















































































































Zu Buchstabe d

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 82. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/23699 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 96. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/23699 abzulehnen.

Zu Buchstabe e

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 101. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/19165 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 72. Sitzung am 25. November 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/19165 abzulehnen.

#### IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstabe a bis e

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 109. Sitzung am 28. Oktober 2020 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum beschlossen, zu den fünf Vorlagen eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Seine Beratungen zu allen Vorlagen hat er in der 111. Sitzung am 4. November 2020 aufgenommen und zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in seiner 116. Sitzung am 16. November 2020 fortgeführt.

Die öffentliche Anhörung fand in der 117. Sitzung am 16. November 2020 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK Bundesverband (AOK), AWO Bundesverband (AWO), Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), BKK Dachverband (BKK), Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesverband Deutscher Privatkliniken, Bundesverband Managed Care (BMC), Bundesverband Rehabilitation (BDH), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung (DGIV), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGMED), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Praxisklinikgesellschaft (PKG), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK), Deutscher Caritasverband (DCV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzterverband, Deutscher Hebammenverband (DHV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Der Paritätische), Deutscher Pflegerat (DPR), Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung (Diakonie), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilung in Deutschland (GKinD), GKV-Spitzenverband, IKK Bundesverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa), Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV), Verband der Ersatzkassen (vdek), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VBAB), Verband medizinischer Fachberufe (vmf), Verbraucherzentrale Bundesverband, ver.-di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, WIR! Stiftung pflegender Angehöriger.

Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Peter Bechtel (Bundesverband Pflegemanagement), Patrica Drube (Pflegekammer Schleswig-Holstein), Prof. Dr. Gerlinger (Universität Bielefeld), Dr. Norbert Smetak (Bundesverband Niedergelassener Kardiologen), Prof. Dr. Rothgang (SOCIUM Universität Bremen).

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/23483, 19/24231 in geänderter Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/23712 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/23715 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/23699 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP, den Antrag auf Drucksache 19/19165 abzulehnen.

#### **Änderungsanträge**

Der Ausschuss für Gesundheit hat zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/23483 eine Reihe von Änderungen beschlossen. Diese haben insbesondere folgenden Inhalt:

Wichtige Änderungen sind die erleichterten Möglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane zu einer schriftlichen Beschlussfassung, die Verlängerung der Kostenübernahmeregelung von in deutschen Krankenhäusern behandelten COVID-19-Patienten aus dem EU-Ausland, als auch Regelungen für zwei Modellprogramme des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Förderung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen sowie zur weiteren wissenschaftlichen Begleitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c des Elften Buches Sozialgesetzuch.

Im Bereich der Pflege wird zudem die Pflicht der einzelnen Pflegekasse zur Entscheidung über Anträge der Versicherten auf Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen innerhalb von drei Wochen bzw. bei Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen von fünf Wochen nach Antragseingang geregelt. Gleichfalls wird die Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung vorangetrieben, indem etwa der GKV-Spitzenverband verpflichtet wird, Empfehlungen zur Gewährung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen bis 30.9.2021 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien zu erlassen oder die Entscheidung über Aufnahme von Produkten in das Pflegehilfsmittelverzeichnis spätestens innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung der Hersteller zu erfolgen hat. Es wird im Weiteren ermöglicht, Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 während der Corona-Pandemie auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen. Die pandemiebedingten Sonderregelungen nach § 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und das coronabedingte Pflegeunterstützungsgeld und pandemiebedingte Regelungen zur Familienpflegezeit und zur Pflegezeit werden bis zum 31. März 2021 verlängert. Der Forderung des Bundesrates Rechnung tragend, sind eine mindestens einjährige staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Assistenzausbildung in der Pflege als Qualifikationsniveau für geförderte Pflegehilfskräfte ausreichend. Nur wenn über das Förderprogramm Ausbildungsaufwendungen finanziert werden, muss die Ausbildung den Mindestanforderungen der GMK/der ASMK entsprechen.

Darüber hinaus wird insbesondere die Finanzierung außerordentlicher Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Pandemiebewältigung fortgeführt und ausgeweitet. Zudem sind Regelungen zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Regelung zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen worden. Außerdem wurden Änderungen auch bei den Sonderregelungen für Zahnärzte

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

aufgrund der Corona-Pandemie vorgenommen, sodass die verminderte Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen in den Jahren 2021 und 2022 bei der Fortschreibung der Gesamtvergütung berücksichtigt wird.

Im Zuge der im Gesetzentwurf der Bundesregierung enthaltenen umfangreichen Förderung von Hebammenstellen wird eine Erhöhung der Förderung von Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal von 10 Prozent auf bis zu 25 Prozent verankert.

Mit den Sonderregelungen zum Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot erhalten Krankenkassen, die über Finanzreserven verfügen, die wegen Überschreitung des 0,8-fachen einer Monatsausgabe ihre Zusatzbeitragssätze zu Beginn des Jahres 2021 nicht anheben dürfen, zum 1. Januar 2021 einmalig das Recht zur Beitragssatzanhebung bis zu einem Beitragssatz, der der Absicherung von Finanzreserven in Höhe von insgesamt 0,4 Monatsausgaben im Jahr 2021 entspricht. Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern kann die zuständige Aufsichtsbehörde auf Antrag einen Zusatzbeitragssatz genehmigen, der über die Sicherstellung einer Finanzreserve von 0,4 Monatsausgaben hinaus eine höhere Reserve zulässt. Zudem wird bei der Vermögensabführung ein Freibetrag in Höhe von 3 Millionen Euro für kleine Krankenkassen eingeführt.

Der Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 3 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 13 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 16 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag 17 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der Änderungsantrag 20 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 2, 4 bis 12, 14, 15, 18, 19, 21 und 22 auf Ausschussdrucksache 19(14)242.4 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Weiter hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)242.1 ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

*Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)*

*(Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen)*

*In Artikel 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:*

*„1a. § 43a wird wie folgt geändert:*

*a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „haben“ die Wörter „im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung“ eingefügt.*

*b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „oder in gemäß §119 dazu ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentren“ eingefügt.“*

*Begründung:*

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

*Bisher ist die Finanzierung sog. „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen“ nur in der ambulanten psychiatrischen Behandlung eindeutig geregelt (vgl. § 43 a Abs. 2 SGB V). Die bisherige Formulierung in Absatz 1 hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen Rechtsunsicherheiten geführt, so dass sich in einigen Bundesländern die Träger der Eingliederungshilfe bereits aus der Finanzierung zurückgezogen haben. Zuletzt sorgte ein Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG BB) aus dem Oktober 2018 dafür, dass nun auch z.B. in NRW die Landschaftsverbände flächendeckend ab 01.01.2021 die Finanzierung beenden. Das Urteil hatte in einem Einzelfall der GKV die vollumfängliche Finanzierungspflicht für alle Leistungen des SPZ in Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung zugesprochen, also auch für die „nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen“. Zur Vermeidung einer Vielzahl von Klageverfahren aller SPZ zur Durchsetzung Ihrer Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.*

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)242.1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

### Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** erläuterte, das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) sei ein Omnibusgesetz mit verschiedenen Zielrichtungen. Zum einen verlängere man die notwendigen Schutzmaßnahmen und Unterstützungsleistungen, die für die Bewältigung der Pandemie notwendig seien, in der Regel bis zum 31. März 2021. Es gehe um Vergütungsvereinbarungen für stationäre Vorsorge und Reha-Einrichtungen sowie die ambulanten Reha-Einrichtungen und die Einrichtungen des Mütter-Genesungswerks. Es gebe den Schutzschirm weiterhin für Heil- und Hilfsmittelerbringer und Zahnärzte. Außerdem würden die Familienpflegezeit und weitere Pflegezeiten verlängert. Darüber hinaus sehe das Gesetz ein Hebammenstellenförderprogramm mit zusätzlichen Hebammenstellen und der Unterstützung für die Hebammen durch das entsprechende Fachpersonal auf Geburtsstationen vor. 20 000 Hilfskraftstellen in der stationären Altenpflege würden finanziert, ohne dass die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen belastet würden. Die Möglichkeiten der Krankenkassen, Selektivverträge anzubieten, würden erweitert. Bedingt durch die nicht nur coronabedingten Mehrkosten sei im Bereich der GKV ein Defizit von etwa 16 Milliarden Euro entstanden, das man mit einem Bündel von Maßnahmen beheben wolle. Dazu gehöre die Erhöhung des Bundeszuschusses um 5 Milliarden Euro und die Hinzuziehung der Finanzreserven der Kassen. Diesen habe man, soweit sie über Rücklagen von mehr als 0,8 Monatsausgaben verfügten, verboten, den Zusatzbeitrag trotzdem anzuheben, um die Bürgerinnen und Bürger vor höheren Beiträgen zu schützen.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, bei den gesetzlichen Krankenkassen werde 2021 ein Defizit von rund 16 Milliarden Euro zu erwarten sein. Damit Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie Rentner dieses Defizit nicht alleine über ihrer Beiträge finanzieren müssten, seien die Lasten durch das GPVG auf mehrere Schultern verteilt worden. Der Bundeszuschuss an die GKV werde um fünf Milliarden auf 19,5 Milliarden Euro erhöht und die Zusatzbeiträge würden um 0,2 Prozent steigen. Damit habe man drei Milliarden Euro generiert. Krankenkassen mit besonders hohen Rücklagen müssten insgesamt acht Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds abführen. Diesen Eingriff in die Beitragsautonomie der Kassen habe man sich nicht leicht gemacht. Er sei aber erforderlich und vertretbar, um Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden. Zudem habe man erreicht, dass die Einschränkungen für die Kassen bei der Beitragssatzfestlegung für 2021 nicht so restriktiv ausfallen würden, wie ursprünglich geplant. Über Sonderregelungen vermeide man, dass kleine Kassen durch den Rücklagenabbau in finanzielle Not gerieten. Das Hebammenstellenförderprogramm werde die stationäre Geburtshilfe stärken. Die Hebammen könnten künftig durch Assistenzpersonal unterstützt werden und die Arbeitsbedingungen würden verbessert. Für die SPD-Fraktion sei die Schaffung von 20 000 zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte besonders wichtig gewesen. Diese würden insbesondere für die psychosoziale Betreuung in Pflegeheimen dringend benötigt.

Die **Fraktion der AfD** begrüßte die Schaffung von 20 000 zusätzlichen Stellen für Pflegekräfte, da dadurch Menschen eine Chance erhielten, die keine akademische Ausbildung hätten. Richtig sei auch, dass Krankenhäuser künftig mehr Hebammenstellen und bis zu 700 weitere Stellen für Fachpersonal erhalten sollten. Das entspreche einer AfD-Forderung. Die Möglichkeit für Hebammen im Krankenhaus angestellt zu sein, anstatt freiberuflich zu arbeiten, werde genauso befürwortet wie die Lösung des Haftpflichtversicherungsproblems. Die Fraktion kritisierte aber, dass die Kosten der Regierungsmaßnahmen im Rahmen der sogenannten COVID-19-Pandemie teilweise auf die Krankenkassen abgewälzt würden, indem diese acht Milliarden Euro ihrer Rücklagen in den Gesundheitsfonds einzahlen müssten. Krankenkassen seien keine Sparkassen und deswegen sei es zwar richtig, die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Reserven zu nutzen, aber nicht in der geplanten Form. Der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von fünf Milliarden Euro ist nach Auffassung der AfD zu niedrig. Darüber hinaus sei das Problem der versicherungsfremden Leistung immer noch nicht gelöst. Nach eigenen Berechnungen betrügen die versicherungsfremden Leistungen zwischen acht und zehn Milliarden Euro, die vom Bund finanziert werden müssten. Auch bei der Rente bestehe das Problem. Die Fraktion war der Meinung, dass wer die Kosten verursache, dafür im Grundsatz aufkommen müsse. Zusammengefasst begrüßte die Fraktion viele Regelungen, nannte aber auch einige Kritikpunkte. Deshalb werde man sich bei der Abstimmung enthalten.

Die **Fraktion der FDP** stellte fest, das GPVG enthalte zum Teil gesundheits- und pflegepolitische Maßnahmen, die man nicht für falsch halte, da sie für die Versorgung wichtig seien. Der entscheidende Punkt sei aber die GKV-Finanzierungsfrage der coronabedingten Lücke von 16 Mrd. Euro im nächsten Jahr. Der Rückgriff auf die Reserven von Krankenkassen, die gut gewirtschaftet hätten, käme einer Enteignung gleich. Kassen und Versicherte müssten nun die Hauptlast der Krisenpolitik der Bundesregierung finanzieren. Dies sei jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Schaffung von 20 000 neuen Pflegestellen in der Altenpflege sei zwar zu begrüßen, jedoch bleibe ungeklärt, wie man die Stellen aufgrund des akuten Personalmangels besetzen wolle. Auch das Hebammenstellenförderungsprogramm sei gänzlich ungeeignet, um die Arbeitssituation in der Geburtshilfe nachhaltig zu verbessern. Das hätte sich in der Anhörung bestätigt. Die Geburtshelferinnen und -helfer würden künftig von fachfremden Tätigkeiten entlastet, das sei aber insgesamt zu wenig. Die FDP-Fraktion werde deshalb einen Entschließungsantrag ins Plenum einbringen, der der Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserung wirklich gerecht werde. Die Anträge der Linken und der AfD werde man ablehnen. Der sehr umfangreiche Antrag der Grünen-Fraktion enthalte einige Forderungen, die richtig seien, allerdings seien beispielsweise die verlangten Personalbemessungsinstrumente problematisch. Deshalb werde sich die Fraktion bei diesem Antrag enthalten.

Die **Fraktion DIE LINKE** hielt die vorgeschlagenen Maßnahmen für die Finanzierung des Defizites in der gesetzlichen Krankenversicherung für falsch, weil die Schulterung der Kosten der Pandemie eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei, die mit Steuermitteln finanziert werden müsse. Außerdem seien in dieser Legislaturperiode erhebliche Mehrausgaben durch teilweise unsinnige Gesetzesvorhaben der Koalition entstanden. Daher sei die vorgeschlagene Lösung ein Strohfeuer, das vor allem die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler belaste. Die Fraktion schlage vor diesem Hintergrund mit ihrem Antrag vor, die Beitragsbemessungsgrundlage zu erweitern, indem künftig Kapitaleinkünfte einbezogen würden. Dies hätte nicht nur den Vorteil, dass eine Erhöhung der Zusatzbeiträge vermieden werden, sondern diese sogar gesenkt werden könnten. Die Änderungen zur Pflege seien zu begrüßen, da Menschen mit Pflegebedarf nicht an den Mehrkosten beteiligt würden. Allerdings führten die vorgesehenen Regelungen zu einer Absenkung von Personalstandards, was sehr kritisch gesehen werde. Es sei falsch, nur einzelne Elemente einer wissenschaftlichen Personalbemessung herauszulösen und dann flächendeckend umzusetzen, ohne zu prüfen, welche Auswirkungen dies auf den Pflegeprozess, die Arbeitsbedingungen und die Qualität der pflegerischen Versorgung habe. Das Personalbemessungsinstrument werde auf einzelne Ausbaustufen bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Fachkraftquote reduziert und der Personalzuwachs führe zu höchstens 4,2 Minuten mehr pro Tag. Die Ausweitung der Selektivverträge sieht die Fraktion kritisch, denn diese seien vor allem ein Wettbewerbsinstrument für die Kassen, trügen aber nichts zur Verbesserung der Versorgung aller Versicherten bei. Das Hebammenstellenförderprogramm sei eher ein Tropfen auf den heißen Stein und diene dem Vortäuschen von Tätigkeit durch die Bundesregierung mehr als der Verbesserung der Hebammenversorgung.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** merkte an, das Gesetz adressiere einige Schieflagen im Gesundheitssystem wie die unzureichende sektorübergreifende Versorgung, die defizitäre Personalsituation in der Geburtshilfe und Pflege sowie die Finanzlücken in der GKV. Es sei richtig, die Defizite in diesen Bereichen anzugehen, allerdings bleibe die Koalition auf halber Strecke stehen und belasse es weitgehend bei Flickwerk. So solle die sektorübergreifende Versorgung zum Regel-fall gemacht werden. In der Geburtshilfe gebe es viele strukturelle Problemlagen, die dann dazu führten, dass nicht nur Frauen und Kinder nicht im Mittelpunkt der Geburtshilfe stünden, sondern dass zunehmend weniger Hebammen Vollzeit arbeiteten oder relativ schnell aus dem Beruf ausgeschieden. Es reiche daher nicht aus, eine Refinanzierung für Hebammen in den Kliniken vorzunehmen. In der stationären Langzeitpflege sei es zwar richtig, 20.000 neue Stellen zu schaffen. Eine Finanzierung von Stellen reiche allerdings nicht aus, solange eine Veränderung des pflegerischen Berufsbildes im Sinne einer Aufwertung nicht stattfindet, um die Pflege attraktiv zu machen. Auch die einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses und der Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen würden die strukturellen Probleme bei der Finanzierung der GKV nicht lösen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

## B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/23843, 19/24231 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

### **Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Zu Nummer 1a**

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

#### **Zu Nummer 2**

Aufgrund der bis in das Jahr 2021 zu erwartenden anhaltenden COVID-19-Pandemie soll die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen und die Aufrechterhaltung der Versorgungsstruktur auch im Jahr 2021 sichergestellt werden. Die Krankenkassen leisten daher auch im Jahr 2021 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen des Jahres 2019 als Abschlagszahlung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben auch für das Jahr 2021 die Möglichkeit, auf den Ausgleichsmechanismus zu verzichten.

Die Berücksichtigung der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Abnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen bei der jährlichen Fortschreibung der Gesamtvergütung für die Jahre 2021 und 2022 hat zum Ziel, den Partnern der Gesamtverträge den notwendigen Gestaltungsspielraum zu geben. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Auswirkungen der Pandemie auf das vertragszahnärztliche Leistungsgeschehen regional unterschiedlich sind. Die Gesamtvertragspartner vor Ort sollen mit ihren vertraglichen Vereinbarungen sicherstellen, dass ein angemessenes Vergütungsniveau erhalten bleibt.

Die Pflicht, bei Gesamtverträgen auf der Grundlage von Einzelleistungen ein Ausgabenvolumen zu bestimmen, wird für die Jahre 2021 und 2022 ausgesetzt. Hiermit wird gewährleistet, dass die spätestens nach dem Ende der COVID-19-Pandemie zu erwartenden Nachholeffekte den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten vergütet werden können.

#### **Zu Nummer 2a**

##### Zu Buchstabe a

Mit dem neuen Satz 8 wird den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgungsstrukturen die Möglichkeit eröffnet, einzelne Zahnarztpraxen gezielt zu fördern. Gerade Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie medizinische Versorgungszentren, die sich in den Jahren 2019 bis 2021 und damit kurz vor oder während der Corona-Pandemie neu niedergelassen haben bzw. neu gegründet wurden, können mangels bestehender Rücklagen von einer verminderten Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen in besonderem Maße wirtschaftlich betroffen sein.

##### Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird gewährleistet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch in Zukunft ausreichend handlungsfähig sind, um die Gesundheitsversorgung auch in einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sicherzustellen. Zu diesem Zweck sieht bereits die mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingeführte Regelung des § 105 Absatz 3 vor, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite zu erstatten haben. Damit sollte etwa der Aufbau und der Betrieb spezieller Zentren (wie z. B. Schwerpunktambulanzen) zur Trennung von Patientenströmen sowie Dienste zur Erbringung vermehrter Besuchsleistungen und der strukturelle Ausbau der Servicenummer 116117 finanziert werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Diese Regelung ist zunächst bis zum Ende des Jahres 2020 befristet worden (Artikel 6 in Verbindung mit Artikel 7 Absatz 3 des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes) und wird nunmehr in weiterentwickelter Fassung fortgeführt.

Dabei wird in Satz 1 zunächst der sachliche Anwendungsbereich der Regelung erweitert, um den Kassenärztlichen Vereinigungen in pandemiebedingten Ausnahmesituationen eine größere Handlungsfreiheit einzuräumen. Dem entsprechend wird sich die Regelung künftig nicht mehr auf die außerordentlichen Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beschränken. Stattdessen sieht die Regelung eine Sonderfinanzierung auch für entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören.

Mit Satz 2 wird die Erstattung und damit eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen, soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist.

Dies betrifft zum einen etwa den bisher geregelten Fall, dass die betreffende Maßnahme aus finanziellen Mitteln, die aufgrund von Vereinbarungen und Beschlüssen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlt werden, finanziert wird (zum Beispiel Gesamtverträge, einheitlicher Bewertungsmaßstab, Verträge nach § 75 Absatz 3 bis 6, § 132e und § 140a), zum anderen führt zum Beispiel auch eine bestehende Finanzierung aus Mitteln des Strukturfonds nach Absatz 1a insoweit zu einem Erstattungs Ausschluss. Aufgrund der nunmehr gewählten Formulierung („soweit“) kann eine Erstattung in diesen Fällen gleichwohl erfolgen, soweit die Kosten für außerordentliche Maßnahmen die hierfür gezahlten finanziellen Mittel übersteigen. Vor diesem Hintergrund entfällt auch der bisherige Satz 3, ohne dass damit eine Änderung des bisherigen Regelungsgehalts verbunden ist.

Zum anderen sieht die Regelung vor dem Hintergrund der Entwicklung seit dem Inkrafttreten dieser Regelung einen Erstattungs Ausschluss auch für die Fälle vor, in denen die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch verordnungsrechtliche Spezialregelungen bereits anderweitig geregelt ist. Damit wird – auch hier mit dem Ziel, Doppelfinanzierungen zu vermeiden – insbesondere sichergestellt, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen errichteten und betriebenen Testzentren abschließend nach den in der Coronavirus-Testverordnung vom 14. Oktober 2020 (BAnz AT 14.10.2020 V1) enthaltenen Vorgaben finanziert werden. Eine zusätzliche Finanzierung der Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren nach § 105 Absatz 3 ist somit ausgeschlossen. Von dem Ausschluss ausgenommen sind Kosten für Einrichtungen, die unabhängig von Testungen medizinische Versorgungsleistungen erbringen, die als außerordentliche Sicherstellungsmaßnahmen im Sinne von § 105 Absatz 3 nicht von der Erstattung nach der Coronavirus-Testverordnung sowie anderweitig durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes gedeckt sind. Der Ausbau von Telefon- und Internetdiensten, zum Beispiel in Form von Informationshotlines und Terminvermittlungsservices, oder die ausnahmsweise Beschaffung Persönlicher Schutzausrüstung einschließlich deren Lagerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben auch weiterhin denkbare Anwendungsbereiche des § 105 Absatz 3.

Der bisherige in Satz 2 enthaltene Erstattungs Ausschluss bei bereits im Haushaltsplan abgebildeten Maßnahmen entfällt, weil andernfalls die Erstattungsfähigkeit bei Erfüllung der Anforderungen zum Haushalts- und Rechnungswesen (§ 78 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, §§ 72 bis 77 Absatz 1 SGB IV und weiteren) weitgehend in Frage gestellt würde.

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen zum Zweck der Erstattung rechnungsbegründende Unterlagen übermittelt, aus denen sich Art und Höhe der zu erstattenden Kosten ergeben. Die Regelung entspricht den anerkannten Grundsätzen des Geschäftsverkehrs und stellt sicher, dass etwaige Erstattungsansprüche gegenüber den Krankenkassen nachvollziehbar dargelegt und begründet werden. Die Kostenträger werden damit etwa in die Lage versetzt, die Wirtschaftlichkeit der zu erstattenden Maßnahmen zu beurteilen und nachzuvollziehen, wie sich die geltend gemachten Kosten auf einzelne Kostenpositionen verteilen.

Eine erneute, über das Bestehen einer epidemischen Lage nationaler Tragweite hinausgehende, Befristung ist nicht erforderlich, da sich die Regelung in der Praxis bewährt hat.

#### **Zu Nummer 2b**

Vor dem Hintergrund der fortbestehenden epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird vorgesehen, dass die Krankenkassen und die Träger der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen. Dies kann den Ausgleich von Mehraufwänden bei



Personal- und Sachkosten sowie fehlender Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen betreffen, die durch die bisher vereinbarten Vergütungen nicht abgebildet werden. Damit soll die Leistungsfähigkeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Dauer der derzeitigen epidemischen Lage gewährleistet werden. Die Regelungen zur Schiedsstelle in Absatz 5 gelten für die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Satz 5 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.

#### **Zu Nummer 2c**

Vor dem Hintergrund der fortbestehenden epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird vorgesehen, dass die Krankenkassen und die Träger der zugelassenen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen. Dies kann den Ausgleich von Mehraufwänden bei Personal- und Sachkosten sowie fehlender Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen der Therapieplätze betreffen, die durch die bisher vereinbarten Vergütungen nicht abgebildet werden. Damit soll die Leistungsfähigkeit der Rehabilitationseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Dauer der derzeitigen epidemischen Lage gewährleistet werden. Die Regelungen zur Schiedsstelle in Absatz 3 gelten für die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Satz 5 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.

#### **Zu Nummer 4a**

Nach § 2 Absatz 7 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 (BAnz AT 04.05.2020 V1) konnten die Heilmittelerbringer zunächst befristet bis zum 30. September 2020 bei jeder Abrechnung einer Verordnung eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 1,50 Euro geltend machen (sogenannte Hygienepauschale). Mit der Verordnung zur Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 29. September 2020 (BAnz AT 30.09.2020 V2) wurde diese Abrechnungsmöglichkeit bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Aufgrund der anhaltenden COVID-19-Pandemie sind die Heilmittelerbringer weiterhin darauf angewiesen insbesondere persönliche Schutzausrüstung selbst zu beschaffen. Vor dem Hintergrund der nicht vorhersehbaren Dauer dieser epidemischen Lage kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung die Abrechenbarkeit der Hygienepauschale bis längstens zum 31. Dezember 2021 erneut verlängern.

Den Vertragspartnern im Heilmittelbereich bleibt es – unabhängig von der in der Verordnungsermächtigung genannten Höhe der Hygienepauschale – weiterhin möglich, eine hiervon abweichende Vergütung für pandemiebedingte persönliche Schutzausrüstung zu vereinbaren, die den Besonderheiten des jeweiligen Heilmittelbereichs Rechnung trägt.

#### **Zu Nummer 4b**

Die Hilfsmittelversorgung hat für die Gesunderhaltung der Bevölkerung und die Sicherung einer hohen Lebensqualität trotz behinderungsbedingter Einschränkungen eine erhebliche Bedeutung, weshalb die Arbeitsfähigkeit dieses Leistungsbereichs auch während der COVID-19-Pandemie sicherzustellen ist. Hierzu sollen die Leistungserbringer und die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf einen Ausgleich etwaig gestiegener Kosten der Leistungserbringer für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie vereinbaren zu können. Die auszugleichenden Schutzmaßnahmen sollen dabei insbesondere die Ausstattung mit notwendiger persönlicher Schutzausrüstung umfassen.

Die Hilfsmittelversorgung hat viele Anwendungsfelder, die je nach Produktgruppe und Leistungsart in unterschiedlicher Intensität und Dauer einen Kontakt mit Versicherten erfordern. Dementsprechend sind auch die Bedarfe nach persönlicher Schutzausrüstung zwischen den Leistungserbringern sehr unterschiedlich. Die tatsächlichen Bedarfe sollen in den jeweiligen Verträgen zur Hilfsmittelversorgung produktgruppen- und leistungsspezifisch angemessen berücksichtigt werden.

#### **Zu Nummer 5a**

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

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

**Zu den Nummern 6a, 12 und 13**

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

**Zu Nummer 6b**

Zu Buchstabe a

Die steigende Anzahl an COVID-19 erkrankten Personen führt weiterhin in einigen europäischen Staaten zu einer starken Belastung der Gesundheitssysteme. Vor diesem Hintergrund kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich auch nach dem 30. September 2020 einige von der Pandemie stark betroffene Staaten mit der Bitte an Deutschland bzw. an einzelne Länder wenden werden, schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern zu behandeln. Als ein Akt europäischer Solidarität und ein Zeichen des gemeinsamen Bemühens der europäischen Staaten um Bewältigung der aus der Pandemie entstehenden Herausforderungen für die Gesundheitssysteme werden die Kosten, die im Zusammenhang mit einer bis zum 31. März 2021 begonnenen Krankenhausbehandlung anfallen, vom Bund übernommen. Bleibt es bei der gegenwärtigen Entwicklung, würden die Kosten für die Verlängerung höchstens acht Millionen Euro betragen.

Zu Buchstabe b

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

**Zu Nummer 8**

Zu Buchstabe a

Die Formulierung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird ein Ausgleich zwischen der Auswirkung des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbots nach Absatz 1 Satz 4 und der besonderen haushälterischen Situation der Krankenkassen im Jahr 2021 im Zusammenhang mit dem Abbau ihrer Finanzreserven nach § 272, der Reform des Risikostrukturausgleichs durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) sowie der zu erwartenden Ausgabenentwicklung geschaffen. Die Vermögensabgabe nach § 272 wird erst im Jahr 2021 für die Krankenkassen finanzwirksam, sodass sie entsprechend dem Rechnungsjahr 2021 zuzuordnen ist und nicht in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen für das Jahr 2020 abzubilden sind. Krankenkassen, die in den vorgelegten Rechnungsergebnissen für das erste bis dritte Quartal 2020 (Stichtag 30. September 2020) die Obergrenze ihrer Finanzreserven von 0,8 Monatsausgaben nach § 242 Absatz 1 Satz 4 überschreiten, dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, auch wenn sie nach ihrem Haushaltsplan für das Jahr 2021 Finanzreserven von 0,4 Monatsausgaben bis zum Ende des Jahres 2021 unterschreiten würden. Aufgrund dieser besonderen Situation wird diesen Krankenkassen daher ermöglicht, ihre Zusatzbeitragssätze abweichend vom Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot einmalig bereits zum 1. Januar 2021 anzuheben. Die Anhebung ist der Höhe nach begrenzt auf einen Zusatzbeitragssatz, der der Absicherung von Finanzreserven in Höhe von 0,4 Monatsausgaben am Ende des Jahres 2021 auf der Grundlage ihres Haushaltsplanes entspricht. Damit wird den Krankenkassen neben der Absicherung der gesetzlichen Mindestrücklage nach § 261 Absatz 1 Satz 2 auch ein zusätzlicher Spielraum für ihre individuelle Beitragssatzgestaltung eingeräumt. Die Krankenkassen haben dadurch die Möglichkeit, bis Ende 2021 Finanzreserven in einer Höhe vorzuhalten, die die gesetzliche Mindestrücklage um 100 Prozent überschreiten. Durch diese Sonderregelung wird die Planungssicherheit für die betroffenen Krankenkassen gestärkt und Wettbewerbsgleichheit zwischen allen Krankenkassen gewahrt. Zugleich wird dadurch im Interesse der Beitragszahler vermieden, dass es im Laufe des Jahres 2021 teilweise zu erheblichen unterjährigen Zusatzbeitragssatzsteigerungen kommen kann. Da der Ge-

sundheitsfonds die unterjährigen Einnahmerisiken, z.B. konjunkturelle Mindereinnahmen, über die Liquiditätsreserve abdeckt, dienen die Finanzreserven der Krankenkassen zur Absicherung unterjähriger Ausgabenschwankungen.

Abweichend davon können sich Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern auf Antrag von den Aufsichtsbehörden eine Anhebung ihrer Zusatzbeitragssätze zum 1. Januar 2021 genehmigen lassen, die über die nach Satz 1 zulässige Anhebung hinausgeht. Eine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes ist in Höhe eines Beitragssatzes zulässig, der erforderlich ist, um ausreichende Finanzreserven zur Absicherung der Krankenkasse gegen unvorhersehbare Ausgabenrisiken vorzuhalten. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass kleinere Krankenkassen durch ihren begrenzten Versichertenbestand höhere unterjährige Ausgabenschwankungen, z. B. bei Hochkostenfällen, gegebenenfalls nur mit einer höheren Finanzreserve als 0,4 Monatsausgaben ausgleichen können.

Um in der besonderen haushälterischen Situation des Jahres 2021 Wettbewerbsgleichheit unter den betroffenen Krankenkassen zu gewährleisten, ist zudem bei der Bemessung der Zusatzbeitragssätze nach den Sätzen 1 und 2 eine grundsätzliche Orientierung an den Ausgabenschätzungen des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für das Jahr 2021 vorgesehen. Die Zuführungen nach § 170 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung sowie die Zuführungen zum Deckungskapital für Verpflichtungen nach § 12 Absatz 1 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung sind im Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 2021 auf die in diesem Jahr notwendigen Beträge begrenzt. Der notwendige Betrag ist dem jeweils maßgebenden Zuführungsplan, der auf Grundlage des aktuellen versicherungsmathematischen Gutachtens erstellt wurde, zu entnehmen. Eine vorgezogene Zuführung von Geldmitteln für zukünftige Haushaltsjahre ist für die Haushaltsplanung 2021 ausgeschlossen.

#### **Zu Nummer 11**

Zu Absatz 1

Zu Satz 2neu

Im neuen Absatz 1 Satz 2 wird eine neue Vorgabe zur Höhe des durch die Krankenkassen im Jahr 2021 aus ihren Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abzuführenden Betrags geregelt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) berechnet nach Satz 1 66,1 Prozent der Finanzreserven einer Krankenkasse, die zwei Fünftel der durchschnittlichen Monatsausgaben überschreiten. Nach Satz 2 berechnet es 66,1 Prozent der Finanzreserven einer Krankenkasse, die ein Fünftel der durchschnittlichen Monatsausgaben zuzüglich von drei Millionen Euro überschreiten. Das BAS legt gegenüber einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 fest, wenn dieser geringer als der sich nach Satz 1 ergebende Betrag ist.

Im Ergebnis wird durch den neuen Satz 2 eine geringere Abführung von Finanzreserven an den Gesundheitsfonds für kleinere Krankenkassen erreicht. Kleine Krankenkassen können durch ihren begrenzten Versichertenbestand weniger Möglichkeiten haben, mit unvorhersehbaren Ausgabensprüngen insbesondere durch Hochkostenfälle umzugehen. Aufgrund der Sondersituation im Jahr 2021 kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass es für kleine Krankenkassen auch unter Berücksichtigung der im neuen § 242 Absatz 1a vorgesehenen Möglichkeit zur Anhebung der Zusatzbeitragssätze zum 1. Januar 2021 durch unvorhersehbare Ausgabensprünge im weiteren Verlauf des Jahres 2021 zu einem Unterschreiten der Mindestrücklage kommen kann.

Den Krankenkassen wird daher für den Zweck der Abführung von Finanzreserven nach § 272 ein Freibetrag in Höhe von drei Millionen Euro zuzüglich von einem Fünftel der durchschnittlichen Monatsausgaben der Krankenkasse – d.h. der Mindestrücklage - eingeräumt. Die Ausnahmeregelung berücksichtigt damit die Interessen der Beitragszahler von kleineren Krankenkassen, ohne dem Zweck des neuen § 272 entgegenzustehen. Letzteres ist insbesondere von Bedeutung, da die durch alle betroffenen Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel im Jahr 2021 über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen ausgeschüttet werden.

Ein Freibetrag in Höhe von drei Millionen Euro über die Mindestrücklage hinaus ist für kleine Krankenkassen ausreichend, um unterjährige Hochkostenfälle abzusichern. Im Ergebnis werden Krankenkassen mit bis zu ca. 40 000 Mitgliedern durch den Freibetrag entlastet. Der Entlastungsbetrag je Krankenkasse fällt dabei umso größer aus, je weniger Versicherte eine Krankenkasse aufweist. Dadurch wird sichergestellt, dass kleine Krankenkassen nicht pauschal und undifferenziert entlastet werden, sondern über den Freibetrag hinaus weiterhin entsprechend ihrer jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit zu dem besonderen Solidarausgleich der Krankenkassen im Jahr

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2021 beitragen. Insbesondere haben sich hierdurch sehr vermögende kleine Krankenkassen, die teilweise Finanzreserven in Höhe von mehreren Monatsausgaben vorhalten, weiterhin zu beteiligen.

Zu Satz 3neu

Durch die Anpassung des neuen Absatz 1 Satz 3 wird vorgegeben, dass unabhängig davon, ob der durch eine Krankenkasse an den Gesundheitsfonds abzuführende Betrag durch das BAS nach Satz 1 oder 2 festgelegt wird, die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (Statistik KV 45) des ersten Halbjahres 2020 die maßgebliche Berechnungsgrundlage sind. Zum anderen wird die Berechnungsgrundlage präzisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen war nach Nummer 44 des Erlasses des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 6. Juli 2020 verpflichtet, die Statistik KV 45 des Berichtszeitraums 1. Januar bis 30. Juni 2020 für alle Krankenkassen bis spätestens zum 14. August 2020 an das BMG weiterzuleiten. Die Übermittlung erfolgte am 14. August 2020 und wurde wie immer dem BAS zugeleitet. Spätere Korrekturen durch einzelne Krankenkassen werden nicht berücksichtigt.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Durch die Anpassung in Absatz 2 Satz 1 wird die Einfügung des neuen Absatz 1 Satz 2 berücksichtigt. Demnach ergibt sich der durch eine Krankenkasse abzuführende Betrag nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2, wenn der nach Absatz 1 Satz 2 abzuführende Betrag geringer ist.

Zu Satz 5neu

Zudem wird bestimmt, dass die Bescheide gegenüber den betroffenen Krankenkassen durch das BAS möglichst bis zum 31. März 2021 zu erlassen sind. Es handelt sich dabei um keine Ausschlussfrist, nach der Bescheide gegenüber den Krankenkassen nicht mehr möglich sein sollen, sondern eine zeitliche Soll-Vorgabe für das BAS. Dies gibt dem BAS die notwendige Flexibilität im Hinblick auf die Berechnung, die Anhörung der Krankenkassen und den Erlass der Verwaltungsakte und berücksichtigt gleichzeitig das Interesse der Krankenkassen an einem frühen Beginn der Verrechnung, um eine möglichst gleichmäßige Belastung der Liquidität der Krankenkassen über das Jahr 2021 zu gewährleisten.

Zu Absatz 3neu

Mit dem neuen Absatz 3 wird eine Regelung für den Fall getroffen, dass sich Krankenkassen nach § 155 freiwillig vereinigen, nachdem sie die hier maßgebliche Statistik KV 45 abgegeben haben. Die am 14. August an das BMG übermittelte Statistik KV 45 ist die Berechnungsgrundlage für den durch die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 abzuführenden Betrag. Die Höhe des Gesamtbetrags der Abführung durch alle Krankenkassen soll weder durch spätere Korrekturen der Statistik KV 45 durch die Krankenkassen noch durch Fusionen von Krankenkassen verändert werden können, um das Ziel der Regelung, die Beitragsbelastung der Mitglieder verschiedener gesetzlicher Krankenkassen im Jahr 2021 gleichmäßig zu verteilen, zu erreichen. Die konkrete Verpflichtung der Krankenkassen zur Abführung von Finanzreserven entsteht aber erst mit der Bescheidung durch das BAS gegenüber den zu diesem Zeitpunkt bestehenden Krankenkassen. Der Stichtag „15 August 2020“ nach dem neuen Absatz 3 Satz 1 ist daher im Zusammenhang mit Vereinigungen von Krankenkassen erforderlich, um dem BAS die richtigen Adressaten der Bescheide vorzugeben. Er hat aber keine zusätzlichen belastenden Rechtsfolgen zur Folge.

Das BAS berechnet nach dem neuen Absatz 3 Satz 1 die Beträge, die sich für die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen bei der Berechnung nach Absatz 1 (Satz 1 oder abweichend nach Satz 2) ergeben hätten. Die nach Absatz 1 Satz 3 bestimmten Rechengrößen sind dabei unverändert zugrunde zu legen. Das BAS addiert die Beträge und macht den Gesamtbetrag gegenüber der aus der Vereinigung nach § 155 Absatz 6 Satz 2 entstandenen neuen Krankenkasse geltend. Auch im Fall, dass sich nur für eine der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ein Betrag nach Absatz 1 ergeben hätte, macht es diesen gegenüber der neuen Krankenkasse geltend. Es legt nach Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 die Verrechnung mit den Zuweisungen an die neue Krankenkasse in den folgenden Ausgleichsmonaten des Jahres 2021 fest. Der Bescheid gegenüber der neuen Krankenkasse soll ebenfalls möglichst bis zum 31. März 2021 erlassen werden, ohne dass es sich um eine Ausschlussfrist handelt.

Nach dem neuen Absatz 3 Satz 3 ist die Festlegung des abzuführenden Betrages gegenüber der aus einer Fusion entstandenen neuen Krankenkasse nicht erforderlich, wenn das BAS bereits gegenüber den an der Vereinigung

beteiligten Krankenkassen Bescheide erlassen hat, soweit diese nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 heranzuziehen sind. Die Zahlungsverpflichtungen der beteiligten Krankenkassen werden nach § 155 Absatz 6 Satz 2 durch die neue Krankenkasse übernommen und die bereits festgelegte Verrechnung ist in den monatlichen Zuweisungen für die neue Krankenkasse ohne Änderungen umsetzbar. Im Zusammenspiel mit Absatz 3 Satz 1 ergibt sich, dass das BAS die Wahl hat, ob es gegenüber den beteiligten Krankenkassen vor dem Wirksamwerden der Fusion oder gegenüber der neuen Krankenkasse nach dem Wirksamwerden der Fusion die Bescheide nach § 272 erlässt. Vereinigungen, die nach dem Erlass der Bescheide nach § 272 gegenüber den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen wirksam werden, sind damit von Absatz 3 nicht erfasst.

#### **Zu Nummer 11a**

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird die Ermittlung der absoluten Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung geregelt. Diese absolute Anzahl ergibt sich, indem die im jeweils laufenden Quartal geltende Prüfquote auf die Anzahl der im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bezogen wird. Diese Berechnung gewährleistet einen eindeutigen Bezugspunkt für die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende absolute Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen für die Zeit ab dem Jahr 2020. Die Regelung dient der Herstellung einer einheitlichen Auffassung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, die bisher bei der Ermittlung der absoluten Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen teilweise auf die im jeweils laufenden Quartal eingehenden Schlussrechnungen abgestellt haben. Da erst mit Abschluss eines Quartals festgestellt werden kann, wie viele Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eingegangen sind, kann während des laufenden Quartals die absolute Anzahl an maximal prüfbaren Schlussrechnungen nicht ermittelt werden. Mit dem klaren Bezug auf das vorvergangene Quartal wird eine valide Angabe zur absoluten Anzahl an maximal prüfbaren Schlussrechnungen sichergestellt.

In einem Quartal prüfbar sind alle Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die sich noch in der 4-Monatsfrist nach Absatz 1 Satz 1 befinden. Dazu gehören Schlussrechnungen aus dem laufenden Quartal, aus dem vorangegangenen und aus dem vorvergangenen Quartal, die in den letzten vier Monaten bei der Krankenkasse eingegangen sind. § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt, so dass weitere Schlussrechnungen prüfbar sind, sofern sich die Vertragsparteien in der Prüfverfahrensvereinbarung darauf verständigt haben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der bisherige Satz 2 wird aufgehoben, um Missverständnisse bei der Zuordnung von Prüfungen zu einem Quartal und zu der maßgeblichen Prüfquote zu vermeiden. Aufgrund der Streichung ist der Eingang einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei der Krankenkasse nicht mehr relevant, um eine Prüfung einem Quartal und einer Prüfquote zuzuordnen. Der Eingang der Rechnung ist lediglich maßgeblich für die Frist nach Absatz 1 Satz 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit dem neuen Satz 3 wird geregelt, dass für die Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal und zu der in diesem Quartal geltenden quartalsbezogenen Prüfquote das Datum der Prüfungseinleitung maßgeblich ist. Die Herkunft der Rechnung in Form des Eingangsdatums der Schlussrechnung bei der Krankenkasse ist nicht relevant für die Quartalszuordnung. Durch die Einfügung der Regelung als neuer Satz 3 wird klarstellt, dass sich diese Zuordnungsvorgabe sowohl auf die Jahre 2020 und 2021 als auch auf die Jahre ab 2022 bezieht.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die aus der Streichung des bisherigen Satzes 2 resultiert. Der alte Satz 3 wird dadurch zu dem neuen Satz 2, wodurch auch in Satz 4 diese Änderung nachvollzogen werden muss.

Zu Buchstabe b

Die in Absatz 2 Satz 1 vorgenommene Regelung des Bezugspunktes für die Ermittlung der absoluten Anzahl der in einem Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung wird mit der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Änderung in Satz 3 Nummer 1 auch für die quartalsbezogenen Auswertungen nachvollzogen. Die realisierte Prüfquote wird ermittelt, indem die bei dem Medizinischen Dienst in dem betrachteten Quartal eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung ins Verhältnis zu allen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung gesetzt werden, die, vom betrachteten Quartal ausgehend, im vorvergangenen Quartal eingegangen sind.

#### **Zu Nummer 12**

Mit den Änderungen wird die für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen in § 79 Absatz 3e vorgesehene erleichterte schriftliche Beschlussfassung auch auf die Medizinischen Dienste auf Landesebene ausgedehnt.

#### **Zu Nummer 12a**

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

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

Im Rahmen der Vorarbeiten an dieser Richtlinie sind Unklarheiten bezüglich der Frage aufgetreten, ob die aufgabenbezogenen Richtwerte MD-spezifisch oder MD-übergreifend auszugestalten seien. Um diese Unklarheiten zu vermeiden, wird mit der Neuregelung klargestellt, dass die vom MD Bund bzw. beim erstmaligen Erlass aufgrund der Sonderregelung des § 414 Absatz 2 Satz 3a vom MDS zu erlassende Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den MD übertragenen Aufgaben enthalten muss. Diese Richtwerte gelten für alle MD einheitlich, lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen MD weiterhin zu, dass begründete Abweichungen möglich sind.

#### **Zu Nummer 13**

Die Änderung bewirkt, dass die erleichterte schriftliche Beschlussfassung auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gilt.

#### **Zu Nummer 13a**

##### **Zu Buchstabe a**

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

##### **Zu Buchstabe b**

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

Begutachtungsaufgaben in typische in allen MD vergleichbar ablaufende, kleinere Gruppen mit homogenem Arbeitsaufwand zu differenzieren.

Die gesetzliche Neuregelung dient der Unterstützung des MDS und der MD bei der Erfüllung dieser komplexen Aufgabe und gewährt ihnen durch die Verlängerung der Frist zum erstmaligen Erlass der Richtlinie in Satz 1 die nötige Zeit für die Umsetzung.

Nach Satz 2 ist in der Richtlinie eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben, die nach § 280 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches in Verbindung mit § 69 Absatz 6 des Vierten Buches von den MD zur Begründung der Ausbringung von Planstellen und Stellen zu beachten sind. Angemessene und anerkannte Methoden der Personalbedarfsermittlung sind beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt.

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

Satz 4 gibt für die zur Erarbeitung der Richtlinie erforderliche Datenerhebung und Datenauswertung vor, dass diese nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erfolgen hat und vom MDS unter fachlicher Beteiligung der MD koordiniert wird. Die Erhebung der Daten erfolgt zwar in den einzelnen MD personenbezogen, jedoch ist auf der Ebene des Medizinischen Dienstes Bund nur eine anonymisierte Auswertung zulässig. Die Verarbeitung richtet sich nach den einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes, insbesondere des Beschäftigtendatenschutzes. Der Personenbezug ist also vor einer Übermittlung der Daten durch die MD zu entfernen. Die Erhebung der für die Bestimmung der einzelnen Richtwerte erforderlichen Daten hat spätestens ab dem 1. März 2021 bei allen MD zu beginnen, um den Erlass der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2021 zu ermöglichen. Da der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a Absatz 1 Satz 1 die Aufgaben des MD für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt, ist auch er in die Datenerhebung, die Datenauswertung und die fachliche Begleitung wie die anderen MD einzubeziehen.

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

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

### **Zu Artikel 1a – Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Artikel 1a bestimmt, dass die Regelungen zum 1. Januar 2022 aufgehoben werden.

### **Zu Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### **Zu Nummer 1**

Zu Satz 3

Die Förderung der Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal wird von 10 Prozent auf bis zu 25 Prozent erhöht. Mit der Anhebung soll eine Ausweitung der Entlastung von Hebammen bewirkt werden. Dies entspricht dem Ansinnen des Hebammenstellen-Förderprogramms. Insbesondere in der Entlastung von fachfremden Tätigkeiten wird eine geeignete Maßnahme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von im Krankenhaus beschäftigten Hebammen gesehen.

Zu Satz 4

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Examiniertes Pflegepersonal wird aus dem Katalog des Hebammen unterstützenden Fachpersonals gestrichen. Mit der Streichung werden u.a. die Erkenntnisse des IGES-Gutachten zur stationären Hebammenversorgung berücksichtigt, wonach Hebammen vor allem von administrativen und tätigkeitsfernen Aufgaben, die primär dem Zuständigkeitsbereich von medizinischen Fachangestellten oder medizinischen Dokumentarassistenten zugesprochen werden, Entlastung erfahren sollen. Aufgrund des erheblichen Mangels an Fachpersonal in der Kranken- und Altenpflege würde der Einsatz von examiniertem Fachpersonal als unterstützendes Personal im Kreißaal zudem falsche Signale senden.

#### **Zu Nummer 2**

Die Änderung in § 5 Absatz 2a Satz 1 wird dahingehend klargestellt, dass sich die zusätzliche Finanzierung für Krankenhäuser nach der in einem Krankenhaus vorgehaltenen Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen, unverändert nach der Erfüllung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V richtet. Eine Verengung auf eine einzelne Vorgabe des G-BA erfolgt nicht.

#### **Zu Artikel 2a – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

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

#### **Zu Artikel 2b – Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung**

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

#### **Zu Artikel 3 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

##### **Zu Nummer 0**

Redaktionelle Folgeänderung zur Umbenennung des § 78.

##### **Zu Nummer 0a**

Zu Absatz 3a

Mit dem Modellprogramm wird eine Vereinbarung aus der Konzierten Aktion Pflege umgesetzt. Nach dieser Vereinbarung sollen innovative Versorgungskonzepte entwickelt und erprobt werden, bei denen Pflegefachpersonen in besonderem Maße ihre Kompetenzen, auch im Sinne einer erweiterten Versorgungsverantwortung, einsetzen können. Die Zweckbestimmung des Modellprogramms umfasst die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen. Dazu können auch Projekte gehören, in denen unter Verantwortung einer Advanced Practice Nurse die Versorgung von Pflegebedürftigen organisiert wird, z. B. um unnötige Krankenhausweisungen der Pflegebedürftigen zu vermeiden. Durch die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen soll ermittelt werden, ob sich die Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit des Personals in Pflegeeinrichtungen durch innovative Versorgungsansätze maßgeblich verbessern und ggf. zur Einsparung von Kosten für das Gesundheitswesen beitragen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.



Um innovative Versorgungsansätze mit einer für wirksame Aussagen geeigneten Größe erproben zu können, sind aufgrund der Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten aus diesem Bereich Fördermittel in Höhe von 3 Millionen Euro pro Jahr erforderlich, um entsprechende Projekte – auch über mehrere Jahre – durchführen zu können. Der Einsatz von zusätzlichem Personal in Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Durchführung von Modellprojekten können in das Fördervolumen einbezogen werden. Das Verfahren zur Durchführung des Modellvorhabens orientiert sich an § 8 Absatz 3.

Zu Absatz 3b

Zur wissenschaftlich gestützten Begleitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationären Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, führt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ein Modellprogramm durch, aus dem Studien, Modellprojekte und wissenschaftliche Expertisen finanziert werden sollen.

Im Rahmen des Modellprogramms werden ab dem Jahr 2021 Konzepte für eine veränderte Aufgabenverteilung mit begleitenden Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung sowie Maßnahmen der Digitalisierung und des Technikeinsatzes für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt. Diese Konzepte sollen in einer begrenzten Zahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen erprobt werden. Die am Modellprogramm teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen bei der Erprobung eine Personalausstattung erhalten, die sich am Algorithmus 1.0 des Personalbemessungsinstruments nach dem Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ orientiert. Wie im Abschlussbericht des PeBeM-Projekts dargestellt, ist bei der Personalausstattung der an der Erprobung teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Effizienzreserve zu berücksichtigen. Der Personalmehrbedarf der am Modellprogramm teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wird aus dem Modellprogramm finanziert. Die Erprobung soll unter Einbeziehung der Kriterien der Mitarbeiterzufriedenheit und der Qualität der Versorgung evaluiert werden. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Evaluation soll das Personalbemessungsinstrument (Algorithmus 1.0) angepasst und ein Algorithmus 2.0 empfohlen werden. Für eine flächendeckende Verbreitung und Umsetzung der erprobten Konzepte in allen vollstationären Einrichtungen soll zudem die Entwicklung eines Implementationskonzeptes (z. B. Multiplikatorenschulungen) finanziert werden.

Um die ambulanten Pflegeeinrichtungen im Sinne der Empfehlungen des Abschlussberichts im PeBeM-Projekt zu unterstützen, sollen aus dem Modellprogramm auch Maßnahmen für ambulante Pflegeeinrichtungen finanziert werden. Dadurch sollen neue Modelle der Arbeitsorganisation für eine wohnortnahe ambulante pflegerische Versorgung mit einem veränderten, kompetenzorientierten Personalmix etabliert werden.

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen werden für das Modellprogramm bis zu 12 Millionen Euro im Zeitraum von 2021 bis 2024 aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Die Durchführung des Modellprogramms erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zur Begleitung des Modellprogramms wird vom Bundesministerium für Gesundheit ein Begleitgremium eingesetzt. In diesem Begleitgremium sollen die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege sowie der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege vertreten sein.

#### **Zu Nummer 0b**

Zu den Buchstaben a und c

Mit den im mittlerweile vollständig in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) enthaltenen Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch sollen durch verschiedene Fördermaßnahmen insbesondere in Umsetzung des Sofortprogrammes Pflege spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte, etwa durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege, erreicht werden.

Bislang ist die Gewährung des Vergütungszuschlags an antragstellende, vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe des § 8 Absatz 6 grundsätzlich zur Refinanzierung von Pflegefachkraftstellen, die zusätzlich über Neueinstellungen oder über Stellenaufstockung in der Einrichtung geschaffen wurden, möglich. Nach § 8 Absatz 6 Satz 4 kann nur im Ausnahmefall, wenn von der Pflegeeinrichtung der Nachweis geführt wird, dass es ihr in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, für die gewünschte Stelle bzw. Stellenerweiterung eine

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.













Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Aufhebung der §§ 79 Absatz 3e und 279 Absatz 9 des Fünften Buches sowie der in § 217 b Absatz 1 Satz 3 und § 414 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches vorgenommenen Änderungen.

Berlin, den 25. November 2020

**Karin Maag**  
Berichterstatterin

**Bettina Müller**  
Berichterstatterin

**Detlev Spangenberg**  
Berichterstatter

**Dr. Andrew Ullmann**  
Berichterstatter

**Dr. Achim Kessler**  
Berichterstatter

**Dr. Kirsten Kappert-Gonther**  
Berichterstatterin

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.*