

**20.03.20****Empfehlungen**  
der Ausschüsse

G - AIS - FS

zu **Punkt ...** der 987. Sitzung des Bundesrates am 27. März 2020

---

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

A

Der **federführende Gesundheitsausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Übergangsregelung in Bezug auf die außerklinische Intensivpflege aufzunehmen, wonach die bisherigen Regelung zur Verordnung der Leistungen sowie die rechtlichen Grundlagen zum Abschluss individueller Leistungsvereinbarungen weitergelten, bis die GBA-Richtlinie gemäß § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V erlassen beziehungsweise die Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Absatz 1 SGB V vereinbart sind.

Begründung:

Nach aktueller Vertragslage haben Pflegeheime für die gesonderte Versorgung von Pflegebedürftigen im Wachkoma Vereinbarungen nach § 85 SGB XI zu treffen, die beinhalten, dass bei individueller Verordnung durch einen Arzt die gemäß Vereinbarung nach § 132a SGB V geltenden Pauschalbeträge für die

erhöhte medizinische Behandlungspflege nicht dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden, sondern diese direkt mit seiner Krankenkasse abgerechnet werden.

## 2. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 ist § 37c Absatz 3 Satz 1 wie folgt zu ändern:

- a) Nach den Wörtern „Leistungen nach“ sind die Wörter „§ 42 oder“ einzufügen.
- b) Nach den Wörtern „Leistungsbetrags nach“ sind die Wörter „§ 42 oder“ einzufügen.

### Begründung:

In § 37c SGB V ist vorgesehen, dass außerklinische Intensivpflege auch in Einrichtungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erbracht werden kann (§ 37c Absatz 2 SGB V). Kurzzeitpflegeeinrichtungen beziehungsweise deren Trägervereinigungen werden auch in Artikel 1 Nummer 14 (§ 132l SGB V) im Zusammenhang mit den geplanten gemeinsamen Rahmenempfehlungen (Absatz 1) sowie der Schiedsstelle (Absatz 4) angesprochen.

Vor diesem Hintergrund ist es jedoch unverständlich, warum Kurzzeitpflegeeinrichtungen neben den Einrichtungen der stationären Dauerpflege nach § 43 SGB XI nicht auch in die Refinanzierungsregelungen des § 37c Absatz 3 SGB V aufgenommen worden sind. In der Begründung zu dieser Vorschrift weist die Bundesregierung darauf hin, dass die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, für die Versicherten nicht mit finanziellen Belastungen verbunden sein soll, die erheblich höher sind als in der ambulanten Versorgung. Diese Begründung greift auch für den Bereich der Kurzzeitpflege, die gerade bei Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf immer dann notwendig sein wird, wenn sich nach einer Krankenhausbehandlung eine Anschlussversorgung zum Beispiel in einer Dauerpflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI nicht zeitnah sicherstellen lässt. Gerade bei Intensivpflegebedarfen haben die Betroffenen oder ihre Angehörigen wenig Einfluss auf die pflegerische Sicherstellung dieser Überbrückungsphase. Die Aufnahme von Einrichtungen der Kurzzeitpflege in die Refinanzierungsregelungen trägt ferner der Vereinbarung im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien Rechnung, eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung zur Sicherstellung einer verlässlichen Kurzzeitpflege sicherzustellen.

3. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 ist § 37c Absatz 3 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die Leistungen nach Satz 1 werden für sechs Wochen weitergewährt, nachdem der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.“

Begründung:

Nach der geplanten Regelung in § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V sollen Krankenkassen mit ihrer Satzung bestimmen können, dass auch nach Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten weiterhin die umfassenden Leistungen nach § 37c Absatz 3 Satz 1 SGB V gezahlt werden, wenn der Versicherte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist.

Es kann zwar nachvollzogen werden, dass die Versicherten finanziell nicht schlechter gestellt werden sollen, weil sich ihr Gesundheitszustand gebessert hat. Jedoch sind Satzungsleistungen grundsätzlich dafür vorgesehen, einen Wettbewerb der Krankenkassen untereinander zu ermöglichen. Wie ein sachgerechter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ausgerechnet im Bereich der Intensivpflege stattfinden soll, erschließt sich nicht. Eine seriöse Werbung mit dieser zusätzlichen Satzungsleistung erscheint problematisch.

Für Versicherte, deren Krankenkassen diese Regelung nicht als Satzungsleistung vorsehen, ergeben sich erhebliche Benachteiligungen. Dies würde zu einer nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Um unbillige Härten zu vermeiden sollte jedoch für alle Versicherten eine weitere, zeitlich begrenzte Kostenübernahme nach Wegfall des Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege erfolgen. Die Übergangszeit ermöglicht es den Pflegebedürftigen sowie ihre Angehörigen, sich auf die veränderte Versorgungslage vorzubereiten und etwaige anderweitige Versorgungen zu organisieren.

4. Zu Artikel 1 Nummer 6a – neu – (§ 67 Absatz 3 – neu – SGB V) und Nummer 6b – neu – (§ 68c – neu – SGB V)

In Artikel 1 sind nach Nummer 6 folgende Nummern 6a und 6b einzufügen:

,6a. Dem § 67 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder unter Beteiligung Dritter im Sinne des § 68a Absatz 3 Satz 2 Vereinbarungen schließen."

6b. Nach § 68b wird folgender § 68c eingefügt:

„§ 68c

#### Regionale Versorgungsinnovationen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Regionen, in denen der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 eine ärztliche Unterversorgung, eine drohende ärztliche Unterversorgung oder einen besonderen Versorgungsbedarf festgestellt hat, Versorgungsinnovationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelassenen Leistungserbringern oder deren Verbänden sowie mit Anbietern von digitalen Gesundheitsanwendungen vereinbaren und umsetzen. § 63 Absatz 3a gilt entsprechend. Leistungserbringer können ihren Beitritt schriftlich oder elektronisch, auch abweichend von § 56 des Zehnten Buches und § 36a des Ersten Buches nicht qualifiziert elektronisch signiert, erklären. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Versorgungsinnovationen in geeigneter Form.“ ‘

#### Begründung:

##### Zu Nummer 6a:

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, die Digitalisierung und die elektronische Kommunikation der Leistungserbringer zu unterstützen, haben aber zur Erfüllung dieses Zweckes keine Vertragsabschlusskompetenz. Die Neuregelung soll dem abhelfen.

In der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (vgl. BR-Drucksache 517/19 (Beschluss)) wird dazu ausgeführt, dass die Krankenkassen nach ihrem Ermessen Vorhaben von Leistungserbringern oder Verbänden unterstützen, ohne dass ein bestimmter Umfang oder eine bestimmte Form vorgeschrieben ist. Unklar ist dabei, wie diese Unterstützung nach Ansicht der Bundesregierung aussehen soll, wenn die Krankenkassen keine Verträge mit den Leistungserbringern oder Verbänden abschließen dürfen. Mit der Neuregelung wird diese erforderliche Vertragskompetenz daher nun auch rechtlich geschaffen.

##### Zu Nummer 6b:

Die Versorgungslage ist regional sehr unterschiedlich, sowohl mit Blick auf Problemstellungen als auch hinsichtlich der Lösungsoptionen. Nach bestehender Rechtslage ist es den Krankenkassen nicht möglich, in ausgewählten Regionen strukturelle Veränderungen (zum Beispiel neue Formen der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten und Krankenhäusern) direkt zu fördern.

Beispiel:

Aufbau und Betrieb eines Regionalen Gesundheitszentrums oder einer integrierten Einrichtung zur Kurzzeitpflege, welche gemeinsam von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten betreut werden.

Mit der Neuregelung soll eine Gesetzesnorm für „Regionale Versorgungsinnovationen“ geschaffen werden. Auf dieser Grundlage dürfen Krankenkassen mit Leistungserbringern auf freiwilliger Basis in einer bestimmten Region Verträge zur Gestaltung der regionalen Versorgung schließen.

Die Neuregelung ist erforderlich, weil die bisherigen Regelungen aus den §§ 63 und 64 SGB V sowie die selektivvertraglichen Regelungen nach § 140a SGB V nicht ausreichend sind, weil Anbieter digitaler Versorgungsinnovationen darin nicht vorkommen, diese Vorhaben zeitlich begrenzt sind und einer verwaltungsaufwendigen Evaluationspflicht unterliegen. Ein Umweg über Modellvorhaben/Selektivverträge setzt in der Regel zudem eine Teilnahmevoraussetzung von Versicherten voraus, welche mit dem angestrebten Charakter von regionalen Experimentierräumen nicht immer vereinbar ist. Eine Einschreibung von Versicherten soll nur dann erforderlich sein, wenn eine zusätzliche Datenerhebung und -verarbeitung stattfinden soll.

Insoweit muss den Ausführungen der Bundesregierung in der Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (vgl. BR-Drucksache 517/19 (Beschluss)), dass der Vorschlag zur Weiterentwicklung der Regelungen zu regionalen Versorgungsinnovationen im SGB V bereits aufgegriffen wurde, widersprochen werden.

Möglichkeiten bestehen lediglich über sektorale Strukturfondsmittel bei den niedergelassenen Ärzten oder den Krankenhäusern, welche in der Regel aber nicht zielgenau auf Einzelprojekte ausgerichtet werden und nicht "sektorenübergreifend" sind beziehungsweise eingesetzt werden können.

Der hier umgesetzte Ansatz zu mehr Regionalität geht nicht zuletzt auf eine entsprechende einheitliche Beschlussfassung auf der 92. Gesundheitsministerkonferenz am 5./6. Juni 2019 in Leipzig (TOP 5.1 Digitalisierung im Gesundheitswesen – wichtige Grundlage für die nachhaltige und zukunftsfeste medizinische Versorgung in allen Regionen Deutschlands) zurück. In der Begründung zum GMK-Beschluss wird von allen Ländern explizit ausgeführt, dass die bisherigen Regelungen notwendige regionale Experimentierräume zur Erprobung neuer Versorgungsformen nicht ohne Weiteres ermöglichen. Sie sind eher auf Vereinheitlichung ausgelegt. Um den Selbstverwaltungspartnern regional mehr Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis einzuräumen, sind durch den Gesetzgeber regionale Experimentierklauseln zu schaffen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe c (§ 111 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe c sind in § 111 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 nach dem Wort „Strukturen“ die Wörter „unter Beachtung regionaler Unterschiede der Kostenstrukturen“ einzufügen.

Begründung:

Der Entwurf des GKV-IPReg sieht für die Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor, dass auf Bundesebene Rahmenvorgaben für die Leistungsdefinition, für Qualitätsstandards sowie für Vergütungen formuliert werden. Die Preisgestaltung bleibt weiterhin der regionalen Ebene vorbehalten.

Bei der Gestaltung der Rahmenvorgaben muss sichergestellt werden, dass auf regionaler Ebene unterschiedliche Kostenstrukturen ausreichend berücksichtigt werden. Es gibt im Bundesgebiet keine einheitlichen Vergütungssätze im Gesundheitsmarkt. Auch die Kosten für Liegenschaften unterliegen im Bundesgebiet großen Differenzen. Faktoren wie Liegenschaftskosten, Lohnstrukturen und Lebenshaltungskosten führen daher je nach Standort einer Einrichtung zu sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen. Diesen Faktoren muss bei der regionalen Preisgestaltung ausreichend Rechnung getragen werden, indem bereits in die Rahmenvorgaben der Bundesebene zur Vergütung Regional Komponenten zur Berücksichtigung der vorstehend genannten Faktoren verankert werden.

6. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132l Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 14 ist wie folgt zu ändern:

a) Der Änderungsbefehl ist wie folgt zu fassen:

„Nach § 132k wird folgender § 132l eingefügt:“

b) Die Zählbezeichnung „132j“ ist durch die Zählbezeichnung „132l“ zu ersetzen.

c) In Absatz 1 Satz 2 sind nach dem Wort „Krankenhausgesellschaft“ die Wörter „sowie Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker oder behinderter Menschen vertreten,“ einzufügen.

Folgeänderungen:

a) Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

In Nummer 2 § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 3,

Nummer 6 Buchstabe a § 61 Satz 2,

Nummer 8 Buchstabe b § 92 Absatz 7g,

Nummer 16 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa § 275b Absatz 1 Satz 1,

Doppelbuchstabe bb § 275b Absatz 1 Satz 2,

Doppelbuchstabe cc § 275b Absatz 1 Satz 3,  
Buchstabe c Doppelbuchstabe aa § 275b Absatz 2 Satz 2 und  
Doppelbuchstabe cc § 275b Absatz 2 Satz 4 und  
Satz 5 SGB V

ist jeweils die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ zu ersetzen.

- b) In Artikel 2 Nummer 3 ist in § 275b Absatz 2 Satz 2 SGB V die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ zu ersetzen.
- c) In Artikel 3 Nummer 7 ist in § 114 Absatz 2 Satz 10 SGB XI die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a und b:

Mit dem Masernschutzgesetz wurden die §§ 132j und 132k in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch eingefügt. Insofern ist die Nummerierung anzupassen, um die entsprechenden Regelungen zu erhalten.

Zu Buchstabe c:

Durch die vorgeschlagene Änderung soll die nach Artikel 4 Absatz 3 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erforderliche Einbeziehung und Beteiligung der Verbände der Menschen mit Behinderungen bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen sichergestellt werden.

Bei der Erarbeitung und Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 Satz 1 SGB V sind ausschließlich Vertreter der Kostenträger und der Leistungserbringer beteiligt.

7. Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe d – neu – (§ 275b Absatz 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist der Nummer 16 folgender Buchstabe d anzufügen:

,d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

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

Begründung:

Nach dem Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes sollen die Leistungserbringer von außerklinischer Intensivpflege jährlichen Regelprüfungen der Qualität und der Abrechnung sowie Anlassprüfungen unterliegen. Die Prüfungen finden auf der Grundlage des § 275b SGB V statt und werden vor dem Hintergrund der besonderen medizinischen Anforderungen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen initiiert. Nur wenn Pflegedienste außerklinische Intensivpflege im eigenen Haushalt des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbringen, werden diese Leistungen in die Prüfung nach § 114 SGB XI einbezogen.

Durch entsprechende Verweise ist sichergestellt, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vor einer Regelprüfung mit der für die Prüfung nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde abstimmen (§ 114 Absatz 3 SGB XI) und diese bei teil- oder vollstationärer Pflege beteiligen (§ 114a Absatz 2 SGB XI).

Es fehlt jedoch ein Verweis auf § 117 SGB XI, der die Zusammenarbeit der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des Medizinischen Dienstes mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde regelt sowie die Meldung von Daten über die Leistungserbringer und von Erkenntnissen aus Qualitätsprüfungen gewährleistet.

Im Zusammenhang mit den neuen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen initiierten Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen in Form von Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b SGB V ist eine rechtliche Grundlage für den Austausch von Daten über die Einrichtungen nach § 37c Absatz 2 Nummer 1 und 2 SGB V und über die Wohneinheiten nach § 37c Absatz 2 Nummer 3 SGB V sowie von Prüferkenntnissen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Medizinischen Dienst mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde unerlässlich.

8. Zu Artikel 1 Nummer 16a – neu – (§ 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 16 folgende Nummer 16a einzufügen:

- ,16a. In § 279 Absatz 5 Satz 7 wird nach den Wörtern „nach Satz 1“ die Angabe „Nummer 1“ eingefügt.“

Begründung:

§ 279 Absatz 5 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V regelt, welche Vertreterinnen und Vertreter seitens der Länder für die jeweiligen Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu benennen sind. Nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V werden fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen



sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucher-  
schutzorganisationen jeweils auf Landesebene bestimmt. Zudem werden nach  
§ 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf  
Vorschlag der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der  
Pflegerberufe auf Landesebene und der Landesärztekammer benannt.

Die bisherige Regelung des § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V sieht vor, dass so-  
wohl bei den Vertretern nach Satz 1 Nummern 1 als auch Nummer 2 die Dritt-  
finanzierung zu prüfen ist. Sofern die Vertreterinnen und Vertreter zu mehr als  
zehn Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die GKV oder  
soziale Pflegeversicherung erbringen, scheidet eine Benennung als Mandats-  
träger im Verwaltungsrat aus.

Bei den Vertretern nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist dies ein  
nachvollziehbares Kriterium, da diese Vertreterinnen und Vertreter aus dem  
Bereich der Patientenvertretungen stammen.

Dagegen üben die Vertreterinnen und Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1  
Nummer 2 SGB V in vielen Fällen eine hauptberufliche Tätigkeit im Pflegebe-  
reich beziehungsweise im ärztlichen Bereich aus und engagieren sich ehren-  
amtlich beziehungsweise nicht hauptberuflich in den genannten Verbän-  
den/Institutionen. In der Folge könnten die Personen regelmäßig nicht für das  
Mandat im Verwaltungsrat benannt werden, weil bei ihnen automatisch die  
Ausschlussregelung des § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V greifen würde.

Um eine sachgerechte Benennung der Mandate nach § 279 Absatz 5 Satz 1  
Nummer 2 SGB V sicherzustellen, sollte die Regelung nach § 279 Absatz 5  
Satz 7 SGB V dahingehend konkretisiert werden, dass diese Regelung nur für  
die Vertreterinnen und Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V  
Anwendung findet.

9. Zu Artikel 4a – neu – (§ 7 Absatz 6 PflBG)

Nach Artikel 4 ist folgender Artikel 4a einzufügen:

**„Artikel 4a**

**Änderung des Pflegeberufgesetzes**

In § 7 Absatz 6 des Pflegeberufgesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I  
S. 2581), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 13. Januar 2020  
(BGBl. I S. 66) geändert worden ist, werden die Wörter „bei der zuständigen  
Stelle nach § 26 Absatz 4“ gestrichen.“

Begründung:

Durch die aktuell in § 7 Absatz 6 PflBG bestehenden Einschränkung können  
die Länder die Ombudsstelle nur bei der nach § 26 Absatz 4 PflBG zuständigen  
Stelle – also der Stelle, die den Ausbildungsfonds verwaltet – ansiedeln. In vie-

len Fällen ist diese Stelle aber nicht fachlich kompetent, so dass eine Ombudsstelle dort nicht zielführend ist. Mit der vorgeschlagenen Änderung sind die Länder frei, wo die Ombudsstelle angesiedelt wird.

## B

10. Der der **Ausschuss für Arbeit, Integration und Sozialpolitik** und der **Ausschuss für Familie und Senioren** empfehlen dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.