

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 1 Nummer 1a - neu -, 6a - neu -, 12 - neu -, 13 - neu -, Artikel 1a - neu - und Artikel 5 (§§ 79, 217b, 279 und 413 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; Inkrafttreten)

(Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. Nach § 79 Absatz 3d wird folgender Absatz 3e eingefügt:

„(3e) Die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen.“

b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

,6a. In § 217b Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „§ 64 Absatz 1 bis 3“ durch die Wörter „§ 64 Absatz 1 bis 3a“ ersetzt.‘

c) Nach Nummer 11 werden folgende Nummern 12 und 13 angefügt:

,12. Dem § 279 wird folgender Absatz angefügt:

„(9) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen.“

13. In § 413 Absatz 1 Satz 3 wird nach den Wörtern „§§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4“ die Angabe „, § 279 Absatz 9“ eingefügt.‘

2. Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 1a eingefügt:

„Artikel 1a

Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. § 79 Absatz 3d und § 279 Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, das zuletzt mit Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden aufgehoben.
2. In § 217b Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „§ 64 Absatz 1 bis 3a“ durch die Wörter „§ 64 Absatz 1 bis 3“ ersetzt.
3. Artikel 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Angabe „und 3“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) Artikel 1a tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Der neu eingefügte § 79 Absatz 3e entspricht dem bis zum 30. September 2020 geltenden Absatz 3e (eingefügt mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018), Bundestagsdrucksache 19/18967). Den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Bundesvereinigungen soll angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie befristet bis zum 31. Dezember 2021 weiterhin eine erleichterte schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden.

Zu Buchstabe b und c

Mit den Änderungen wird die für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen in § 79 Absatz 3e vorgesehene erleichterte schriftliche Beschlussfassung auch auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Medizinischen Dienste auf Landesebene ausgedehnt.

Zu Nummer 2

Artikel 1a bestimmt – in Verbindung mit Nummer 3 Buchstabe b –, dass die Regelungen zum 1. Januar 2022 aufgehoben werden.

Zu Nummer 3 Buchstabe a

Die mit Nummer 1 vorgenommenen Änderungen treten am 1. Januar 2021 in Kraft.

Zu Nummer 3 Buchstabe b

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Aufhebung der § 79 Absatz 3e und § 279 Absatz 9 des Fünften Buches sowie der mit Nummer 1 Buchstabe b vorgenommenen Änderungen.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 1 Nummer 5a - neu - (§ 139 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Hilfsmittelverzeichnis)

Nach Artikel 1 Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. Nach § 139 Absatz 11 Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit ein Bezug zu digitalen oder technischen Assistenzsystemen besteht, ist mindestens eine Stellungnahme eines Sachverständigen oder unabhängigen Forschungsinstituts aus dem Bereich der Technik einzuholen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Begründung

Zur Förderung der technischen Innovation in der (Pflege-)Hilfsmittelversorgung soll die Einholung von Stellungnahmen technischer Sachverständiger oder Forschungsinstitute bei geplanten Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses, die einen Bezug zu technischen und digitalen Assistenzsystemen aufweisen, erfolgen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über Art und Umfang eines etwaigen Fortschreibungsbedarfs mit einzubeziehen. Eine Abweichung von Empfehlungen der Sachverständigen oder der Forschungsinstitute ist gesondert zu begründen.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 1 Nummer 6b - neu - (§ 219a Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; Inkrafttreten)

(Kostenübernahme für Behandlungen von
Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland)

1. Nach Artikel 1 Nummer 6a wird folgende Nummer 6b eingefügt:

6b. § 219a Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, deren Wohnstaat das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ist, gilt dies für alle Behandlungen, die bis zum 31. Dezember 2020 begonnen werden.“

2. Nach Artikel 5 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

2a) Artikel 1 Nummer 6b tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 in Kraft.

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die steigende Anzahl an am SARS-CoV-2 erkrankten Personen führt weiterhin in einigen europäischen Staaten zu einer starken Belastung der Gesundheitssysteme. Vor diesem Hintergrund kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich auch über den 30. September 2020 hinaus einige von der Pandemie stark betroffene Staaten mit der Bitte an Deutschland bzw. an einzelne Länder wenden werden, schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern zu behandeln.

Als ein Akt europäischer Solidarität und ein Zeichen des gemeinsamen Bemühens der europäischen Staaten um Bewältigung der aus der Pandemie entstehenden Herausforderungen für die Gesundheitssysteme werden die Kosten, die im Zusammenhang mit einer bis zum 31. März 2021 begonnenen Krankenhausbehandlung anfallen, vom Bund übernommen.

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

Zu Buchstabe b

Das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ist seit dem 1. Februar 2020 nicht mehr Mitglied der Europäischen Union. Das Abkommen über den Austritt des Vereinigten Königreiches Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft sieht bis zum 31. Dezember 2020 eine Übergangsphase vor, in der die Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin Anwendung finden. Ab dem 1. Januar 2021 ist eine Anwendung der Regelung für Personen, deren Wohnstaat das Vereinigte Königreich ist, daher ausgeschlossen.

Zu Nummer 2

Durch das rückwirkende Inkrafttreten zum 1. Oktober 2020 erfolgt eine lückenlose Verlängerung der Befristung über den 30. September 2020 hinaus.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 1 Nummer 12a - neu -, 13a - neu - (§§ 283 und 414 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung)

1. Nach Artikel 1 Nummer 12 wird folgende Nummer 12a eingefügt:

„12a. In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ eingefügt.“

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

„13a. § 414 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Sätze 3 und 4 wie folgt gefasst:

„§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 28. Februar 2021 erlässt. Diese Richtlinie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

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

„(2a) § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder der Medizinische Dienst Bund als sein Rechtsnachfolger die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 31. Dezember 2021 erlässt. In der Richtlinie ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung nach § 69 Absatz 6 des Vierten Buches vorzugeben. Hierfür sind geeignete Gruppen von

Begutachtungsaufträgen zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Satz 1 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise nach Satz 2 spätestens ab dem 1. März 2021 zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste auszuwerten. Die Richtlinie hat mindestens die Begutachtungen von Krankenhausleistungen (§ 275c), Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b) sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen (§ 275 Absatz 2 Nummer 1) einzubeziehen. Sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Begründung

Zu Nummer 12a

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) wurde der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) beauftragt, eine Richtlinie zur Personalbedarfsbemessung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die den Medizinischen Diensten (MD) übertragenen Aufgaben (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4) unter fachlicher Beteiligung der MD zu erlassen. Diese Richtlinie sollte noch vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bis zum 30. September 2020 erlassen werden (§ 414 Absatz 2 Satz 3).

In der Begründung des MDK-Reformgesetzes wird zum Erlass der Richtlinie ausgeführt, dass die Richtlinie aufgabenbezogene Richtwerte enthalten muss, wie z. B. für die Aufgabe der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit. Von diesen Richtwerten können die MD jedoch aufgrund ihrer unterschiedlichen Strukturen begründet abweichen (vgl. Begründung zum MDK-Reformgesetz, Bundestags Drucksache 19/13397, Seite 77). Daraus ergibt sich, dass die Richtlinie aufgabenbezogene Richtwerte zu enthalten hat, die MD-übergreifend gelten.

Im Rahmen der Vorarbeiten an dieser Richtlinie sind Unklarheiten bezüglich der Frage aufgetreten, ob die aufgabenbezogenen Richtwerte MD-spezifisch oder MD-übergreifend auszugestalten seien. Um diese Unklarheiten zu vermeiden, wird mit der Neuregelung klargestellt, dass die vom MD Bund bzw. beim erstmaligen Erlass aufgrund der Sonderregelung des § 414 Absatz 2a vom MDS zu erlassende Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den MD übertragenen Aufgaben enthalten muss. Diese Richtwerte gelten für alle MD einheitlich, lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen MD weiterhin zu, dass begründete Abweichungen möglich sind.

Zu Nummer 13a

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b, weil der erstmalige Erlass der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 (Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung) gesondert im neuen Absatz 2a geregelt wird. Der übrige Regelungsinhalt der Sätze 3 und 4, der den Erlass der Richtlinie zu den Prüfungen der Strukturmerkmale von Krankenhäusern nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 betrifft, bleibt inhaltlich unverändert und wird nur redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe b

Im Rahmen der Vorarbeiten für die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 durch den MDS unter fachlicher Beteiligung der MD hat sich gezeigt, dass die Festlegung aufgabenbezogener Richtwerte für die Personalbedarfsermittlung der MD eine methodisch komplexe Aufgabe ist, die einen längeren zeitlichen Vorlauf erfordert. Bezogen auf die großen Aufgabenbereiche der MD, wie die Begutachtung von Krankenhausleistungen, von Arbeitsunfähigkeitsfällen oder von Anträgen auf Rehabilitations- oder Vorsorgeleistungen, ergibt sich eine große Bandbreite des Bearbeitungsaufwandes bei den einzelnen MD. Denn dieser Arbeitsaufwand hängt insbesondere ab von der Art der Erledigung durch den MD wie z. B. mit persönlicher Untersuchung, als Aktenlagengutachten oder im Rahmen einer Fallbesprechung mit dem Krankenhaus, dem Grad der Konkretisierung der Fragestellung durch die Krankenkasse und der unterschiedlichen Qualität der dem MD vorliegenden Daten. Es ist daher für eine belastbare und MD-übergreifende Personalbedarfsermittlung zunächst erforderlich, die jeweiligen Begutachtungsaufgaben in typische in allen MD vergleichbar ablaufende, kleinere Gruppen mit homogenem Arbeitsaufwand zu differenzieren.

Die gesetzliche Neuregelung dient der Unterstützung des MDS und der MD bei der Erfüllung dieser komplexen Aufgabe und gewährt ihnen durch die Verlängerung der Frist zum erstmaligen Erlass der Richtlinie in Satz 1 die nötige Zeit für die Umsetzung. Sollte bis zum Ablauf der verlängerten Frist am 31. Dezember 2021 bereits der MD Bund als Rechtsnachfolger des MDS vollständig konstituiert sein, gilt diese Frist für den MD Bund. Soweit es für die Umsetzung erforderlich ist, können der MDS und die ihn unterstützenden MD bei Bedarf auch Aufträge zur Unterstützung an Dritte vergeben.

Nach Satz 2 ist in der Richtlinie eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben, die den Anforderungen des § 69 Absatz 6 des Vierten Buches Rechnung trägt. Angemessene und anerkannte Methoden der Personalbedarfsermittlung sind beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt.

Methodisch wesentlich ist es angesichts der Heterogenität des Aufwandes der Begutachtung, die großen Aufgabenbereiche zunächst in typische, in allen MD vergleichbar ablaufende, kleinere Gruppen von Begutachtungsaufträgen mit homogenem Arbeitsaufwand zu differenzieren (Satz 3). Die so definierten Gruppen sind dann Gegenstand der Erhebung des Aufwandes in allen MD, bei der auch Stichprobenverfahren angewendet werden können.

Satz 4 gibt für die zur Erarbeitung der Richtlinie erforderliche Datenerhebung und Datenauswertung vor, dass diese nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise gemäß Satz 2 zu erfolgen hat und vom MDS unter fachlicher Beteiligung der MD koordiniert wird. Die Erhebung der für die Bestimmung der einzelnen Richtwerte erforderlichen Daten hat spätestens ab dem 1. März 2021 bei allen MD zu beginnen, um den Erlass der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2021 zu ermöglichen. Da der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a Absatz 1 Satz 1 die Aufgaben des MD für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt, ist auch er in die Datenerhebung, die Datenauswertung und die fachliche Begleitung wie die anderen MD einzubeziehen.

Gegenstand der Richtlinie sind nach Satz 5 MD-übergreifende Richtwerte mindestens für Aufgabengruppen aus den Begutachtungsbereichen Krankenhausleistungen, Arbeitsunfähigkeit und Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Dies dient der Erleichterung der Umsetzung, weil sich der MDS und die MD zunächst auf diese drei großen Begutachtungsbereiche konzentrieren können.

Nach Satz 6 unterliegt auch der erstmalige Erlass dieser Richtlinie durch den MDS der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 2a - neu -, 2b- neu -, 5 (§ 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 21 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung; Inkrafttreten)

(Bemessung der Länderanteile des Krankenhauszukunftsfonds
nach dem aktuell gültigen Königsteiner Schlüssel)

1. Nach Artikel 1 werden folgende Artikel 2a und 2b eingefügt:

„Artikel 2a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom XY. Oktober 2020 (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 14a Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „1. Oktober“ durch die Angabe „6. November“ ersetzt.

Artikel 2b

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom XY. Oktober 2020 (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 21 Absatz 1 wird die Angabe „1. Oktober“ durch die Angabe „6. November“ ersetzt.“

2. Artikel 5 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

.(3) Artikel 2a und Artikel 2b treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens der Artikel 1 und 2 des Krankenhauszukunftsgesetzes] in Kraft.

2. Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 3a.'

Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Artikel 2a

Die Regelung soll gewährleisten, dass sich die Förderanteile, die den Ländern nach dem Krankenhauszukunftsfonds zustehen, nach dem am 29. Oktober 2018 bekanntgemachten und am 6. November 2018 im Bundesanzeiger veröffentlichten für das Jahr 2018 gültigen Königsteiner Schlüssel bemessen. Die für das Jahr 2018 geltende ist die derzeit aktuelle Version des Königsteiner Schlüssels. Ohne die Regelung würde bei der Bemessung der Förderanteile der Länder infolge der im Gesetz vorgesehenen Regelung, die auf den zum 1. Oktober 2018 geltenden Königsteiner Schlüssel abstellt, lediglich die am 23. Februar 2018 bekanntgemachte und am 8. März 2018 im Bundesanzeiger veröffentlichte für das Jahr 2017 geltende Vorgängerversion des Königsteiner Schlüssels verwendet werden. Durch die Regelung wird insoweit eine redaktionelle Ungenauigkeit im Hinblick auf die Bemessungsgrundlage der Förderanteile der Länder behoben.

Zu Artikel 2b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Nummer 2

Die Regelung dient dazu, rückwirkend das zeitgleiche Inkrafttreten der Änderungen der Artikel 2a und 2b mit dem Inkrafttreten der Artikel 1 und 2 des Krankenhauszukunftsgesetzes sicherzustellen.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 3 Nummer 0 - neu -, 0a - neu - (Inhaltsverzeichnis; § 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Modelltitel des GKV-SV)

Dem Artikel 3 Nummer 1 werden folgende Nummern 0 und 0a vorangestellt:

,0. Im Inhaltsverzeichnis wird die Angabe zu § 78 wie folgt gefasst:

„§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“.

0a. Der § 8 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Zahl „5“ durch die Zahl „8“ ersetzt.
- b) In Satz 1 werden nach den Wörtern „insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige“ die Wörter „oder für die Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen,“ eingefügt.
- c) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: „Bei Vorhaben, deren Inhalt die Entwicklung oder Erprobung den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden.“

Begründung

Zu Nummer 0 (Inhaltsverzeichnis)

Redaktionelle Folgeänderung zur Umbenennung des § 78.

Zu Nummer 0a (§ 8 Absatz 3 SGB XI)

Zu Buchstabe a

In der Konzertierten Aktion Pflege wurde vereinbart, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung eines Modellprogramms im SGB XI prüft, mit dem innovative Versorgungskonzepte, in denen Pflegefachpersonen in besonderem Maße ihre Kompetenzen, auch im Sinne einer erweiterten Versorgungsverantwortung, einsetzen können, insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität, Zufriedenheit der beruflich Pflegenden und Effizienz vergleichend bewertet werden sollen. Dazu können auch Projekte gehören, in unter Verantwortung einer Advanced Practice Nurse die Versorgung von Pflegebedürftigen organisiert werden, z. B., um unnötige Krankenseinweisungen der Pflegebedürftigen zu vermeiden. Durch die entsprechende Ausweitung der Zweckbestimmung des Modelltitels unter b) und der unter c) klargestellten Kostenübernahme für zusätzlich anfallendes pflegerisches Personal im Rahmen von Modellvorhaben wird ein größeres Fördervolumen benötigt. Um innovative Versorgungsansätze mit einer für wirksame Aussagen geeigneten Größe und gegebenenfalls unter Einbeziehung einer hinreichenden Anzahl entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen erproben zu können, sind aufgrund der Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten aus diesem Bereich Fördermittel in Höhe von 3 Millionen Euro pro Jahr erforderlich, um entsprechende Projekte – auch über mehrere Jahre – durchführen zu können.

Zu Buchstabe b

Durch die Ausweitung der Zweckbestimmung des Modelltitels auf Möglichkeiten der Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen soll ermittelt werden, ob sich die Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen dadurch maßgeblich verbessert und ggf. zur Einsparung von Kosten für das Gesundheitswesen beiträgt.

Zu Buchstabe c

Durch die Klarstellung der Kostenübernahme wird sichergestellt, dass durch Modellvorhaben, die zusätzliches pflegerisches Personal erfordern, die Pflegebedürftigen keine finanzielle Mehrbelastung erfahren und Projektvorhaben, die zu einer maßgeblichen Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen beitragen, nicht aus Gründen der unsicheren Kostenübernahme abgelehnt werden.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 3 Nummer 0b - neu - (§ 8 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm)

Nach Artikel 3 Nummer 0a wird folgende Nummer 0b eingefügt:

„0b. Der § 8 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten.“
- b) Satz 7 werden nach dem Wort „fällig“ ein Komma und die Wörter „sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 3 bestätigt wird“ eingefügt.
- c) In Satz 8 werden die Wörter „und den Nachweis nach Satz 4“ gestrichen.“

Begründung

Zu Buchstabe a und c

Mit dem zum 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) sollen durch verschiedene Fördermaßnahmen insbesondere in Umsetzung des Sofortprogrammes Pflege spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte, etwa durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege, erreicht werden.

Bislang ist die Gewährung des Vergütungszuschlages an antragstellende, vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe des § 8 Absatz 6 grundsätzlich zur Refinanzierung von Pflegefachkraftstellen, die zusätzlich über Neueinstellungen oder über Stellenaufstockung in der Einrichtung geschaffen wurden, möglich. Nach § 8 Absatz 6 Satz 4 kann nur im Ausnahmefall, wenn

von der Pflegeeinrichtung der Nachweis geführt wird, dass es in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, für die gewünschte Stelle bzw. Stellenerweiterung eine Pflegefachkraft zu finden, auch auf Pflegehilfskräfte zurückgegriffen werden, die sich - als zwingende Voraussetzung - in Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Durch den geänderten Satz 4 wird die Wartefrist zur Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften zugunsten der Einrichtungsträger aufgehoben. Entsprechend entfällt auch der Nachweis zu Einhaltung dieser Wartefrist, weshalb auch Satz 8 angepasst wird.

Gleichzeitig soll es den Pflegeeinrichtungen angesichts der kritischen Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte ermöglicht werden, den Vergütungszuschlag auch für weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu erhalten. Dies können zum Beispiel Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein.

Zu Buchstabe b

Zur Erleichterung des Antragsverfahrens im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 8 Absatz 6 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wurde im Herbst 2019 zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Leistungserbringer- und Kostenträger auf Bundesebene zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Orientierungshilfe nebst einem Fragen- und Antwortkatalog erstellt. Hierin war gemeinsam festgelegt worden, dass eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, die einen Vergütungszuschlag für die Finanzierung zusätzlicher Personalfachkraftstellen erhält, bei unverändert vorliegenden Anspruchsvoraussetzungen ein entsprechend unterschriebenes Bestätigungsformular unaufgefordert vorzulegen hat. Diese Meldeverpflichtung, die sich als einfaches und bürokratiearmes Mittel im Verfahren bewährt hat, wird nun zur Klarstellung als Voraussetzung für die fortlaufende Auszahlung des Zuschlages gesetzlich in Satz 7 aufgenommen. Nach den geltenden Vergütungszuschlags-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes ist verbindlich eine Bestätigungsmeldung zum Bescheid erstmals zum 15. März 2021, danach halbjährlich jeweils zum 15. März und 15. September des Jahres, an die zuständige Pflegekasse zu senden, wenn die Einrichtung einen vorläufigen Zahlungsstopp vermeiden will. Wird sie nicht innerhalb von zehn Werktagen nachgereicht, kann die zuständige Pflegekasse prüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen noch vorliegen und ob ggf. Erstattungsansprüche aufgrund von Überzahlungen bestehen.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 3 Nummer 2a - neu - (§ 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Entscheidungsfristen für Pflegekassen)

Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. Dem § 40 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“

Begründung

Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds bei den Pflegekassen. Dies dient damit zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Pflegebedürftigen bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen.

Dabei lehnt sich die Vorgabe, dass die Pflegekasse den Leistungsberechtigten eine etwaige Fristversäumnis unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen hat und die Genehmigungsfiktion für den Fall, dass die Mitteilung eines hinreichenden Grundes ausbleibt, an entsprechende Vorgaben aus dem Recht der Krankenversicherung an.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zu Artikel 3 Nummer 2b - neu - (§ 78 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung)

Nach Artikel 3 Nummer 2a wird folgende Nummer 2b eingefügt:

2b. Der § 78 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift wird ein Komma und die Wörter „Pflegehilfsmittelverzeichnis und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ angefügt.

b) In Absatz 2 werden nach Satz 3 folgende Sätze eingefügt:

„Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert und berät Hersteller auf deren Anfrage gebührenfrei über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens des Pflegehilfsmittels. Unbeschadet der regelmäßigen Fortschreibung nach Satz 2 entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen.“

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, zu denen üblicherweise Zuschüsse nach § 40 Absatz 4 gewährt werden können,

einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen. Absatz 2, Sätze 5 bis 7 gelten entsprechend.“

Begründung

Nicht nur im Bereich der medizinischen Versorgung, sondern auch im Bereich der pflegerischen Versorgung schreitet die Entwicklung digitaler Technologien immer rascher voran. Ziel der Neuregelungen ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung auch diese Techniken möglichst zeitnah zugänglich zu machen, soweit sie als Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen pflegerischen Nutzen aufweisen und als Pflegehilfsmittel der Erleichterung der Pflege dienen, zur Linderung der Beschwerden beitragen oder eine selbständigere Lebensführung ermöglichen (§ 40 Absatz 1 Satz 1). Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung müssen die Pflege ermöglichen, erheblich erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung wiederherstellen (§ 40 Absatz 4 Satz 1).

Die Neuregelungen greifen Anregungen und Fragestellungen aus den Diskussionen im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege auf.

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung der Überschrift dient der Klarstellung, da sich der Regelungsinhalt des Paragraphen auch auf das Pflegehilfsmittelverzeichnis und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bezieht.

Zu Buchstabe b

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist nach der neuen Verfahrensvorgabe spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Diese Vorgabe erstreckt sich auch auf die so genannten doppelunktionalen Pflegehilfsmittel. Dabei bezieht sie sich nur auf den Turnus der Fortschreibung. Im Übrigen bleiben die Verfahrensvorgaben zur Fortentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unberührt, soweit § 78 nichts anderes vorsieht.

Zum Teil werden hier Regelungen getroffen, die auch bereits mit gleicher Zielsetzung in § 139 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten sind und durch den Verweis in Absatz 2 auch Geltung für die Pflegehilfsmittelversorgung beanspruchen. Gleichwohl sollen die Vorgaben auch hier gesetzlich verankert werden, um deren Bedeutung für die Pflegehilfsmittelversorgung insbesondere im Zusammenhang mit digitalisierter Technik zu betonen. Eigenständige Bedeutung erlangen die Vorgaben für den Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (siehe dazu Begründung zu Buchstabe c).

Es soll sichergestellt werden, dass auch abweichend von dem dreijährigen Turnus eine Fortentwicklung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nicht ausgeschlossen ist. Daher wird zugleich

geregelt, dass unbeschadet der regelmäßigen Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses über Anträge zur Aufnahme von Produkten als Pflegehilfsmittel in das Pflegehilfsmittelverzeichnis bei Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen spätestens innerhalb von drei Monaten zu entscheiden ist. Dabei ist zu beachten, dass eine Bescheidung nur erfolgen kann, wenn die erforderliche Entscheidungsreife gegeben ist und beispielsweise die Funktionstauglichkeit oder der pflegerische Nutzen durch entsprechende Nachweise dargelegt sind. In der Sache dürfte bei der Beurteilung des pflegerischen Nutzens neben den Vorgaben aus § 40 Absatz 1 Satz 1 vor allem auch die Ausrichtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Rolle spielen, sodass etwa Produkte zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, die beispielsweise darauf ausgerichtet sind, die zeitliche oder örtliche Orientierung zu unterstützen oder der Vermeidung oder Erkennung von Gefahren zu dienen, künftig stärkere Berücksichtigung finden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist nach dem neuen Recht ferner verpflichtet, Hersteller von neuartigen Pflegehilfsmitteln auf Anfrage gebührenfrei über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von Produkten in das Pflegehilfsmittelverzeichnis eingehend, das heißt ausführlich, anleitend, adressaten- und praxisgerecht, zu informieren und zu beraten. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass manche Anbieter und Hersteller digitalbasierter Produkte und Anwendungen die Verfahrensabläufe für die Aufnahme von Produkten in das Pflegehilfsmittelverzeichnis Maßnahmen an die Pflegebedürftigen aus ihrer Sicht als nicht ausreichend transparent wahrnehmen. Dem soll mit dieser Vorschrift abgeholfen werden. Neben Antragsberatung ist in diesem Zusammenhang auch die Durchführung von Muster- oder Pilotverfahren denkbar oder die Einrichtung webbasierter Beratungsportale.

Zu Buchstabe c

Nicht nur im Zusammenhang mit Pflegehilfsmitteln, sondern auch bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen stellt sich zunehmend die Frage, wie digitale Technologien den Pflegebedürftigen leichter zugänglich gemacht werden können, ohne dass der pflegerische Nutzen, wie in § 40 Absatz 4 Satz 1 beschrieben, vernachlässigt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat daher erstmals bis zum 30. September 2021 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu beschließen, zu denen üblicherweise Zuschüsse nach § 40 Absatz 4 gewährt werden können. Ziel der Empfehlungen soll sein, ähnlich wie im Hilfsmittelkatalog, Maßnahmen systematisiert aufzuführen, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Betracht kommen. Dabei sollen auch Festlegungen über das Verfahren zur Aufnahme in den Empfehlungskatalog getroffen werden. Damit wird kein Neuland betreten, sondern an Ausführungen aus dem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene angeknüpft und hierbei der Aspekt digitaler Technologien hervorgehoben. Die Empfehlungen sind längstens in einem Dreijahresturnus fortzuschreiben, um aktuelle Entwicklungen möglichst zeitnah abzubilden.

Durch den Verweis auf die Sätze 5 bis 7 des Absatzes 2 werden zudem weitere wesentliche Verfahrensvorgaben für das Pflegehilfsmittelverzeichnis auch für die neuen Empfehlungen über wohnumfeldverbessernden Maßnahmen im Interesse der Anbieter von Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung entsprechend anwendbar gemacht. Danach informiert und berät der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gebührenfrei auf deren Anfrage auch Hersteller und Anbieter von neuartigen Produkten und Leistungen im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme in den neuen Empfehlungskatalog. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens.

Unbeschadet der regelmäßigen dreijährigen Fortschreibung entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zudem über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Maßnahmen in den Empfehlungskatalog innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen.

Unberührt von der Aufnahme einer Maßnahme in den Empfehlungskatalog bleibt die Pflicht der Pflegekassen, Anträge der Anspruchsberechtigten in jedem Einzelfall zu prüfen und bei Vorliegen der Voraussetzungen auch Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu bewilligen, die in den Empfehlungen nicht benannt sind.