

## Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Gesundheitsversorgung und Pflege  
(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, 26.08.2020

## 1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sollen bis zum Jahresende 2020 noch einige Rechtsänderungen auf den Weg gebracht werden. Dabei sollen die Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen erweitert, ein Hebammenstellen-Förderprogramm aufgelegt und die Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser einbezogen werden.

Um eine bedarfsgerechte Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, soll das im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung erarbeitete wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen mit einem ersten Umsetzungsschritt, wie in der Konzertierten Aktion Pflege vereinbart, auf den Weg gebracht werden. Darüber hinaus werden Regelungen zur Verwendbarkeit des Entlastungsbetrages sowie zum Pflegeunterstützungsgeld angepasst.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir begrüßen die Sofortmaßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendkliniken, der Hebammenversorgung und der vollstationären Pflege. Es werden kurzfristig 20.000 Vollzeitstellen im Bereich der Pflegehilfskräfte geschaffen. Der Gesetzgeber reagiert kurzfristig auf die vorliegenden Ergebnisse der Studie zur Personalbemessung in Pflegeheimen und versucht mit dieser Regelung die dringend benötigte Unterstützung und Entlastung in den Einrichtungen durch zusätzliche Assistenzkräfte zu generieren.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

## 2. Zu den Regelungen im Einzelnen

### 2.1. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge (§ 140a SGB V)

Die Krankenkassen können über den § 140a in Selektivverträgen neue Versorgungsformen erproben. Diese Möglichkeiten sollen nun deutlich erweitert werden.

Nach Absatz 1 können mehrere Krankenkassen zusammen Selektivverträge entwickeln, auch private Krankenkassen können sich zukünftig beteiligen. Wie bereits heute bei den Pflegeversicherungen wird eine Beitrittsmöglichkeit für andere Krankenkassen geschaffen.

Neben den Kassenärzten können zukünftig auch andere Leistungserbringer, wie beispielsweise Physiotherapeuten, Selektivverträge schließen. Dies war bisher nur in der sektorenübergreifenden Versorgung möglich. Ziel des Gesetzgebers sind insbesondere Verträge für digitale Angebote.

Die Forderung des Bundesrats nach regionalen Verträgen wird umgesetzt. Allerdings nur über das Instrument der Selektivverträge, das heißt die Regelversorgung bleibt parallel bestehen. Zu dem Versorgungsauftrag an den Bayerischen Hausärzterverband wird es also nicht kommen.

In Absatz 2 werden verschiedene Regelungen zur Ausgestaltung der Verträge angepasst. Unter anderem gilt eine Förderung durch den Innovationsfonds automatisch als Innovationsnachweis. Der Wirtschaftlichkeitsnachweis entfällt. Die aufsichtsrechtlichen Regelungen – Prüfung nur bei Verdacht, keine Genehmigung – bleiben bestehen.

Die Krankenkassen sollen die Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen in den Selektivverträgen an Dritte delegieren können.

Absatz 3 erweitert den Kreis der möglichen Vertragspartner um die anderen Sozialversicherungszweige und Sozialleistungsträger sowie deren Einrichtungen. Damit werden beispielsweise Verträge mit Reha-Kliniken der Rentenversicherung oder mit Sozialämtern möglich. Auch die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen werden zugelassen.

Neben den Kassenärztlichen Vereinigungen werden auch andere Berufs- und Interessensverbände mögliche Vertragspartner.

Es wird ein neuer Absatz 3a eingefügt, um die Förderung von Versorgungsprojekten von Leistungserbringern oder anderen Sozialleistungsträgern durch die Krankenkassen zu ermöglichen. Beispielsweise können dies bereits bestehende regionale Arztnetzwerke sein.

Der neue Absatz 3b ermöglicht Selektivverträge für medizinische und soziale Ausnahmefälle, um Patienten, die bereits jetzt einen Anspruch auf Kostenerstattung haben, eine Sach- oder Dienstleistung anzubieten. Dies betrifft beispielsweise verspätete Entscheidungen der Krankenkasse (§ 13), Systemversagen, weil es beispielsweise nicht genug Psychotherapeuten gibt, oder noch nicht zugelassene Behandlungen bei einer vorrausichtlich tödlich verlaufenden Erkrankung (Nikolausurteil).

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die Absicht neue Versorgungsformen zu etablieren und die Rehabilitation trägerübergreifend zu verbessern. Selektivverträge sind aber grundsätzlich ein problematisches Vorgehen. Erstens werden die Verbesserungen in der Versorgung nur einer kleinen Gruppe von Patienten zuteil. Die Überführung in die Regelversorgung findet bisher, trotz Innovationsfonds, nicht statt. Zweitens gibt es bei der Erarbeitung keine Patientenbeteiligung. Drittens können wissenschaftliche Standards und bestehende Regelungen des G-BA unterlaufen werden.

Die Einführung von medizinischen Apps über Selektivverträge ohne den wissenschaftlichen Nachweis eines Nutzens für Patienten halten wir für fragwürdig. Apps können auch schaden, daher sollten sie wie Medizinprodukte zugelassen werden.

Die Rechtsaufsicht über die Verträge muss verbessert werden. Zurzeit hat das Bundesamt für Soziale Sicherung nicht einmal eine Übersicht der bestehenden Verträge. Eine Prüfung findet daher regelhaft nicht statt. Regelungen, wie beispielsweise die fachärztliche Abnahme einer Hörgeräteversorgung, können so unbemerkt unterlaufen werden.

Es ist unklar, was unter „Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen“ zu verstehen ist. Die Beratung der Krankenkasse bei der Erarbeitung der Verträge oder die Beratung der Patienten zum Umgang mit der Krankheit oder der App? Heilkundliche und pflegerische Tätigkeiten dürfen keinesfalls an unqualifizierte Dritte delegiert werden. Wir

weisen an dieser Stelle nochmals auf die sehr problematische Rolle der Call-Center beim Krankengeldmanagement hin.

Die Erweiterungen in Absatz 3 begrüßen wir und hoffen, dass integrierte Versorgungsketten in der Onkologie unter Einbezug der onkologischen Rehabilitation, die in der Trägerschaft der Rentenversicherung liegt, geschaffen werden. Dabei muss der Patient vor Teilnahme am Selektivvertragsprogramm bereits über die gesamte Kette aufgeklärt werden, in welche Reha-Klinik er dann kommt. Die meisten Patientenwünsche beziehen sich auf den Ort der Rehabilitation.

Für Kinder mit Behinderungen wäre eine integrierte, abgestimmte Versorgung mit den Trägern der Eingliederungshilfe wünschenswert. Das soll eigentlich bereits über die Teilhabeplanung geschehen und damit allen Kindern zuteilwerden. Wir werden genau beobachten, ob es in diesem Bereich zu Selektivverträgen kommt und ob diese die Versorgung verbessern.

Den neuen Absatz 3a begrüßen wir. Nichtsdestotrotz braucht es für den gesamten Bereich der Verhältnisprävention einen neuen Ansatz jenseits der Krankenkassen. Verhältnisprävention muss als „Health in all Policies“ Aufgabe aller Ministerien auf Bundes- und Landesebene werden, insbesondere Verkehr, Bau, Bildung, Landwirtschaft und Ernährung.

Der neue Absatz 3b ist unter den Selektivverträgen falsch angesiedelt. In den genannten Fällen muss es einen Sachleistungsanspruch für alle Patienten geben, dies darf nicht von Vertragsentscheidungen der einzelnen Krankenkasse abhängen. Arme Patienten werden von notwendigen Behandlungen ausgeschlossen; für eine Psychotherapie oder eine Krebsbehandlung in Vorkasse zu gehen ist nur wenigen Patienten möglich. Diese Situation wurde durch die Rechtsprechung des BSG weiter verschärft (Az: B 1 KR 9/18 R). Es braucht dringend eine Klarstellung in § 13, dass ein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse immer als Sachleistung gewählt werden kann.

Klar erkannte Systemversagen, wie bei der flächendeckenden Versorgung mit Psychotherapeuten, müssen behoben und nicht in individuelle Selektivverträge verschoben werden.

## **2.2. Hebammenstellen-Förderprogramm (§ 4 Abs. 10 KHEntgG)**

Zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe und zur Entlastung von Hebammen und Entbindungspflegern soll ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt werden. Damit sollen den Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe gefördert wird. Mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm soll eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren angestrebt werden, die im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen soll.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt das Förderprogramm für Hebammenstellen. Vor allem in den Großstädten und zu Zeiten mit überdurchschnittlich vielen Geburten kommt es im stationären Bereich zu Versorgungsengpässen. In vielen Regionen gibt es nicht mehr genug Hebammen in der

klinischen Geburtshilfe. Der Beruf muss wieder attraktiver werden. Dabei kann auch die Übernahme von fachfremden Aufgaben durch Hilfspersonal beitragen. Eine Betreuungsquote von 1:1 oder 2:1 sollte für einen möglichst reibungslosen Ablauf der Geburten, eine gute Betreuung der werdenden Mütter und die Sicherheit der Kinder stets erreicht werden.

### **2.3. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser (§ 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG)**

Mit der Änderung soll die Möglichkeit zur Erweiterung der bereits vereinbarten Liste zuschlagsfähiger ländlicher Krankenhäuser vom 30. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 geschaffen werden, damit die einzubeziehenden Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits im Jahr 2021 von der pauschalen Förderung in Höhe von jährlich 400.000 Euro profitieren können.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die Einbeziehung von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser grundsätzlich. Dies kann jedoch nur eine erste Teillösung sein, denn nicht nur die Kinder- und Jugendstationen ländlicher Krankenhäuser haben finanzielle Schwierigkeiten.

Einzelne Bereiche der stationären Versorgung können sich finanziell nicht rentieren, werden aber dringend gebraucht. Dazu gehört auch die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Kosten für deren Versorgung werden stets viel höher ausfallen als die Fallpauschalen. Stationen oder ganze Krankenhäuser werden geschlossen, weil sie rote Zahlen schreiben. Ob sie jedoch gute Qualität erbringen und für die Versorgung in der Region erforderlich sind, wird dabei nicht berücksichtigt. Eine patientengerechte Versorgung muss politisch gewollt, umgesetzt und auch finanziert werden. Die Entwicklung der Krankenhauslandschaft darf nicht dem Markt überlassen werden. Wir wünschen uns eine politische Planung der stationären Strukturen statt einer planlosen Marktberäumung.

Derzeit wird öffentlich diskutiert, die Kinder- und Jugendversorgung aus dem DRG-System herauszulösen. Bei dieser Diskussion darf nicht vergessen werden, dass die Krankenhausfinanzierung und das DRG-System nicht losgelöst vom Wettbewerb der Krankenkassen untereinander betrachtet werden können. Die Krankenkassen konkurrieren um junge gesunde Menschen, da deren Versorgung durchschnittlich wenig kostet. Ältere und chronisch kranke Menschen kosten hingegen sehr viel. Sie aufzunehmen ist daher grundsätzlich finanziell nicht lohnenswert. Diese kontenintensiven Versicherten sind zwischen den Krankenkassen sehr ungleich verteilt. Um die Kosten für deren Versorgung auf alle Kassen zu verteilen, werden über den M-RSA Mittel für diese Versicherten verteilt.

Sobald man einen Teil der Versorgung aus dem DRG-System herauslöst, ist die Mittelverteilung über den M-RSA nicht mehr möglich, da die Finanzierung nicht mehr einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten zugeordnet werden kann.

Ein besseres Finanzierungssystem, das zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten führt und keine Anreize für eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung setzt, kann daher nur außerhalb der Wettbewerbslogik stattfinden.

Der VdK spricht sich klar gegen eine Unternehmenslogik in den Krankenkassen aus. Patienten sind keine mündigen Kunden. Krankenkassen sind Teil der Sozialversicherung und keine profitorientierten Unternehmen. In einem Wettbewerb verlieren immer die Alten und Kranken. Selbst wenn die Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds ausreichen, ist es attraktiv, Menschen mit Behinderung mit billigen Hilfsmitteln zu versorgen und die Differenz einzubehalten. Auch über 20 Jahre nach der Einführung gibt es keine Studien, die belegen, dass Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu einer besseren Versorgung der Patienten führt.

## 2.4. Zusätzliche Pflegehilfskräfte (§ 8 SGB XI)

Um eine bedarfsgerechte Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege sicherzustellen, sieht der vorliegende Referentenentwurf vor, dass das im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung erarbeitete wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen mit einem ersten Umsetzungsschritt auf den Weg gebracht wird. So sollen insgesamt 20.000 zusätzliche Vollzeitstellen im Pflegehilfskraftbereich vollständig über einen Vergütungszuschlag finanziert werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Als Sofortmaßnahme in der vollstationären Pflege begrüßt der VdK diesen Vorschlag. Der Gesetzgeber reagiert kurzfristig auf die vorliegenden Ergebnisse der Studie zur Personalbemessung in Pflegeheimen und versucht mit dieser Regelung die dringend benötigte Unterstützung und Entlastung in den Einrichtungen durch zusätzliche Assistenzkräfte zu generieren. Das Projekt hat tatsächlich im Bereich der Pflegehilfskräfte den größten Bedarf an Stellenzuwachs ermittelt. Von daher reagiert der Gesetzgeber folgerichtig.

Der VdK muss aber an dieser Stelle auch auf einige kritische Aspekte hinweisen. Die Ergebnisse des Projekts beruhen auf Beobachtungen und Klassifizierungen von Qualifikationsniveaus, die weniger fachlich konsentiert sind, sondern vielmehr von den Partnern der Selbstverwaltung gemeinsam festgelegt wurden. Da die vorhandenen Projektergebnisse – und damit auch die Fokussierung auf die Pflegehilfskräfte – aber auf diesen Festlegungen beruhen, sind durchaus Zweifel angebracht. Der Gesetzgeber selbst nennt in der Gesetzesbegründung auch die aktuelle Arbeitsmarktsituation, nach der die entsprechenden zusätzlichen Stellenanteile im Pflegehilfskraftbereich auch tatsächlich besetzt werden können, als Grund für die Fokussierung auf die Pflegehilfskräfte. Vor dem Hintergrund der doch größtenteils ins Leere laufenden Regelung in § 8 Abs. 6 SGB XI, nach der vollstationäre Pflegeeinrichtungen einen Vergütungszuschlag für Leistungen aus dem Bereich der medizinischen Behandlungspflege erhalten, sofern sie hierfür neue Pflegefachkräfte einstellen, ist das durchaus konsequent. Allerdings wird eine solche Fokussierung nachhaltige Konsequenzen für die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland haben. Änderungen der Fachkraftquote mit einer stärkeren Akzentuierung auf Pflegehilfskräfte wird die Arbeit von Pflegefachkräften merklich verändern, dabei gibt es schon jetzt zahlreiche pflegefachliche Herausforderungen, wie beispielsweise die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses durch den neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff oder die nachhaltige Veränderung des Versorgungsklientels, die durchaus befürchten lassen, dass die Versorgungsqualität in den

vollstationären Einrichtungen darunter leiden könnten. Von daher kann nach Auffassung des VdK die Regelung nur Teil eines Sofortmaßnahmenpaketes sein, dem sich andere Initiativen im Bereich des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen anschließen müssen. Ein Mehr an Pflegehilfskräften darf in keinem Fall zu einem Abbau von Pflegefachkräften führen. Nach ersten Berechnungen, beispielsweise von Einrichtungsträgern auf Grundlage der Berechnungsvorschläge aus dem Projekt, würde deren Umsetzung in einigen Bundesländern (zum Beispiel Nordrhein-Westfalen, Bayern oder Baden-Württemberg) vielfach zu einem massiven Abbau von Pflegefachkräften führen. Das lehnt der VdK entschieden ab. Wir befürchten an dieser Stelle massive Versorgungsdefizite. Hier gilt es nach unserer Auffassung einen Personalmix zu etablieren, der auch eine zukünftige, qualitativ hochwertige Versorgung ermöglicht. Darüber hinaus müssen nach Auffassung des VdK noch weitere Schritte unternommen werden, um die Ergebnisse der oben genannten Studie auch in die Fläche zu tragen. Auch an dieser Stelle sehen wir den Vorschlag als einen ersten Schritt.

Der VdK unterstützt bei dieser Regelung darüber hinaus auch nachdrücklich, dass diese 20.000 zusätzlichen Stellen vollständig über einen Vergütungszuschlag finanziert werden. Dadurch werden diese zusätzlichen Stellen nicht zu zusätzlichen Kosten bei den Pflegehaushalten führen. Auch das ist der richtige Weg. Der VdK weist an dieser Stelle aber auch weiterhin darauf hin, dass die Belastungsgrenze für die Pflegehaushalte mit Blick auf die Eigenanteile in der stationären Pflege schon längst überschritten ist. Die Corona-Pandemie hat die Schwächen der Pflegeversicherung mit ihrem Teilleistungscharakter nochmal deutlich offenbart. Die Selbstzahleranteile in deutschen Pflegeheimen liegen im Durchschnitt bei über 2.000 Euro im Monat. Das ist für Pflegehaushalte kaum realisierbar. Auch deswegen lebt jeder dritte Pflegeheimbewohner mittlerweile wieder von Sozialhilfe. Damit wird das ursprüngliche Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung, den betroffenen Menschen mit Pflegebedarf den Weg zum Sozialamt zu ersparen, konterkariert. Auch deshalb ist Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung ein angstbesetztes Thema. Der VdK fordert den Gesetzgeber auf, diese Problematik nicht weiter zu verschleppen und endlich einen geeigneten Lösungsvorschlag vorzulegen. Aus Sicht des VdK kann die Lösung nur darin bestehen, die Pflegeversicherung in eine Vollversicherung umzuwandeln, damit zumindest die pflegerelevanten Kosten nicht mehr von den Pflegehaushalten zu tragen sind.

## **2.5. Verlängerung von Corona-Regelungen (Entlastungsbetrag/Pflegezeitgesetz)**

Darüber hinaus wurden zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie im SGB XI Regelungen zur Verwendbarkeit des Entlastungsbetrags sowie zum Pflegeunterstützungsgeld getroffen. Im Hinblick auf den Entlastungsbetrag wird die dort bis zum 30. September 2020 vorgesehene Möglichkeit, noch nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 zu verwenden, bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Im Hinblick auf das Pflegeunterstützungsgeld sollen die Arbeitstage, die im Geltungszeitraum der pandemiebedingten erweiterten Sonderregelungen in Anspruch genommen worden sind, nicht die regulären Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld von bis zu insgesamt zehn Arbeitstagen je Pflegebedürftigem mindern.

Gleichermaßen soll das reguläre Recht, im Rahmen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz der Arbeit fernzubleiben, in unverändertem zeitlichem Umfang erhalten bleiben.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt ebenfalls die vorgeschlagenen Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sonderregelungen im SGB XI sowie im Pflegezeitgesetz. Es ist im Hinblick auf das Pflegeunterstützungsgeld richtig, dass die Arbeitstage, die pandemiebedingt im Rahmen der Sonderregelungen in Anspruch genommen worden sind, nicht auf die regulären Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld anzurechnen sind. Unabhängig davon möchten wir darüber hinaus dringend an den Gesetzgeber appellieren, die zum 30. September 2020 auslaufende Regelung zu verlängern. Die Folgen der Corona-Pandemie bezogen auf die Versorgungssicherheit sind auch heute noch nicht überwunden, zumal die Gefahr eines erneuten Ausbruchs – gegebenenfalls auch nur regional oder einrichtungsbezogen – äußerst aktuell sind. Die letzten Monate haben gezeigt, dass die Last bei häuslichen Pflegearrangements vor allem auf den Schultern von betreuenden Angehörigen liegt, deren Urlaubstage und Überstunden jetzt aber abgebaut sind. Ohne eine Verlängerung der oben genannten Sonderregelung in Bezug auf das Pflegeunterstützungsgeld würden diese Familien direkt und sofort wieder in Versorgungsprobleme geraten. Gleichzeitig fordert der VdK ein nachhaltiges Konzept für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch Angehörige in Form einer Lohnersatzleistung analog den Regelungen zu Elternzeit und Elterngeld. Der VdK hat hierzu das umfangreiche Konzept zu Pflegepersonengeld und Pflegepersonenzeit vorgelegt. Wir halten die Pflege und Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen für gesellschaftlich ebenso relevant wie die Betreuung von Kindern.

Darüber hinaus begrüßt der VdK auch die Verlängerung der Regelung, nach der nicht verbrauchte Leistungsbeträge für den Entlastungsbetrag aus dem Jahr 2019 bis zum 31. Dezember 2020 genutzt werden können. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass nach unserer Einschätzung auch diese Verlängerung nicht ausreichend ist, da unzählige Angebote noch immer ausgesetzt sind. Wir hatten schon im Stellungnahmeverfahren zum Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite darauf hingewiesen und vorgeschlagen, hier die Möglichkeit zu schaffen, diese Mittel bis zum 30. Juni 2021 nutzen zu können. Diesen Vorschlag möchten wir an dieser Stelle wiederholen.

Die Regelung in § 18 Absatz 6a Satz 5, nach der diese Regelung entfristet wird, wird vom VdK unterstützt. Der Verzicht auf eine ärztliche Verordnung dient in diesen Fällen der Entbürokratisierung.