

*cc) Daten nach § 21 KHEntgG*

Für Erstattungsbetragsverhandlungen zu Arzneimitteln, die weit überwiegend oder ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden, wäre es naheliegend, die Daten nach § 21 KHEntgG nutzbar zu machen. Aber auch diese weisen keinen Versichertenbezug auf, sodass keine Analysen zu Re-Therapien, Behandlungserfolg oder Folgetherapien für den stationären Sektor durchgeführt werden könnten. Daher müssten die stationären Abrechnungsdaten (§ 21 KHEntgG) um ein anonymisiertes Versichertenkennzeichen erweitert werden. Zudem sollte aus Gründen der Rechtsklarheit nach dem Vorbild von § 217f Absatz 7 SGB V den Vertragsparteien nach § 130b SGB V der Zugriff auf die Daten nach § 21 KHEntgG zu Zwecken der Verhandlung eines Erstattungsbetrages nach § 130b SGB V explizit gestattet werden. Al-

ternativ ist eine direkte Zugriffsmöglichkeit für den GKV-Spitzenverband auf die vereinbarungsrelevanten Informationen in den Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V herzustellen, um abgerechnete Zusatzentgelte versichertenspezifisch identifizieren zu können.

*dd) Sektorenübergreifende Verknüpfbarkeit*

Um eine Verknüpfung der stationären Abrechnungsdaten mit anderen Datenquellen, insbesondere den ambulanten Abrechnungsdaten, zu ermöglichen, sollte bei allen relevanten Datenquellen das gleiche Versichertenpseudonym zum Einsatz kommen, idealerweise bereitgestellt durch eine Vertrauensstelle, die für diesen Zweck auf die lebenslange Versichertennummer zurückgreifen darf. Weiterhin muss sichergestellt werden, dass die Daten zweckgebunden auch über einen mehrjährigen Zeitraum analysiert werden können. Das bedeutet, dass je nach Therapieversprechen unterschiedliche Beobachtungszeiträume ermöglicht werden. Der GKV-Spitzenverband schlägt für die Pseudonymisierung, die die sektorenübergreifende Verknüpfbarkeit gewährleistet, die Einschaltung einer unabhängigen Vertrauensstelle vor.

**C) Änderungsvorschlag**

Für die Neuregelung sind folgende Änderungen erforderlich:

aa) §§ 217f Absatz 7 SGB V

§ 217f Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben nach § 130b die Daten nach § 84 Absatz 5, die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 sowie nach § 21 KHEntgG anonymisiert und ohne Krankenkassenbezug leistungsbereich- wie berichtsraumübergreifend unter Verwendung eines einheitlichen Versichertenpseudonyms verarbeiten und nutzen. Das Verfahren zur Verknüpfbarkeit der in Satz 1 genannten Daten wird durch eine unabhängige Stelle durchgeführt. Es stellt sicher, dass jedem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Kennzeichen zugeordnet wird, so dass die Daten über dieses Kennzeichen mit den Daten nach § 84 Absatz 5 sowie § 21 KHEntgG verknüpfbar sind. Das Nähere zum Verfahren der Datenübermittlung und -verknüpfbarkeit regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“*

bb) § 84 Absatz 5 Satz 5 wird wie folgt neugefasst:

*„Für diese Berichte gelten Satz 1 und 2 entsprechend; die Daten sind mit Versicherten- und Apothekenbezug an die unabhängige Stelle nach § 217f Absatz 7 Satz 2 zu übermitteln. Die*

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 100 von 110

*unabhängige Stelle ordnet jedem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Kennzeichen zu, so dass die Daten über dieses Kennzeichen mit den Daten nach § 84 Absatz 5, die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 sowie § 21 KHEntG durch die unabhängige Stelle nach § 217f Absatz 7 verknüpfbar sind. Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Angaben vor Durchführung der Abrechnungsprüfung so zu übermitteln sind.“*

Die Nummerierung der nachfolgenden Sätze ändert sich entsprechend.

cc) In § 21 KHEntG wird folgender Absatz 7 eingefügt:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben nach § 130b die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelten Daten verarbeiten und nutzen. Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass die Daten mit Versichertenbezug an die unabhängige Stelle nach § 217f Absatz 7 Satz 2 zu übermitteln sind. Die unabhängige Stelle ordnet jedem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Kennzeichen zu, so dass die Daten über dieses Kennzeichen mit den Daten nach § 84 Absatz 5, die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 sowie § 21 KHEntG durch die unabhängige Stelle nach § 217f Absatz 7 verknüpfbar sind.“*

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 101 von 110

## **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 132a Abs. 4 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

#### **A) Bisherige Regelung**

Nach der geltenden Fassung des § 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V dürfen Verträge nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.

#### **B) Stellungnahme**

Wie bereits in dieser Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 zum neuen § 132j Abs. 5 SGB V dargestellt, sollten Verträge auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege nur mit Leistungserbringern geschlossen werden dürfen, die die notwendige Zuverlässigkeit aufweisen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

§ 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsrechte und wirtschaftliche Versorgung bieten und die die erforderliche Zuverlässigkeit aufweisen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 102 von 110

## **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

#### **A) Änderungsbedarf**

Erklärtes Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes ist es, u.a. „Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen“. Insoweit greift der Gesetzentwurf zwar aktuelle Erkenntnisse aus den Berichten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der gesetzliche Kranken- und Pflegekassen bzw. aus der regelmäßigen Presseberichterstattung auf, wonach gerade in der außerklinischen Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit häufig sehr gezielt nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt und danach systematisch falsch abgerechnet wird (vgl. etwa Der Spiegel Nr. 40. vom 28.9.2019 und die Antwort der Bundesregierung auf eine zugehörige Kleine Anfrage im Deutschen Bundestag (BT-Drs. 19/15563 vom 28.11.2019) sowie zuletzt: Wenn die Mafia die Hand aufhält, WELT am Sonntag vom 29.03.2020).

Die resultierenden Qualitäts- und Versorgungsmängel in der außerklinischen Intensivpflege gefährden damit nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten, sondern erfüllen den Straftatbestand des Abrechnungsbetruges im Gesundheitswesen und schaden damit auch der Solidargemeinschaft.

Vor diesem Hintergrund greift der vorliegende Gesetzentwurf aber noch zu kurz. Der Gesetzgeber muss endlich die datenschutzrechtliche Rechtsgrundlage zum Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank für das Gesundheitswesen schaffen. Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes ist dafür z.B. in § 197a Abs. 3b SGB V gesetzlich klarzustellen, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden.

Eine Definition des Begriffes „Behörde“ erfolgt bisher in § 197a Abs. 3 b Satz 1 nicht. Des Weiteren werden bisher keine Regelungen zur Ausweitung der entsprechenden Übermittlungsbefugnisse auch auf Sachverhalte getroffen, die über berufsrechtliche Fragestellungen hinausgehen.

#### **B) Begründung**

Am 11.05.2019 ist mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) u.a. die Neuregelung des § 197a Abs. 3b SGB V in Kraft treten. Danach dürfen die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig personenbezogene Daten an zahlreiche enumerativ aufgeführte Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung von Fehlverhalten

im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist (vgl. BGBl. I 2019 vom 10.05.2019, S. 646).

Durch die ausdrückliche Benennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wurde unmissverständlich klargestellt, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die (reaktive) Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein kann, sondern gerade auch auf eine (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen soll (vgl. BT-Drs. 19/6337, S. 103). So wäre zukünftig denkbar, dass mit Blick auf ein schwerwiegendes Fehlverhalten z.B. die Zulassung von Leistungserbringern verweigert werden kann. Dies betrifft typischerweise Tatsachen, die für Entscheidungen über die Erteilung bzw. die Rücknahme oder den Widerruf einer Erlaubnis von Belang sind, z.B. die Unzuverlässigkeit zur Berufsausübung (vgl. BT-Drs. 19/8351, S. 220f).

Der präventiven Unterbindung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen kommt im Bereich der ambulanten Pflege zukünftig eine herausgehobene Bedeutung zu. Nach dem aktuellen Bericht über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen des GKV-Spitzenverbandes gem. §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI im Berichtszeitraum 2016/2017 steht die Pflege sowohl bei der Anzahl der abgeschlossenen Fälle, als auch nach der Höhe der gesicherten Forderungen, jeweils an erster Stelle. Aktuelle Erkenntnisse des Bundeskriminalamtes über bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug durch sog. russischsprachige Pflegedienste belegen dabei u.a. folgenden Modus operandi:

- Regelmäßige Eröffnung und Schließung von Pflegediensten unter anderem Namen mit demselben Personal- und Patientenstamm;
- Bundesweite Vernetzung der Pflegedienste über Betreiber und Mitarbeiter (Mitarbeiter- und Patiententausch verschiedener Pflegedienste); Angestellte in einem Pflegedienst sind z.B. Geschäftsführer in einem anderen Pflegedienst an einem anderen Ort;
- Nutzung von gefälschten Fortbildungszertifikaten zur Verschleierung des Einsatzes von nicht qualifiziertem Personal.

Zukünftig muss deshalb vor allem für Sachverhalte effektiv Vorsorge getroffen werden, in denen bereits auffällig gewordene Anbieter sich einer gegebenenfalls drohenden Kündigung ihres Versorgungsvertrages entziehen, um stattdessen eine neue Zulassung – unter eigenem Namen oder durch einen „Strohmann“ – zu erlangen (vgl. in diesem Sinne bereits BT-Drs. 18/9518, S. 72f.)

Zur effektiven Verhinderung derart organisierten Fehlverhaltens im Gesundheitswesen ist deshalb der Aufbau einer Betrugspräventionsdatenbank für das Gesundheitswesen erforderlich. Der Gesetzgeber muss die dafür erforderlichen datenschutzrechtlichen Rechtsgrundla-

gen schaffen. Es muss gesetzlich klargestellt werden, dass der Austausch von personenbezogenen Daten zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auch unter Verwendung von Datenbanken zulässig ist, die von Dritten betrieben werden.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hatte bereits für eine vergleichbare Sachverhaltskonstellation (hier: den „Fraud Prevention Pool“ der Kreditwirtschaft) eine entsprechende gesetzgeberische Klarstellung angeregt, die inzwischen gem. § 47 Abs. 5 GwG auch in datenschutzrechtlicher Hinsicht die hinreichende Rechtsgrundlage für den banken-übergreifenden Informationsaustausch darstellt (vgl. insoweit zusammenfassend BT-Drs. 18/12405, S. 169 f.). Die hier eingeforderte gesetzliche Klarstellung sollte deshalb in analoger Weise auch auf das Gesundheitswesen übertragen werden.

In Bezug auf eine Datenübermittlung zwischen Behörden wären Klarstellungen dahingehend erforderlich, dass aus Sicht der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen auch Datenübermittlungsbefugnisse beispielsweise von und zu den Gesundheitsämtern und Heimaufsichten sowie weiteren – je nach Länderrecht – infrage kommenden Ordnungsbehörden, bestehen. Deren Informationen sind besonders beim Pflegebetrug durch die im IPReG geregelten Versorgungsformen von großer Bedeutung. Diese Notwendigkeit ergibt sich auch in Verbindung mit dem vorgesehenen Datenaustausch zwischen Krankenkasse und Gesundheitsamt (vgl. Art. 1 Nr. 14, Buchstabe e).

### **C) Änderungsvorschlag**

Dem § 197a Absatz 3b SGB V wird folgender Satz 5 angefügt:

„Die nach Satz 1 und 3 übermittelten Daten dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.“

Der § 197a Absatz 3b SGB V Satz 1 wird zu lit. 4 wie folgt gefasst:

„den Medizinischen Dienst, die Gesundheitsämter und weiteren Aufsichtsbehörden und“



## **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 302 Datenträgeraustausch**

#### **A) Bisherige Regelung**

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 SGB V sind in der Abrechnung von Leistungen der HKP insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und der Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Nach § 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zusätzlich die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

#### **B) Stellungnahme**

Neben der häuslichen Krankenpflege sollte auch die neue Leistung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V vom Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V erfasst werden. Im Rahmen der Abrechnung der Leistungen reicht lediglich die Angabe des Tages sowie die Dauer der Leistungserbringung ohne die konkrete Zeit, in der die Leistungen der HKP erbracht wurden, nicht als zahlungsbegründende Unterlage aus, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss. Die Regelung bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit der Leistungserbringung anzugeben sind. Anderenfalls wird es weiterhin unterschiedliche Rechtsinterpretationen geben, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird.

Die Anfangs- und Endzeit in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz ist insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz. Grundsätzlich werden Leistungen der häuslichen Krankenpflege (insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) nur durch Pflegefachkräfte erbracht. Der Einsatz von Hilfskräften ist nur bei den sog. einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder im Rahmen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung – abhängig von den vertraglichen Regelungen – möglich. Daneben gibt es bestimmte Leistungen der Behandlungspflege, für die weitere Qualifikationen, die auf die 3-jährige Grundausbildung zum Kranken-/Kinderkranken- oder Altenpfleger aufbauen, notwendig sind. Dazu gehören beispielsweise in der außerklinischen Intensivpflege (s. Nr. 24 und 8 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) folgende Weiterbildungen/Qualifizierungsmaßnahmen:

- Atmungstherapeut/in (Weiterbildung)
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie- und Intensivpflege (Weiterbildung)
- Pflegefachkraft/Pflegeexperte für außerklinische Beatmung (sonst. Qualifizierungsmaßnahme)

Auch im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (s. Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) oder zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden (s. die neue Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) sind im Rahmen der Leistungserbringung weitere Zusatzqualifikationen der ausführenden Pflegefachkräfte erforderlich, um eine fachgerechte Versorgung sicherzustellen.

Die vertragsgemäße Erbringung und die Abrechnung qualifizierter Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege sind daher nur möglich, wenn entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte die Versorgung übernehmen. Werden stattdessen lediglich Hilfskräfte eingesetzt, die nicht über die vertraglich vereinbarte Qualifikation verfügen, dürfen diese nach dem Sozialrecht nicht abgerechnet werden. Insoweit handelt es sich um eine der beiden typischen Fallgruppen des Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, vgl. BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14. Auf dieser Fallgruppe liegt derzeit der Schwerpunkt der Ermittlungspraxis der Strafverfolgungsbehörden.

Demgegenüber lässt sich die zweite anerkannte Fallgruppe des Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, die Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen, selbst durch hochspezialisierte Staatsanwälte in Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraf-taten im Gesundheitsweisen derzeit faktisch kaum nachweisen, vgl. Rettke medstra 2019, 262, 263. Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, die insoweit vorherrschenden „tatsächlichen Schwierigkeiten“ bei der effektiven Beweisführung auszuräumen.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können schneller und vor allem ressourcenschonender identifiziert werden. Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegefachkraft erbracht wurden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tage-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 107 von 110

sprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar. Ansonsten kann dem Leistungsmissbrauch nicht effektiv nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben.“

## **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 18 Abs. 1a Satz 1 SGB XI soll geregelt werden, wann die Pflegekassen den Medizinischen Dienst oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Erhebung der Zeitanteile für die häusliche Pflegehilfe gemäß § 36 SGB XI beauftragen darf.

#### **B) Stellungnahme**

Bei dem Einbezug des neuen Leistungsanspruchs der außerklinischen Intensivpflege für die Regelungen zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen die hälftigen Kosten trägt, handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung. Vor dem Hintergrund, dass die Leistungsansprüche der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V jedoch für eine Übergangszeit parallel bestehen, ist der neue Leistungsanspruch nach § 37c SGB V zunächst zu ergänzen. Somit kann sichergestellt werden, dass die Regelungen zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen die hälftigen Kosten trägt, angewendet werden können, wenn neben den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI entweder häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V oder außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V bezogen wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

§ 18 Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

Nach den Worten „nach § 37 Absatz 2 SGB V“ werden die Worte „oder außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V“ ergänzt.

## **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. 18/9959, Seite 16). Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Beendigungszeit des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die „Invernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern die Angabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Technisch ist zwar im Datenaustauschverfahren hinterlegt, dass auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene getroffen worden sind. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringernorganisationen, im Rahmen der Abrechnung die Angabe einsatzbezogener Anfangs- und Beendigungszeiten zu vereinbaren, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2020  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 110 von 110

der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

**C) Änderungsvorschlag**

§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“