

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)243(36)**  
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -  
Versorgungsverbesserungsgesetz  
11.11.2020



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am  
16.11.2020**

**Zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung  
der Gesundheitsversorgung und Pflege  
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsge-  
setz – GPVG)**

**Bundestags-Drucksache 19/23483**

**Hier: Änderungsanträge**

**Ausschussdrucksache 19 (14) 242.2**

**Ausschussdrucksache 19(14) 242.3**

Stand 10.11.2020

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

## Inhaltsverzeichnis:

<b>Änderungsantrag 1</b> .....	<b>- 4 -</b>
Art.1 Nr. 1 und 2 Beschlussfassung der Selbstverwaltungsgremien.....	- 4 -
Art.1 Nr. 1a.) § 79 Absatz 3e SGB V - Organe.....	- 5 -
Art.1 Nr. 1b.) § 217b Absatz 1 SGB V - Organe.....	- 6 -
Art.1 Nr. 1 c.) § 279 Absatz 9 –Verwaltungsrat und Vorstand- und § 413 (eigentlich 414) Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 414 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen .....	- 7 -
Art. 5 Inkrafttreten.....	- 8 -
<b>Änderungsantrag 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 9 -</b>
Art. 1 Nr. 5a – neu –§ 139 Absatz 11 Satz 2 SGB V Hilfsmittelverzeichnis.....	- 9 -
<b>Änderungsantrag 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 11 -</b>
Art. 1 Nr. 6b (neu) § § 219a Absatz 6 SGB V Kostenübernahme für Behandlungen von Patienten und Patientinnen aus dem EU-Ausland .....	- 11 -
<b>Änderungsantrag 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 12 -</b>
Art. 1 Nr. 12a § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund .....	- 12 -
Art. 1 Nr. 13a § 414 SGB V Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen .....	- 13 -
<b>Änderungsantrag 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> .....	<b>- 15 -</b>
Art. 2a, 2b, 5 § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 21 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung; Inkrafttreten .....	- 15 -
<b>Änderungsantrag 6 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 16 -</b>
Art. 3 Nr. 0/0a § 8 Abs. 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV .....	- 16 -
<b>Änderungsantrag 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 18 -</b>
Art. 3 Nr. 0b § 8 Absatz 6 Satz 7 SGB XI Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm .....	- 18 -
<b>Änderungsantrag 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 20 -</b>
Art. 3 Nr. 2a § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen .....	- 20 -
<b>Änderungsantrag 9 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 21 -</b>
Artikel 3 Nummer 2b - neu - § 78 SGB XI Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung .....	- 21 -
<b>Änderungsantrag 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 23 -</b>
Art. 1 Nr. 2a – neu - § 105 Abs. 3 SGB V -Förderung der vertragsärztlichen Versorgung .....	- 23 -
Art. 4a – neu - § 13 der Coronavirus-Testverordnung .....	- 24 -

§ 13 Abs. 4 der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten  
 Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-  
 Testverordnung – TestV)..... - 24 -

**Änderungsantrag 11 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch..... - 26 -**

Art. 11 Nr. 2b und c § 111 SGB V Versorgungsverträge mit Vorsorge- und  
 Rehabilitationseinrichtungen und §111c SGB V  
 Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen..... - 26 -

**Änderungsantrag 12 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch..... - 30 -**

Zu Artikel 1 Nr. 4a - neu - (§ 125b SGB V Pandemiebedingte  
 Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für  
 Heilmittelerbringer..... - 30 -

**Änderungsantrag 13 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes ..... - 31 -**

Art. 13 Nr. 2 § 5 KHEntgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen ... - 31 -

**Änderungsantrag 14 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 32 -**

Art. 3 Nr. 5 § 148 SGB XI Beratungsbesuche..... - 32 -

**Änderungsantrag 15 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 33 -**

Art. 3 Nr. 6 § 150 Absatz 6 Satz 1 SGB XI Verlängerung pandemiebedingter  
 Sonderregelungen im SGB XI..... - 33 -

## Änderungsantrag 1

### Art.1 Nr. 1 und 2 Beschlussfassung der Selbstverwaltungsgremien

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Einfügung von Aufhebungsformulierungen zu den §§ 79 Absatz 3d und 279 Absatz 9 SGB V sowie der Rücksetzung des § 217b SG B V in die bisherige Fassung wird die Grundlage geschaffen, die Möglichkeit der schriftlichen Beschlussfassung für die Selbstverwaltungsorgane ab dem 01.01.2022 zu beenden.

#### **B Stellungnahme**

Die weiteren Änderungen sind notwendig, um die Aufhebung der mit dem Gesetz befristet eingeführten Regelung über den Artikel 5 Inkrafttreten zu erreichen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Art.1 Nr. 1a.) § 79 Absatz 3e SGB V - Organe**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie soll den Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen eine schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden.

### **B Stellungnahme**

Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (2. COVIfSGAnpG) wurde die Möglichkeit mit dem §79 Absatz 3e SGB V geschaffen, dass die Selbstverwaltungsorgane auch schriftlich Beschlüsse fassen können. Es ist sinnvoll, diese Möglichkeit bis zum Ende der Pandemie fortbestehen zu lassen und nicht mit Wirkung vom 01.10.2020 gem. Artikel 18 Absatz 9 des 2. COVIfSGAnpG zu beenden. Der Gesetzgeber sieht hierfür nun den 31.12.2021 vor. Dies erscheint realistisch und verhindert, dass ggf. das Ende der Regelung mehrmals nach hinten verschoben werden muss.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Art.1 Nr. 1b.) § 217b Absatz 1 SGB V - Organe**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie soll den Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eine schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden.

### **B Stellungnahme**

Mit dem Gesetz für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz – Paket) vom 27.03.2020 wurde die Möglichkeit mit dem §64 Absatz 3a SGB IV geschaffen, dass die Selbstverwaltungsorgane und besondere Ausschüsse aus wichtigem Grund auch schriftlich Beschlüsse fassen können. Es ist sinnvoll, diese Möglichkeit bis zum Ende der Pandemie fortbestehen zu lassen und nicht mit Wirkung vom 01.10.2020 gem. Artikel 11 Absatz 3 des Sozialschutz – Pakets zu beenden. Der Gesetzgeber sieht hierfür nun den 31.12.2021 vor. Dies erscheint realistisch und verhindert, dass ggf. das Ende der Regelung mehrmals nach hinten verschoben werden muss.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Art.1 Nr. 1 c.) § 279 Absatz 9 –Verwaltungsrat und Vorstand- und § 413 (eigentlich 414) Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 414 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie sollen den Verwaltungsräten der medizinischen Dienste schriftliche Beschlussfassungen ermöglicht werden.

**B Stellungnahme**

Mit der Einfügung des Absatzes 9 kann der Verwaltungsrat eines medizinischen Dienstes aus wichtigen Gründen schriftlich abstimmen. Es ist sinnvoll, diese Möglichkeit bis zum Ende der Pandemie zu schaffen. Der Gesetzgeber sieht hierfür nun den 31.12.2021 vor. Dies erscheint realistisch und verhindert, dass ggf. das Ende der Regelung mehrmals nach hinten verschoben werden muss.

Damit diese Regelung zum Tragen kommt muss allerdings in §414 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der ab dem 20.10.2020 geltenden Fassung ergänzt werden, weil ansonsten der §279 Absatz 9 SGB V nicht zum Tragen kommen würde. Die Änderung ist somit sachgerecht.

**C Änderungsvorschlag**

Der redaktionelle Fehler sollte behoben werden. Der zu ändernde Satz befindet sich nicht in § 413, sondern in §414 SGB V.

## **Art. 5 Inkrafttreten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Zusammenwirken mit dem Artikel 1a (neu) können die Möglichkeiten der schriftlichen Beschlussfassung gem. Artikel 1 Nummer 1a, 6a, 12 und 13 aufgehoben werden.

### **B Stellungnahme**

Damit die Möglichkeit der schriftlichen Beschlussfassung zum 31.12.2021 endet, ist die Änderung des Artikels 5 Inkrafttreten mit der Aufnahme des neuen Absatzes 4 notwendig.

Die bisherigen Regelungen zur schriftlichen Beschlussfassung endeten zum 30.09.2020. Um einen friktionslosen Übergang der Regelungen zu gewähren und Formalverstöße zu verhindern, sollten die neuen Regelungen spätestens zum 01.10.2020 in Kraft treten. Daher ist Artikel 5 Absatz 2 entsprechend der vorgeschlagenen neuen Nummern anzupassen.

### **C Änderungsvorschlag**

Änderung des Artikel 5 Absatz 2 wie folgt:

(2) Artikel 1 Nummer 1, 1a, 3, 6a,12 und 13 tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum des Kabinettsbeschlusses] in Kraft.



## Änderungsantrag 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 1 Nr. 5a – neu – § 139 Absatz 11 Satz 2 SGB V Hilfsmittelverzeichnis

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, dass der GKV-Spitzenverband im Kontext der Antragsverfahren „Aufnahme von Produkten in das (Pfleger-)Hilfsmittelverzeichnis“, jeweils mindestens eine Stellungnahme eines Sachverständigen oder unabhängigen Forschungsinstituts aus dem Bereich der Technik einholen lassen muss, soweit ein Bezug zu digitalen oder technischen Assistenzsystemen besteht. Begründet wird die Ergänzung des § 139 Absatz 11 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um einen Satz 3 damit, dass technische Innovation in der (Pfleger-)Hilfsmittelversorgung gefördert werden sollen.

#### B Stellungnahme

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) im April 2017 erhielt der GKV-Spitzenverband nicht nur den Auftrag, das Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis bis Ende 2018 systematisch auf Aktualität hin zu überprüfen und im gebotenen Umfang fortzuschreiben. Der Gesetzgeber setzte sich auch ausdrücklich zum Ziel, die Qualität der Hilfsmittelversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden durch die Stärkung der Versichertenrechte und des Sachleistungsprinzips bedeutend zu verbessern. Diese Kernaufgabe hat der GKV-Spitzenverband übernommen und sie programmatisch ins Zentrum der Fortschreibung des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnisses gestellt.

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

Stand und Aktualität des Hilfsmittel- und des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ist jedoch in hohem Maße vom Antragsgebaren der Hersteller abhängig! Das heißt: Keine Anträge von Herstellern ihrer Produkte in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis = keine Möglichkeit/en der Abbildung neuer, weiterentwickelter oder innovativer Produkte in diesen Verzeichnissen. So gibt es beispielsweise bis heute keine Anträge von Herstellern von Pflegehilfsmitteln zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität“ (= Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 52), in denen ohne Weiteres auch Ambient Assistent Living-Systeme (siehe Änderungsantrag 9) subsumiert werden könnten (dies ganz unkonventionell durch die Etablierung neuer Produktarten oder Produktuntergruppen).

Im Weiteren ist die beabsichtigte Neuregelung äußerst unspezifisch bzw. unbestimmt, sie verzögert Prozesse statt sie zu beschleunigen und hat keinerlei Mehrwert für die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.

### **C      Änderungsvorschlag**

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

## **Änderungsantrag 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Art. 1 Nr. 6b (neu) §§ 219a Absatz 6 SGB V Kostenübernahme für Behandlungen von Patienten und Patientinnen aus dem EU-Ausland**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung zur Übernahme der Behandlungskosten für ausländische Corona-Intensivpatienten durch den Bund wird über das bisherige Ende (30. September 2020) bis zum 31. März 2021 verlängert. Für Patienten aus dem Vereinigten Königreich gilt die Regelung für den Zeitpunkt nach dem Austritt aus der EU („Brexit“, 31. Dezember 2020) nur für Behandlungen, die bis zum 31. Dezember begonnen wurden. Die Regelung soll nahtlos an die bisherige Regelung anschließen, also rückwirkend mit Wirkung vom 01. Oktober 2020 in Kraft treten.

#### **B Stellungnahme**

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Änderungsantrag 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Art. 1 Nr. 12a § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die den MD übertragenen Aufgaben muss aufgabenbezogene Richtwerte enthalten, die übergreifend für alle MD einheitlich gelten. Begründete Abweichungen von den Richtwerten sind aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen MD möglich.

#### **B Stellungnahme**

Aufgabenbezogenen Richtwerte für die Personalbemessung zu den Aufgaben der MD bilden das Kernstück der neu zu erlassenden Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung. Die Klarstellung, dass diese übergreifend für alle MD einheitlich gelten, wird begrüßt.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 13a § 414 SGB V Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die den MD übertragenen Aufgaben soll mindestens die Bereiche der Begutachtungen von Krankenhausleistungen, von Arbeitsunfähigkeit sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen umfassen. Die Personalbedarfsermittlung muss nach einer bundeseinheitlichen Methodik erfolgen und anerkannte und angemessene Methoden einsetzen, wie sie beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt sind. Die großen Aufgabenbereiche werden in typische, in allen MD vergleichbare kleinere Gruppen von Begutachtungsaufträgen eingeteilt, welche Gegenstand der Aufwandserhebung sind. Diese kann auch in Stichproben erfolgen.

Die Datenerhebung soll durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bei allen Medizinischen Diensten sowie beim Sozialmedizinischen Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See spätestens ab dem 31. März 2021 erfolgen. Der MDS koordiniert die Datenerhebung und die Datenauswertung unter fachlicher Beteiligung der MD, wobei die Vergabe von Aufträgen an Dritte zur Unterstützung möglich ist.

Die Richtlinie soll bis zum 31. Dezember 2021 erlassen werden; sollte vor diesem Datum der MD Bund bereits konstituiert sein, gilt diese Frist für den MD Bund als Rechtsnachfolger des MDS. Die Richtlinie bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### **B Stellungnahme**

Die Konkretisierung des Inhalts und der Methodik der Personalbedarfsermittlungsrichtlinie für die Medizinischen Dienste wird begrüßt. Es erscheint realistisch, sich für den ersten Erlass der Richtlinie auf die drei großen Aufgabenbereiche Begutachtungen von Krankenhausleistungen, von Arbeitsunfähigkeit sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen zu konzentrieren. Die Richtlinie sollte sukzessive um die anderen Begutachtungsbereiche der MD unter dem SGB V (z.B. Hilfsmittelversorgung, Zahnärztliche Leistungen, Qualitätskontrollen im Krankenhaus) erweitert werden. Ebenso können die hier gewonnenen Instrumente zur Entwicklung der analogen Personalbedarfsermittlungsrichtlinie für die Begutachtungen in der Pflege nach § 53d SGB XI eingesetzt werden und so zum zügigen Erlass auch dieser Richtlinie führen. Der gewählte Ansatz, sich am Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes zu orientieren, für die jeweiligen Begutachtungsaufgaben in allen MD typische, kleinere Gruppen mit homogenem Arbeitsaufwand für Datenerhebungen in Stichprobenform zu bilden und auf dieser Grundlage aufgabenbezogene Richtwerte zu bilden, gibt dem MDS und den MD eine klare Vorgabe, die auch kontrollierbar ist. Aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen MD sind begründete

Abweichungen möglich, daher ist der Rahmen flexibel genug, um regionalen Besonderheiten auch aus Sicht der Krankenkassen Rechnung zu tragen.

Mit Artikel 4 Nr. 21 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (Änderung des § 327 Abs. 2 Satz 3 und 4, nach dem Patientendaten-Schutz-Gesetz vom 14. Oktober 2020 nun § 414 Abs. 2 Satz 3 und 4) hat der MDS die Aufgabe erhalten, bis zum 31. Dezember 2020 die (ursprünglich zum Erlass durch den MD Bund vorgesehene) Richtlinie zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 SGB V in den Medizinischen Diensten zu erlassen. Diese Verpflichtung fehlt in der im ÄA vorliegenden Fassung des § 414 Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V.

### **C      Änderungsvorschlag**

In § 414 wird ergänzend zum neuen Absatz 2a in Absatz 2 der Satz 4 wie folgt gefasst:

„§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 5 zweite Alternative 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 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zweite Alternative bis zum 31. Dezember 2020 erlässt.“

In § 53d SGB XI wird in Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 nach dem Wort „mit“ die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ eingefügt.

Es wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Richtlinie nach Absatz 2 Nummer 2 erlässt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/Bund der Pflegekassen erstmalig zum 31. Dezember 2021 unter Anwendung der Vorgaben des § 414 Absatz 2a Satz 2 und 3 SGB V.“

## **Änderungsantrag 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

### **Art. 2a, 2b, 5 § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 21 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung; Inkrafttreten**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung in Artikel 2a soll gewährleisten, dass sich die Förderanteile, die den Ländern nach dem Krankenhauszukunftsfonds zustehen, nach dem aktuellen Königsteiner Schlüssel richten. Der im KHZG genannte Verweis stellt nicht den aktuellen Verteilungsschlüssel dar. Mit dieser Regelung erfolgt der Verweis auf den aktuellen Königsteiner Schlüssel.

Der Artikel 2b beinhaltet eine Folgeänderung dazu.

Mit Artikel 5 soll rückwirkend das zeitgleiche Inkrafttreten der Änderungen der Artikel 2a und 2b mit dem Inkrafttreten der Artikel 1 und 2 des Krankenhauszukunftsgesetzes sichergestellt werden.

#### **B Stellungnahme**

Mit diesen Regelungen soll eine möglichst realitätsnahe Verteilung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds sichergestellt werden. Die Verteilung erfolgt über den Königsteiner Schlüssel, der die Bevölkerungszahlen der jeweiligen Bundesländer abbildet. Der Königsteiner Schlüssel wird in regelmäßigen Abständen im Bundesanzeiger veröffentlicht. Der Verweis im KHZG erfolgte jedoch nicht auf die aktuelle Veröffentlichung im Bundesanzeiger, sondern auf die vorangegangene. Mit diesen Regelungen soll nunmehr auf die aktuelle Veröffentlichung im Bundesanzeiger verwiesen werden. Die Regelungen sind deshalb sachgerecht.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Änderungsantrag 6 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 3 Nr. 0/0a § 8 Abs. 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Erprobung von erweiterten Versorgungskonzepten, in denen die Kompetenzen von Pflegefachpersonen effizient durch eine erweiterte Versorgungsverantwortung genutzt werden können, werden über die Forschungsstelle des GKV-Spitzenverbandes drei Millionen Euro p.a. zur Verfügung gestellt. Ziel der damit geförderten Projekte ist, mit der kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Pflegefachpersonals in Pflegeeinrichtungen die Versorgungsqualität und die Arbeitszufriedenheit der beruflich Pflegenden zu verbessern und ggf. damit Effizienzpotentiale im Gesundheitswesen zu heben.

#### B Stellungnahme

Insbesondere pflegebedürftige Menschen haben komplexe Versorgungsbedarfe, die weit über die pflegerische Versorgung hinausgehen. Es wird daher ausdrücklich begrüßt, dass mit Erprobung der erweiterten Pflegepraxis in Einrichtungen der Langzeitpflege die medizinisch-pflegerische Versorgung an den Bedarfslagen der Pflegebedürftigen ausgerichtet wird und hierfür die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen, die sie auch in der Primärversorgung haben, eingesetzt werden. Diese gesetzliche Neuregelung greift damit auch das Ansinnen aus der Konzierten Aktion Pflege auf, die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen zu befördern.

Mit diesem Förderansatz besteht nicht nur die Chance zu erproben, ob unnötige Krankenhaus-einweisungen vermieden werden können, sondern es werden auch wichtige Impulse für die Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden personenzentrierten Versorgung gesetzt. Damit kann auch ein wichtiger Beitrag geleistet werden, die Behandlungsverläufe nicht nach den Sektoren, sondern an den medizinisch-pflegerischen Bedarfen der Pflegebedürftigen auszurichten.

Der Ansatz, gesetzlich ein Fördervolumen für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen, wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings wird mit der Erhöhung des Forschungsvolumens des GKV-Spitzenverbandes und der Verknüpfung mit der eigentlichen Intention des Modellvorhabens in § 8 Absatz 3 SGB XI der Erprobung von erweiterter Pflegepraxis in Einrichtungen der Langzeitpflege nicht gerecht:

- Durch die vorgesehene Änderung wird eine Zweckbindung des Fördervolumens von drei Mio. Euro p.a. an die Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung nicht erreicht.
- Der Gesetzgeber verfolgt mit der in Absatz 3 verankerten Modellklausel das Ziel, vorrangig die Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie die Umsetzung neuer



Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Die Rahmenbedingungen des § 8 Absatz 3 fokussieren daher auch diese vorrangige Zielstellung. Sie sind jedoch nicht ohne Weiteres auf die Erprobung von innovativen Versorgungsansätze mit dem Ziel erweiterter Pflegepraxis übertragbar.

Es wird daher angeregt, eine eigene Norm hierfür zu etablieren.

### **C      Änderungsvorschlag**

Die Änderungen in § 8 Absatz 3 sind zu streichen.

Es wird in § 8 ein neuer Absatz 3a eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro je Kalenderjahr die Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Sofern die Erprobung den Einsatz von zusätzlichen Pflegefachpersonen in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordert, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 weder ganz noch teilweise belastet werden. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der GKV-Spitzenverband beschließt Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung von Modellvorhaben. Die Empfehlungen sind bis [drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] vorzulegen und bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen. § 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.“

## Änderungsantrag 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 3 Nr. 0b § 8 Absatz 6 Satz 7 SGB XI Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist zum Nachweis einer vergeblichen Stellenbesetzung von bisher 4 Monaten zur Gewährung des Vergütungszuschlags wird aufgehoben. Angesichts der kritischen Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte kann der Vergütungszuschlag auch für weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beantragt werden, z.B. für Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflege-rinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten.

Ergänzend wird die - bisher nur in der Orientierungshilfe des GKV-Spitzenverband festgehaltene - Bestätigungsmeldung der Pflegeeinrichtung über das unveränderte Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gesetzlich verankert.

#### B Stellungnahme

Zur Verbesserung der Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen wurde im Rahmen des Roadmap-Prozesses zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in stationären Pflegeeinrichtungen u.a. der Baustein abgestimmt, die Besetzung der Stellen im Fachkraftstellen-Programms des PpSG zu erleichtern. Vollstationären Pflegeeinrichtungen wird es nun ermöglicht, vor Ablauf der 4-montigen Frist Pflegehilfskräfte in Ausbildung zur Pflegefachperson einzustellen. Diese Regelung wird begrüßt.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) erhält seit dem 1. Januar 2019 jede vollstationäre Pflegeeinrichtung für die Neueinstellung bzw. Aufstockung von zusätzlichen Pflegefachpersonen, die über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung vorzuhalten hat, eine Vollfinanzierung der zusätzlichen Personalkosten aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Ziel dieser Verbesserung ist es, aus Mitteln der GKV Pflegepersonal zu finanzieren, die Leistungen der Behandlungspflege erbringen und dabei die Pflegeleistungsempfänger nicht zusätzlich belastet werden. Mit der nun vorgesehenen Anpassung soll es den Einrichtungen ermöglicht werden, auch Fachkräfte aus weiteren Gesundheits- und Sozialberufen, die sich in Ausbildung zu einer Pflegefachfrau oder Pflegefachmann befinden, einzustellen und über den Vergütungszuschlag aus der GKV zu finanzieren. Diese Fachkräfte besitzen jedoch nicht die notwendigen Qualifikationen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege. Das Finanzierungserfordernis zur Übernahme der Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung greift nicht.

In der bisherigen Regelung fehlte die gesetzliche Verankerung, dass eine Meldeverpflichtung als Voraussetzung für den Zahlungsanspruch notwendig ist. Die Neuregelung wird daher begrüßt.

## **C      Änderungsvorschlag**

Der § 8 Absatz 6 Satz 4 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder Pflegefachmann befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten.“

## Änderungsantrag 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 3 Nr. 2a § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen werden verpflichtet, über die Anträge auf Pflegehilfsmittel und auf Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen innerhalb von drei Wochen bzw. fünf Wochen (Prüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmittel unter Beteiligung eine Pflegefachkraft oder Medizinischer Dienst) zu entscheiden. Sofern die Frist nicht eingehalten werden kann, sollen rechtzeitig die Gründe dargelegt werden. Andernfalls gilt der Antrag nach Ablauf der Frist als genehmigt.

#### B Stellungnahme

##### Zu Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen:

Bereits bei der Pflegebegutachtung können baulichen Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes durch den Medizinischen Dienst empfohlen werden. Diese gelten als Antrag, sofern der Versicherte nicht widerspricht. Darüber hinaus können im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen angeregt werden. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Bezuschussung von Wohnumfeld-verbessernden Maßnahmen, über die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen und über die in Frage kommende Maßnahmen zu beraten. Die Pflegekassen haben insofern ein hohes Interesse, über die Anträge zügig zu entscheiden. Die Antragsunterlagen müssen hierfür jedoch vollständig sein, d.h. z.B. Fotos, Kostenvoranschlag müssen dem Antrag beigefügt sein. Beratung zu Angeboten von Handwerkern bis zum Vertragsabschluss, die technische Beratung durch Architekten (z. B. das Erstellen eines Gutachtens über mögliche bauliche Maßnahmen z.B. in Bezug auf die Statik), die Beantragung von Eigentümergenehmigungen sowie anderer notwendiger Zustimmungen sollten vor Antragstellung bereits erfolgt sein. Sollten dadurch Verzögerungen bei der Entscheidung der Pflegekasse eintreten, können diese nicht zu Lasten der Pflegekassen gehen. Eine Fristsetzung für die Entscheidung der Pflegekasse ist daher abzulehnen.

Da bei der Antragsprüfung insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot - auch im Interesse der Antragsteller - zu beachten ist, ist eine Genehmigungsfiktion nach Fristablauf abzulehnen. Die beantragte Maßnahme muss im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglichen oder erheblich erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherstellen.

#### C Änderungsvorschlag

Die Änderung wird gestrichen.

## Änderungsantrag 9 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### Artikel 3 Nummer 2b - neu - § 78 SGB XI Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung

#### A Beabsichtigte Neuregelung

a) Resultierend aus b) und c) beabsichtigt der Gesetzgeber, den 78 des Elften Sozialgesetzbuches von „Verträge über Pflegehilfsmittel“ in „Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ umzubenennen.

b) Dieser Änderungsantrag beinhaltet wieder ein an den GKV-Spitzenverband adressiertes neues Regulativ, wonach dieser das Pflegehilfsmittelverzeichnis turnusmäßig mindestens alle drei Jahre unter Berücksichtigung digitaler Technologien fortschreiben soll. Begründet wird der Änderungsantrag damit, dass bei der Beurteilung des pflegerischen Nutzens neben den Vorgaben vor allem auch die Ausrichtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Rolle spielen müsse. Weiterhin soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, Hersteller auf deren Anfrage gebührenfrei über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu beraten. Darüber hinaus soll er über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen entscheiden. Grund für diese neuen, weiteren Vorgaben an den GKV-Spitzenverband ist der voranschreitende technische Fortschritt, auch im Pflegebereich.

c) Der GKV-Spitzenverband soll darüber hinaus verpflichtet werden, spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen zu beschließen.

#### B Stellungnahme

b) Es erschließt sich nicht, warum die Frist zur turnusmäßigen Fortschreibung für bestimmte Produktbereiche auf drei Jahre verkürzt werden soll. Die derzeit geltende Frist für alle Produktgruppen wurde nach ausgiebiger Erörterung und unter Würdigung von Innovationsdynamik und Fortschreibungsaufwand mit den Herstellerorganisationen aller Hilfsmittel-Branchen auf fünf Jahre festgelegt, (auch dieser Aspekt wurde vom BMG im Kontext der Prüfung der Verfahrensordnung nach § 139 Absatz 7 SGB V genehmigt).

Darüber sind jederzeit anlassbezogene Fortschreibungen, z. B. aufgrund von Vorschlägen und Stellungnahmen Dritter (wie zum Beispiel Hersteller, Leistungserbringer und deren Verbände oder Organisationen oder Patientenorganisationen) möglich und finden auch statt, wie jüngst die der „Therapeutischen Bewegungsgeräte = Produktgruppe 32“.

Im Weiteren ergibt sich bereits aus § 139 Absatz 4 SGB V eine Beratungspflicht des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Aufnahme von neuartigen Produkten in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis.

Stand und Aktualität des Hilfsmittel- und des Pflegehilfsmittelverzeichnisses sind aber nicht allein von den Fortschreibungsaktivitäten des GKV-Spitzenverbandes abhängig. Vielmehr „lebt“ und „weiterentwickelt sich“ das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis durch Anträge von Herstellern, auch von denen innovativer respektive digitaler Produkte! Im Umkehrschluss heißt das: Keine Anträge von Herstellern ihrer Produkte in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis = keine Möglichkeit/en der Abbildung neuer, weiterentwickelter, innovativer bzw. digitaler Produkte in diesen Verzeichnissen. So gibt es – mit Ausnahme der Hausnotrufgeräte – bis heute keine Anträge von Herstellern von „Pflegehilfsmitteln zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität (= Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 52)“, in denen ohne Weiteres digital geprägte/-basierte Produkte oder auch Ambient Assistent Living-Systeme subsumiert werden könnten. Damit wären diese Produkte deklaratorisch Leistungen der Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber kann seiner Regulationsaffinität gegenüber den Kranken- und Pflegekassen auch weiterhin nachgehen; dieses beschriebene Phänomen bzw. Problem wird mit keiner „Kassen-Regel“ gelöst!

c) Die vorgesehene Regelung ist nicht sachgerecht. Bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen handelt es sich nicht um konkrete Produkte, sondern eben um Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Dies können Maßnahmen sein, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung notwendigerweise nicht benötigt werden. Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sind aber auch Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden. Ebenfalls als Maßnahmen zählen technische Hilfen im Haushalt wie z. B. Ein- und Umbau von Mobiliar. Eine Liste möglicher Maßnahmen enthält das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverband und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften, auf die der Gesetzgeber in seiner Begründung verweist. In selbigem werden dort keine konkreten Produkte aufgelistet, sondern vielmehr bauliche Maßnahmen. Dies ist insofern auch sachgerecht und entspricht der gesetzlichen Intention, da eine Anpassung des individuellen Wohnumfeldes erfolgt. Neben den verbauten Produkten beinhalten wohnumfeldverbessernde Maßnahmen auch Dienstleistungen des Einbaus.

Damit können die Empfehlungen über wohnumfeldverbessernde Maßnahmen keine konkreten Produkte enthalten! Eine Übertragung der Leistung „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ auf die Systematik des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ist eben nicht möglich!

## **C      Änderungsvorschlag**

Im Ergebnis sind die Änderungsvorschläge weder zielführend noch lösen sie die unter „B“ dargelegte Problematik; sie können daher nur abgelehnt werden.

## Änderungsantrag 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 1 Nr. 2a – neu - § 105 Abs. 3 SGB V -Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der angedachten Neuregelung soll die mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eingeführte Regelung zur Finanzierung von pandemiebedingten außerordentlichen Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Teilen überführt bzw. neu geregelt werden. So wird der Geltungsbereich der außerordentlichen Maßnahmen, der bisher auf die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beschränkt ist, auf Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung allgemein erweitert. Eine Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen wird indes ausgeschlossen, wenn bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildete Mittel für die Maßnahmen vorgesehen sind oder die Finanzierung durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt ist. Zum Zwecke der Abrechnung sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen zur Verfügung stellen, in denen Art und Höhe der Kosten im Einzelnen dargelegt werden.

#### B Stellungnahme

Die Neuregelung sieht in Satz 1 die Ausweitung des Anwendungsbereichs der Regelung auf „Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ (bislang: „Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“) vor. Die angedachte Änderung ist ordnungspolitisch abzulehnen. Die „Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ fällt nicht unter die Regelungen des Zweiten Abschnittes des Vierten Kapitels des Sozialgesetzbuches Fünf und gehört damit nicht zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Nach den Vorgaben des § 77 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 75 SGB V können Kassenärztlichen Vereinigungen nur Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung übertragen werden.

Darüber hinaus bedeutet die Übertragung der „Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ auf die Kassenärztlichen Vereinigungen indirekt die Übertragung der staatlichen Aufgabe der Daseinsvorsorge auf diese. Mit dieser Formulierung könnten die KVen u. a. finanzielle Maßnahmen in Krankenhäusern zur Stützung der „medizinischen Versorgung“ vornehmen, welche dann von den Krankenkassen zu zahlen wären. Ferner könnte eine Unterstützung des ÖGD (z. B. zur Kontaktnachverfolgung durch die Terminservicestelle) erfolgen. Auch diese Kosten könnten dann – obwohl verfassungsrechtlich eindeutig Aufgabe des Staates (hier: Länder; Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG i. V. m. IfSG) – den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden. Außerdem läuft die Gegenfinanzierung in Leere, da sich diese explizit auf die vertragsärztliche Versorgung bezieht (§ 105 Abs.1a Satz 1 letzter Halbsatz).

Die Neuregelung dehnt gleichzeitig die Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Träger der infrastrukturellen und Personalkosten in der vertragsärztlichen Versorgung auf die gesamte Bevölkerung aus, ohne dass nach dem Krankenversicherungsstatus differenziert

würde. Die explizite Delegation der finanziellen Zuständigkeit an die GKV mag in der Sache vielleicht naheliegend sein; sollte an der Änderung festgehalten werden, bedarf es zwingend einer Beteiligung weiterer Kostenträger. Auch schon in der Vergangenheit konnte die bisherige Begrenzung auf die vertragsärztliche Versorgung etwa bei dem Aufbau von Fieberambulanzen nicht gewährleistet werden, da auch nicht-gesetzlich Krankenversicherte diese in Anspruch nehmen konnten. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) war an diesen Maßnahmen in Teilen beteiligt oder hat sich ihrer bedient. In der Folge waren diese Maßnahmen nie rein auf eine Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung allein beschränkt.

Auch der in der Gesetzesbegründung vorgenommene Verweis auf die weiterhin mögliche Finanzierung von Persönlicher Schutzausrüstung zeigt das Dilemma. Weder auf Landesebene noch bei Gesprächen zwischen den Verbänden auf Bundesebene konnte eine Beteiligung der Privaten Krankenversicherung erreicht werden, obwohl die Persönliche Schutzausrüstung aus naheliegenden Gründen für gesetzlich wie nicht-gesetzlich Krankenversicherte genutzt wird, wenn diese die jeweilige Arztpraxis aufsuchen oder aufgesucht haben. Die hierbei entstandenen Kosten sind den Krankenkassen in Rechnung gestellt worden.

Die weiteren Kostenträger waren und sind damit an der Finanzierung weiterhin nicht ausreichend beteiligt. Daher ist es notwendig, dass entweder diese Kostenträger beteiligt oder eine Finanzierung durch den Steuerzahler erfolgt.

Die Regelung zu den rechnungsbegründenden Unterlagen ist sachgerecht.

### **C      Änderungsvorschlag**

Die Änderung ist zu streichen. Sollte daran festgehalten werden, ist es zwingend, entweder eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) und weiteren Sozialträgern und/oder aber die Finanzierung durch den Steuerzahler sicherzustellen. Letzteres hieße, dass für die Erstattung der den Kassenärztlichen Vereinigungen entstandenen Kosten für außerordentlichen Maßnahmen § 13 Absatz 1 bis 3 der Testverordnung entsprechend gilt und § 105 Absatz 3 SGB V wie im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vorgesehen zum 01. Januar 2021 aufgehoben wird.

Zu präzisieren wäre, ab wann, d.h. für welche Abrechnungszeiträume die Finanzierung von Testzentren über § 105 Absatz 3 ausgeschlossen ist.

## **Art. 4a – neu - § 13 der Coronavirus-Testverordnung§ 13 Abs. 4 der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)**

### **A      Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Regelung wird der bisherige § 13 Abs. 4 der Coronavirus-Testverordnung aufgehoben.



**B      Stellungnahme**

Zum Ausschluss etwaiger Doppelfinanzierungen ist die Regelung zu begrüßen und sachgerecht.

**C      Änderungsvorschlag**

Keiner

## Änderungsantrag 11 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 11 Nr. 2b und c § 111 SGB V Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und §111c SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

#### A Beabsichtigte Neuregelung

2b)

Die vorgesehene Änderung sieht vor, dass die Krankenkassen und die zugelassenen Vorsorge – und Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 01.10.2020 bis zum 31.03.2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsge-schehen Rechnung zu tragen.

Das BMG kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Frist bis zum 31.12.2021 verlängern.

2c)

Die vorgesehene Änderung sieht vor, dass die Krankenkassen und die zugelassenen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 01.10.2020 bis zum 31.03.2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsge-schehen Rechnung zu tragen.

Das BMG kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Frist bis zum 31.12.2021 verlängern.

#### B Stellungnahme

2b)

Die AOK-Gemeinschaft lehnt den Änderungsvorschlag ab.

Pandemiebedingte Mehrausgaben sind durch den Bund im Rahmen der Gefahrenabwehr zu re-geln und zu finanzieren. Sonderkonstellationen wie die aktuelle Pandemie müssen von allgemei-nen Vergütungsbestandteilen getrennt werden.

Zudem ist die hier beabsichtigte Neuregelung nicht wettbewerbsneutral. Im Vorsorge- und Re-habilitationsbereich werden die Vergütungsvereinbarungen kassenindividuell mit jeder einzel-nen Rehabilitationseinrichtung geschlossen. Variabilität besteht auch in den Laufzeiten der indi-viduellen Vergütungsvereinbarungen, welche unter anderem die praktische Umsetzung des Än-derungsantrages unmöglich machen. Ferner fehlt bei der beabsichtigten Neuregelung der Ein-bezug weiterer Kostenträger, wie z.B. die Deutsche Rentenversicherung sowie die private Kran-kenversicherung. Zumindest sollte hier eine Harmonisierung mit den Ausgleichsverfahren der Deutschen Rentenversicherung eruiert werden.

Im Gegensatz zum Krankenhaussektor, gibt es keine Bedarfsplanung in der Vorsorge und Rehabilitation, d. h. die Länder sind nicht verantwortlich für eine ausreichende Versorgung mit stationären Reha- und Vorsorge-Leistungen. Ebenso werden keine (prospektiven) Mengen vereinbart, weshalb in den Versorgungs- und/oder Vergütungsverträgen keine Belegungsgarantie ausgesprochen werden. Belegungsschwankungen gehören somit grundsätzlich zum Unternehmerrisiko. Eine Abgrenzung zu pandemiebedingten Belegungsschwankungen ist daher nicht möglich. Aus diesem Grund können Einpreisungen der gegenwärtigen Belegungsrückgänge nicht in der regulären Vergütung erfolgen.

Des Weiteren ist eine Abgrenzung der pandemiebedingten Mehrausgaben im Personal- und Sachkostenbereich von klassischen Kostensteigerungen kaum abgrenzbar.

Die vorgeschlagene Regelung ist somit zu unspezifisch. Die AOK-Gemeinschaft sieht die Gefahr, dass die Vertragsparteien im Zuge der Vergütungsverhandlungen und gegebenenfalls auch Schiedsstellen mit einem hohen bürokratischen Aufwand belastet werden.

Gleichwohl vertritt die AOK-Gemeinschaft die Auffassung, dass die Versorgungsstrukturen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V und § 111c SGB V sowie der Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen nach § 111a SGB V zu schützen und aufrecht zu erhalten sind. Dabei müssen die Einrichtungen, die im Rahmen der aktuellen Pandemie ebenfalls einen wesentlichen Beitrag für das deutsche Gesundheitssystem geleistet haben, bei der Sicherung der wirtschaftlichen Existenz unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund spricht sich die AOK-Gemeinschaft für die Verlängerung des Rettungsschirms nach § 111d Abs. 8 SGB V für weitere 6 Monate aus. Mit der Fortführung des Rettungsschirms ist eine wettbewerbsneutrale Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gewährleistet. Ferner sind hier erprobte Strukturen vorhanden. Hiermit könnte kurzfristig die Liquidität der Einrichtungen nach § 111 und § 111 a, c SGB V gesichert werden. Der bürokratische Aufwand wäre für alle beteiligten Vertragspartner am geringsten.

Um die pandemiebedingten Mehrbelastungen (Hygiene, Abstand) im laufenden Betrieb finanziell zu unterstützen, sollte es eine einheitliche Regelung für die GKV, DRV und PKV in Form eines coronabedingten Hygienezuschlags geben. Bereits heute übernehmen die GKV und DRV coronabedingte Hygienezuschläge auf freiwilliger Basis, deren Zahlung derzeit bis zum 31. Dezember 2020 zugesagt ist. Die Höhe des Zuschlages beträgt aktuell je Leistungstag (Aufnahme- und Entlasstag gelten als 1 Tag) 6 EUR für ambulante Einrichtungen, 8 EUR für stationäre Einrichtungen und 16 EUR für den Versicherten incl. aller Begleitpersonen.

Eine parallele gesetzliche Regelung ist bis 31. Dezember 2020 nicht erforderlich, eine gesetzliche Klarstellung des Sachverhaltes zum 01.01.2021 wird begrüßt. Die Laufzeit des Zuschlages sollte der des Rettungsschirmes gemäß § 111 d Abs. 8 SGB V entsprechen. Die Höhe des Zuschlages sollte analog der bisherigen Zahlungen und Regelungen der DRV und GKV gestaltet werden. Auch hier gilt, dass die pandemiebedingten Mehrausgaben durch den Bund im Rahmen der Gefahrenabwehr zu regeln und zu finanzieren sind.

Zu c)

Für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gilt, dass auch hier ein bundesweiter und wettbewerbsneutraler Lösungsansatz umzusetzen ist. Pandemiebedingte Mehrausgaben sind durch

den Bund im Rahmen der Gefahrenabwehr zu regeln und zu finanzieren. Sonderkonstellationen wie die aktuelle Pandemie müssen von allgemeinen Vergütungsbestandteilen getrennt werden. Daher können Einpreisungen der gegenwärtigen Belegungsrückgänge nicht in der regulären Vergütung erfolgen.

Gleichwohl vertritt die AOK-Gemeinschaft die Auffassung, dass die Versorgungsstrukturen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen zu schützen und aufrecht zu erhalten sind. Dabei müssen die Einrichtungen, die im Rahmen der aktuellen Pandemie ebenfalls einen wesentlichen Beitrag für das deutsche Gesundheitssystem geleistet haben, bei der Sicherung der wirtschaftlichen Existenz unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund spricht sich die AOK-Gemeinschaft für die Etablierung eines Rettungsschirms für die ambulante Reha analog zu § 111d Abs. 8 SGB V für 6 Monate aus.

### **C Änderungsvorschlag**

Zu b)

Verlängerung des Rettungsschirms nach § 111d Abs. 8 SGB V um 6 Monate

Ergänzende gesetzliche Regelung für coronabedingte Hygienezuschläge

Nach § 111d wird folgender § 111e eingefügt:

#### „§ 111e

Befristete Zuschläge für Mehraufwendungen an Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie

- (1) Für die den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie entstandenen Mehraufwendungen für Sachmittel zur Einhaltung von Hygienevorschriften bei Rehabilitanden und Mitarbeitenden und organisatorischen Maßnahmen in den Einrichtungen erhalten diese für Leistungen, die im Zeitraum ab 1. Januar 2021 erbracht werden. Die Dauer der Laufzeit richtet sich nach § 111d SGB V.
- (2) Der Zuschlag im Sinne von Absatz 1 beläuft sich für jeden Leistungstag
  1. bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, auf 8,00 Euro,
  2. bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c Absatz 1 besteht, auf 6,00 Euro,
  3. bei Einrichtungen nach § 111a, sofern Versicherte von einer oder mehreren Personen mit Zustimmung der Krankenkasse begleitet werden, 16,00 Euro und
  4. bei Maßnahmen der ambulanten Suchtrehabilitation sowie der Suchtnachsorge auf 0,25 Euro je Teilnehmer und Termin. Der Zuschlag wird nicht für telematische Leistungen gewährt.

Bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Leistungstag im Sinne von Satz 1.

Zu c)

Etablierung eines Rettungsschirms für die ambulante Rehabilitation analog zur stationären Vorsorge- und Reha gemäß § 111 d Abs. 8 SGB V

Ergänzende gesetzliche Regelung für coronabedingte Hygienezuschläge: siehe zu b)

## Änderungsantrag 12 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Zu Artikel 1 Nr. 4a - neu - (§ 125b SGB V Pandemiebedingte Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für Heilmittelerbringer

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

#### B Stellungnahme

Heilmittelerbringer können auf Grundlage der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie bereits bis zum 31.12.2020 bei jeder Abrechnung einer Verordnung eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 1,50 Euro geltend machen. Die Rechtsverordnung soll mit dem vorliegenden Änderungsantrag nun eine gesetzliche Grundlage erhalten. Die Möglichkeit, dass das BMG per Rechtsverordnung die Abrechnung der Hygienepauschale in Höhe von 1,50 Euro mit Blick auf die weitere Entwicklung der Pandemie verlängern kann, erscheint sachgerecht. Dies nach derzeitigem Stand längstens befristet bis zum 31.12.2021 vornehmen zu können, wird vor dem Hintergrund der erforderlichen Befristung von Ermächtigungen ebenfalls als sachgerecht angesehen.

#### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Änderungsantrag 13 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

### **Art. 13 Nr. 2 § 5 KHENTgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die vorgesehene Änderung sieht vor, dass sich die zusätzliche Finanzierung nach der in einem Krankenhaus vorgehaltenen Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen unverändert nach der Erfüllung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Sicherstellungszuschläge richtet.

#### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Änderungsantrag 14 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 3 Nr. 5 § 148 SGB XI Beratungsbesuche

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange können Beratungsbesuche bis 31.03.2021 auf Wunsch des Pflegebedürftigen telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchgeführt werden.

#### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 15 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Art. 3 Nr. 6 § 150 Absatz 6 Satz 1 SGB XI Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bis zum 31.12.2020 befristete Sonderregelung des § 150 zur Bewältigung der Folgen der Covid-19 Pandemie wird bis 31.03.2021 verlängert.

#### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner