

15.05.20

Stellungnahme des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 989. Sitzung am 15. Mai 2020 beschlossen, 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 Versorgungsleistungen zu organisieren.

4. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa (§ 40 Absatz 3 Satz 2 bis 8 und 10 SGB V),

Doppelbuchstabe bb (§ 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V),

Doppelbuchstabe ff (§ 40 Absatz 3 Satz 20 SGB V) und

Nummer 15 Buchstabe a (§ 275 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 4 Buchstabe b ist § 40 Absatz 3 wie folgt zu ändern:

aa) Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu ändern:

aaa) In Satz 2 sind die Wörter „geriatrischen“ und „geriatrische“ zu streichen und nach dem Wort „wurde“ sind die Wörter „und diese Maßnahme geeignet ist, eine drohende oder sich verschlimmernde Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ anzufügen.

bbb) Satz 4 bis 8 sind zu streichen.

- ccc) In Satz 9 ist die Angabe „4“ durch die Angabe „3“ zu ersetzen.
- ddd) In Satz 10 sind die Wörter „und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitation nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können“ zu streichen.
- bb) In Doppelbuchstabe bb ist in Satz 13 das Wort „geriatrischen“ zu streichen.
- cc) In Doppelbuchstabe ff ist in Satz 20 das Wort „geriatrischen“ zu streichen.
- b) Nummer 15 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:
 - ,a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Im ersten Halbsatz wird < ... weiter wie Vorlage ...>
 - bb) Die Wörter „; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung)“ werden gestrichen.

Begründung:

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ soll eine Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. § 40 Absatz 3 Satz 2 ff. SGB V eröffnet lediglich die Möglichkeit, eine geriatrische Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchzuführen. Diese Regelung greift zu kurz und sollte auch auf indikationsbezogene Rehabilitationen wie zum Beispiel orthopädische, kardiologische und onkologische Rehabilitationen sowie Anschluss-Rehabilitationen ausgeweitet werden. Eine Antragsüberflutung ist durch diese Ausweitung nicht zu befürchten, da es hier ausschließlich um die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit insbesondere alter Menschen geht. Rehabilitationsmaßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit sind von der gesetzlichen Regelung nicht betroffen. Vielmehr geht es darum, für die Zielgruppe ein angemessenes Verfahren anzubieten, das zudem den Verwaltungsaufwand aller Beteiligten deutlich reduziert.

Nach den vorliegenden Informationen wird ein Großteil der Anträge zunächst durch die GKV abgelehnt und erst nach durchgeführtem Widerspruchsverfahren bewilligt. Es ist aber davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil der Antragsstellerinnen und Antragssteller nicht die Kraft, das Wissen oder die Unterstützung hat, um entsprechende Rechtsmittel einzulegen. Diesem Personenkreis bleibt eine sinnvolle und notwendige Rehabilitation und die damit einhergehenden Möglichkeiten zur Teilhabe vorenthalten, da ihre Pflegebedürftigkeit aller Wahrscheinlichkeit nach verfrüht eintritt.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmalig für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022 und danach jährlich bis zum 30. Juni 2024 einen Bericht vorlegt, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Rehabilitationen wiedergegeben werden sollen. Dieser Bericht bietet dann die Gelegenheit, die Gesetzesänderung und ihre Auswirkungen zu evaluieren.

Im Jahr 2030 werden die 67-Jährigen und Älteren etwa 23 Prozent der Bevölkerung ausmachen (2000: 14 Prozent). 48 Prozent aller deutschen Bundesbürger haben bereits heute eine oder mehrere chronische Erkrankungen (Bundeszentrale für politische Bildung 2019), sodass die Gesundheitsausgaben jährlich um 2,2 Prozent steigen werden (OECD).

Rehabilitationsmaßnahmen sind geeignet, diese Kosten zu senken. Der Bund der Privatkliniken (BDPK) hat zuletzt auf seinem parlamentarischen Abend am 4. März 2020 nachvollziehbar verdeutlicht, dass eine Rehabilitationsmaßnahme, die durchschnittlich 3 000 Euro kostet, sich bereits dann amortisiert, wenn die Pflegebedürftigkeit durch eine Rehabilitation um vier Monate hinausgeschoben werden kann. Zugrunde gelegt wurde ein durchschnittlicher Pflegeaufwand von 826 Euro monatlich. Jeder weitere Monat entlastet die Pflegekassen.

Die Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen konnte bereits anhand verschiedener Studien nachgewiesen werden. So zeigt sich, dass sowohl die Mortalitätsrate, aber auch die Zahl folgender Krankenhausaufenthalte deutlich gesenkt werden konnten. Hinzu kommen die deutlich höhere Lebensqualität und die damit mögliche Teilhabe der Patienten und Patientinnen am Alltagsleben. Dies bestätigen auch die Krankenkassen. Eine Auswertung der AOK-Versichertendaten von 2014 zeigt: Stationäre Rehabilitation im Alter erfolgt selten ohne vorhergehende Krankenhausbehandlung. Bei den untersuchten Versicherten, die eine Rehabilitationsbehandlung erhielten, konnte Pflegebedürftigkeit überwiegend verhindert werden. Und auch die Barmer BEK veröffentlichte in ihrem Pflegereport 2014, dass Länder mit hohen Kapazitäten an Reha-Einrichtungen geringere Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten aufweisen.

Das GKV-IPReG stellt im Bereich medizinische Rehabilitation vorrangig die Rehabilitation und Teilhabe nicht mehr im Arbeitsleben befindlicher Menschen sicher. Diese Menschen haben unterschiedliche Rehabilitationsbedarfe, nicht alle Patienten und Patientinnen benötigen eine geriatrische Rehabilitation. Genauso können indikationsbezogene Maßnahmen den Eintritt der Pflegebedürftigkeit verzögern oder sogar vermeiden. Die Überprüfung dieser Bedarfe durch den MDK aufgrund der Aktenlage, die nach dem GKV-IPReG für indikationsbezogene – anders als jetzt für geriatrische – Rehabilitation weiterhin vorgeschrieben sein soll, ist nicht zielführend.

Auch das derzeitige Antragsverfahren für eine Anschlussrehabilitation nach einem akutstationären Aufenthalt verursacht massive Probleme und führt zu Zeitverzögerungen, die auch dem Heilungsverlauf entgegenstehen. Jährlich werden 19 Millionen Krankenhausbehandlungen mit durchschnittlich sieben Tagen Verweildauer durchgeführt. Für ca. eine Million Patienten ist eine Anschlussrehabilitation direkt nach ihrem akutstationären Aufenthalt im Krankenhaus medizinisch indiziert. Die Direkteinleitung der Anschlussrehabilitati-

on sollte daher nicht nur – wie vorgesehen – auf Grundlage eines Indikationskataloges geregelt, sondern auch gesetzlich normiert werden, um hier Rechtssicherheit zu gewährleisten. Als Folgeänderung ist die Streichung der Ausnahmeregelung in § 275 Absatz 2 Nummer 1 letzter Halbsatz (Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe a) konsequent.

Dies wäre auch im Sinne der Akutkrankenhäuser. In Fällen, in den Patienten und Patientinnen noch keine Bewilligung während ihres regulären stationären Aufenthaltes haben und aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht nach Hause entlassen werden können, führt dies zu Fehlbelegungszeiten im Krankenhaus. Diese werden mit Zahlungsrückforderungen der Krankenkassen belegt. Im Dezember 2019 hat der Deutsche Bundestag hierzu beschlossen, dass Krankenhäuser 300 Euro Strafe zahlen müssen, wenn Patienten nicht entlassen werden können, weil die Anschlussversorgung nicht gewährleistet ist.

Die vorliegende Änderung des § 40 Absatz 3 SGB V schafft die Voraussetzung dafür, dass die bedarfsgerechte Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Rehabilitationsleistungen verbessert, die Pflege entlastet und die Pflegekosten gesenkt werden.

5. 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 Ers-

ten 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.

6. 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 regio-

nen Preisgestaltung ausreichend Rechnung getragen werden, indem bereits in die Rahmenvorgaben der Bundesebene zur Vergütung Regionalkomponenten zur Berücksichtigung der vorstehend genannten Faktoren verankert werden.

7. 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.

8. 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.

9. 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 Verbraucherschutzorganisationen 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 Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammer benannt.

Die bisherige Regelung des § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V sieht vor, dass sowohl bei den Vertretern nach Satz 1 Nummern 1 als auch Nummer 2 die Drittfiananzierung 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 Pflegebereich beziehungsweise im ärztlichen Bereich aus und engagieren sich ehrenamtlich beziehungsweise nicht hauptberuflich in den genannten Verbänden/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.

10. Zu Artikel 4a – neu – (§ 7 Absatz 6 PfIBG)

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 PfIBG bestehenden Einschränkung können die Länder die Ombudsstelle nur bei der nach § 26 Absatz 4 PfIBG zuständigen Stelle – also der Stelle, die den Ausbildungsfonds verwaltet – ansiedeln. In vielen 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.