

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

A. Problem und Ziel

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen. Ziel des Gesetzesentwurfes ist es, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in den folgenden Bereichen zeitnah und nachhaltig zu verbessern.

1. Abrechnungen von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Um zu verhindern, dass die mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Fallzahlrückgänge zu Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen führen und damit die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung auch über die Epidemie hinaus gefährdet wird, sieht die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) vom 30. April 2020 unter anderem die Auszahlung von 90 Prozent der in 2019 von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung für vertragszahnärztliche Leistungen für das Jahr 2020 vor. Wurden für die im Voraus geleisteten Zahlungen keine tatsächlichen Leistungen erbracht, sind diese als Liquiditätshilfen erfolgten Überzahlungen in den Jahren 2021 und 2022 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Wegen dieser Zeitspanne bedarf es über das spätestens zum 30. März 2021 erfolgende Außerkrafttreten der Verordnung hinaus einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zur Rückzahlung zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

2. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Derzeit ermöglichen die Regelungen zur besonderen Versorgung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) nur in engen Grenzen Vernetzungen über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus. Die Neuregelungen zielen darauf ab, die Spielräume hierfür zu erweitern und regionalen Bedürfnissen besser Rechnung tragen zu können. Gleichzeitig werden Versorgungsinnovationen gefördert, indem die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen.

3. Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)

In einem vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern wurde aufgezeigt, dass zwar kein genereller Hebammenmangel vorliegt, die Betreuungsrelationen von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren jedoch regional sehr unterschiedlich ausfallen und es gerade auf großen Geburtsstationen insbesondere in Großstädten immer wieder zu Belastungsspitzen und Personalengpässen kommen kann. Ziel der vorgesehenen Maßnahme ist daher die Verbesserung der stationären Hebammenversorgung von Schwangeren durch die Einstellung von zusätzlichem Personal.

4. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Nach geltender Rechtslage erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich bis zum 30. Juni eine Liste von Krankenhäusern, die den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V entsprechen und in der Folge eine pauschale Förderung von 400 000 Euro jährlich erhalten. Damit Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die in diese Vorgaben einbezogen werden sollen, bereits im Jahr 2021 von der Förderung profitieren können, ist es erforderlich, die bereits zum 30. Juni 2020 vereinbarte Liste einmalig bis zum 31. Dezember 2020 zu erweitern.

5. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Die Sicherung einer hinreichenden Anzahl an Pflegefachpersonen und weiteren beruflich Pflegenden ist Voraussetzung für eine gute und professionelle Pflege und eine der wesentlichen gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Jahre. Zu den Rahmenbedingungen einer qualitätsorientierten Pflege gehört eine am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zeigen, dass die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zukünftig insbesondere auch mehr Pflegehilfskräfte erfordert.

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 Konzertierte Aktion Pflege vereinbart, auf den Weg gebracht werden.

6. Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sonderregelungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch und im Pflegezeitgesetz

Zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung wurden während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) unter anderem Regelungen zur Verwendbarkeit des Entlastungsbetrages 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 Pflegebedürftigen mindern. Gleichmaßen soll das reguläre Recht, im Rahmen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz der Arbeit fernzubleiben, in unverändertem zeitlichem Umfang erhalten bleiben. Mit den Vorschriften werden insbesondere die Belange von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in den Blick genommen, die im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelungen besonders belastet waren/sind.

7. Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittlempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Die Regelung, dass die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen zum Hilfsmittelbedarf bei Zustimmung des Versicherten für bestimmte Hilfsmittel als Antrag auf Leistungen gelten, ist bis zum 31. Dezember 2020 befristet. Die der Verfahrensvereinfachung dienende und die Versicherten und ihre Familien entlastende Vorschrift sollte jedoch auch über diesen Zeitpunkt hinaus Anwendung finden, da sie sich in der Praxis bewährt hat.

B. Lösung

1. Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Die in § 1 der COVID-19-VSt-SchutzV enthaltenen Regelungen zur Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte werden in das SGB V überführt.

2. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Die Regelungen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V werden weiter entschlackt, zielgerichtet auch auf regionale Bedarfe zugeschnitten und um neue Möglichkeiten zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken und von Versorgungsinnovationen erweitert.

3. Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)

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

4. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Mit der Vorgabe einer Frist für eine Erweiterung der Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes wird ermöglicht, dass Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von der pauschalen Förderung in Höhe von jährlich 400 000 Euro bereits ab dem Jahr 2021 profitieren können.

5. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz hat der Gesetzgeber bereits dafür gesorgt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen seit dem 1. Januar 2019 neues Pflegepersonal einstellen können und bis zu 13 000 zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte in der Altenpflege finanziert werden. Mit diesem Gesetz werden als erster Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen weitere bis zu 20 000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege vollständig über einen Vergütungszuschlag finanziert. Eine finanzielle Belastung der von den Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen wird dadurch vermieden.

6. Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz

Der Geltungszeitraum des § 150 Absatz 5c SGB XI zur Verwendbarkeit von im Jahr 2019 nicht verbrauchten Leistungsbeträgen des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI wird einmalig noch einmal bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. In § 150 Absatz 5d SGB XI werden zudem Regelungen aufgenommen, nach denen eine Anrechnung der im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelungen in Anspruch genommenen Arbeitstage auf die regulären Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld respektive die entsprechende Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer nicht erfolgt. Entsprechend wird in einem neuen § 9a Pflegezeitgesetz geregelt, dass die im Geltungszeit-

raum der pandemiebedingten Sonderregelung des § 9 Absatz 1 Pflegezeitgesetz in Anspruch genommenen Arbeitstage nicht auf das reguläre Recht, im Rahmen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz der Arbeit fernzubleiben, angerechnet werden.

7. Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittlempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Die der Verfahrenserleichterung dienende Vorschrift wird entfristet und gilt damit über den 31. Dezember 2020 hinaus.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund und Länder

Auf Grund der Festlegung der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als notwendige Vorhaltung sowie eines dafür definierten geringen Versorgungsbedarfs im Rahmen einer weiteren Beschlussfassung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sowie der Möglichkeit, die Liste darauf basierend bis zum 31. Dezember 2020 zu erweitern, werden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 weitere Krankenhäuser die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste erfüllen und damit im Jahr 2021 die zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro pro Jahr erhalten. Auf Grund von Beihilfezahlungen, werden Bund und Länder im Jahr 2021 mit Mehrausgaben in Höhe von bis zu 300 000 Euro belastet, davon entfallen rund 90 000 Euro auf den Bund.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich im Hinblick auf die pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz für die Beihilfe aus den Maßnahmen im Bereich der Pflege entsprechend ihrem Anteil an den Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Beihilfetarife einmalige Mehrausgaben von etwa 350 000 Euro.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Mit dem dreijährigen Hebammenstellen-Förderprogramm werden zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe von der GKV für die Jahre 2021 bis 2023 bis zu rund 65 Millionen Euro jährlich für die Neueinstellung oder die Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischen Fachpersonal zur Verfügung gestellt. Die Gesamtkosten für das Förderprogramm liegen bei rund 200 Millionen Euro.

Im Hinblick auf die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser werden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 weitere Krankenhäuser die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste erfüllen und damit im Jahr 2021 die zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro pro Jahr erhalten. Von den rechnerischen Gesamtkosten in Höhe von bis zu 12,4 Millionen Euro entfallen 90 Prozent auf die gesetzliche Krankenversicherung, so dass im Jahr 2021 Mehrausgaben in Höhe von bis zu 11,2 Millionen Euro entstehen.

3. Soziale Pflegeversicherung

Insgesamt entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2021 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 333 Millionen Euro, im Jahr 2022 und in darauffolgenden Jahren in Höhe von rund 665 Millionen Euro. Hinzu kommen einmalige Mehrausgaben in Höhe von 10 Millionen Euro.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

a.) Hebammenstellen-Förderprogramm

Durch die im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms bestehende Nachweispflicht über die Einstellung oder Aufstockung zusätzlichen Personals gegenüber dem Bestand zum Stichtag 1. Januar 2020 entsteht für die Krankenhäuser befristeter zusätzlicher Aufwand. Dieser ergibt sich sowohl aus der zur Förderung erforderlichen schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzlich beschäftigtes Personal, aus der Aufbereitung entsprechender Daten für die Budgetverhandlungen als auch aus der Pflicht zum Nachweis über die zum 1. Januar 2020 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe und der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch ein Testat des Jahresabschlussprüfers. In der Annahme, dass alle Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe Mittel des Förderprogramms in Anspruch nehmen, entsteht für die Krankenhäuser in den Jahren 2021 bis 2023 insgesamt ein zusätzlicher Aufwand in Höhe von rund 520 000 Euro.

b.) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Für die Wirtschaft ergibt sich bei der Beantragung der Finanzierung der zusätzlichen Personalstellen für die Pflege ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 542 000 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a.) Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Soweit die Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie zur Anwendung kommen, hat die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Anpassungen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab vorzunehmen. Der daraus einmalig entstehende Erfüllungsaufwand für die Gesamtvertragspartner wird auf einen niedrigen vierstelligen Betrag geschätzt.

b.) Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Den gesetzlichen Krankenkassen entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Verpflichtung, Altverträge, die auf Basis der Rechtslage am 22. Juli 2015 geschlossen wurden, bis zum 31. Dezember 2021 an die neue Rechtslage anzupassen. Die Anzahl der umzustellenden Selektivverträge ist nicht bekannt, sodass eine verlässliche Aussage über die Höhe des Erfüllungsaufwandes nicht getroffen werden kann. Der einmalig entstehende Erfüllungsaufwand wird maximal auf einen niedrigen fünfstelligen Betrag geschätzt.

c.) Hebammenstellen-Förderprogramm

Durch die Pflicht der Krankenkassen, den GKV-Spitzenverband über die zusätzlichen Stellen zu informieren, die mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm gefördert werden, entsteht den Krankenkassen in den Jahren 2021 bis 2023 insgesamt ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 18 000 Euro. Darüber hinaus entsteht beim GKV-Spitzenverband durch den zu erstellenden Bericht zum Hebammenstellen-Förderprogramm zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 000 Euro pro Jahr, insgesamt rund 15 000 Euro.

d.) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben auf der Grundlage der aktuellen Beschlussfassung des G-BA zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ihre Liste vom 30. Juni 2020 zur Ausweisung der gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V zuschlagsberechtigten Krankenhäuser zu erweitern. Dafür müssen sie die Kinderkrankenhäuser und die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ermitteln, welche die Vorgaben zur Aufnahme in die Liste erfüllen. Hierdurch entsteht für die Vertragsparteien auf Bundesebene einmalig ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

e.) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Für die Verwaltung der Pflegekassen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 259 000 Euro. Davon entfallen rund 9 000 Euro auf die Pflegekassen auf Bundesebene und 250 000 Euro auf die Pflegekassen auf Landesebene.

F. Weitere Kosten

Die Mehrausgaben der privaten Krankenversicherung im Zusammenhang des Hebammenstellen-Förderprogramms werden auf rund 2 000 Euro geschätzt.

Im Hinblick auf die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser werden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 weitere Krankenhäuser die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste erfüllen und damit im Jahr 2021 die zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro erhalten. Hierdurch entfallen Mehrausgaben von bis zu 900 000 Euro auf die private Krankenversicherung.

Bei der Umsetzung der zukunftsorientierten Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz ergeben sich für die private Pflegepflichtversicherung im Jahr 2021 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 25 Millionen Euro und im Jahr 2022 und in darauffolgenden Jahren in Höhe von rund 50 Millionen Euro. Hinzu kommen einmalige Mehrausgaben in Höhe von rund 350 000 Euro.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel [...] des Gesetzes vom [...] 2020 (BGBl. I S. [...]) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 85 wird folgender § 85a eingefügt:

„§ 85a

Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie

(1) Zur Überbrückung der finanziellen Auswirkungen der in Folge der COVID-19-Epidemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ist die Gesamtvergütung vertragszahnärztlicher Leistungen abweichend von § 85 Absatz 2 Satz 1 für das Jahr 2020 auf 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen des Jahres 2019 als Abschlagszahlung festgesetzt, sofern nicht die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 2. Juni 2020 dem schriftlich widersprochen hat.

(2) Übersteigt die von den Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung gezahlte Gesamtvergütung nach Absatz 1 die im Jahr 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen in den Jahren 2021 und 2022 vollständig auszugleichen. Das Nähere zu dem Ausgleich vereinbaren die Partner der Gesamtverträge nach § 83.

(3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können in den Jahren 2020 bis 2022 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abweichend von § 85 Absatz 4 Satz 3 bis 5 im Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Auswirkungen der COVID-19-Epidemie auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit vorsehen.

(4) Die Partner der Gesamtverträge nach § 83 können im Jahr 2020 einvernehmlich Abschlagszahlungen bezogen auf den in den Festzuschussbeträgen nach § 55 enthaltenen Anteil für zahnärztliche Leistungen vereinbaren. Übersteigt die von den

Krankenkassen an eine Kassenzahnärztliche Vereinigung geleistete Abschlagszahlung die im Jahr 2020 tatsächlich erbrachten zahnärztlichen Leistungen nach Satz 1, so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung die dadurch entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen im Jahr 2021 vollständig auszugleichen.“

2. Dem § 137g Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung zur Durchführung der Programme geschlossen wurden, gelten fort; aus § 140a Absatz 1 Satz 4 folgt keine Anpassungs- oder erneute Vorlageverpflichtung.“

3. § 140a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „können“ die Wörter „einzeln oder gemeinsam“ und werden nach dem Wort „abschließen“ die Wörter „oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Verträge“ und werden die Wörter „unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“ durch die Wörter „besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der dafür berechtigten Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften“ ersetzt.

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Verträge können auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten.“

dd) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „gelten fort“ durch die Wörter „sind spätestens bis zum 31. Dezember 2021 in Verträge nach dieser Vorschrift zu überführen oder zu beenden“ ersetzt.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „dieses Kapitels“ durch die Wörter „des Vierten und des Zehnten Kapitels“ und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „§ 63 Absatz 3 Satz 4, Absatz 3a und Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Bei nach § 92a geförderten neuen Versorgungsformen gelten die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach Absatz 1 und die Anforderungen des zweiten Halbsatzes des Satzes 3 als erfüllt.“

cc) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten dürfen durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden; § 11 Absatz 4 Satz 5 gilt dafür entsprechend und § 197b Satz 2 gilt dafür nicht.“

- c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 3 werden die folgenden Nummern 3a und 3b eingefügt:

„3a. anderen Sozialleistungsträgern und den nach den für diese Träger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigten Leistungserbringern,

3b. privaten Kranken- und Pflegeversicherungen zur Ermöglichung des gemeinsamen Angebots der besonderen Versorgung für gesetzlich und privat Versicherte,“.

bb) In Nummer 7 werden nach den Wörtern „Kassenärztliche Vereinigungen“ die Wörter „oder anderen Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1“ eingefügt und der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 angefügt:

„8. Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3.“

d) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Gegenstand der Verträge kann die Förderung einer besonderen Versorgung, die von den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern selbständig durchgeführt wird, oder eine besondere Versorgung im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 sein. Gegenstand der Verträge kann die Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger sein. Die Beteiligung nach den Sätzen 1 und 2 darf erfolgen, soweit es dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dient.

(3b) Gegenstand der Verträge kann eine besondere Versorgung im Wege der Sach- oder Dienstleistung in Einzelfällen, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder in den Fällen sein, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen. Solche Verträge können auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, wenn eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildeten Hebammen mit einer Berufserlaubnis nach § 5 Absatz 2 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Krankenhäusern zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2021, 2022 und 2023 bis zu einem Umfang von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus finanziert. Die Anzahl der Geburten wird einmalig auf Grundlage des Durchschnitts an Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 in dem jeweiligen Krankenhaus festgelegt. Zur Entlastung von Hebammen können zusätzliche Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal für Abteilungen der Geburtshilfe in den Jahren 2021, 2022 und 2023 finanziert werden, wobei die Gesamtzahl der geförderten assistierenden Personalstellen

auf bis zu 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum assistierenden medizinischen Fachpersonal zählen

1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097) abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser entspricht,
2. Pflegefachkräfte, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz erteilt wurde.

Zur Umsetzung der Sätze 1 und 2 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliche Hebammen und medizinisches Fachpersonal nach Satz 3 bei der Versorgung von Schwangeren im Vergleich zu dem zum 1. Januar 2020 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte neu eingestellt oder aufgestockt, entsprechend der Vereinbarung beschäftigt werden und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 1 und 2 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der nach Satz 1 und 2 für die Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der Versorgung von Schwangeren nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Bereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern. Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:

1. einmalig eine Bestätigung über die zum 1. Januar 2020 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe insgesamt, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,
2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung von Hebammen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und
3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2022 dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für assistierendes medizinisches Fachpersonal, das auf Grund der Förderung nach den Sätzen 1 und 2 in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich beschäftigt wurde. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem

festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 11 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach den Sätzen 1 und 2 geförderttem Personal zu übermitteln.“

2. Dem § 9 Absatz 1a Nummer 6 wird folgender Halbsatz angefügt:

„die Liste ist bis zum 31. Dezember 2020 um die Krankenhäuser zu erweitern, die bis zu diesem Zeitpunkt die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen;“.

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung der Leistungserbringung auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen, welche über das Personal hinausgehen, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine zusätzliche Pflegehilfskraft ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder ohne sonstige abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme eingestellt hat, muss die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicher stellen, dass die Pflegehilfskraft innerhalb von zwei Jahren eine Qualifizierungsmaßnahme erfolgreich durchläuft. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzliche Pflegehilfskraftstellen in dem Umfang, der sich nach folgender Berechnung für die jeweilige Pflegeeinrichtung ergibt:

1. 0,016 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
2. 0,016 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
3. 0,025 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
4. 0,032 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und
5. 0,036 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

Maßgeblich ist jeweils die Belegung zum 30. Juni des vorangegangenen Kalenderjahres, bei neu zugelassenen Einrichtungen die Belegung zum Ende des ersten Monats nach Aufnahme des Betriebs. Der Anspruch besteht unabhängig neben dem Anspruch nach Absatz 6. Absatz 6 Satz 7 bis 13 ist entsprechend anzuwen-

den. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit vierteljährlich über die Zahl des durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegepersonals, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.“

- b) In Absatz 9 Satz 1 wird nach der Angabe „den Absätzen 5,“ die Angabe „6a,“ eingefügt.
- 2. In § 17 Absatz 1a werden jeweils die Wörter „der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- 3. In § 18 Absatz 6a Satz 5 werden die Wörter „Bis zum 31. Dezember 2020 wird“ gestrichen und das Wort „auch“ durch die Wörter „Auch wird“ eingefügt.
- 4. § 150 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 5c wird die Angabe „30. September“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt.
 - b) Absatz 5d wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Arbeitstage, für die im Geltungszeitraum des Satzes 1 Pflegeunterstützungsgeld gemäß Satz 1 in Anspruch genommen wurde, werden auf die bis zu insgesamt zehn Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 bezogen werden kann, nicht angerechnet.“
 - bb) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „3 und 4“ durch die Angabe „4 und 5“ ersetzt.
 - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Arbeitstage, für die im Geltungszeitraum des Satzes 4 Betriebshilfe gemäß Satz 4 oder im Geltungszeitraum des Satzes 5 eine Kostenerstattung gemäß Satz 5 in Anspruch genommen wurde, werden auf die bis zu insgesamt zehn Arbeitstage, für die Betriebshilfe nach § 44a Absatz 6 Satz 1 und 2 oder eine Kostenerstattung nach § 44a Absatz 6 Satz 3 in Anspruch genommen werden kann, jeweils nicht angerechnet.“
 - c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Angabe „5d“ wird durch die Wörter „5b und Absatz 5d Satz 1, 2, 4, 5 und 6“ ersetzt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 5c gilt bis einschließlich 31. Dezember 2020.“

Artikel 4

Änderung des Pflegezeitgesetzes

Dem Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 8a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird folgender § 9a angefügt:

„§ 9a

Nichtanrechnung kurzzeitiger Arbeitsverhinderung während des Geltungszeitraums der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie

Arbeitstage, für die im Geltungszeitraum des § 9 Absatz 1 von dem gemäß § 9 Absatz 1 bestehenden Recht, der Arbeit fernzubleiben, Gebrauch gemacht worden ist, werden auf die bis zu zehn Arbeitstage, für die gemäß § 2 Absatz 1 das Recht besteht, der Arbeit fernzubleiben, nicht angerechnet. Bei der Anwendung des § 2 Absatz 3 Satz 2 ist auch § 150 Absatz 5d Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“

Artikel 5

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2021 in Kraft. Gleichzeitig tritt § 1 der Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung - COVID-19-VSt-SchutzV) vom 30. April 2020 außer Kraft.

(2) Artikel 2 Nummer 2 dieses Gesetzes tritt mit Wirkung vom [einsetzen: Datum der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag] in Kraft.

(3) Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe a und Buchstabe c Doppelbuchstabe bb treten mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

1. Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Epidemie hat infolge behördlicher Anweisungen mit der Aufforderung, soziale Kontakte und mögliche Infektionsorte zu vermeiden, erhebliche wirtschaftliche Folgen auch für die Praxen von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten. Um Insolvenzen zu verhindern und die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgungsstrukturen auch über die Epidemie hinaus zu gewährleisten, sieht die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) vom 30. April 2020 unter anderem die Bereitstellung von Liquiditätshilfen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte vor. Die Liquiditätshilfen sind in den Jahren 2021 und 2022 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Wegen dieser Zeitspanne bedarf es über das spätestens zum 30. März 2021 erfolgende Außerkrafttreten der Verordnung hinaus einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zur Rückzahlung zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

2. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Derzeit ermöglichen die Regelungen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nur in engen Grenzen Vernetzungen über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus. Die Neuregelungen zielen darauf ab, die Spielräume hierfür zu erweitern und regionalen Bedürfnissen besser Rechnung tragen zu können. Gleichzeitig werden Versorgungsinnovationen gefördert, indem die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen

3. Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)

In einem vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern wurde aufgezeigt, dass es zwar keinen generellen Hebammenmangel gibt, die Betreuungsrelationen von Hebammen/Entbindungspflegern und Schwangeren jedoch regional sehr unterschiedlich sind und es gerade auf großen Geburtsstationen insbesondere in Großstädten immer wieder zu Belastungsspitzen und Personalengpässen kommen kann.

4. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Nach geltender Rechtslage erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich bis zum 30. Juni eine Liste von Krankenhäusern, die den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V entsprechen und in der Folge eine pauschale Förderung von 400 000 Euro jährlich erhalten. Damit Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder und Jugendmedizin, die in diese Vorgaben einbezogen werden sollen, bereits im Jahr 2021 von der Förderung profitieren können, ist es erforderlich, die bereits zum 30. Juni 2020 vereinbarte Liste einmalig bis zum 31. Dezember 2020 zu erweitern.

5. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Mit der Finanzierung von zusätzlich bis zu 20 000 Stellen für Pflegehilfskräfte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird ein erster Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen gesetzlich verankert und die Personalausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen weiter erhöht. Damit werden Pflege- und Betreuungskräfte entlastet und die pflegerische Versorgung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert. Pflegefachkräfte können sich wieder verstärkt auf ihre fachlichen Aufgaben konzentrieren; die Attraktivität des Pflegeberufs und der Tätigkeit in der Altenpflege wird im Sinne der Vereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege erhöht.

6. Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz

Der Geltungszeitraum des § 150 Absatz 5c SGB XI zur Verwendbarkeit von im Jahr 2019 nicht verbrauchten Leistungsbeträgen des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI wird einmalig bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. In § 150 Absatz 5d SGB XI werden Regelungen aufgenommen, nach denen eine Anrechnung der im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelungen in Anspruch genommenen Arbeitstage auf die regulären Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte respektive die entsprechende Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer nicht erfolgt. In einem neuen § 9a Pflegezeitgesetz wird geregelt, dass eine Anrechnung der im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelung des § 9 Absatz 1 Pflegezeitgesetz in Anspruch genommenen Arbeitstage auf das reguläre Recht, der Arbeit bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz fernzubleiben, nicht erfolgt.

7. Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittlempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Das erleichterte Antragsverfahren für bestimmte Hilfsmittel zwischen Versicherten und Krankenkasse sowie der Privaten Krankenversicherung im Rahmen der Pflegebegutachtung wird beibehalten. Die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen zum Hilfsmittelbedarf gelten bei Zustimmung des Versicherten bzw. des Betreuers oder Bevollmächtigten auch über den 31. Dezember 2020 hinaus als Antrag auf Leistungen; es bedarf keines gesonderten Antragsverfahrens.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

1. Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Die in § 1 der COVID-19-VSt-SchutzV enthaltenen Regelungen zur Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte werden als Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Epidemie in das SGB V überführt. Soweit Kassenzahnärztliche Vereinigungen die Sonderregelungen in Anspruch nehmen, werden die von den Krankenkassen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Gesamtvergütungen für das Jahr 2020 in Höhe von 90 Prozent des in 2019 erreichten Gesamtvergütungsniveaus als Abschlag ausgezahlt. Die in den Zahnarztpraxen in 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen werden auch weiterhin mit dem für das laufende Jahr vereinbarten Punktwert vergütet. Ergeben sich seitens der Krankenkassen Überzahlungen über das tatsächliche Leistungsgeschehen des Jahres 2020 hinaus, sind diese in den beiden Folgejahren 2021 und 2022 vollständig von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen zurückzuerstatten.

2. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Es werden verschiedene Reformbedarfe in der besonderen Versorgung umgesetzt. Die Neuregelungen zielen darauf ab, die gesundheitliche Versorgung der Versicherten auch entsprechend der regionalen Bedarfe übergreifend zu organisieren und unterschiedliche Kostenträger und Versorgungseinrichtungen in Netzwerken zusammenzubinden. Das umfasst auch die über die gesetzliche Krankenversicherung hinausreichende Beteiligung anderer Sozialleistungsträger (wie beispielsweise kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe) mit ihren jeweiligen gesundheitsbezogenen gesetzlichen Aufgaben. Zum anderen besteht Bedarf zur weiteren Öffnung der selektivvertraglichen Regelungen für Versorgungsinnovationen. Insbesondere mit der Förderung neuer Versorgungsformen durch den Innovationsfonds kann auch bei Überführung wirksamer Elemente in die Regelversorgung ein Interesse der Krankenkassen, ihrer Versicherten und der beteiligten Leistungserbringer bestehen, erprobte Projektstrukturen selektivvertraglich auf freiwilliger Basis weiter zu führen. Schließlich bedarf es Klärungen, inwieweit sich Krankenkassen Dritter bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen bedienen dürfen.

3. Hebammenstellen-Förderprogramm

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

4. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Mit der Änderung des § 9 Absatz 1a Nummer 6 Krankenhausentgeltgesetz wird die Möglichkeit zur Erweiterung der bereits vereinbarten Liste zuschlagsfähiger ländlicher Krankenhäuser vom 30. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 geschaffen, 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.

5. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Die nach dem SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege erhalten auf Antrag die Möglichkeit, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Die Berechnung des Anspruchs erfolgt auf Grundlage der Ergebnisse des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI.

6. Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz

Im Rahmen der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie wurden im SGB XI unter anderem Regelungen zur Verwendbarkeit des Entlastungsbetrages sowie zum Pflegeunterstützungsgeld respektive der Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer getroffen. Im Hinblick auf den Entlastungsbetrag wurde die

Möglichkeit, noch nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 noch zu verwenden, einmalig bis zum 30. September 2020 verlängert. Angesichts der teilweise pandemiebedingt noch eingeschränkten Nutzbarkeit der in § 45b Absatz 1 Satz 3 SGB XI genannten Leistungen, für die der Entlastungsbetrag verwendet werden kann, soll dieser Zeitraum bis zum 31. Dezember 2020 verlängert werden.

In Hinsicht auf das Pflegeunterstützungsgeld respektive die entsprechende Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer wurden im Hinblick auf die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Pandemie erweiterte Anspruchsmöglichkeiten geschaffen, die jeweils für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage genutzt werden können. Die im Geltungszeitraum dieser pandemiebedingten Sonderregelungen in Anspruch genommenen Arbeitstage sollen aber nicht den regulären Anspruch verkürzen, der Beschäftigten auf Pflegeunterstützungsgeld oder landwirtschaftlichen Unternehmern auf Betriebshilfe oder Kostenerstattung nach § 44a SGB XI zusteht. Daher ist eine Regelung erforderlich, die eine entsprechende Anrechnung der nach § 150 Absatz 5d SGB XI in Anspruch genommenen Arbeitstage auf die Arbeitstage ausschließt, die nach § 44a SGB XI in Anspruch genommen werden können.

Ebenso wurden im Pflegezeitgesetz besondere Regelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie getroffen. Hier wurde im Hinblick auf das Recht Beschäftigter, der Arbeit bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung fernzubleiben, eine erweiterte Regelung geschaffen, nach der im Geltungszeitraum dieser pandemiebedingten Sonderregelung das Recht besteht, für bis zu 20 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben. Die im Geltungszeitraum dieser Vorschrift in Anspruch genommenen Arbeitstage sollen nicht den regulären Anspruch verkürzen, der Beschäftigten bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz zusteht. Daher ist eine Regelung erforderlich, die eine Anrechnung der nach § 9 Absatz 1 Pflegezeitgesetz in Anspruch genommenen Arbeitstage auf die Arbeitstage ausschließt, die nach § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen werden können.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

1. Regelungen zum Sozialversicherungsrecht und Pflegezeitgesetz

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz (Sozialversicherung). Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelungen zum Arbeitsrecht und Fördermaßnahmen auf dem Gebiet des Arbeitsrechts und zur Sozialversicherung beruht ebenfalls auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz (GG). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG (Recht der Wirtschaft; privatrechtliches Versicherungswesen) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI).

2. Hebammenstellen-Förderprogramm

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch Bundesgesetz geregelt werden. Bundesgesetzliche Regelungen sind zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich. Es ist von besonderer Bedeutung, dass im gesamten Bundesgebiet kurzfristig Förderprogramme etabliert werden können. Dieses Regelungsziel bedarf einheitlicher Rahmenvorgaben und kann durch eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene nicht erreicht werden.

3. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG. Danach kann der Bund unter anderem Regelungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser erlassen. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse gemäß Artikel 72 Absatz 2 GG erforderlich. Durch die pauschale Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum auch für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wird bundesweit eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland geschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die Nichtanrechnung der im Rahmen der pandemiebedingten Sonderregelungen gemäß § 150 Absatz 5d SGB XI in Anspruch genommenen Arbeitstage auf die entsprechenden regulären Ansprüche nach § 44a Absatz 3 und Absatz 6 SGB XI vereinfacht die Verwaltung der entsprechenden Ansprüche.

Das bislang bis zum 31. Dezember 2020 befristete erleichterte Antragsverfahren für bestimmte Hilfsmittel zwischen Versicherten und Krankenkasse sowie der Privaten Krankenversicherung im Rahmen der Pflegebegutachtung wird beibehalten. Damit wird das Antragsverfahren für Pflegebedürftige und ggf. ihre Angehörigen dauerhaft vereinfacht.

Im Übrigen trägt der Gesetzentwurf zu keiner Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung und trägt zur Stärkung von sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung sowie der Lebensqualität und Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger bei. Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Prinzipien der nachhaltigen Entwicklung im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft. Mit dem Gesetzentwurf werden insbesondere die Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung Nummer 3 b der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit sind zu vermeiden) und Nummer 5 (Wahrung und Verbesserung des sozialen Zusammenhalts in einer offenen Gesellschaft) unterstützt.

Der Gesetzentwurf dient der Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgungsstrukturen. Die Neuregelungen hinsichtlich der erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge zielen darauf ab, die gesundheitliche Versorgung der Versicherten auch entsprechend der regionalen Bedarfe zu gestalten.

Mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm wird eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren angestrebt und zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe und zur Entlastung von Hebammen und Entbindungspflegern beigetragen.

Durch die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser wird im gesamten Bundesgebiet eine wohnortnahe Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ermöglicht, indem die pauschale Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum insofern ab dem Jahr 2021 ausgedehnt wird.

Die zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist ein wichtiges Mittel zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Erfolg und die Qualität der Leistungen in diesen Einrichtungen sind in hohem Maße von den Beschäftigten abhängig. Sie sichern mit ihren Kompetenzen, ihrer Motivation und Leistungsbereitschaft eine menschenwürdige pflegerische Versorgung und leisten damit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a.) Bund, Länder und Gemeinden

Auf Grund der Festlegung der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als notwendige Vorhaltung sowie eines dafür definierten geringen Versorgungsbedarfs im Rahmen einer weiteren Beschlussfassung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sowie der Möglichkeit, die Liste darauf basierend bis zum 31. Dezember 2020 zu erweitern, werden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 weitere Krankenhäuser die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste erfüllen und damit im Jahr 2021 die zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro erhalten. Auf Grund von Beihilfezahlungen werden Bund und Länder mit Mehrausgaben in Höhe von bis zu 300 000 Euro belastet, davon entfallen rund 90 000 Euro auf den Bund.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich im Hinblick auf die pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz für die Beihilfe aus den Maßnahmen im Bereich der Pflege entsprechend ihrem Anteil an den Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Beihilfetarife einmalige Mehrausgaben von etwa 350 000 Euro.

b.) Gesetzliche Krankenversicherung

Mit dem dreijährigen Hebammenstellen-Förderprogramm werden zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe von der GKV für die Jahre 2021 bis 2023 bis zu rund 65 Millionen Euro jährlich für die Neueinstellung oder die Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischen Fachpersonal zur Verfügung gestellt.

Im Hinblick auf die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser werden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 weitere Krankenhäuser die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste erfüllen und damit im Jahr 2021 die zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro erhalten. Von den rechnerischen Gesamtkosten in Höhe von bis zu 12,4 Millionen Euro entfallen 90 Prozent auf die gesetzliche Krankenversicherung, so dass im Jahr 2021 Mehrausgaben in Höhe von bis zu 11,2 Millionen Euro entstehen.

c.) Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen jährliche Mehrausgaben von bis zu 665 Millionen Euro. Aufgrund des zu erwartenden schrittweisen Aufwuchses des zusätzlichen Personalbestandes ist für das Jahr 2021 von jahresdurchschnittlich 10 000 besetzten Stellen mit rd. 333 Millionen Euro Mehrausgaben für die soziale Pflegeversicherung auszugehen.

In Bezug auf die pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz ergeben sich aus der Verlängerung der Verwendbarkeit von Leistungsbeträgen für den Entlastungsbetrag geringfügige, nicht quantifizierbare Mehrausgaben.

Beim Pflegeunterstützungsgeld entstehen aus der Nichtanrechnung der pandemiebedingt in Anspruch genommenen Leistungstage auf die regulären Ansprüche schwer kalkulierbare einmalige Mehrausgaben in Höhe von etwa zehn Millionen Euro.

4. Erfüllungsaufwand

a.) Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

b.) Wirtschaft

aa.) Hebammenstellen-Förderprogramm

Durch die im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms bestehende Nachweispflicht der Einstellung oder Aufstockung zusätzlichen Personals gegenüber dem Bestand zum Stichtag 1. Januar 2020 entsteht für die Krankenhäuser befristeter zusätzlicher Aufwand. Dieser ergibt sich sowohl aus der zur Förderung erforderlichen schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzlich beschäftigtes Personal, aus der Aufbereitung entsprechender Daten für die Budgetverhandlungen als auch aus der Pflicht zum Nachweis über die zum 1. Januar 2020 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe und der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch ein Testat des Jahresabschlussprüfers. In der Annahme, dass alle Allgemeinkrankenhäuser Fördermittel des Förderprogramms in Anspruch nehmen, entsteht für die Krankenhäuser in den Jahren 2021 bis 2023 ein zusätzlicher Aufwand in Höhe von rund 520 000 Euro.

bb.) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Keiner.

cc.) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Für die Wirtschaft ergibt sich bei der Beantragung der Finanzierung der zusätzlichen Personalstellen für die Pflege ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 542 000 Euro.

c.) Verwaltung

Mit den Maßnahmen des Gesetzes wird der Erfüllungsaufwand für die Beteiligten im Gesundheitswesen teils verringert und teils gesteigert. Durch die dezentralen Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen und schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassung sind auch die Aussagen zum entstehenden Erfüllungsaufwand nicht verlässlich quantifizierbar

aa.) Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Soweit die Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie zur Anwendung kommen, hat die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Anpassungen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab vorzunehmen. Der daraus einmalig entstehende Erfüllungsaufwand für die Gesamtvertragspartner wird auf einen niedrigen vierstelligen Betrag geschätzt.

bb.) Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Den gesetzlichen Krankenkassen entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch die Verpflichtung, Altverträge, die auf Basis der Rechtslage am 22. Juli 2015 geschlossen wurden, bis zum 31. Dezember 2021 an die neue Rechtslage anzupassen. Die Anzahl der umzustellenden Selektivverträge ist nicht bekannt, sodass eine verlässliche Aussage über die Höhe des Erfüllungsaufwandes nicht getroffen werden kann. Der einmalig entstehende Erfüllungsaufwand wird maximal auf einen niedrigen fünfstelligen Betrag geschätzt.

cc.) Hebammenstellen-Förderprogramm

Durch die Pflicht der Krankenkassen, den GKV-Spitzenverband über die zusätzlichen Stellen zu informieren, die mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm gefördert werden, entsteht den Krankenkassen in den Jahren 2021 bis 2023 insgesamt ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 18 000 Euro. Darüber hinaus entsteht beim GKV-Spitzenverband durch den zu erstellenden Bericht zum Hebammenstellen-Förderprogramm zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 000 Euro pro Jahr, insgesamt rund 15 000 Euro.

dd.) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben auf der Grundlage der aktuellen Beschlussfassung des G-BA zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ihre Liste vom 30. Juni 2020 zur Ausweisung der gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V zuschlagsberechtigten Krankenhäuser zu erweitern. Dafür müssen sie die Kinderkrankenhäuser und die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ermitteln, welche die Vorgaben zur Aufnahme in die Liste erfüllen. Hierdurch entsteht für die Vertragsparteien auf Bundesebene einmalig ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

ee.) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Die Umsetzung führt in der Verwaltung der Pflegekassen auf Bundesebene für die Erarbeitung des Verfahrens für die Finanzierung zusätzlicher Personalstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 000 Euro und geringfügigem jährlichen Erfüllungsaufwand für die Berichterstattung; auf Landesebene ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 250 000 Euro für die Antragsbearbeitung zu rechnen.

5. Weitere Kosten

a.) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Auf Grund der Festlegung der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als notwendige Vorhaltung sowie eines dafür definierten geringen Versorgungsbedarfs im Rahmen einer weiteren Beschlussfassung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sowie der Möglichkeit, die Liste darauf basierend bis zum 31. Dezember 2020 zu erweitern, werden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 weitere Krankenhäuser die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste erfüllen und damit im Jahr 2021 die zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400 000 Euro erhalten. Hierdurch können im Jahr 2021 Mehrausgaben von bis zu 900 000 Euro für die private Krankenversicherung entstehen.

b.) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent jährliche Mehrausgaben von bis zu 50 Millionen Euro. Aufgrund des zu erwartenden schrittweisen Aufwuchses des zusätzlichen Personalbestandes ist für das Jahr 2021 von jahresdurchschnittlich 10 000 besetzten Stellen mit rd. 25 Millionen Euro Mehrausgaben auszugehen.

c.) Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sonderregelungen im SGB XI und im Pflegezeitgesetz

Für die privaten Versicherungsunternehmen ergeben sich aus der Nichtanrechnung von im Geltungszeitraum der Sonderregelungen in Anspruch genommenen Arbeitstagen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung beim Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld einmalige Mehrausgaben von etwa 350 000 Euro. Aus der Verlängerung der Verwendbarkeit von Leistungsbeträgen für den Entlastungsbetrag ergeben sich geringfügige, nicht quantifizierbare Mehrausgaben.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituation von Frauen und Männern sind keine Auswirkungen erkennbar, die gleichstellungspolitischen Zielen gemäß § 2 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien zuwiderlaufen.

VII. Befristung; Evaluierung

1. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Die Änderung des § 9 Absatz 1a Nummer 6 Krankenhausentgeltgesetz gibt einmalig die Möglichkeit zur Erweiterung der zu vereinbarenden Liste zuschlagsfähiger ländlicher Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2020. Ab dem Jahr 2021 ist die Liste unter Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin wieder bis zum 30. Juni des Jahres zu erstellen.

2. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsweise über die Zahl des durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegepersonals, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 85a SGB V)

Zu Absatz 1

Die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 (BAnz AT 04.05.2020 V1) beinhaltet unter anderem eine Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Diese Regelungen werden aufgrund ihrer zeitlichen Dimension bis ins Jahr 2022 nunmehr gesetzlich festgelegt, um ein rechtssicheres Handeln der beteiligten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen über ein Außerkrafttreten der Verordnung hinaus zu gewährleisten. Zum Erhalt einer flächendeckenden Versorgung der Versicherten mit zahnärztlichen Leistungen und zur Sicherstellung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen über die COVID-19-Epidemie hinaus, leisten in 2020 die Krankenkassen 90 Prozent der in 2019 gezahlten Gesamtvergütung als Abschlagszahlung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Eine Vergütung von vertragszahnärztlichen Leistungen über die 90 Prozent hinaus ist möglich. Da zum Zeitpunkt des Erlasses der Verordnung nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden konnte, in welchem Ausmaß Zahnarztpraxen in den jeweiligen Vertragsregionen von Liquiditätsengpässen betroffen sind, konnten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 2. Juni 2020 schriftlich erklären, auf die Anwendung des Ausgleichsmechanismus zu verzichten.

Zu Absatz 2

Da spätestens nach dem Ende der COVID-19-Epidemie im vertragszahnärztlichen Bereich erhebliche Nachholeffekte zu erwarten sind, sind die von den Krankenkassen im Jahr 2020 geleisteten Überzahlungen über das tatsächliche Leistungsgeschehen hinaus in den beiden Folgejahren 2021 und 2022 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuerstatten.

Zu Absatz 3

Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird – im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen – eine flexiblere Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung ermöglicht, insbesondere um in 2020 an stärker von Liquiditätsengpässen betroffene Zahnarztpraxen höhere Zahlungen leisten zu können. Aufgrund des in Absatz 2 vorgesehenen Ausgleichsverfahrens können die Anpassungen am Honorarverteilungsmaßstab auch in 2021 und 2022 vorgenommen werden.

Zu Absatz 4

Die Festzuschüsse für die Regelversorgung mit Zahnersatz sind nach § 55 SGB V nicht Teil der Gesamtvergütung. Für Fälle, in denen im Rahmen der COVID-19-Epidemie die vertragszahnärztliche Versorgung nicht durch die Zahlung von Abschlägen nach Absatz 1 sichergestellt werden kann, können die Partner der Gesamtverträge einvernehmlich Abschläge zu dem in den Festzuschüssen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu

zahlenden Honoraranteil für die zahnärztlichen Leistungen miteinander vereinbaren. Von den Krankenkassen in diesem Zusammenhang im Jahr 2020 geleistete Überzahlungen sind im Jahr 2021 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuerstatten.

Zu Nummer 2 (§ 137g)

Folgeänderung zum neuen § 140a Absatz 1 Satz 4 zur Überführung der Altverträge nach den §§ 73a, 73c und 140a in der bis 22. Juli 2015 geltenden Gesetzesfassung in aktuelles Recht. Es wird sichergestellt, dass die zur Durchführung von zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen abgeschlossenen Verträge weiter gelten, auch wenn sie als Verträge auf früherer Rechtsgrundlage geschlossen wurden. Sie müssen weder neu geschlossen werden, noch ergibt sich im Fall einer freiwilligen Anpassung an die aktuelle Rechtsgrundlage des § 140a hieraus eine Vorlagepflicht gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung.

Zu Nummer 3 (§ 140a)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Besondere Versorgungsformen werden häufig von Krankenkassen gemeinsam entwickelt, zum Beispiel für die Versicherten einer bestimmten Region. Die Regelung stellt klar, dass neben kassenindividuellen Verträgen auch kassen- bzw. kassenartübergreifende Verträge über besondere Versorgungsformen mit Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften geschlossen werden können. Zudem wird die für Selektivverträge in der Pflegeversicherung nach § 92b Absatz 1 zweiter Halbsatz des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestehende Beitrittsmöglichkeit von Krankenkassen zu bereits bestehenden Verträgen auch in der Krankenversicherung übernommen.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)

Sektorenspezifische besondere Versorgungsaufträge sind bisher nur in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorgesehen. Diese Möglichkeit bleibt unverändert, wird aber künftig auch in allen anderen Leistungsbereichen bzw. für alle anderen Leistungserbringer ermöglicht. Bereits mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz vom 9. Dezember 2019 (BGBl I S. 2562) wurden besondere digitale Versorgungsformen mit Medizinprodukteherstellern in Absatz 4a ermöglicht. Auch den anderen nichtärztlichen Leistungserbringern wird damit ermöglicht, besondere Versorgungsformen in Abweichung der für sie geltenden Bestimmungen in der Regelversorgung mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Die Erweiterung gilt allerdings nur innerhalb des jeweiligen Versorgungsektors unter Beteiligung der dazu berechtigten Leistungserbringer, bedeutet also keine Abweichung etwa vom ärztlichen Verordnungsvorbehalt, von dem Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus oder den berufsrechtlichen Bestimmungen der jeweiligen Leistungserbringer.

Zu Doppelbuchstabe cc (neuer Satz 3)

Mit der Regelung wird klargestellt, dass sich die besondere Versorgung auf einzelne Regionen beschränken beziehungsweise regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abbilden kann. Die insbesondere vom Bundesrat zu verschiedenen Gesetzesvorhaben der Bundesregierung geforderte Ermöglichung regionaler Versorgungsinnovationen (zuletzt in der Stellungnahme des Bundesrates zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG, BT-Drs. 19/15662) wird damit ausdrücklich in den Gesetzeswortlaut aufgenommen. Anders als in der Regelversorgung kann jedoch insbesondere auf die Freiwilligkeit der Teilnahme von Versicherten, Leistungserbringern und Krankenkassen an der be-

sonderen Versorgung nicht verzichtet werden. Auch eine Verlagerung der Vertragskompetenz auf die Verbandsebene wäre in der selektivvertraglichen Versorgung systemfremd. Nicht ermöglicht werden nach § 140a deshalb landesbezogene bzw. kassenartbezogene Kollektivverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder anderen Kollektivvertragspartnern mit unmittelbarer Verbindlichkeit für deren Mitglieder. Derartige kollektive Abweichungen von der bundeseinheitlich geregelten Regelversorgung sind nicht Gegenstand einer selektivvertraglichen Versorgung.

Zu Doppelbuchstabe dd (Satz 4)

Altverträge nach den §§ 73a, 73c und 140a in der bis 22. Juli 2015 geltenden Gesetzesfassung wurden mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) in § 140a mit Anordnung ihrer Fortgeltung zusammengeführt. Neue Verträge über besondere Versorgungsformen konnten seitdem jedoch nur noch nach dem geltenden § 140a geschlossen werden. Dieses Nebeneinander gleichartiger Versorgungsverträge auf verschiedener bzw. überkommener Rechtsgrundlage ist jedoch dauerhaft nicht gerechtfertigt und ist bis Ende 2021 zu beenden.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Angleichung der selektivvertraglichen Abweichungsbefugnis von Vorschriften des SGB V an die Abweichungsbefugnis bei Modellvorhaben nach § 63. Auch bei Selektivverträgen kann von den Vorschriften des Zehnten Kapitels in dem für Modellvorhaben geltenden Umfang abgewichen werden. Die bei Modellvorhaben geltende besondere Aufklärungspflicht gegenüber dem Versicherten und die Beteiligung des zuständigen Datenschutzbeauftragten bei besonderen selektivvertraglichen Regelungen zur Datenverwendung gelten auch für Selektivverträge.

Zu Doppelbuchstabe bb (neuer Satz 4)

Vom Innovationsausschuss geförderte neue Versorgungsformen werden in der Regel mit Krankenkassenbeteiligung im Rahmen von Verträgen über eine besondere Versorgung nach § 140a umgesetzt. Fördervoraussetzung nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 ist, dass Projekte über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und insbesondere eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Mit der Förderentscheidung ist somit bereits eine Aussage über das Innovationspotential der Versorgung getroffen worden, so dass die Anforderungen des § 140a Absatz 1 an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung und die Anforderungen des § 140a Absatz 2 Satz 3 an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung als erfüllt angesehen werden können. Die gesetzliche Fiktion im neuen Absatz 2 Satz 4 verhindert, dass Fördervorhaben während oder nach der Förderung von der für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde insoweit anders beurteilt und deswegen trotz positiver Förderentscheidung nicht durchgeführt oder nach Auslaufen der Förderung von den beteiligten Krankenkassen nicht freiwillig fortgesetzt werden könnten. Die Fiktion bezieht sich auch auf Fälle, in denen nur Teile der geförderten neuen Versorgungsform in einem Vertrag nach § 140a fortgeführt werden oder zusätzliche Versorgungselemente oder Vertragspartner aufgenommen werden, die initial nicht Teil der neuen Versorgungsform beziehungsweise des bisherigen Vertrages waren. Aus Gründen der Gleichbehandlung gilt die Fiktion auch für gleichartige besondere Versorgungsformen, die durch andere Vertragspartner in anderen Regionen auf Basis eines entsprechenden Vertrages nach § 140a SGB V erbracht werden.

Gleichzeitig wird der bisherige Satz 4 gestrichen, wonach die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens nach vier Jahren nachweisbar sein muss und die Aufsichts-

behörde auch ohne konkreten Hinweis auf einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Nachweise nach § 88 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) verlangen kann. Selektivverträge unterliegen keinem Genehmigungsvorbehalt im Sinne einer präventiven Vertragskontrolle, sondern nach § 71 Absatz 6 einer anlassbezogenen repressiven Aufsicht mit der Möglichkeit des unmittelbaren Einschreitens im Fall erheblicher Rechtsverletzungen. Auch für die Kontrolle der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei Selektivverträgen ist – wie etwa bei anderen Anforderungen an die Zweckmäßigkeit und Qualität der Versorgung auch – eine Aufsicht nach den genannten allgemeinen aufsichtsrechtlichen Regeln ausreichend.

Zu Doppelbuchstabe cc (neuer Satz 6)

Nach § 197b Satz 2 dürfen Krankenkassen keine wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten auf Dritte übertragen. Was in diesem Sinne „wesentlich“ ist, ist nicht näher definiert. Dazu gehören nach der Rechtsprechung insbesondere Kernaufgaben wie Leistungs- und Beitragsentscheidungen durch Verwaltungsakt. Die Regelung stellt klar, dass für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Krankenkassen, die beispielsweise zur Mitgliederberatung nach § 14 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) zählen, diese Beschränkung nicht gilt und im Rahmen einer besonderen Versorgung auf dafür geeignete Dritte übertragen werden können (beispielsweise eine aufsuchende Beratung bei vulnerablen Personengruppen durch andere Berufsgruppen, wie Sozialarbeiter). Da nach der Rechtsprechung die Krankenkassen nur solche Aufgaben an Dritte übertragen können, die ihnen gesetzlich zugewiesen sind, ergeben sich Abgrenzungsprobleme zum Versorgungsmanagement der Leistungserbringer (insbesondere nach § 11 Absatz 4). Die Regelung stellt klar, dass unabhängig davon, wem Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen als gesetzliche Aufgaben zugewiesen sind, die Vertragspartner einer besonderen Versorgung diese Aufgaben füreinander wahrnehmen können beziehungsweise Dritte mit dieser Aufgabe beauftragen können. Die Beschränkung der Ausnahme von der originären Aufgabenwahrnehmung auf besondere Versorgungsformen gewährleistet, dass Interessen der Solidargemeinschaft nicht beeinträchtigt werden (insbesondere keine Auslagerung laufender Verwaltungsaufgaben im Rahmen der Regelversorgung beispielsweise an einen externen Außendienst). Da die Teilnahme an der besonderen Versorgung zudem für Versicherte freiwillig und die Aufgabenwahrnehmung durch Dritte transparent ist, werden deren Interessen an einer originären Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt.

Zu Buchstabe c (Absatz 3 Satz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (neue Nummern 3a und 3b)

Zur neuen Nummer 3a

Eine die verschiedenen Sozialversicherungszweige übergreifende Versorgung ist bisher nach Nummer 3 nur für die Pflegeversicherung vorgesehen. Die neue Nummer 3a erweitert diese Möglichkeit auf andere Sozialversicherungszweige und andere Sozialleistungsträger sowie die in diesen Bereichen tätigen Versorgungseinrichtungen. So können integrierte Versorgungsformen zur Lösung von Problemen beim Übergang von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in andere gesundheitsbezogene Leistungsbereiche (zum Beispiel gemeinsame Projekte mit den verschiedenen Rehabilitationsträgern und -einrichtungen) oder gemeinsame gesundheitsbezogene Versorgungsprojekte vereinbart werden (zum Beispiel gemeinsame Projekte mit den Sozialhilfeträgern der Länder).

Zur neuen Nummer 3b

Die Vorschrift ermöglicht die Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an besonderen Versorgungsformen der Krankenkassen, die neben den gesetzlich Versicherten auch für privat Versicherte zugänglich sind.

Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 7)

Die Ergänzung in Nummer 7 erweitert den Kreis der möglichen Verbände und Vereinigungen der Leistungserbringer als Vertragspartner zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen. Neben den Kassenärztlichen Vereinigungen werden auch Berufs- und Interessenverbände ärztlicher und anderer Leistungserbringer erfasst. Damit können auch andere Verbände und Vereinigungen ihre Mitglieder bei Abschluss, Durchführung und Abrechnung der Verträge zur besonderen Versorgung unterstützen (zum Beispiel als Betreiber entsprechender Rechenzentren für die Abrechnung nach § 302).

Zu Doppelbuchstabe cc (neue Nummer 8)

Die Ergänzung in Nummer 8 stellt einen Gleichlauf der selektivvertraglichen Vertragspartner für eine besondere Versorgung und den von den Krankenkassen geförderten Entwicklern digitaler Versorgungsinnovationen nach § 68a Absatz 3 her, um entsprechende Versorgungsinnovationen im Rahmen selektivvertraglicher Versorgungsformen nutzen zu können.

Zu Buchstabe d (neue Absätze 3a und 3b)

Zum neuen Absatz 3a

Die Vorschrift ermöglicht mit Satz 1 die Förderung von Versorgungsprojekten der Leistungserbringer, die den Zielen einer besonderen Versorgung nach Absatz 1 entsprechen, aber nicht von den Krankenkassen initiiert und betrieben werden. Versorgungsinnovationen gehen häufig nicht von den Krankenkassen sondern einzelnen Leistungserbringern aus, die beispielsweise regionale Kooperationen schließen oder Versorgungsnetzwerke bilden und dadurch Verbesserungen im Vergleich zur Regelversorgung erzielen. In diesen Fällen kann sich die Beteiligung der Krankenkassen, sofern die Anforderungen des § 140a im Übrigen eingehalten werden, auf finanzielle Zuschüsse zu den Kosten der Projektstrukturen oder auf besondere Vergütungsvereinbarungen beschränken. Das gilt insbesondere für die vom Innovationsausschuss geförderten Projekte, bei denen Krankenkassen regelmäßig nicht selbst Antragsteller sind und die nach dem Förderzeitraum auf freiwilliger Basis von Krankenkassen weitergefördert werden können.

Mit den Sätzen 2 und 3 wird ermöglicht, dass Förderprojekte auch solche anderer Sozialleistungsträger sein können, bei denen die gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nur einen Teilbereich des Projekts ausmachen und damit teilweise „versicherungsfremd“ sind. Die finanzielle Förderung kann dann den versicherungsbezogenen Anteil umfassen. Durch die Ergänzung, dass die Beteiligung dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen muss, ist sichergestellt, dass es sich zwar um Projekte mit einem unmittelbaren Bezug zur Gesundheitsversorgung handeln muss, die im Projekt gemeinsam erfüllten Aufgaben aber keine völlige Entsprechung im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben müssen. Da es sich um freiwillige Beteiligungen der Krankenkassen handelt, besteht kein gesetzlicher Anspruch anderer Kostenträger oder Leistungserbringer auf finanzielle Förderung.

Zum neuen Absatz 3b

Die Regelung schafft eine Vertragsgrundlage für eine aus medizinischen oder sozialen Gründen erforderliche Einzelfallversorgung und für eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung in Fällen von Kostenerstattungsansprüchen für selbstbeschaffte Leistungen auch außerhalb der Regelversorgung. Damit werden Lücken im Leistungserbringungsrecht geschlossen, die sich aus Leistungsansprüchen in Ausnahmefällen außerhalb der Regelversorgung ergeben.

Versicherte erhalten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen der dafür zugelassenen Leistungserbringer gemäß § 2 Absatz 2. Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistungen oder eine Versorgung durch nicht zugelassene Leistungserbringer sind auf gesetzlich geregelte Ausnahmefälle beschränkt, um die Einhaltung der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen und der Anforderungen an die Leistungserbringung zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sicherzustellen. Andere als die zur vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 Absatz 1 Satz 2). Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer auf Kosten der Krankenkasse ist darüber hinaus möglich nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse aus medizinischen oder sozialen Gründen im Rahmen der vom Versicherten selbst gewählten Kostenerstattung (§ 13 Absatz 2), für die vom Versicherten selbst beschafften unaufschiebbaren Leistungen im Fall einer nicht rechtzeitigen oder zu Unrecht abgelehnten Leistungserbringung durch die Krankenkasse (§ 13 Absatz 3) oder als von der Krankenkasse vorgesehene freiwillige Satzungsleistung (§ 11 Absatz 6 Satz 1 letzter Halbsatz). Die Rechtsprechung hat schließlich eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen in seltenen Ausnahmefällen sog. Systemversagens angenommen, wenn eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung nicht zur Verfügung gestellt werden kann. Darüber hinaus können nach § 2 Absatz 1a in Fällen lebensbedrohlicher oder wertungsmäßig vergleichbarer Erkrankungen, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, Behandlungen außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung beansprucht werden, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Soweit die genannten Fallgruppen auf eine Versorgung und Vergütung außerhalb der Versorgungs- und Vergütungsregeln der gesetzlichen Krankenversicherung hinauslaufen, bietet die Regelung im neuen Absatz 3b den Krankenkassen die Möglichkeit, den betroffenen Versicherten auch insoweit eine mit zugelassenen oder nicht zugelassenen Leistungserbringern für den Einzelfall vereinbarte Versorgung und verhandelte Vergütung im Wege der Sach- und Dienstleistung anzubieten. Dieses freiwillige Angebot der Krankenkassen schränkt die oben genannten Leistungsansprüche der Versicherten nicht ein, da es sich insoweit nur um eine fakultative besondere Versorgungsform im Leistungserbringungsrecht im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer handelt. Für nicht zugelassene Leistungserbringer kann beispielsweise ein Anreiz für besondere Vergütungsvereinbarungen unter Verzicht auf einseitig festgesetzte Angebotspreise aus Gründen der Planungs- oder Versorgungssicherheit oder anderen Vorteilen des Versorgungsmanagements durch die Krankenkasse bestehen.

Schließlich ermöglicht eine besondere Versorgung im Einzelfall eine Inanspruchnahme auch nicht zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassener Spezialisten, wenn etwa bisherige Behandlungsversuche durch zugelassene Leistungserbringer nicht erfolgreich waren (etwa in der Diagnostik seltener Erkrankungen).

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (neuer Absatz 10 in § 4)

Ein vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragtes Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern hat ergeben, dass zwar kein genereller Hebammenmangel vorliegt, die Betreuungsrelationen von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren jedoch sehr unterschiedlich sind und es vor allem in Großstädten und in Zeiten mit überdurchschnittlich vielen Geburten zu Versorgungsengpässen in der stationären Hebammenversorgung kommen kann. Zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe und zur Entlastung von Hebammen und Entbindungspflegern wird daher mit der Einführung des neuen Absatzes 10 in § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt. Damit werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe gefördert wird. Dadurch wird auch eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren angestrebt, die im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen sollte.

Das Förderprogramm sieht vor, dass pro 500 Geburten jeweils 0,5 Vollzeitstellen förderungsfähig sind. Dabei wird als einmaliger Bezugspunkt für die Förderfähigkeit die durchschnittliche Anzahl an Geburten in den drei Jahren von 2017 bis 2019 in dem jeweiligen Krankenhaus zugrunde gelegt. Die Förderung von assistierendem medizinischen Fachpersonal zur Entlastung der Hebammen und Entbindungspfleger ist auf 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl beschäftigter Hebammen in der Fachabteilung für Geburtshilfe des zu fördernden Krankenhauses begrenzt. Mit der Begrenzung soll u.a. sichergestellt werden, dass das zusätzlich eingestellte Personal ausschließlich Hebammen und Entbindungspfleger unterstützt und der unter Qualitätsgesichtspunkten erforderliche Hauptanteil der Betreuung von Schwangeren unter der Geburt bei der Hebamme bzw. dem Entbindungspfleger verbleibt.

Voraussetzung für die Förderung durch das Hebammenstellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2020 zusätzliche Hebammen/Entbindungspfleger und zusätzliches assistierendes medizinisches Fachpersonal neu eingestellt oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Förderungsfähig ist grundsätzlich nur die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen. Um möglichem Missbrauch vorzubeugen, hat das Krankenhaus nach Satz 5 durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Stellen auf Stationen der Geburtshilfe zu belegen. Die Regelung in Satz 5 gibt vor, dass eine im Vergleich zum Stichtag am 1. Januar 2020 neu eingestellte bzw. zeitlich aufgestockte Stelle von Hebammen/Entbindungspflegern im Verhältnis von 0,5 Vollzeitstellen je 500 Geburten und Stellen des assistierenden medizinischen Fachpersonals auf Stationen der Geburtshilfe bis zu einem Anteil von 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Hebammen-/Entbindungspflegerstellen als grundsätzlich förderungsfähig zu berücksichtigen sind. Durch die Vorgabe des bereits in der Vergangenheit liegenden Stichtages zum 1. Januar 2020 zur Ermittlung der prinzipiell förderungsfähigen Stellen für Hebammen/Entbindungspfleger und assistierendes medizinisches Fachpersonal wird das Risiko strategischer Entlassungen und Neueinstellungen zur Inanspruchnahme von Fördermitteln vermindert. Der Förderzeitraum 2021 bis 2023 bleibt durch die Stichtagsregelung unberührt. Die Regelung trägt damit im Sinne einer Anschubfinanzierung dazu bei, das Ziel einer besseren Versorgungssituation von Schwangeren durch zusätzliches Personal zu erreichen. Eine Verwendung der Mittel zur Finanzierung des bestehenden Personalbestands wird der Intention des Hebammenstellen-Förderprogramms nicht gerecht.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2022 und letztmalig in Form eines Abschlussberichts zum 30. Juni 2024 dem Bundesminis-

terium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für assistierendes Personal, das auf Grundlage des Hebammenstellen-Förderprogramms zusätzlich beschäftigt worden ist. In dem Bericht ist neben der Anzahl der zusätzlich finanzierten Stellen auch darzulegen, ob die Förderung dazu beigetragen hat, das durchschnittliche Betreuungsverhältnis von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren von mindestens 1:2 zu erzielen.

Zu Nummer 2 (neuer Halbsatz in § 9 Absatz 1a Nummer 6)

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach geltender Rechtslage jährlich bis zum 30. Juni eine Liste von Krankenhäusern zu erstellen, welche die Vorgaben der Regelungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen und in der Folge eine pauschale Förderung von jeweils 400 000 Euro im Jahr erhalten. Mit der anstehenden Beschlussfassung des G-BA im Laufe des Jahres 2020 werden Kinderkliniken und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die genannten Vorgaben einbezogen.

Mit der Regelung wird für das Jahr 2020 eine Ausnahme geschaffen, damit die von den Vertragsparteien auf Bundesebene erstellte Liste vom 30. Juni 2020 noch im Jahr 2020 um die Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erweitert werden kann, die den Vorgaben des Ergänzungsbeschlusses des G-BA entsprechen. Hierzu ist die erweiterte Liste spätestens bis zum 31. Dezember 2020 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren. Dabei kann die Liste vom 30. Juni 2020 lediglich zusätzliche Krankenhausstandorte aufnehmen, bereits gelistete Krankenhausstandorte werden nicht neu bewertet. Durch die Regelung können Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin, sofern sie die Vorgaben gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen, bereits ab dem Jahr 2021 von der pauschalen Förderung für bedarfsnotwendige, ländliche Krankenhäuser in Höhe von jeweils 400 000 Euro profitieren und nicht erst ab dem Jahr 2022. Damit wird eine wohnortnahe medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen Regionen gestärkt. Gelingt den Vertragsparteien auf Bundesebene keine Einigung, entscheidet nach Absatz 2 die Bundesschiedsstelle über die Erweiterung der Liste. Ab dem Jahr 2021 ist die Liste unter Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin wieder bis zum 30. Juni des Jahres zu erstellen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Änderung § 8)

Zu Buchstabe a (neuer Absatz 6a)

Im Zuge der ersten Stufe zur Umsetzung und Einführung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen soll die Personalsituation in allen zugelassenen Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege verbessert werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Dazu erhalten die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch, auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Pflegehilfskraftstellen (Qualifikationsniveau (QN) 1 bis 3 im Zweiten Zwischenbericht zum Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gemäß § 113c) durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen. Für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine Pflegehilfskraft des Qualifikationsniveaus 1 eingestellt hat, muss die Pflegeeinrichtung innerhalb von zwei Jahren sicherstellen, dass die Pflegehilfskraft das Qualifikationsniveau 2 entsprechend dem zweiten Zwischenbericht zum Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c erreicht.

Grundlage für die zusätzlichen Stellenanteile sind die Ergebnisse des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c. In einem ersten Teilschritt sollen insgesamt bis zu 20 000 zusätzliche Vollzeitstellen im Pflegehilfskraftbereich finanziert werden. Das Projekt hat hier den größten Bedarf an Stellenaufwuchs ermittelt. Zudem lässt die aktuelle Arbeitsmarktsituation in der Pflege erwarten, dass die entsprechenden zusätzlichen Stellenanteile im Pflegehilfskraftbereich auch besetzt werden können.

Jede vollstationäre Pflegeeinrichtung kann Vergütungszuschläge für 0,016 bis 0,036 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden beantragen. Der Verteilungsschlüssel berücksichtigt dabei die Relation der durch die Ergebnisse des o.g. Projekts festgestellten Personalunterdeckung in den Pflegegraden. Durchschnittlich ergibt sich daraus je Einrichtung mehr als eine zusätzliche Vollzeitstelle, die über den Vergütungszuschlag von der Pflegeversicherung bezahlt wird.

Die Regelung stellt so sicher, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Finanzierung zusätzlichen Personals ausschließlich orientiert an der Bewohnerstruktur haben. Perspektivisch wird zu klären sein, wie bei der weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens eine sich aus den Ergebnissen des oben genannten Projektes ergebende Angleichung der bislang unterschiedlichen Personal- und Stellenschlüssel in den einzelnen Ländern erfolgen kann.

Voraussetzung für den Anspruch ist, dass es sich um zusätzliche Pflegehilfskraftstellen handelt, die über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgehen. Diese können insbesondere durch Neueinstellung, Neubesetzung oder über Stellenaufstockung erfolgen. Der Anspruch besteht unabhängig von dem Anspruch nach § 8 Absatz 6. Verbunden mit dem Antrag und der Auszahlung an die vollstationäre Pflegeeinrichtung erweitert sich für alle versorgten Pflegebedürftigen in der Einrichtung ihr Anspruch auf Pflege- und Betreuungsleistungen um diesen Stellenzuwachs. Die landesspezifischen Vorgaben zur Personalausstattung einschließlich der ordnungsrechtlichen Fachkraftquoten der Landesheimrechte bleiben von diesem zusätzlichen Personalstellenförderprogramm unberührt.

Über den Verweis und die entsprechende Anwendung des § 8 Absatz 6 Satz 7 bis 13 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen insbesondere beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern einheitlich und praktikabel zu regeln. Die Pflegekassen können dabei auf Erfahrungen mit dem Förderprogramm nach § 8 Absatz 6 zurückgreifen, um die erste Ausbaustufe mit der Einführung des Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege zeitnah umzusetzen.

Die weiteren gesetzlichen Verfahrensvorgaben zu § 8 Absatz 6 sind für dieses Förderprogramm entsprechend anzuwenden. Eine Anpassung der Berechnungsgrundlagen erfolgt erst wieder im folgenden Kalenderjahr auf Basis der Belegung zum 30. Juni des vorausgegangenen Jahres. Die Landesverbände der Pflegekassen haben bis zum Vorliegen der Bestimmung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicherzustellen. Auch in diesem Förderprogramm genügt für die Pflegeeinrichtungen die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse.

Um eine kontinuierliche Information über die Ausgabenentwicklung und den Aufwuchs der zusätzlichen Stellen zu gewährleisten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsweise hierzu zu berichten.

Zu Buchstabe b

Die private Pflege-Pflichtversicherung beteiligt sich durch Zahlung an den Ausgleichsfonds, wie auch nach den Absätzen 5, 7 und 8, entsprechend ihrem Anteil von 7 Prozent an der

Zahl der Pflegebedürftigen an den Gesamtkosten der Vergütungszuschläge für zusätzliche Pflegehilfskräfte.

Zu Nummer 2 (§ 17 Absatz 1a)

Bei den Änderungen handelt es sich jeweils um eine redaktionelle Bereinigung.

Zu Nummer 3 (§ 18 Absatz 6a Satz 5)

Die zur Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Kranken- und Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst dienende Regelung hat sich in der Praxis bewährt. Dies gilt auch im Hinblick auf eine effizientere Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln. Die Befristung der Regelung wird daher ersatzlos gestrichen.

Zu Nummer 4 (Änderung des § 150)

Zu Buchstabe a (Absatz 5c)

Im Hinblick auf den Entlastungsbetrag regelt das SGB XI in § 45b Absatz 1 Satz 5, dass die Leistung innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden kann und ein nicht verbrauchter Betrag zudem in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden kann, wenn die Leistung in dem Kalenderjahr insoweit nicht ausgeschöpft worden ist. Abweichend von dieser Regelung ist im Rahmen der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie in § 150 Absatz 5c festgelegt worden, dass ein im Jahr 2019 nicht verbrauchter Betrag aus § 45b ausnahmsweise in den Zeitraum bis zum 30. September 2020 übertragen werden kann. Mit der vorliegenden Änderung wird diese Vorschrift angepasst und die Verwendbarkeit der Leistungsbeträge des Entlastungsbetrags aus dem Jahr 2019, die bisher noch nicht verbraucht worden sind, einmalig bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

Zu Buchstabe b (Absatz 5d)

Zu Doppelbuchstabe aa

Im Rahmen der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie wurde in § 150 Absatz 5d geregelt, dass abweichend von dem regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3, das je pflegebedürftiger Person für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage bezogen werden kann, unter bestimmten, im Gesetz geregelten Bedingungen ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage besteht. Nach dem bestehenden Satz 2 dieser Sonderregelung wird ein neuer Satz 3 eingefügt. Die aufgrund der pandemiebedingten Sonderregelung in Anspruch genommenen Arbeitstage mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Absatz 5d sollen nicht den regulären Anspruch nach § 44a Absatz 3 verkürzen. Dies wird mit der vorliegenden Ergänzung ausdrücklich im neuen § 150 Absatz 5d Satz 3 verankert.

Hat man zum Beispiel in der Vergangenheit – also vor dem 23. Mai 2020 – bereits für fünf Arbeitstage Pflegeunterstützungsgeld bezogen und wurde es notwendig, aufgrund der Pandemie im Zeitraum zwischen dem 23. Mai 2020 und dem 30. September 2020 nochmals für dann maximal 15 Arbeitstage Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 150 Absatz 5d zu beziehen, so steht den Beschäftigten im Hinblick auf die jeweilige pflegebedürftige Person ab dem 1. Oktober 2020 weiterhin der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt fünf Arbeitstage zu, der auch vor dem 23. Mai 2020 bestand. Die 15 Arbeitstage, die in dem Beispiel im Rahmen der pandemiebedingten Sonderregelung in Anspruch genommen wurden, bleiben bei der Berechnung, wie viele der bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach § 44a Absatz 3 bereits in Anspruch genommen worden sind, also außer Betracht.

Die Regelung zum Pflegeunterstützungsgeld wie auch die Regelungen zur entsprechenden Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer nehmen auf den Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelungen jeweils dynamisch Bezug. Sollte der Geltungszeitraum der entsprechenden pandemiebedingten Sonderregelungen gemäß § 152 verlängert werden, bezieht sich die Nichtanrechnung der in Anspruch genommenen Arbeitstage damit jeweils auch auf den entsprechend verlängerten Geltungszeitraum.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufnahme eines neuen Satzes 3 in § 150 Absatz 5d.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die im neuen § 150 Absatz 5d Satz 3 vorgenommene inhaltliche Ergänzung, dass die aufgrund der pandemiebedingten Sonderregelung in Anspruch genommenen Arbeitstage mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Absatz 5d nicht den regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 verkürzen sollen, wird sinngemäß auch im neuen Satz 7 verankert im Hinblick auf die Sonderregelungen in § 150 Absatz 5d für die Betriebshilfe für landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und für die Kostenerstattung für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer. Die Arbeitstage, für die im Rahmen der pandemiebedingten Sonderregelungen eine Betriebshilfe nach § 150 Absatz 5d Satz 4 oder eine Kostenerstattung nach § 150 Absatz 5d Satz 5 in Anspruch genommen wurden, werden auf die jeweils bis zu insgesamt zehn Arbeitstage, für die Betriebshilfe nach § 44a Absatz 6 Satz 1 und 2 oder die Kostenerstattung nach § 44a Absatz 6 Satz 3 in Anspruch genommen werden kann, nicht angerechnet. Die entsprechenden Ansprüche aus § 44a Absatz 6 bleiben also ebenfalls in dem zeitlichen Umfang bestehen, in dem sie im Einzelfall vor dem Geltungszeitraum des § 150 Absatz 5d (noch) bestanden.

Zu Buchstabe c (Absatz 6)

Zu Doppelbuchstabe aa

§ 150 Absatz 6 regelt bislang, dass dessen Absätze 1 bis 5d bis einschließlich 30. September 2020 gelten. Durch die Neueinfügung der Sätze 3 und 7 zur Nichtanrechnung von Arbeitstagen, die im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelungen in Anspruch genommen worden sind, bezieht sich diese Geltungsdauer im Hinblick auf den Absatz 5d nun auf dessen Sätze 1, 2, 4, 5 und 6. Die Nichtanrechnung auf die regulären Ansprüche, die in den neuen Sätzen 3 und 7 geregelt wird, gilt auch darüber hinaus.

Zu Doppelbuchstabe bb

§ 150 Absatz 6 regelt bislang, dass dessen Absätze 1 bis 5d bis einschließlich 30. September 2020 gelten. Da die Regelung zur Verwendbarkeit nicht verbrauchter Leistungsbeträge des Entlastungsbetrags aus dem Jahr 2019 gesetzlich bis zum 31. Dezember 2020 verlängert wird, ist im Hinblick auf § 150 Absatz 5c dessen Geltung bis zum 31. Dezember 2020 entsprechend auch in Absatz 6 zu regeln.

Zu Artikel 4 (Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Entsprechend den zu den Regelungen zum Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Absatz 5d gemachten Ausführungen erfolgen ebenfalls Regelungen im Pflegezeitgesetz. Die Arbeitstage, für die von der pandemiebedingten Sonderregelung Gebrauch gemacht worden ist, der Arbeit gemäß § 9 Absatz 1 fernzubleiben, sollen nicht das reguläre Recht verkürzen, der Arbeit bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Absatz 1 fernzubleiben. Daher wird mit der vorliegenden Regelung ausdrücklich in § 9a verankert, dass die

nach der Sonderregelung des § 9 Absatz 1 in Anspruch genommenen Arbeitstage nicht auf die bis zu zehn Arbeitstage angerechnet werden, für die gemäß § 2 Absatz 1 das Recht besteht, der Arbeit fernzubleiben. Hinsichtlich des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 ist auch die Regelung des § 150 Absatz 5d Satz 3 zu berücksichtigen.

Die Regelung nimmt auf den Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelung des § 9 Absatz 1 dynamisch Bezug. Sollte der Geltungszeitraum der entsprechenden pandemiebedingten Sonderregelung verlängert werden, bezieht sich die Nichtanrechnung der in Anspruch genommenen Arbeitstage damit jeweils auch auf den entsprechend verlängerten Geltungszeitraum.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt - vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 - das Inkrafttreten am 1. Januar 2021. Mit Inkrafttreten der Regelungen im § 85a SGB V treten die entsprechenden Regelungen der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung außer Kraft. Der § 1 Absatz 5 dieser Verordnung tritt endgültig außer Kraft, da die Evaluierung bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits abgeschlossen sein wird.

Zu Absatz 2

Damit die Kinderkliniken und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits ab dem Jahr 2021 von der pauschalen Förderung für ländliche Krankenhäuser profitieren können, ist die Liste der Krankenhäuser, die die Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen, bis zum 31. Dezember 2020 um diese Einrichtungen zu erweitern. Diese Regelung soll daher mit Wirkung vom Tag der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Die Regelung zur Verlängerung der Verwendbarkeit des Entlastungsbetrags gemäß § 150 Absatz 5c SGB XI und die entsprechende Folgeänderung in § 150 Absatz 6 SGB XI treten am 1. Oktober 2020 in Kraft.