

Kurz-Kommentierung BKK DV

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	1	§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V	Anspruch auf Leistungen der HKP	Anspruch auf HKP-Leistungen n. § 37 Abs. 3 entfällt für Versicherte mit sog. „besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“, wenn bei Anspruch auf die neu normierten Leistungen nach § 37c SGB V (neu) zur außerklinischen Intensivpflege besteht.	-> Zustimmung Notwendig, um neue leistungsrechtliche Ausgestaltung der „außerklinischen Intensivpflege“ in der Konstruktion eines definierten qualitätsgesicherten Orts der Leistungserbringung rechtlich zu ermöglichen
1	2	§ 37c SGB V (neu)	Neuer Leistungsanspruch auf außerklinischen Intensivpflege	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisch-fachliche Definition der leistungsberechtigten Versicherten • Verordnung nur durch qualifizierten/spezialisierten Vertragsarzt • Erhebung des Weaning-Potentials vor Verordnung verpflichtend • GBA-RL regelt erstmalig (bis 30.06.2020) das Nähere zu Umfang, Inhalt, Anforderungen etc. an die Leistung • Anspruchsvoraussetzungen für außerklinische Intensivpflege • Prüfung auf Zumutbarkeit der außerklinischen Intensivpflege in einer Einrichtung • Beschreibung des Leistungsumfangs/-anspruchs (inkl. pflegebedingte Aufwendungen, Betreuung, Leistungen der med. Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrags für vollstationäre Pflege n. § 43 SGB XI und Investitionskosten). • Als Satzungsleistung wird auch die Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung ermöglicht • Regelungen zur Zuzahlung 	<p><u>Allgemein:</u> Der Regelung ist im Grundsatz ausdrücklich zuzustimmen, denn sie greift Anliegen der GKV auf.</p> <p><u>zu Abs. 1 Satz 2:</u> -> explizite Zustimmung Forderung bzgl. besonders qualifiziertem Vertragsarzt = explizite Forderung des BKK DV, da für die Verordnung ein hohes Maß an Fachlichkeit notwendig ist (analog der psychHKP), um insbesondere das Weaning-Potential wie in § 37c Art. 1 Satz 3 gefordert adäquat einzuschätzen.</p> <p><u>zu Abs. 1 Satz 4:</u> -> Zustimmung Die Regelungen für die außerklinische Intensivpflege im GBA ist notwendig, um das aktuelle Fachwissen und die medizinischen Möglichkeiten (bzgl. Weaning) für die Versicherten deutlich konsequenter in der Versorgung zu verankern.</p> <p>Die Inhalte der Richtlinie bzw. Art. 1 Nr. 12 sollte um die „umfassende Beratung zu möglichen Therapieoptionen und -zielen“ ergänzt werden. Untersuchungen weisen darauf hin, dass derzeit nur eine unzureichende Aufklärung hinsichtlich möglicher Einschränkungen der Lebensqualität, der Lebenserwartung und Abwägung von Alternativen wie bspw. zu Palliativmedizin/-pflege stattfindet.</p> <p><u>zu Abs. 2 und 3:</u> -> Zustimmung Notwendig Regelung, um unabhängig von fiskalischen Anreizen, außerklinische Beatmung nur noch in begründeten Ausnahmefällen zu ermöglichen und damit eine hochwertige und qualitätsgesicherte Versorgung zu realisieren, die insbesondere die Einschätzung und Nutzung von Weaning-Potentialen miteinschließt. Auch die (knappe) Ressource der Pflegefachkräfte wird durch diese Regelung zielgerichteter und effizienter eingesetzt.</p> <p>Unklar bleibt, ob die Prüfung auf Zumutbarkeit durch den Arzt, die Kasse oder den Medizinischen Dienst erfolgen und nach welchen Kriterien sie durchgeführt soll. Hier bedarf es einer Konkretisierung durch den Gesetzgeber.</p> <p><u>Redaktioneller Hinweis:</u> § 132i SGB V ist im Rahmen des GSAV schon für die „Versorgungsverträge mit Hä-mophiliezentren“ vorgesehen.</p>
1	3	§ 39 Absatz 1a SGB V	Entlassmanagement Verordnung einer Anschlussversorgung in einem anderen Krankenhaus	<p>Im Rahmen des Entlassmanagements soll auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung in einem anderen Krankenhaus sichergestellt werden.</p> <p>Anpassung des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement sind zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln.</p>	<p>Zustimmung, da somit eine nahtlose Behandlung z.B. für Beatmungspatienten im Rahmen des Entlassmanagements ermöglicht wird</p> <p>Zustimmung, bisher ist im § 4 Abs. 7 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement festgelegt, dass eine Verordnung von Krankenhausbehandlung ausgeschlossen ist</p>

Kurz-Kommentierung BKK DV

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	4a)	§ 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V	Mehrkostenregelung Reha	Halbierung der Mehrkosten bei Wahl einer anderen zertifizierten Rehabilitationseinrichtung jenseits des Wunsch- und Wahlrechts	-> Ablehnung: Die Änderung unterwandert das Wirtschaftlichkeitsgebot und schränkt das Auswahlermessen der Krankenkassen in unangemessener Weise ein. Sie ignoriert, dass die Kassen bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten heute bereits beachten und sowohl berechtigten Wünschen, als auch angemessenen Wünschen entsprechen. Sogar wenn beide Voraussetzungen nicht erfüllt sind, übernehmen die Krankenkassen in vielen Fällen Mehrkosten, wenn diese ein gewisses Maß nicht überschreiten. Dass mit der Halbierung der Mehrkosten nun ggf. ausgewählte, unwirtschaftliche Reha-Kliniken von den Krankenkassen auf Kosten aller Beitragszahler finanziell unterstützt werden sollen ist kritisch zu bewerten und schadet am Ende den Versicherten. Darüber hinaus wird den Krankenkassen erschwert, Qualitätsverträge mit besonders geeigneten Einrichtungen zu vereinbaren, da nur noch unzureichende Planungssicherheit besteht.
1	4b) aa)	§ 40 Abs. 3 Sätze 2 und 3 (neu) SGB V	Geriatrische Rehabilitation	Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse nicht mehr geprüft	-> Teilweise Zustimmung: Die Intention des Gesetzgebers zur Stärkung der geriatrischen Rehabilitation wird begrüßt. Mit Blick auf die verschwindend geringe Anzahl vertragsärztlicher Verordnungen von geriatrischer Rehabilitation ist allerdings fraglich, ob es allein durch die Gesetzesänderung zu einer häufigeren Verordnung kommt. Ebenfalls provoziert die Regelung falsche Indikationsstellungen auf der Basis unzureichender sozialmedizinischer Kenntnisse und erschwert somit die Auswahl einer medizinisch geeigneten Einrichtung durch die Krankenkasse, wenn sich bei der Bewertung der Angaben aus der Verordnung kein schlüssiges Bild ergibt. Eine sachgerechte und qualitätsorientierte Indikationsstellung im Sinne des Versicherten und dem gesetzgeberischen Willen entsprechend kann nur gelingen, wenn die im Einschub erwähnten „geeigneten Abschätzungsinstrumente“ in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA verankert werden und sich die Vertragsärzteschaft intensiv mit den Besonderheiten der Rehabilitation auseinandersetzt.
			Alle anderen Reha-Indikationen	Abweichungen von der vertragsärztlichen Verordnung bei allen anderen Reha-Indikationen ist nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes möglich	-> Ablehnung: Die Regelung ist überflüssig. Die Zahl der Begutachtungsaufträge an den MDK zeigt, dass die Prüfung von medizinischen Erfordernissen auch heute regelhaft durch den MDK und nicht durch die Kassen erfolgt. In den Fällen, in denen eine Beurteilung der Kasse erfolgt z.B. bei offensichtlich fehlerhaften Angaben – wie „falsches Kreuz“, ist die Vorgabe den MDK einzuschalten aufgrund von zeitlichen Verzögerungen sogar kontraproduktiv. In der Gesamtschau ist nicht zu erkennen, warum die Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse hinsichtlich des medizinischen Erfordernisses für Rehabilitationsleistungen in Satz 1 grundsätzlich erhalten bleibt, für geriatrische Rehabilitationsleistungen aus vertragsärztlicher Versorgung hingegen gestrichen wird und für andere Rehabilitationsbereiche aus der vertragsärztlichen Versorgung komplett auf den Medizinischen Dienst übergeht. Bei allen Anschlussrehabilitationen entscheidet die Krankenkasse nach dieser Logik wieder selbst. So wird nicht zuletzt durch unterschiedliche Bearbeitungsfristen eine Ungleichbehandlung der Patienten erzeugt.
1	4b) bb)	§ 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V	Dauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen	Festlegung der Mindestdauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen auf 20 Behandlungstage (ambulant) und drei Wochen (stationär)	-> Ablehnung: Die Festlegung von Mindestdauern macht gerade für diesen Patientenkreis u.E. keinen Sinn, da insbesondere bei geriatrischen Patienten Einzelfallbetrachtungen erforderlich sind. Zudem könnte eine starre Mindestdauer dazu führen, dass die Patienten die Reha nicht antreten, weil sie z.B. im Falle einer stationären Rehabilitation ihre Häuslichkeit nicht so lange verlassen wollen. Die Antwort auf zu wenig geriatrische Reha können nicht starre Mindestdauern sein, vielmehr ist die Schaffung von bedarfsgerechten Angeboten, z.B. Kombinationsbehandlungen erforderlich. Die neuen Rahmenempfehlungen gemäß §§ 111 und 111c SGB V könnten hierfür einen geeigneten Rahmen bilden.

Kurz-Kommentierung BKK DV

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	4b) cc)	§ 40 Abs. 3 Satz 7 SGB V			Redaktionelle Folgeänderungen – ok
1	4b) dd)	§ 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V	Kinder- und Jugendrehabilitation	Mit der Änderung können Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche ohne medizinischen Grund regelhaft vor Ablauf von vier Jahren erbracht werden	Ok
1	4b) ee)	§ 40 Abs. 3 Satz 9 (neu) SGB V	neue Berichtspflicht des GKV SV zur geriatrischen Rehabilitation	GKV SV legt Bundesregierung über BMG bis Ende 2021 einen Erfahrungsbericht zur vertragsärztlichen Verordnung der geriatrischen Rehabilitation einschließlich Bearbeitungsdauer bei den Krankenkassen vor	-> Teilweise Zustimmung: Eine Evaluation der neuen Regelung wird begrüßt, eine einseitige Berichtspflicht ohne Zweckbestimmung indes abgelehnt
1	5	§ 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V			Korrektur – ok
1	6	73	Ärzte		Ok
1	7	§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V § 92 Abs. 7g SGB V (neu)	Richtlinien des G-BA	Ergänzung, dass der G-BA auch RL für die außerklinische Intensivpflege zu beschließen hat. In diesem ist den LE-Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.	Folgeänderung zu Umsetzung des § 37c (neu) -> sachlogisch -> Zustimmung
1	8a)	§ 111 Abs. 5 Sätze 2 – 4 (neu) SGB V	Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung bei Vergütungsverhandlungen mit stationären Rehabilitationseinrichtungen	Für die Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht mehr gelten Die Zahlung von tarifvertraglichen Löhnen ist nicht als unwirtschaftlich abzulehnen, Kassen können Nachweis verlangen	-> Ablehnung: Eine generelle Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für die Vergütungsverhandlungen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird abgelehnt. Sie sollte unbedingt als orientierende Größe beibehalten werden, zumal der Rahmen für eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung in entsprechenden Empfehlungen auf Bundesebene gemeinsam festgelegt werden soll. -> Zustimmung: Das gesetzgeberische Anerkenntnis, in Zeiten des Fachkräftemangels Tariflöhne sowie entsprechende Vergütungen zu zahlen, um wettbewerbsfähig am Markt bestehen zu können, wird begrüßt.
1	8b)	§ 111 Abs. 7 (neu) SGB V	Vereinbarung von Rahmenempfehlungen auf Bundesebene für die Versorgung mit stationären Rehabilitationsleistungen	GKV SV und maßgebliche Leistungserbringerverbände zur Rehabilitation auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen zu Versorgungsverträgen und Vergütungsverträgen für stationäre Rehabilitationseinrichtungen; bei Nichteinigung setzt die neu zu errichtende Bundesschiedsstelle die Inhalte innerhalb von drei Monate fest	-> Zustimmung: Eine oder mehrere Rahmenempfehlung(en) auf Bundesebene als Grundlage der Versorgungs- und Vergütungsverträge auf Landes- und Kassenebene wird begrüßt. Dieses Instrument hat sich in anderen Leistungsbereichen bewährt. Die Festlegung des Rahmenempfehlungsinhalts durch eine Schiedsstelle bei Nichteinigung wird begrüßt. Es sollte aber ein Verfahren oder ein realistischer Termin für die frühestmögliche Anrufung der Schiedsstelle festgelegt werden. <u>Redaktioneller Hinweis:</u> Die Begrifflichkeit „verbindliche Rahmenempfehlungen“ verwundert etwas, denn Rahmenempfehlungen haben schon dem Namen nach empfehlenden Charakter und werden in der Praxis regelhaft in den Verträgen berücksichtigt, lassen aber ausreichend Raum für die oftmals regional erforderliche Ausgestaltung. Das „verbindlich“ sollte daher gestrichen werden.
1	9	§ 111a Abs. 1 Satz 2 SGB V	Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung sowie Vereinbarung von Rahmenempfehlungen für Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartigen Einrichtungen	Siehe Nummern 8a) und 8b)	Siehe Nummern 8a) und 8b)

Kurz-Kommentierung BKK DV

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	10a)	§ 111b SGB V	Neue Überschrift	Überschrift der Landesschiedsstelle wird um Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen erweitert	ok
	10b)	§ 111b Abs. 6 (neu) SGB V	Erweiterung der Regelungen zu den Landesschiedsstellen für Vergütungsvereinbarungen um Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen	Bildung einer Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen durch GKV SV und maßgebliche Leistungserbringerverbände zur Rehabilitation unter der Aufsicht durch das BMG	ok
1	11a)	§ 111c Abs. 3 Sätze 2 – 4 (neu) SGB V	Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung bei Vergütungsverhandlungen mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	Für die Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht mehr gelten; die Zahlung von tarifvertraglichen Löhnen ist zudem nicht als unwirtschaftlich abzulehnen, Kassen können Nachweis verlangen	Siehe Nummer 8a)
	11b)	§ 111c Abs. 5 (neu) SGB V	Vereinbarung von Rahmenempfehlungen auf Bundesebene für die Versorgung mit ambulanten Rehabilitationsleistungen	GKV SV und maßgebliche Leistungserbringerverbände zur Rehabilitation auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen zu Versorgungsverträgen und Vergütungsverträgen für ambulante Rehabilitationseinrichtungen; bei Nichteinigung setzt die neu zu errichtende Bundesschiedsstelle die Inhalte innerhalb von drei Monate fest	Siehe Nummer 8b)
1	12a + 12b	a) § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 Buchstabe a SGB V b) § 112 Abs. 3 SGB V	qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungstatus bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten Vereinbarung auf Landesebene	Die Vertragsparteien auf Landesebene sollen in den Verträgen über Krankenhausbehandlung vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten deren Beatmungstatus durch qualifizierte Fachärzte festgestellt wird. Können sich die Vertragsparteien nicht über die Ergänzung der Verträge zur Regelung zur Feststellung des Beatmungstatus einigen, dann hat die Landesschiedsstelle den Inhalt des Vertrags innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung durch eine Vertragspartei festzulegen	Zustimmung: Dies wird begrüßt, da nach der Feststellung des Beatmungstatus durch qualifizierte Fachärzte eine Weiterbehandlung in spezialisierten Entwöhnungszentren ermöglicht wird und die Beatmungspatienten mit Entwöhnungspotenzial nicht voreilig in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden Dies wird begrüßt, da durch die Einbeziehung der Landesschiedsstelle eine schnelle Umsetzung der gesetzlichen Regel geschaffen wird
1	13a + 13b	a) § 132a Abs. 1 S. 5 SGB V b) § 132a Abs. 4 S. 14 SGB V	Versorgung mit häuslicher Krankenpflege: Bundesrahmenempfehlungen	Aufhebung von Abs. 1 Satz 5, welche für die Bundesrahmenempfehlungen explizit vorsahen, Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Rechnung zu tragen. Aufhebung von Abs. 4 Satz 14, welcher eine Anzeigenpflicht für Intensivpflege-WGs vorsah, wenn entsprechende Leistungen für mindestens zwei Versicherte in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbracht wird.	Sachlogisch Implizit wird auch das „Schlupfloch“ der unregelmäßig „Intensiv-WG´s“ geschlossen. -> Zustimmung

Kurz-Kommentierung BKK DV

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	14	§ 132i SGB V (neu)	Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalte der zu schließenden <i>Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege</i> (bis 31.12.2020) mit den LE unter Berücksichtigung der G-BA RL zur außerklinischen Intensivpflege • Rahmenempfehlungspartner • Regelung zur Schiedsstelle • Vertragsrechtliche Grundlagen (Inhalte, Anforderungen an LE, Schiedsperson, Qualitätssicherung) 	<p>Allgemein: Der Regelung ist im Grundsatz ausdrücklich zuzustimmen, denn sie greift eine Initiative der GKV explizit auf.</p> <p><u>zu Abs. 2:</u> -> Forderung: Ergänzung der Regelungsbestandteile des Rahmenvertrags um „Maßnahmen bei Vertragsverstößen“. Vor dem Hintergrund der Regelungen in Art. 4 Nr. 3 (§ 9 KHEntgG) und den Ausführungen zu Qualitätsdefiziten in der Gesetzesbegründung sind in den Rahmenvereinbarungen zwingend auch Maßnahmen bei Vertragsverstößen zu regeln.</p> <p><u>zu Abs. 4:</u> -> Forderung: Schiedsverfahren analog § 132a Abs. 3 SGB V. Die Schiedsstellenregelungen werden im Grundsatz begrüßt. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum mit Blick auf die Anzahl der Vertreter, von der Schiedsstellenregelungen nach § 132a Abs. 3 SGB V (Bundesrahmenempfehlungen HKP) abgewichen wird. Dies ist – auch vor dem Hintergrund, dass die konkreten Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen auf Grundlage des Rahmenvertrags auf Landesebene mit den einzelnen Kassen (-arten) zu schließen sind – nicht sachgerecht.</p> <p><u>zu Abs. 5:</u> ->Forderung: Ergänzung des Art. 1 Nr. 14 Abs. 5 „die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich...“ Vor dem Hintergrund der vorliegenden Erfahrungen sind, im Sinne der Qualität aber auch der Versorgungssicherheit, sowie zur Vermeidung preislichen Verwerfungen gemeinsame und einheitliche Verhandlungen der Kassen sinnvoll und zielführend.</p> <p><u>zu Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 und 2:</u> -> Ergänzungsvorschlag: „Der Leistungsumfang und die inhaltliche Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen ist verbindlich festzulegen.“ In den Regelungen zu den Kooperationsvereinbarungen fehlt die Beschreibung des konkreten Leistungsumfangs und Inhalts der Vereinbarung als Bestandteil einer Kooperationsvereinbarung. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die in der Gesetzesbegründung formulierte „kurative und rehabilitative Potential“ nicht ausgeschöpft werden und die Kooperationsvereinbarung rein deklaratorischer Natur ist.</p> <p><u>zu Abs. 6 Satz 2:</u> ->Forderung der GKV -> Zustimmung Vor dem Hintergrund der aktuellen Qualitätsdiskussionen in der außerklinischen Intensivpflege gelten nun in jedem Setting, in welchem die außerklinische Intensivpflege stattfindet, die entsprechenden und notwendigen Qualitätsanforderungen und Kontrollmechanismen (n. § 275b SGB V bzw. § 114 Abs. 2 SGB XI)</p>
1	15 a- c	§ 275b SGB V	Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	Folgeänderungen, damit die hier geregelten Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen auch im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege i. S. d. neuen Regelungen (§ 37c SGB V und § 132i SGB V) umsetzbar sind.	<p>-> Zustimmung Sachlogische Änderungen</p> <p><u>mögliche Ergänzung:</u> Vereinzelt wurde an der bislang bestehenden rechtlichen Konstruktion der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen n. § 275b SGB V die fehlende rechtliche Grundlage für die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens für die Prüfergebnisse der Prüfungen analog der bestehenden Regelungen n. § 115 Abs. 2 SGB XI kritisiert. Diese Kritik umfasst, dass der rechtssystematische Verweis auf § 114 Absatz 4 SGB XI in den bestehenden Regelungen nicht hinreichend ist, um ein rechtssicheres Verwaltungsverfahren (Maßnahmenbescheide, etwaige Sanktionierungen usw.) auf den Weg zu bringen. Insofern bedarf es im § 275b SGB V einer entsprechenden Konkretisierung, die im Rahmen des vorliegenden Referentenentwurfs eingefordert werden könnte.</p>
2		§ 275b SGB V	Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	Die Qualitätsprüfung durch den MDK hat in Wohneinheiten nach § 132i SGB unangemeldet zu erfolgen	<p>-> Zustimmung Wichtige sachlogische Änderungen/ behebt Regelungslücke analog dem Procedere in der stationären Pflege</p>

Kurz-Kommentierung BKK DV

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
3	1	§ 17 Abs. 1b S. 1 SGB XI	Richtlinien der Pflegekassen: Kostenabgrenzungsrichtlinien	Neufassung der bisherigen Kostenabgrenzungsrichtlinien unter Berücksichtigung der neuen Regelungen (§ 37c SGB V und § 132i SGB V)	->Zustimmung Sachlogische Änderung Das Problem der getrennten Kostenträgerschaft zwischen SPV und GKV, welche keiner fachlichen Prämisse, sondern einer normativen Setzung folgt, wird nicht behoben! Eine Kostenträgerschaft der SPV (ausschließlich für Pflegebedürftige) ist zu befürworten, da etwaige Verwerfungen beim Gleichbehandlungsgrundsatz, das komplizierte Kostenabgrenzungsverfahren und etwaige problematische Entwicklungen des Pflegemarktes (Ambulantisierung), welche als Kostentreiber wirken und gleichzeitig aber keinen expliziten Mehrwert in der Versorgung generieren, im Status quo nicht behoben werden.
3	2	§ 82 Abs. 1 S. 3 SGB XI	Finanzierung der Pflegeeinrichtungen	Der Bezug zum neuen § 37c SGB V (neu) wird hergestellt, während der alte Bezug zu § 37 gestrichen wird.	Sachlogische Änderung ->Zustimmung
3	3	§ 84 Abs. 1 S. 1 SGB XI	Bemessungsgrundsätze	Die gesetzlichen Verweise entsprechend der Neuerungen zur außerklinischen Intensivpflege i. S. d. neuen Regelungen (§ 37c SGB V und § 132i SGB V) werden angepasst.	Sachlogische Änderung ->Zustimmung
4	1	§ 5 Abs. 3f KHEntgG (neu)	Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	Vertragsparteien nach § 11 Abschlüsse für Krankenhäuser, wenn eine Feststellung des Beatmungsstatus oder Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht erfolgt	- Anreizsystem durch finanzielle Sanktionen wird begrüßt - Abschlüsse sollten jedoch nicht aufs Gesamtbudget erfolgen, sondern bereits für den jeweiligen Einzelfall durch die betreffende KK vorgenommen werden + Anreiz wirkt sofort und nicht erst zu späteren Zeitpunkten + Einfache Prüfung der Voraussetzung im Rahmen der Abrechnungsprüfung möglich + Budgetverhandlungen werden nicht weiter belastet + Abschlüsse werden nicht übers Budget „vergemeinschaftet“, sondern fließen den KK zu, die durch Zuwiderhandlungen der KK wirtschaftlich auch stärker belastet werden - Fallindividuelle Abschlagshöhe sollte bundeseinheitlich bestimmt werden - Mögliche MDK-Prüfungen diesbzgl sollten nicht auf die Prüfkontingente (Prüfquoten) der einzelnen KK angerechnet werden
4	2	§ 6 Abs. 2a KHEntgG	Vereinbarung sonstiger Entgelte	Möglichkeit zur Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Zusatzentgelts ab 2021, soweit für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung noch kein bewertetes Zusatzentgelt	- sachgerecht
4	3	9 Abs. 1a KHEntgG	Vereinbarung auf Bundesebene	Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. August 2020 das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser, wenn eine Feststellung des Beatmungsstatus oder die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht erfolgt	- vgl. Nr. 1 (Anm. zu § 5 KHEntgG)
5		Inkrafttreten			Ok