

23.10.20**Empfehlungen**
der Ausschüsse

G - Fz

zu **Punkt ...** der 995. Sitzung des Bundesrates am 6. November 2020

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

A

Der federführende Gesundheitsausschuss

empfiehlt dem Bundesrat,

zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

Bei Annahme entfällt Ziffer 2

1. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 221a Satz 1 und Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 221a wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „5“ werden durch die Angabe „11“ zu ersetzen.
- b) In Satz 2 ist die Angabe „30“ durch die Angabe „60“ zu ersetzen.

Begründung:

Der als einmalige Erhöhung vorgesehene (ergänzende) Bundeszuschuss für das Jahr 2021 ist mit der vorgesehenen Höhe von 5 Milliarden Euro entspricht nicht annähernd der Finanzierungsverantwortung des Bundes.

Bei einem zu erwartenden Defizit von über 16 Milliarden Euro im Jahr 2021 sollen mit dem zu geringen Bundeszuschuss im Ergebnis milliardenschwere, gesamtgesellschaftliche Kosten allein den Beitragszahlern der GKV aufgebürdet werden.

Zahlreiche Maßnahmen zur Pandemieabwehr, diverse Rettungsschirme sowie Corona-Massentests für ausgewählte Personengruppen wurden durch den Bund verordnet und mit Hinweis auf eine spätere angemessene Beteiligung des Bundes sofort aus Mitteln der GKV finanziert. Diese Zusage gilt es bundesseitig jetzt einzuhalten und finanziell angemessen umzusetzen.

Für die Finanzierung der Sozialgarantie 2021 ist eine sozial ausgewogene Lösung notwendig, die nicht überwiegend von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen wird.

Neben den coronabedingten Mehrausgaben in der GKV berücksichtigt der zu geringe Bundeszuschuss zudem nicht die ab dem Jahr 2021 wirksam werden, ausgabentreibenden Leistungsausweitungen durch zahlreiche Gesetzgebungsverfahren der laufenden Legislaturperiode.

Aus diesem Grund ist eine deutliche Erhöhung des Bundeszuschusses als Einmalzahlung im Jahr 2021 vorzusehen.

Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 1

2. Hilfsempfehlung zu Ziffer 1
Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 221a SGB V)

Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren den ergänzenden Bundeszuschuss für 2021 ausreichend zur Deckung des prognostizierten Finanzierungsdefizits von 16,6 Milliarden Euro zu erhöhen.

Begründung:

Der Bundesrat bedauert, dass die Bundesregierung, entgegen der ausdrücklichen Haltung des Bundesrats zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz (vgl. GKV-VEG, BR-Drucksache 375/18 (Beschluss)), weitergehende Absenkungen der kassenindividuellen Finanzreserven vorantreiben will. Dabei ist nicht nachzuvollziehen, weshalb während einer zentral das Gesundheitswesen betreffenden Krise die finanzielle Stabilität des wichtigsten Sicherungssystems zu ihrer Bewältigung finanziell geschwächt wird, anstatt ausreichende Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen.

Experten des Bundesgesundheitsministeriums und des GKV-Spitzenverbands haben in ihrer abgestimmten Finanzprognose für das Jahr 2021 ein zusätzliches Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von mindestens 16,6 Milliarden Euro geschätzt. Wesentliche Grundlage dieser Vorhersage sind absehbare Mindereinnahmen und Mehrausgaben im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Die Bundesregierung hat sich mit der „Sozialgarantie 2021“ entschlossen, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf höchstens 40 Prozent zu begrenzen.

Dem Bundesrat ist bewusst, dass auch die GKV einen Beitrag zu diesem Ziel und zur Bewältigung der Corona-Pandemie leisten muss. Der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf eingeschlagene Weg, lediglich 5 Milliarden Euro aus Bundesmitteln bereitzustellen und die übrigen 11,6 Milliarden Euro wesentlich den GKV-Mitgliedern und ihren Arbeitgebern aufzuerlegen, lehnt der Bundesrat jedoch ab. Schon in Anbetracht dieses Verhältnisses wird klar, dass der Gesetzentwurf sein Ziel, die finanzielle Stabilität der GKV zu gewährleisten, nicht erreichen kann. Zudem wird der Spielraum der Sozialgarantie 2021, der eigentlich allen Sozialversicherungszweigen zur Verfügung stehen sollte, nahezu komplett zulasten der GKV umgesetzt.

Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Pandemie-Bewältigung ist ordnungspolitisch nach Auffassung des Bundesrates aber nicht überwiegend aus Beitragsmitteln zu Lasten der Solidargemeinschaft der GKV zu lösen, sondern durch angemessene, jedenfalls wesentlich höhere Bundesmittel als im Gesetzentwurf vorgesehen.

Wenn damit dem Anliegen der Sozialgarantie 2021 im Bereich der GKV Rechnung getragen ist, wäre aktuell auch keine Notwendigkeit für weiteren Rücklagenabbau beziehungsweise -einzug gegeben als bereits ohnehin mit dem GKV-VEG beschlossen.

Die sogenannte Sozialgarantie 2021 soll laut Gesetzentwurf wesentlich sichergestellt werden aus vorher durch Mitglieder und Arbeitgeber eingezahlten Beiträgen (kassenindividuelle Rücklagen) und eine Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes. Insofern stellt der Bundesrat fest, dass es sich um eine nicht nachvollziehbare Ausgestaltung einer Sozialgarantie handelt, wenn die Beitragszahler den weit überwiegenden Anteil der Last selbst tragen.

Der Bundesrat sieht in den mit dem Gesetzentwurf stattdessen vorgesehenen, noch weitergehenden Regelungen, bestehend aus der Kombination von Auflösung der kassenindividuellen Finanzreserven, Verschärfung der Anhebungsverbotsgrenze für Zusatzbeitragssätze, Minderung der zulässigen Höchstrücklagen und Anhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, das Risiko einer Destabilisierung des GKV-Systems, weshalb sprunghafte Erhöhungen von kassenindividuellen Zusatzbeitragssätzen im Laufe des Jahres 2021 zu befürchten sind.

In diesem Zusammenhang weist der Bundesrat erneut darauf hin, dass der zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode geschlossene Bundeskoalitionsvertrag die Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur GKV für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln vorsieht (vgl. BR-Drucksache 375/18 (Beschluss)). In Anbetracht der erheblichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die GKV und den Arbeitsmarkt, wäre die dahingehende Umsetzung des Koalitionsvertrages dringend geboten.

Weitere Maßnahmen zur künftigen Austarierung der Einnahmen und Ausgaben der GKV für die Jahre ab 2022 müssten nach Auffassung des Bundesrates im ersten Halbjahr 2021 aus einer Position der finanziellen Stabilität erfolgen. Diese stabile Basis für weitere Reformschritte ist aus Sicht des Bundesrates nur durch einen deutlich höheren Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds in 2021 zu erreichen.

Bei An-
nahme
entfallen
Ziffer 4
und
Ziffer 6

3. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V) und
Nummer 9 (§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 8 ist zu streichen.
- b) Nummer 9 ist zu streichen.

Begründung:

Die Regelungen zu § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V, § 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V, § 260 Absatz 2a SGB V sowie § 272 SGB V entfalten in ihrer Gesamtheit eine sehr gefährliche Wechselwirkung auf die finanzielle Stabilität der GKV. Krankenkassen, die in der Vergangenheit Finanzreserven aufgebaut haben, bauen diese bereits jetzt gemäß § 260 Absatz 2a SGB V durch einen niedrigen, nicht ausgabendeckenden Zusatzbeitrag ab und weisen daher ein negatives Finanzergebnis aus. Falls die vorgesehene Finanzreserveschwelle von 0,8 Monatsausgaben damit nicht schon unterschritten wird, dürfen diese Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch 2021 nicht erhöhen, obwohl der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag voraussichtlich um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 1,3 Prozent ansteigen wird. Zusätzlich müssen die Kassen im Jahr 2021 aufgrund ihrer Finanzreserven, die sie im 1. Halbjahr 2020 noch aufwiesen, einen sehr hohen Finanzierungsanteil für die Vermögensabgabe nach § 272 SGB V bezahlen. Alleine durch diese Effekte können die Finanzreserven der Kasse zum Ende des Jahres 2021 bis zur Mindestrücklage aufgebraucht sein. Erfolgt darüber hinaus noch eine weitere Belastung durch die zum 1. Januar 2021 wirkenden Änderungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, kann es bei Krankenkassen gegebenenfalls zu einer Überschuldung bereits in 2021 führen.

Gerade jetzt brauchen die Krankenkassen die Freiheit, ihre Haushalte zu konsolidieren und ihre Leistungsfähigkeit trotz des enormen Abflusses von Finanzmitteln durch die Vermögensabgabe zu erhalten. Das sichert stabile Zusatzbeitragssätze.

Die Beitragszahler haben ein Interesse an langfristig stabilen Beitragssätzen bei gleichbleibendem hohen Versorgungsniveau. Diesem berechtigten Anliegen können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie über ausreichende finanzielle Handlungsspielräume verfügen. Genau diese werden mit dem GPVG-Gesetzentwurf jedoch deutlich verringert. Sind die Finanzreserven im Laufe des Jahres 2021 aufgebraucht, stehen dann keine Mittel zur Abfederung von heute bereits absehbaren Beitragssatzsprüngen zur Verfügung.

Die GKV ist in der Corona-Krise eine wesentliche Stütze für das deutsche Gesundheitswesen. Die Beitragszahler in der GKV haben einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben geleistet. Es ist daher inakzeptabel, dass sie zusätzlich zu den entstehenden Ausgabenbelastungen die Finanzreserven noch weiter abschmelzen müssen, um die politisch auf den Weg gebrachten Kostensteigerun-

gen im Jahr 2021 auszugleichen. Die aktuell bestehende Grenze in § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V und § 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V – das „Einfache“ des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben nach § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V – garantiert eher stabile Zusatzbeiträge als eine weitere Herabsetzung dieses Wertes auf 0,8. Schwankungen bei den Ein- und Ausgaben können nach der bereits bestehenden Regelung besser ausgeglichen werden.

Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 3

4. Hilfsempfehlung zu Ziffer 3

Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V)

Artikel 1 Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

„8. In § 242 Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag“ durch die Wörter „das 0,8-Fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrages“ ersetzt und nach dem Wort „überschreiten“ werden die Wörter „ , dies gilt nicht, sofern bis zum Jahresende Ausgabenüberschüsse zu erwarten sind, die bei Nichtanhebung des Zusatzbeitragssatzes im Folgejahr zu einer rechnerischen Unterschreitung der Mindestrücklage am Jahresende des Folgejahres führen“ eingefügt.“

Begründung:

Das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot wird grundsätzlich geteilt.

Die Planungen und Entscheidungen der Krankenkassen und der Selbstverwaltung zur Höhe des Zusatzbeitrages für das Folgejahr beginnen bereits im Laufe des dritten Quartals eines Jahres (unter anderem wegen § 70 Absatz 5 Satz 1 SGB V und Vorlage des Haushaltsplans bei der Aufsicht am 1. November eines Jahres).

Der in § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V für das Zusatzbeitragsanhebungsverbot normierte Stichtag für die Vermögensbetrachtung („ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse“ – KV45) kann dabei einen eventuellen deutlichen Vermögensabbau nach diesem Zeitpunkt (zum Beispiel nach dem 30. September) bis zum Ende des laufenden Haushaltsjahres nicht mit berücksichtigen. Dieser kann aber für die Ermittlung des Zusatzbeitrages, insbesondere unter Berücksichtigung von geplanten Betriebsmittelreduzierungen und wegen der abgesenkten Betriebsmittel- und Rücklagebestände der Krankenkassen von großer Bedeutung sein, so dass auf Grund der rückwirkenden Vermögensbetrachtung wider besseren Wissens ein nicht auskömmlicher Zusatzbeitragssatz und damit ein nicht rechtskonformer Haushaltsplan beschlossen werden müsste.

Insofern ist eine Ausnahmeregelung zu formulieren, die es bei der Ermittlung und Festlegung des Zusatzbeitragssatzes im laufenden Haushaltsjahr erlaubt, die zu erwartenden tatsächlichen Vermögensverhältnisse bis zum 31. Dezember des aktuellen Jahres mit in die Berechnung des Zusatzbeitragssatzes des Folgejahres einbeziehen zu können.

Bei Annahme entfallen Ziffer 6 und Ziffer 7

5. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 272 SGB V)

Artikel 1 Nummer 11 ist zu streichen.

Begründung:

Die Regelung zu dem einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich wird kritisch gesehen. Sie führt zu einer massiven Schwächung der Liquidität der gesetzlichen Krankenkassen, so dass ihnen kaum noch Spielräume bleiben, um künftige Aufgaben zu bewältigen und auf Herausforderungen infolge der Krise zu reagieren.

Entfällt bei Annahme von Ziffer 3 oder Ziffer 5

6. Hilfsempfehlung zu Ziffer 3 und 5

Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b – neu – (§ 242 Absatz 1 Satz 4 und Satz 5 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

„8. § 242 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 4 werden ... < weiter wie Vorlage > ...
- b) Nach Satz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Ermittlung des Verhältnisses nach Satz 4 sind die von den Krankenkassen nach § 272 Absatz 1 aus den Finanzreserven abzuführenden Mittel, deren Verrechnung nach § 272 Absatz 2 Satz 2 in der Haushaltsplanung für das Jahr 2021 zu berücksichtigen ist, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen jeweils ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.“ ‘

Begründung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nur dann zum 1. Januar 2021 erhöhen dürfen, wenn sie zum Stichtag 30. September 2020 über weniger als 80 Prozent einer Monatsreserve als

Rücklage verfügen. Diese Regelung stellt eine erhebliche sowie unerwartete Verschärfung gegenüber dem bereits im GKV-Versichertenentlastungsgesetz vorgesehenen verpflichtenden Rücklagenabbau dar. Den Krankenkassen, die aktuell noch über Rücklagen von mehr als 80 Prozent einer Monatsreserve verfügen, wird damit für das Jahr 2021 die Basis für eine solide Finanzplanung entzogen.

Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurden Krankenkassen bereits dazu verpflichtet, ihre Rücklagen bis auf eine Monatsausgabe abzuschmelzen. Dieser Verpflichtung sind die Krankenkassen bei der Aufstellung ihrer Haushaltspläne nachgekommen, weshalb zahlreiche Krankenkassen derzeit einen nicht kostendeckenden Zusatzbeitragssatz erheben. Die Höhe dieser aktuell nicht kostendeckenden Zusatzbeiträge ist mit dem Ziel kalkuliert, dass auch im kommenden Jahr 2021 Rücklagen abgebaut werden würden. Diese sind zugleich aufgrund der Regelung zur Rücklagenentnahme des vorliegenden Entwurfs eines GPVG zu dem Zeitpunkt nicht mehr in dem ursprünglich geplanten Umfang vorhanden, da die Krankenkassen verpflichtet werden, 66,1 Prozent der zum Stichtag 30. Juni 2020 über 0,4 Prozent der jeweiligen Monatsreserve hinausgehende Reserven an den Gesundheitsfonds abzuführen.

Soweit es daher in den in Artikel 1 Nummer 8 und 9 vorgesehenen Änderungen im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens bleibt, muss zumindest die Abführung der Rücklagen bereits mit dem Zeitpunkt des Kabinettsbeschlusses zum GPVG in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen berücksichtigt werden.

Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 5

7. Hilfsempfehlung zu Ziffer 5
Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 272 Absatz 1 Satz 1 und
Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 ist § 272 Absatz 1 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Wörter „indem 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, herangezogen werden“ durch die Wörter „indem je Mitglied jeder Krankenkasse ein Betrag von 60 Euro, höchstens bis zu einem Betrag von einem Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke der jeweiligen Krankenkasse herangezogen werden“ zu ersetzen.

- b) In Satz 2 sind die Wörter „für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020“ durch die Wörter „für das Jahr 2020 nach Abschluss des vierten Quartals 2020“ zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Während der Hochphase der Pandemie waren es auch die gesetzlichen Krankenkassen, die alles getan haben, damit das Gesundheitssystem handlungs- und leistungsfähig bleibt.

Die jetzige Finanzierungslücke für das Jahr 2021 von über 16 Milliarden Euro in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstand vor allem deswegen, weil die GKV viele gesamtgesellschaftlichen Aufgaben zuverlässig und unkompliziert, mit der Zusicherung des späteren Ausgleichs, übernommen hat. Dieser gegebenen Verantwortung kann sich der Bund nun nicht entziehen!

Die Zwangsabführung der Betriebsmittel- und Rücklagenbestände der Krankenkassen in den Gesundheitsfonds stellt daher einen nicht nachvollziehbaren, fundamentalen Eingriff von historischem Ausmaß in die Finanzautonomie der selbstverwalteten Krankenkassen dar, der mit der COVID-19-Pandemie nicht allein gerechtfertigt werden kann.

Die betroffenen Krankenkassen haben dennoch ihre Vermögensrücklagen in wirtschaftlich vorausschauender und rechtlich zulässiger Weise zu bilden.

Weil die Maßnahmen des Bundes zur Pandemieabwehr, wie die zahlreichen Rettungsschirme oder Corona-Massentestverfahren für Reiserückkehrer et cetera, unbestreitbar eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind, ist der damit ausgelöste zusätzliche Finanzbedarf auch überwiegend gesamtgesellschaftlich aus Steuermitteln und nicht aus der Rücklagemittel der Krankenkassen zu finanzieren.

Mit einem deutlich erhöhten Bundeszuschuss für das Jahr 2021 wird ein deutlich geringerer Rückgriff auf die Betriebsmittel und Rücklagen der Krankenkassen erforderlich. Die GKV leistet somit ihren angemessenen Anteil am Finanzbedarf im Jahr 2021, der aber mit deutlich weniger Finanzrisiken für die Krankenkassen und vor allem durch den Bezug auf das Mitglied wettbewerbsneutral aufgebracht werden kann.

Es können bei den Krankenkassen deutlich höhere Betriebsmittel- und Rücklagebeträge verbleiben, was den Selbstverwaltungen eine auf die Zukunft gerichtete Finanz- und Beitragssatzpolitik ermöglicht.

Zu Buchstabe b:

Die Verschiebung des Stichtages für die Berechnung der vorhandenen und damit auch für die Berechnung der in den Gesundheitsfonds abzuführenden Betriebsmittel und Rücklagen auf den Stichtag 31. Dezember 2020 ist erforderlich, weil die Krankenkassen auf Grund von bereits bestehenden gesetzlichen Betriebsmittel-Abbaubestimmungen und auf Grund der zu erwartenden gesetzgebungsbedingten Ausgabensteigerungen nach dem im Gesetzentwurf geplan-

ten Stichtag 30. Juni 2020 bereits weiter Betriebsmittel und Rücklagen abbauen.

Bleibt es für die Berechnung beim Stichtag 30. Juni 2020 würden mit der Neuregelung den Krankenkassen Rücklagen und Betriebsmittel in Richtung Gesundheitsfonds entzogen, die sie am Ende des Jahres 2020 gar nicht mehr haben beziehungsweise für die Versorgung ihrer Versicherten im Jahr 2021 selbst benötigen.

Für eine echte Vermögensbetrachtung bei den Krankenkassen kann daher immer nur der Jahresabschluss zum 31. Dezember eines Jahres und niemals eine unterjährige Momentaufnahme systematisch korrekt und aussagefähig sein.

8. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 4 Absatz 10 Satz 1,
Satz 3,
Satz 4 Nummern 3 bis 6,
Satz 6,
Satz 14 Nummer 2 und
Satz 17 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist § 4 Absatz 10 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Wörter „Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus“ durch die Wörter „Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu Gebärenden“ zu ersetzen.
- b) Satz 3 ist wie folgt zu fassen:
„Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen assistierendes Fachpersonal in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen assistierendes Fachpersonal auf bis zu 25 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl der zum jeweils 1. Januar des Vorjahres beschäftigten Hebammen begrenzt ist.“
- c) Satz 4 ist wie folgt zu ändern:
- aa) Das Wort „unterstützenden“ ist durch das Wort „assistierenden“ zu ersetzen und nach dem Wort „gehören“ ist ein Doppelpunkt zu setzen.
- bb) In Nummer 2 ist das Komma am Ende durch einen Punkt zu ersetzen und die Nummern 3 bis 6 sind zu streichen.

- d) In Satz 6 ist das Wort „unterstützendes“ durch das Wort „assistierendes“ zu ersetzen.
- e) In Satz 14 Nummer 2 ist die Angabe „2020“ durch die Wörter „des Vorjahres“ zu ersetzen.
- f) In Satz 17 ist das Wort „unterstützende“ durch das Wort „assistierende“ zu ersetzen.

Begründung:

Bei diesem Gesetzentwurf geht die Bundesregierung davon aus, dass durch die Schaffung neuer Stellen die Betreuung der schwangeren Frauen unter der Geburt verbessert wird; - das IGES-Gutachten¹ zur Stationären Hebammenversorgung aus 2019 zeigt auf, dass teilweise eine Hebamme vier Frauen gleichzeitig zu versorgen hat; angestrebt wird vom Bundesministerium für Gesundheit eine Betreuung von maximal zwei Schwangeren durch eine Hebamme gleichzeitig, langfristig ist das Ziel eine 1:1-Betreuung wie im außerklinischen Bereich.

Laut bereits zitiertem Gutachten sind 18 Prozent der Hebammenstellen in den Kliniken nicht besetzt, dies entspricht bei circa 9 400 (laut Statistischem Bundesamt 2017) fest angestellten, klinisch arbeitenden Hebammen einer Vakanz von knapp 1 700 Hebammen; es gibt also in erster Linie zu wenige Hebammen, die klinisch tätig sein wollen, nur in zweiter Linie zu wenige Stellen.

Die Mobilisierung von einer solch beträchtlichen Zahl von aktuell nicht in ihrem Beruf tätigen Hebammen wird mit der vorgesehenen geringfügigen Verbesserung des Versorgungsschlüssels in der klinischen Versorgung nicht zu erreichen sein, sondern nur über eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Kliniken.

Ein richtiges Signal kann dementsprechend nur gesetzt werden, wenn auch versucht wird, die 1:1-Betreuung zu erreichen. Es gibt eine deutliche Empfehlung im IGES-Gutachten zur Erhöhung der Vergütungen beziehungsweise Löhne und Gehälter der Hebammen, die ähnlich wie im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz durch eine verbesserte Refinanzierung der Aufwendungen des Krankenhauses befördert werden müsste.

Assistierendes Personal zu finanzieren ist ein richtiger Schritt zur Entlastung der Hebammen von fachfremden Tätigkeiten und vor allem solchen, die nicht in engem Zusammenhang mit der Geburtshilfe stehen. Laut IGES-Gutachten liegt hier der Bedarf bei circa 0,25 pro VK Hebamme. Hoch qualifizierte Pflegekräfte wie im Gesetzentwurf vorgesehen, hierfür einzusetzen ist jedoch nicht zielführend und würde die Personalknappheit in der Pflege nur verstärken.

1

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf

9. Zu Artikel 2 (Änderung des KHEntgG)

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren im Bereich der stationären Kinder- und Jugendmedizin weitergehende Abhilfe in der Vergütung zu schaffen, als dies durch den vorgesehenen Sicherstellungszuschlag erreicht werden kann. Notwendig ist für pädiatrische Abteilungen zumindest die Option, nach dem individuellen Bedarf und damit auf Basis einer wirtschaftlichen Betriebsführung ohne verbleibendes Defizit abrechnen zu können.

Der Bundesrat hält es daher für erforderlich, für diese Einrichtungen ein Wahlrecht zu ermöglichen, wonach die Vergütungen entweder nach den schon derzeit gültigen Fallpauschalen oder analog den Regelungen für besondere Einrichtungen nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mit den Kostenträgern vereinbart werden können.

Begründung:

Der Bundesrat anerkennt das Bestreben der Bundesregierung, in den Bereichen der Geburtshilfe und der Pädiatrie über das Krankenhausvergütungssystem Abhilfe gegen eine Ausdünnung der Versorgungsstrukturen schaffen zu wollen.

Im Bereich der Pädiatrie geht die Hilfe jedoch im Grundsatz fehl, wenn sie über den Sicherstellungszuschlag geregelt werden soll, der strukturell nur für Einrichtungen in Regionen mit geringem Versorgungsbedarf in Betracht kommt. Pädiatrische Abteilungen erfordern demgegenüber schon wegen der Vielzahl der Subdisziplinen eine hinreichend große Fallzahl, um die Versorgung in der gebotenen Spezialisierung sicherstellen zu können.

Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin werden deshalb krankenhauplanerisch nicht selten der Schwerpunktversorgung zugewiesen – und existieren somit schon aus fachlichen Gründen, aber auch, um die Akquise des knappen Personals gewährleisten zu können, sehr häufig an größeren Krankenhäusern mit großen Einzugsgebieten. Diese Krankenhäuser, die gerade die Personalknappheit in diesem Bereich besonders nachteilig spüren, können von der Neuregelung in Artikel 2 Nummern 2 und 3 des Gesetzentwurfs nicht profitieren.

Um gerade auch die medizinisch leistungsfähigen pädiatrischen Einrichtungen, die den Großteil der Versorgungslast zu tragen haben, dauerhaft sichern zu können, ist eine dem individuellen Bedarf angepasste Vergütung notwendig, die den Besonderheiten der Pädiatrie besser Rechnung trägt als ein eigentlich auf die Erwachsenenversorgung zugeschnittenes Fallpauschalensystem.

10. Zu Artikel 2 (Änderung des KHEntgG)

- a) Der Bundesrat begrüßt die Intention der Bundesregierung, die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch bis zu 20 000 zusätzliche Stellen zu verbessern ohne die Bewohnerinnen und Bewohner finanziell zu belasten. Gleichzeitig sieht der Bundesrat das Erfordernis einer partnerschaftlichen Verständigung von Bund und Ländern, wie die Personalbemessung in der Langzeitpflege anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse grundlegend neu gestaltet wird. Die Bundesregierung wird gebeten, diesen Umsetzungsprozess gemeinsam mit den Ländern zu initiieren und zu steuern.
- b) Die Bundesregierung wird gebeten, von der Verordnungsermächtigung gemäß § 152 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Gebrauch zu machen, um insbesondere die derzeit bis 31. Dezember 2020 befristeten Vorschriften zur Erstattung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag zu verlängern.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Finanzierung von bis zu 20 000 zusätzlichen Pflegekräften in der vollstationären Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung ist ein erster Schritt, um auf den Personalmehrbedarf zu reagieren, den das Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ identifiziert hat. Gleichzeitig jedoch zerfasert die Systematik zur Personalbemessung in der vollstationären Pflege zunehmend. Nachdem die Personalbemessung zunächst durch die Pflegeselbstverwaltung in den Ländern und flankierend vom Ordnungsrecht geprägt war, refinanzieren die Pflegekassen nunmehr in jeweils separaten Verfahren zusätzliche Pflegefach-, -hilfs- und Betreuungskräfte nach jeweils voneinander abweichenden Maßgaben. Vor diesem Hintergrund bekennen sich die Länder weiterhin zu dem Vorhaben, ein bundeseinheitliches, wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren stufenweise umzusetzen. Neben der Einbindung in die Erstellung eines Fahrplans sehen die Länder aufgrund der damit verbundenen Folgefragen (Ausbildungskapazitäten, Finanzierung, Ordnungsrecht) die Notwendigkeit, den weiteren Umsetzungsprozess mit dem Bund gemeinsam zu gestalten.

Zu Buchstabe b:

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurde die Laufzeit des sogenannten „Rettungsschirms“ für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie für Angebote zur Unterstützung im Alltag um drei Monate bis zum Jahresende 2020 verlängert. Das Infektionsgeschehen wird jedoch absehbar auch im Jahr 2021 sowohl das pflegerische Handeln, als auch die Finanzierung der Angebotsstruktur maßgeblich beeinflussen. Um den Trägern der Pflegeeinrichtungen und der Angebote zur Unterstützung im Alltag Planungssicherheit zu geben, ist es sinnvoll, die Verlängerung des „Rettungsschirms“ frühzeitig auf den Weg zu bringen. Eine Verlängerung der ebenfalls bis Jahresende geltenden Flexibilisierungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung soll darüber hinaus geprüft werden.

11. Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a SGB XI)

In Artikel 3 Nummer 4 ist § 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a wie folgt zu fassen:

„a) das über eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder über eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Assistenzausbildung in der Pflege verfügt, oder“

Begründung:

Aufgrund des aktuellen und zukünftigen Bedarfs an qualifizierten staatlich anerkannten Pflegehilfskraftpersonal ist die Einengung der Qualifikation nach § 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a SGB XI nicht hinnehmbar.

Um die Betreuung, Unterstützung und Pflege von Menschen sicherzustellen sind neben qualifizierten Pflegefachpersonen auch qualifizierte Helferinnen und Helfer beziehungsweise qualifizierte Assistenzkräfte in der Pflege unverzichtbar. Diese führen im Rahmen ihres Aufgaben- und Verantwortungsbereiches eigenständige Aufgaben bei Menschen in stabilen Pflegesituationen durch. Zudem unterstützen sie Pflegefachpersonen bei der qualifizierten Pflege von Menschen in komplexen Pflegesituationen und führen einzelne delegierte Maßnahmen der Behandlungspflege durch. Sie wirken mit bei der von der Pflegefachperson geplanten Pflege und sind im Rahmen des Pflegeprozesses in den Schritten Informationssammlung, Durchführung von Maßnahmen sowie der Evaluation der Pflegemaßnahmen unverzichtbar.

Die nicht begründbare Einengung auf das Pflegehilfskraftpersonal, das über eine abgeschlossene Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz. AT

17.02.2016 B3) erfüllen, würde zur Benachteiligung von qualifizierten staatlich anerkannten Pflegehilfskräften führen, die eine Ausbildung vor der Einführung der Eckpunkte absolviert haben beziehungsweise deren Ausbildungen nicht vollumfänglich die Mindestanforderungen erfüllen.

Darüber hinaus würde diese Engstellung dem zukünftigen Bedarf an qualifizierten Pflegehilfskräften entgegenstehen und dem vorliegenden Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege diametral entgegenstehen.

Entgegen dem nicht gedeckten Bedarf an Pflegefachpersonen stehen – regional unterschiedlich – durchaus staatlich anerkannte Pflegehilfskräfte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.

12. Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 SGB XI)

In Artikel 3 Nummer 4 ist § 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 wie folgt zu fassen:

„3. notwendige Ausbildungsaufwendungen, wie insbesondere Aufwendungen für Praxisanleitung und Schulkosten, für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden; die Finanzierung der Ausbildungsvergütung über ein landesrechtlich geregeltes Umlageverfahren gilt nicht als Aufwendung, die von anderer Stelle finanziert wird,“

Begründung:

Dem § 85 Absatz 9 SGB XI sollen unter anderem Regelungen für Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach dem neuen § 84 Absatz 9 SGB XI hinzugefügt werden. Neben dem Berechnungsmodell, dass jede vollstationäre Pflegeeinrichtung Vergütungszuschläge für zusätzliche Stellenanteile von 0,016 bis zu 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigem in den einzelnen Pflegegraden vereinbaren kann, wird unter anderem geregelt, dass notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden. Weder dem Regelungstext noch der Begründung ist dabei zu entnehmen, was unter den Begriff „notwendige Ausbildungsaufwendungen“ zu subsumieren ist. Hierzu bedarf es im Gesetz einer Klarstellung durch Benennung der Aufwendungen, die insbesondere erfasst sein sollen. Durch die Verwendung des Zusatzes „insbesondere“ ist gewährleistet, dass sich die Definition der notwendigen Aufwendungen der Entwicklung dynamisch anpassen kann und auch über die benannten Aufwendungen hinaus weitere mögliche Aufwendungen anerkannt und finanziert werden können, um das Ziel, mehr Pflegehilfskräfte ausbilden zu können und gleichzeitig die damit einhergehenden finanziellen Belastungen zu begrenzen, erreicht werden kann.

Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass landesrechtliche Ausbildungsumlagen nach § 82a Absatz 3 und 4 SGB XI eine solche Finanzierung von einer anderen Stelle darstellen. Diese Auslegung widerspricht aber einem Kerngedanken des Gesetzes, da über eine Umlage die Ausbildungskosten lediglich umverteilt aber nicht von zusätzlichen Kostenträgern übernommen werden. Durch einen Einbezug in eine Umlage würden die Pflegebedürftigen belastet, was gerade vermieden werden soll. Eine Klarstellung im Gesetzestext zur Vermeidung dieser zusätzlichen finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen ist daher zwingend notwendig. Zudem ist die Umkehr dieser Auslegung in der Begründung zur Rechtssicherheit erforderlich.

13. Zu Artikel 5 Absatz 1, 2 und 3 (Inkrafttreten)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 sind die Wörter „vorbehaltlich der Absätze 2 und 3“ zu streichen.
- b) Die Absätze 2 und 3 sind zu streichen.

Begründung:

Das Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) bereits mit Kabinettsbeschluss oder der 2. Lesung des Gesetzes im Deutschen Bundestag verletzt die Mitwirkungsrechte ausgewählter Organe am Gesetzgebungsverfahren.

Durch den Bundesrat wirken die Länder bei jedem Gesetz mit. Ihre Mitwirkungsrechte sind dabei genau festgelegt. Diese Mitwirkungsrechte gilt es auch bei vorliegendem Gesetz einzuhalten.

Inkrafttretenstermine vor der Befassung im Bundesrat können das Vertrauen in ein ordnungsgemäßes Gesetzgebungsverfahren erschüttern. Mit dem Inkrafttreten ist daher zu warten bis feststeht, dass ein Entwurf auch tatsächlich Gesetz wird und nicht mehr in einem der Ausschüsse, im Bundesrat oder im Deutschen Bundestag scheitern, ergänzt oder verändert werden kann.

Aus diesem Grund ist auf ein Inkrafttreten ab 1. Januar 2021 für das vollständige Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) hinzuwirken.

14. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren auch für die Anbieter ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen Unterstützungsleistungen zur Abmilderung von Erlösausfällen aufgrund der Corona-Pandemie vorzusehen.

Diese Leistungserbringer sind aufgrund der Corona-Pandemie wirtschaftlich besonders hart betroffen und in ihrer Existenz bedroht, weil Erlösausfälle – anders als im stationären Vorsorge- und Rehabilitationsbereich und im Heilmittelbereich – in voller Höhe von ihnen selbst zu tragen sind.

Begründung:

Zur Abmilderung der Auswirkungen der Corona-Pandemie unterstützt die Bundesregierung mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung auch Einrichtungen der stationären Vorsorge- und Rehabilitation einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Die Leistungserbringer ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind jedoch genauso von Erlösausfällen aufgrund der Corona-Pandemie betroffen, so dass deren Existenz derzeit massiv bedroht ist. Sie sind aber bisher von keinem Rettungsschirm umfasst.

Auch der Schutzschirm für Heilmittelerbringer, der nur nach § 32 SGB V zugelassene Leistungserbringer umfasst, greift nicht, obwohl fachlich vergleichbare Leistungen erbracht werden (medizinisch-therapeutische Leistungen einschließlich kurortspezifischer Heilmittel).

Der Bundesrat hat bereits mehrfach wirtschaftliche Sicherungsmaßnahmen für Leistungserbringer ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 23 Absatz 2, 40 Absatz 1 SGB V) angemahnt.

Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen haben Vorrang vor der stationären Leistungserbringung. Sie tragen dazu bei, eine unnötige Inanspruchnahme stationärer Maßnahmen zu vermeiden. Daher sind, um Insolvenzen der Einrichtungen zu vermeiden und deren Bestand für die Zeit nach der Corona-Pandemie zu sichern, für den ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsbereich ebenfalls Regelungen zur Kompensation der Einnahmeausfälle aufgrund der Corona-Pandemie notwendig.

Nachdem bei derzeit steigenden COVID-19-Infektionszahlen keine Normalisierung, sondern erneute Einbrüche des Leistungsgeschehens zu erwarten sind, ist eine zeitnahe Abhilfe für Erbringer von ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen dringend erforderlich.

15. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf neue Möglichkeiten zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken und zur zielgerichteten Berücksichtigung regionaler Bedarfe geschaffen werden. Gleichzeitig wird es den Krankenkassen erleichtert, durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsinitiativen auf freiwilliger Basis in Selektivverträge zu überführen.
- b) Der Bundesrat unterstreicht das Anliegen, neue, zugehende Angebote zu fördern, um über präventive Hausbesuche Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere für ältere Menschen – zu erschließen.
- c) Der Bundesrat ist der Auffassung, dass Leistungen der örtlichen Altenhilfe, Leistungen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII sowie Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung alter Menschen im Rahmen der präventiven Hausbesuche zu verzahnen sind.
- d) Der Bundesrat ersucht die Bundesregierung eine rechtliche Grundlage dafür zu schaffen, dass – insbesondere alte – Menschen mit einem komplexen Beratungs- und Unterstützungsangebot über präventive Hausbesuche erreicht werden können.

Begründung:

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden Versorgungsinnovationen gefördert, indem es den Krankenkassen erleichtert wird, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen. Dies geht jedoch nicht weit genug. Den Krankenkassen sollte es ebenfalls erleichtert werden, auf Basis des Präventionsgesetzes geförderte Projekte des präventiven Hausbesuchs auf freiwilliger Basis weiterzuführen. Zu verweisen ist insoweit auch auf den Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, der die Förderung des präventiven Hausbesuchs durch Mittel des Präventionsgesetz benennt und damit in das Regierungsprogramm für die laufende Legislaturperiode ausdrücklich einschließt.

Bereits im dritten Altenbericht (2003) der Bundesregierung ist der präventive Hausbesuch bei alten Menschen in ihrer häuslichen Umgebung als eine „geeignete Methode zur Vermeidung von Risikofaktoren, Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit“ beschrieben worden.

Rheinland-Pfalz ermöglicht präventive Hausbesuche im Rahmen des Projektes Gemeindegewest^{plus}. Es gibt weitere Projekte, die mit dem Instrument der präventiven Hausbesuche arbeiten, zum Beispiel HandinHand (Rheinland-Pfalz), RubiN (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen), AGATHE (Thüringen), PräSenZ (Baden-Württemberg).

Präventive Hausbesuche haben das Ziel, die auch im höheren Alter noch bestehenden erheblichen Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll zu erschließen. Sie werden als eigenständige Interventionsform verstanden, um die Gesundheit gewisser Teilzielgruppen zum Beispiel bei beginnender Gebrechlichkeit, drohender Vereinsamung oder bestehenden chronischen Erkrankungen zu fördern und mit diesen Gruppen präventiv zu arbeiten. Als präventiver Hausbesuch wird „die systematische Erfassung individueller Bedarfe älterer, zu Hause lebender Menschen im Rahmen eines anlassunabhängigen Hausbesuchs“ definiert.

Das Spektrum der Projekte zu präventiven Hausbesuchen ist groß und vielfältig. Sie alle eint jedoch der präventive Ansatz, das heißt ein frühzeitiges Sensibilisieren und Identifizieren von sich abzeichnenden gesundheitlichen und sozialen Problemlagen sowie die proaktive Bedarfsermittlung.

Zur Umsetzung des Koalitionsvertrags prüft das Bundesministerium für Gesundheit seit 2019 die Möglichkeiten zur Förderung des präventiven Hausbesuches aus Mitteln des Präventionsgesetzes. In den Ländern erprobte Modelle wurden analysiert und Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Um insbesondere die erforderlichen und geeigneten gesundheitsförderlichen Aspekte des präventiven Hausbesuchs zu ermitteln wurde vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband die BZgA mit der Vergabe einer Expertise beauftragt. Auf der Grundlage der zu erwartenden Ergebnisse dieser Expertise sollen die Gespräche fortgesetzt werden.

Bis 2022 möchte das BMG auf dieser Grundlage mit den Ländern und dem GKV-Spitzenverband klären, ob und wie eine Förderung eines in Verantwortung der Kommunen organisierten präventiven Hausbesuchs durch die Krankenkassen auf der Grundlage des geltenden Rechts erfolgen kann.

Die Möglichkeiten des Präventionsgesetzes werden teilweise bereits heute zur Projektfinanzierung des präventiven Hausbesuches eingesetzt, die Finanzierungsmöglichkeiten sind allerdings zeitlich befristet. Eine Verstetigung der erfolgreichen Modelle des präventiven Hausbesuchs macht jedoch auch eine rasche Verstetigung der Finanzierungsmöglichkeiten aus Mitteln des Präventionsgesetzes erforderlich. Ein Zuwarten könnte demgegenüber die nachhaltige Fortführung vielversprechender Ansätze gefährden.

B

16. Der **Finanzausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.