

2. Inkrafttreten der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung

Die gesetzliche Frist für das Inkrafttreten der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung wird auf den 1. Januar 2021 verschoben.

3. 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 (GKV) hinausreichende Beteiligung anderer Leistungsträger (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 wird ausdrücklich geregelt, dass sich Krankenkassen im Rahmen der besonderen Versorgung bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen Dritter bedienen dürfen.

4. Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung

Um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zur GKV nach § 242a SGB V weitestgehend stabil zu halten, ist eine Kombination unterstützender Maßnahmen notwendig.

Hierfür leistet der Bund im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds, einschließlich eines Zuschusses von 30 Millionen Euro an die landwirtschaftliche Krankenkasse.

Die finanziellen Lasten der GKV in Folge der COVID-19-Pandemie werden durch einen einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich im Jahr 2021 gleichmäßiger auf die Mitglieder der GKV verteilt, indem die Finanzreserven der Krankenkassen, die 0,4 Monatsausgaben überschreiten, anteilig herangezogen und diese Mittel den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die Finanzreserven der Krankenkassen lagen Mitte des Jahres 2020 (ohne landwirtschaftliche Krankenversicherung) bei 20,6 Milliarden Euro. Das entspricht in etwa dem Fünffachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve. Finanzreserven, die Mitte des Jahres 2020 unterhalb von 0,4 Monatsausgaben – das entspricht dem Doppelten der gesetzlichen Mindestreserve – lagen, bleiben unangetastet.

Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) wurde die Mindestreserve der Krankenkassen von 0,25 auf 0,2 Monatsausgaben abgesenkt. Analog dazu wird nun auch die Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen, die bisher bei 1,0 Monatsausgaben und damit dem Vierfachen der Mindestreserve entsprach, auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt. Dadurch werden mehr überschüssige Finanzreserven zur Finanzierung stabiler kassenindividueller Zusatzbeiträge eingesetzt. Damit geht einher, dass auch das Verbot zur Anhebung der Zusatzbeiträge auf Krankenkassen ausgedehnt wird, die über Finanzreserven von mehr als 0,8 Monatsausgaben verfügen.

5. Hebammenstellen-Förderprogramm

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

6. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Mit der Änderung des § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHentG wird die Pflicht zur Erweiterung der bereits vereinbarten Liste bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum bis zum 31. Dezember 2020 geschaffen, damit die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

einzubeziehenden Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits im Jahr 2021 von der zusätzlichen Finanzierung profitieren können. Mit der ergänzenden Staffelung der zusätzlichen Finanzierung gemäß § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG nach der Anzahl der Fachabteilungen wird der Erhalt bedarfsnotwendiger Krankenhäuser zusätzlich gefördert.

7. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Es werden zusätzliche Pflegehilfskraftstellen in nach dem SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege finanziert, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Die Berechnung des Personalaufwuchses 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.

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 des Grundgesetzes (GG; Sozialversicherung). 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 für Krankenhäuser

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG. Danach kann 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 zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

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 zusätzliche Finanzierung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum auch für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und die Staffelung der zusätzlichen Finanzierung nach der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen wird bundesweit eine wohnortnahe Versorgung gesichert.

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.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

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 finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2021 und der Sicherstellung 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 für Krankenhäuser wird eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren angestrebt und zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe sowie zur Entlastung von Hebammen beigetragen.

Durch die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und die Staffelung der zusätzlichen Finanzierung nach der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen wird im gesamten Bundesgebiet eine wohnortnahe Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sichergestellt.

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

Durch den ergänzenden Bundeszuschuss entstehen für den Bundeshaushalt für das Haushaltsjahr 2021 Mehrausgaben in Höhe von 5 Milliarden Euro. Durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes werden für den Bund als Arbeitgeber im Jahr 2021 Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 30 Mio. Euro vermieden. Durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes werden für die Länder und Kommunen als Arbeitgeber im Jahr 2021 Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 400 Mio. Euro vermieden. Für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung werden durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes bei der Tragung ihres Beitragssatzanteils im Jahr 2021 Mehrausgaben in Höhe von 1,3 Milliarden Euro vermieden.

Durch die Erweiterung der Liste bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum um Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin können diese Krankenhäuser eine zusätzliche Finanzierung gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG erhalten. Die Voraussetzungen für die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum werden gemäß einer Folgenabschätzung

des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen. Mit der Erweiterung der Anzahl der förderungsfähigen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember sowie mit der Einführung gestaffelter Zuschläge nach der Anzahl der basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum entstehen jährlich Mehrausgaben von rund 12 Millionen Euro für alle Kostenträger. Hiervon entfallen auf Grund von Beihilfezahlungen jährlich rund 300 000 Euro auf den Bund und die Länder.

Die Mehrausgaben der Beihilfestellen von Bund, Ländern und Gemeinden werden im Zusammenhang mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm jährlich auf rund 1,63 Millionen Euro insgesamt geschätzt; die Länder und Gemeinden haben davon rund 1,14 Millionen Euro, der Bund rund 0,49 Millionen Euro zu tragen.

Mehrausgaben an Sach- und Personalmitteln für den Bundeshaushalt sind finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan auszugleichen.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Verschiebung des Inkrafttretens der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung um drei Monate entstehen für die GKV Minderausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe. Je 1 Prozentpunkt nicht vereinbarter Preissteigerung entspricht dies einem Finanzvolumen von rund 90 Millionen Euro.

Für die GKV ergeben sich im Jahr 2021 durch den ergänzenden Bundeszuschuss Mehreinnahmen in Höhe von 5 Milliarden Euro.

Durch die Zuführung von 8 Mrd. Euro aus den Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen entstehen dem Gesundheitsfonds im Jahr 2021 entsprechende Mehreinnahmen. Damit stehen im Jahr 2021 insgesamt 13 Mrd. Euro zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zur Verfügung.

Für das dreijährige Hebammenstellen-Förderprogramm hat die GKV zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe für die Jahre 2021 bis 2023 bis zu rund 58,5 Millionen Euro jährlich für die Neueinstellung oder die Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von Hebammen und unterstützenden Fachpersonal zur Verfügung zu stellen. Die Gesamtkosten für das Förderprogramm für alle Kostenträger liegen bei rund 200 Millionen Euro.

Durch die Erweiterung der Liste bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum um Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin können diese Krankenhäuser eine zusätzliche Finanzierung gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG erhalten. Die Voraussetzungen für die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum werden gemäß einer Folgenabschätzung des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich bis zu 31 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen. Mit der Erweiterung der Anzahl der förderungsfähigen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2020 sowie mit der Einführung gestaffelter Zuschläge nach der Anzahl der basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum entstehen für die GKV jährlich Mehrausgaben in Höhe von rund 11 Millionen Euro.

c) Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen jährliche Mehrausgaben von bis zu 680 Millionen Euro. Aufgrund des zu erwartenden schrittweisen Aufwuchses des zusätzlichen Personalbestandes ist für das Jahr 2021 von jahresdurchschnittlich 10 000 besetzten Stellen mit rund 340 Millionen Euro Mehrausgaben für die soziale Pflegeversicherung auszugehen.

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 Pflicht, die Einstellung zusätzlichen Personals oder die Aufstockung bestehenden Personals gegenüber dem Bestand zum Stichtag 1. Januar 2020

nachzuweisen, 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, die zum 1. Januar 2020 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe und die zweckentsprechende Mittelverwendung durch ein Testat des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen. In der Annahme, dass alle Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie mit einer durchschnittlichen Anzahl von mehr als 500 jährlichen Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 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. Dem liegen die Annahmen zugrunde, dass 555 betroffene Krankenhäuser für die Erstellung der Nachweise und für die Vorbereitung der Budgetvereinbarungen jeweils vier Stunden mit einem Stundenkostensatz von 56 Euro (insgesamt jährlich 125 000 Euro) sowie jeweils für einen Jahresabschlussprüfer mit einer Stunde mit einem Stundenkostensatz in Höhe von 85 Euro (insgesamt jährlich 47 000 Euro) insgesamt jährlich 172 000 Euro aufwenden müssen. Über den gesamten Förderungszeitraum des Hebammenstellen-Förderprogramms von drei Jahren entspricht dies einer Gesamtsumme in Höhe von rund 520 000 Euro.

bb) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Keiner.

cc) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zur Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals können die vollstationären Pflegeeinrichtungen gesonderte Vergütungszuschläge vorab im Rahmen eines vereinfachten Verfahrens (§ 85 Absatz 11 SGB XI) beantragen oder - nach Bekanntmachung der Festlegungen des GKV- Spitzenverbandes - im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Pflegesatzverhandlungen mit vereinbaren (§ 85 Absatz 9 SGB XI).

Es wird angenommen, dass von den rund 13 000 vollstationären Pflegeeinrichtungen, von denen etwa 4 000 das vereinfachte Antragsverfahren nach § 85 Absatz 11 SGB XI wählen. Für die Antragstellung mittels eines vereinfachten Antragsformulars wird einem geschätzten Zeitaufwand von etwa einer halben Stunde und einem angenommenen Lohnsatz von 31 Euro pro Stunde ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 62 000 Euro geschätzt.

Wird der Vergütungszuschlag im Rahmen des regulären Pflegesatzverfahrens ausgehandelt, ist mit einem geringfügigen, nicht bezifferbaren Mehraufwand zu rechnen.

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 Verhaltensanpassungen 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 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Pandemie zur Anwendung kommen, kann die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Anpassungen an dem Honorarverteilungsmaßstab vornehmen. Bei einem angenommenen Umsetzungsaufwand insbesondere durch die Finanz- und -EDV-Abteilung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung von bis zu 320 Stunden (40 Personentage zu 8 Stunden) sowie acht Stunden zur Herstellung des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu einem Lohnkostensatz in der Sozialversicherung von durchschnittlich 43,40 Euro beträgt der Erfüllungsaufwand für die Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabes insgesamt rund 15 000 Euro.

bb) Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Den gesetzlichen Krankenkassen entsteht nicht exakt zu beziffernder Verwaltungsaufwand durch die Verpflichtung, Altverträge, die auf Basis der Rechtslage am 22. Juli 2015 geschlossen wurden, bis zum 31. Dezember 2024 an die neue Rechtslage anzupassen. Die Anzahl der umzustellenden Selektivverträge ist nicht bekannt. Da die Verträge häufig mit einer Vielzahl von Leistungserbringern geschlossen werden, ist auch die Zahl der Vertrags-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

partner, mit denen neu verhandelt werden muss, und der daraus resultierende Aufwand nicht bekannt. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit im Rahmen der Anpassung die Verträge inhaltlich neu zu gestalten oder sich auf eine Anpassung ohne größere inhaltliche Änderungen zu beschränken. Darüber hinaus entsteht dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) geringfügiger Mehraufwand durch die Umstellung der Altverträge bis zum 31. Dezember 2024. Eine verlässliche Aussage über die Höhe des Erfüllungsaufwandes kann nicht getroffen werden.

cc) Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung

Für das BAS entsteht ein geringfügiger Mehraufwand durch die Erstellung von Bescheiden, die gegenüber den Krankenkassen die Höhe der abzuführenden Finanzreserven festlegen, und die Verrechnung der Beträge im Zuweisungsverfahren aus dem Gesundheitsfonds.

dd) 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. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass von jeweils 555 Krankenhäuser 10 Minuten die Daten von der GKV angenommen werden. Bei einem Stundensatz von 64 Euro entspricht dies rund 6 000 Euro jährlich (und 18 000 Euro in drei Jahren). 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. Hier wird davon ausgegangen, dass beim GKV-Spitzenverband jährlich zwei Mitarbeiter je 40 Stunden zu einem Kostensatz von 64 Euro einen Bericht erstellen. Dies entspricht rund 5 000 Euro jährlichem Kostenaufwand (15 000 Euro in einem Zeitraum von drei Jahren).

ee) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben auf der Grundlage der aktuellen Beschlussfassung des G-BA zu Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ihre Liste vom 30. Juni 2020 zur Ausweisung der gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG in Verbindung mit § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V anspruchsberechtigten Krankenhäuser zu erweitern. Dafür müssen sie die Kinderkrankenhäuser und die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ermitteln, die die Vorgaben zur Aufnahme in die Liste erfüllen. Hierdurch entsteht für die Vertragsparteien auf Bundesebene einmalig ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

ff) Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Die Umsetzung führt in der Verwaltung der Pflegekassen auf Bundesebene für die Erarbeitung des Verfahrens zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 8 500 Euro und geringfügigen jährlichen Erfüllungsaufwendungen für die quartalsweise Berichterstattung. Dabei werden circa 130 Stunden zu einem Lohnkostensatz von 64 Euro für die Erarbeitung des Antragsverfahrens, die Erarbeitung des Prüfungs- und Berichtssregimes sowie die Bestimmung der Zahlungs- und Nachweisverfahren angesetzt.

Zur Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals können die vollstationären Pflegeeinrichtungen gesonderte Vergütungszuschläge vorab im Rahmen eines vereinfachten Verfahrens (§ 85 Absatz 11 SGB XI) beantragen oder - nach Bekanntmachung der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes - im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Pflegesatzverhandlungen mit vereinbaren (§ 85 Absatz 9 SGB XI).

Auf Landesebene ist bei den Pflegekassen mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 76 000 Euro bei der Antragsbearbeitung während des vereinfachten Antragsverfahrens zu rechnen (bei geschätzten 15 Minuten für Antragsprüfung zuzüglich 10 Minuten für Berechnung und Anweisung der Fördersumme mal Lohnkostensatz pro Stunde in Höhe von 45,50 Euro bei geschätzt bis zu 4 000 Anträgen).

Wird der Vergütungszuschlag im Rahmen des regulären Pflegesatzverfahrens ausgehandelt, ist mit einem geringfügigen, nicht bezifferbaren Mehraufwand zu rechnen.

5. Weitere Kosten

a) Durch die weitgehende Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes werden für die Wirtschaft im Jahr 2021 Mehrbelastungen in einer Größenordnung von ca. 4,3 Milliarden Euro vermieden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

b) Die Mehrausgaben der privaten Krankenversicherung und der Beihilfe von Bund, Ländern und Gemeinden im Zusammenhang mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm werden jährlich auf rund 6,5 Millionen Euro geschätzt. Davon entfallen rund 1,63 Millionen Euro auf die Beihilfe insgesamt. Auf die private Krankenversicherung entfallen damit Kosten in Höhe von 4,87 Millionen Euro.

c) Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Durch die Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und die Einführung gestaffelter Zuschläge nach der Anzahl der basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum entfallen jährlich Mehrausgaben von rund 900 000 Euro auf die private Krankenversicherung.

d) 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 rund 25 Millionen Euro Mehrausgaben auszugehen.

Die Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen hat direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen in diesem Bereich.

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.

Mit den Regelungen zur zukunftsorientierten Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen begegnet die Bundesregierung dem demografischen Wandel und den damit einhergehenden Herausforderungen der alternden Gesellschaft und der zunehmenden Anzahl hochbetagter Pflegebedürftiger. Somit wird berücksichtigt, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung ändert. Mit der Aufnahme von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung ländlicher Krankenhäuser, soll die wohnortnahe medizinische Versorgung junger Menschen auf dem Land gestärkt werden, wodurch gleichzeitig die Kinder- und Familienfreundlichkeit gefördert werden kann.

VII. Befristung; Evaluierung

1. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum

Die Änderung des § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene einmalig zur Erweiterung der zu vereinbarenden Liste bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum 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.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Nach der derzeit gültigen Heilmittel-Richtlinie ist bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich, sofern diese nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat. Ein Teil der Krankenkassen führt dieses Genehmigungsverfahren weiterhin durch. Erst mit Inkrafttreten der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie sind zukünftig keine Genehmigungen der Krankenkassen mit Ausnahme der für den langfristigen Heilmittelbedarf mehr erforderlich. Die bürokratische Entlastung durch die Genehmigungsfreiheit soll jedoch unabhängig von der zeitlichen Verzögerung des Inkrafttretens der neuen Heilmittel-Richtlinie bereits ab dem 1. Oktober 2020 zur Geltung kommen.

Zu Nummer 2

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 in das Jahr 2022 nunmehr weitgehend gesetzlich festgelegt, um ein rechtssicheres Handeln der beteiligten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen über ein Außerkrafttreten der Verordnung hinaus zu gewährleisten. Zur Überbrückung der finanziellen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und zur Sicherstellung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen über die COVID-19-Pandemie hinaus, leisten im Jahr 2020 die Krankenkassen 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen des Jahres 2019 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-Pandemie im vertragszahnärztlichen Bereich erhebliche Nachhol-effekte zu erwarten sind, sind die von den Krankenkassen für das 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 im Jahr 2020 an stärker von Liquiditätsengpässen betroffene Zahnarztpraxen höhere Zahlungen leisten zu können. Die Anpassungen am Honorarverteilungsmaßstab können auch in den Jahren 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-Pandemie 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.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 3**Zu Buchstabe a**

Um ein zeitgleiches Inkrafttreten der Heilmittelverträge und der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie zu gewährleisten, wurde bereits mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz die Frist für das Inkrafttreten der bundesweiten Heilmittelverträge vom 1. Juli 2020 auf dem 1. Oktober 2020 gesetzt. Der G-BA hat nun beschlossen, das Inkrafttreten der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie um drei Monate auf den 1. Januar 2021 zu verschieben. Grund hierfür ist, dass ein relevanter Anteil von Herstellern von Praxisverwaltungssoftware – trotz der ihnen zur Verfügung stehenden Vorlaufzeit – die mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinie notwendigen Anpassungen in der Praxisverwaltungssoftware nicht rechtzeitig zum 1. Oktober 2020 vornehmen und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizieren lassen kann. Um ein Auseinanderfallen des Inkrafttretens der bundesweiten Heilmittelverträge und der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie zu vermeiden, sind die bundesweiten Heilmittelverträge mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 zu schließen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund des geänderten Datums in § 125 Absatz 1 Satz 3.

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund des geänderten Datums in § 125 Absatz 1 Satz 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung sieht vor, dass die Schiedsstelle – insbesondere vor dem Hintergrund des kurzfristigen Verschiebens des Inkrafttretens Heilmittelverträge auf den 1. Januar 2021 – auch vor den gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkten tätig werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass die Verhandlungen von mindestens einer Vertragspartei ganz oder teilweise für gescheitert erklärt werden und die Schiedsstelle angerufen wird.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der bereits mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz erfolgten zeitlichen Verschiebung des Inkrafttretens der Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sogenannte Blankoverordnung) auf den 15. März 2021.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 140a Absatz 1 Satz 4 zur Überführung der Altverträge nach § 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 BAS. Diese Sonderregelung dient der Vermeidung eines hohen Aufwandes im Falle der Anpassung der großen Anzahl von Verträgen, die bereits im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach § 137g geprüft wurden und die Grundlage für die Behandlung der Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen darstellen.

Zu Nummer 6**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

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 von den für sie geltenden Bestimmungen in der Regelversorgung mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Die Erweiterung gilt allerdings nur innerhalb des jeweiligen Versorgungssektors und ermöglicht nach Absatz 2 Abweichungen von den Regelungen für diesen

Versorgungssektor. Die Erweiterung ermöglicht keine Abweichung etwa vom ärztlichen Verordnungsvorbehalt, von dem Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus über die Möglichkeit des Absatzes 3 Satz 2 hinaus oder von den berufsrechtlichen Bestimmungen der jeweiligen Leistungserbringer.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird festgelegt, dass sich die besondere Versorgung auf einzelne Regionen beschränken beziehungsweise regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abbilden kann. Für überregional tätige Kassen ist es wichtig, dass sie die Teilnahme an Selektivverträgen mit regionalem Bezug auf die in einer Region versicherten Personen beschränken können. Zwar können alle Kassen im Hinblick auf die teilnehmenden Leistungserbringer differenzieren (vgl. SG Marburg Beschl. v. 18.12.2007 – S 12 KA 475/07, BeckRS 2008, 50031). In der Aufsichtspraxis ist jedoch strittig, ob auch im Hinblick auf den teilnehmenden Personenkreis regional differenziert werden darf, oder ob allen Versicherten unabhängig vom Wohnort ein Beitrittsrecht zusteht. Ein bundesweites Beitrittsrecht für alle Versicherten wäre nicht praktikabel und würde ein erhebliches Hindernis für die Beteiligung der Krankenkassen an regionalen Versorgungsinnovationen bedeuten. Kleinere regionale Kassen hätten einen Wettbewerbsvorteil bei der Entwicklung von Versorgungsinnovationen. Die Möglichkeiten des § 140a sind jedoch wichtig für die Krankenkassen, um neue Versorgungsformen zu testen und sich im Wettbewerb von anderen Kassen unterscheidbar zu machen. Daher ist auch bei überregional tätigen Kassen die regionale Beschränkung und die damit verbundene Ungleichbehandlung von Versicherten abhängig von ihrem Wohnort gerechtfertigt. Bei erfolgreichen Verträgen ist davon auszugehen, dass die Kassen gewonnene Erkenntnisse auch bei Vertragsschlüssen in anderen Regionen berücksichtigen. Letztlich profitieren damit mittelfristig alle Versicherten von regional entwickelten Innovationen. 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, Bundestagsdrucksache 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 besonderen 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 cc

Altverträge, die nach § 73a, § 73c und § 140a in der bis 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, wurden durch die Änderungen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) in § 140a zusammengeführt und es wurde ihre Fortgeltung angeordnet. 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 dauerhaft nicht gerechtfertigt und bis Ende 2024 zu beenden. Da die Rechtsgrundlagen einen weitgehend gleichen Gestaltungsspielraum ermöglichen, können sich die Kassen darauf beschränken, die Verträge ohne weitgehende inhaltliche Änderung anzupassen. Die Vertragspartner haben jedoch auch die Möglichkeit, Verträge inhaltlich neu zu verhandeln oder zu beenden. Die Krankenkassen werden damit zu einer kritischen Überprüfung ihres Vertragsaltbestandes angehalten.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

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 §

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

140a Absatz 2 Satz 4 (neu) an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung als erfüllt angesehen werden können. Die gesetzliche Fiktion im neuen Absatz 2 Satz 5 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 nach dem neuen Satz 6 auch auf Fälle, in denen nur wesentliche Teile der geförderten neuen Versorgungsform in einem Vertrag nach § 140a fortgeführt werden, um den Vertragspartnern Flexibilität für ggf. erforderliche Anpassungen an einzelne Bestandteile der neuen Versorgungsform zu ermöglichen, zum Beispiel zur Berücksichtigung von im Projekt gesammelten Erfahrungen oder aufgrund von geänderten Rahmenbedingungen. Aus Gründen der Gleichbehandlung gilt die Fiktion auch für die Übertragung solcher Versorgungsformen auf andere Regionen, wobei der Vertrag nach § 140a dann ggf. von anderen Vertragspartnern geschlossen wird.

Gleichzeitig wird der bisherige Satz 4 gestrichen, wonach die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens nach vier Jahren nachweisbar sein muss und die Aufsichtsbehörde auch ohne konkreten Hinweis auf einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Nachweise nach § 88 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) verlangen kann. Es ist nicht auszuschließen, dass sich erprobte Konzepte im Verlauf als unwirtschaftlich oder nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten erweisen. In solchen Fällen werden die Krankenkassen jedoch im Rahmen ihrer unternehmerischen Verantwortung eigenständig in der Lage und bestrebt sein, Fehlentwicklungen zu korrigieren. Einer besonderen Nachweispflicht der Wirtschaftlichkeit nach vier Jahren bedarf es daher nicht. Vielmehr reichen die Regelungen des § 71 Absatz 6 SGB V, die eine anlassbezogene repressive Aufsicht im Falle einer Rechtsverletzung ermöglichen, und die weiterhin geltenden allgemeinen Aufsichtsregelungen nach § 87 bis § 90a SGB IV, die auch eine Überprüfung der Einhaltung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V ermöglichen, aus.

Zu Doppelbuchstabe bb

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 legt fest, dass für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Krankenkassen, die beispielsweise zur Mitgliederberatung nach § 14 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch 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). Eine solche Übertragung kann z. B. bei über verschiedene Sozialleistungsbereiche hinausgehenden Projekten wirtschaftlich und für die Versicherten sinnvoll sein. Externe könne hier unter Umständen einen besseren Überblick über die zu beachtenden Regelungen der verschiedenen Leistungsbereiche haben als Krankenkassenmitarbeiter oder Leistungserbringer, die allein die krankenversicherungsrechtlichen Belange im Blick haben. Die Regelung legt fest, dass 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. Die Anordnung der entsprechenden Geltung des § 11 Absatz 4 Satz 5 bewirkt, dass die beauftragten Dritten die Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen und die dazu erforderliche Übermittlung von Daten – wie beim Entlassmanagement – nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten durchführen dürfen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Zu Nummer 3a

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Leistungsträger sowie die in diesen Bereichen tätigen Leistungserbringer. 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 verschiedenen Rehabilitationsträgern und -einrichtungen) oder gemeinsame gesundheitsbezogene Versorgungsprojekte vereinbart werden (zum Beispiel gemeinsame Projekte mit den Sozialhilfeträgern der Länder).

Zu Nummer 3b

Die Vorschrift ermöglicht die Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an besonderen Versorgungsformen der Krankenkassen, die neben den Versicherten in der GKV auch für Versicherte in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zugänglich sind. Da der Abschluss der Verträge freiwillig ist, können die gesetzlichen Krankenkassen entscheiden, ob sie von der Möglichkeit des Vertragsschlusses mit privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Ergänzung in Nummer 7 erweitert den Kreis der möglichen Verbände 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. Es ist dabei unerheblich, ob die Verbände regional oder bundesweit organisiert sind oder welche konkrete Organisationsform die Verbände haben. Entscheidend ist, dass sie in der Lage sind, die Vertragsinhalte umzusetzen. Damit können auch andere Verbände 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 Dreifachbuchstabe ccc

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 Doppelbuchstabe bb

Mit dem neuen Satz 3 wird dem Anliegen von § 12a des Behindertengleichstellungsgesetzes entsprochen, der öffentliche Stellen des Bundes verpflichtet, ihre Webseiten und mobilen Anwendungen spätestens bis zum 23. Juni 2021 barrierefrei zu gestalten. Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass auch Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen im Rahmen der besonderen Versorgung zur barrierefreien Gestaltung verpflichtet sind.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 3a

Die Vorschrift ermöglicht mit Satz 1 Nummer 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 von 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 nicht selbst Antragsteller sind und die nach dem Förderzeitraum auf freiwilliger Basis von Krankenkassen weitergefördert werden können. Die Regelung ermöglicht nicht die Förderung von Projekten von in Absatz 3 genannten Vertragspartnern, die nicht als Leistungserbringer gelten, also Pharmaunternehmen, Herstellern von Medizinprodukten, Anbietern digitaler Dienste und der privaten Krankenversicherung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit Satz 1 Nummer 2 wird ermöglicht, dass sich die Krankenkassen an Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger beteiligen können, bei denen die gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nur einen Teilbereich des Projekts ausmachen und damit teilweise „versicherungsfremd“ sind. Die finanzielle Förderung kann nach dem neuen Satz 2 dann den versicherungsbezogenen Anteil umfassen. Durch die Ergänzung, dass die Beteiligung dem Zweck der GKV 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 GKV haben müssen. Auch das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 kann im Rahmen einer besonderen Versorgung organisiert werden. Dies folgt aus § 11 Absatz 4 Satz 6. Da es sich um freiwillige Beteiligungen der Krankenkassen handelt, besteht kein gesetzlicher Anspruch anderer Kostenträger oder Leistungserbringer auf finanzielle Förderung.

Zu Absatz 3b

Die Regelung ermöglicht es, dass Verträge auch über eine aus medizinischen oder sozialen Gründen erforderliche Einzelfallversorgung und über eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung in Fällen abgeschlossen werden können, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen auch außerhalb der Regelversorgung erfüllt sind. Die Verträge können mit nicht für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden. Aus § 72 Absatz 1 Satz 2 folgt, dass dies auch für die vertragspsychotherapeutische und vertragszahnärztliche Versorgung gilt.

Versicherte erhalten Leistungen der GKV gemäß § 2 Absatz 2 grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen der nach den jeweiligen leistungserbringerrechtlichen Regelungen für die Leistungserbringung in der GKV zugelassenen Leistungserbringer. 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 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 im Rahmen der vom Versicherten selbst gewählten Kostenerstattung nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse, die erteilt werden kann, wenn medizinische oder soziale Gründen eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine der Versorgung in der GKV zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist (§ 13 Absatz 2) oder als von der Krankenkasse vorgesehene freiwillige Satzungsleistung (§ 11 Absatz 6 Satz 1). 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, regelmäßig tödlicher oder wertungsmäßig vergleichbarer Erkrankungen, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der GKV 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 GKV 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 Satz 2 auch den Abschluss von Verträgen nach Satz 1 mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, wenn etwa bisherige Behandlungsversuche durch zugelassene Leistungserbringer nicht erfolgreich waren (etwa in der Diagnostik seltener Erkrankungen).

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Vorschrift ermöglicht vertragliche Beziehungen mit nicht zur Versorgung in der GKV zugelassenen Leistungserbringern nur im Ausnahmefall. Sie schafft für die Krankenkassen eine Möglichkeit, in den in Satz 1 beschriebenen eng begrenzten Fällen, in denen der Versicherte einen Leistungsanspruch hat, diesen Leistungsanspruch durch eine leistungserbringerrechtliche Regelung mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern zu gestalten.

Zu Nummer 7

Durch die Wirtschaftskrise, die die COVID-19-Pandemie ausgelöst hat, werden für die GKV nicht nur im Jahr 2020 sondern auch im Jahr 2021 erhebliche konjunkturbedingte Mindereinnahmen erwartet. Zugleich ergeben sich für die GKV durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie und ihrer Folgen erhebliche Mehrausgaben, die aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen werden. Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, die Lohnnebenkosten zu den verschiedenen Sozialversicherungszweigen bis zum Jahr 2021 auf insgesamt maximal 40 Prozent zu begrenzen. Die hierfür erforderlichen zusätzlichen Finanzbedarfe werden zum Teil aus dem Bundeshaushalt gedeckt.

Die Regelung sieht daher in Satz 1 für den Bereich der GKV im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds vor. Dieser dient dazu, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a für das Jahr 2021 weitestgehend stabil zu halten. Zur Verbesserung der Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds im Jahr 2020 hat der Bund bereits zum 15. Juli 2020 im Rahmen des Nachtragshaushalts für die zweite Jahreshälfte 2020 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds überwiesen. Dieser Betrag stellt jedoch nur einen teilweisen Ausgleich der Belastungen des Gesundheitsfonds dar und reicht nicht aus, um die Stabilität des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auch für das Jahr 2021 sicherzustellen. Der vom Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises bis zum 1. November 2020 für das Jahr 2021 bekannt zu gebende durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a ist eine wesentliche Orientierungsgröße für die Haushaltsplanungen und die individuellen Entscheidungen der Krankenkassen über die Höhe ihrer Zusatzbeitragssätze.

Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht am Gesundheitsfonds beteiligt ist, bedarf es in Satz 2 einer separaten Regelung für den Anteil der landwirtschaftliche Krankenkasse am Bundeszuschuss. Der Anteil, den der Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenkasse überweist, beträgt 30 Mio. € Dieser zusätzliche Bundeszuschuss soll auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung infolge der Corona-Pandemie entstandene Mehrausgaben teilweise ausgleichen, um deutliche Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden.

Zu Nummer 8

Nach Absatz 1 Satz 4 dürfen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange sie ausweislich ihrer letzten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse über Finanzreserven verfügen, die eine Monatsausgabe übersteigen. Durch die Änderung entfaltet das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot bei Finanzreserven seine Wirkung, die das 0,8-Fache einer Monatsausgabe überschreiten. Durch die Absenkung sollen die Krankenkassen motiviert werden, ihre überschüssigen Finanzreserven konsequent abzubauen und dies ihren Mitgliedern über stabile oder niedrigere Beiträge zugutekommen zu lassen. Die Absenkung ist angemessen, da der Betrag der verbleibenden Finanzreserven dem Vierfachen der gesetzlichen Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben nach § 261 Absatz 2 Satz 1 entspricht.

Zu Nummer 9

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 1 wird die Obergrenze für die Pflicht zum stufenweisen Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen von einer Monatsausgabe auf das 0,8-Fache einer Monatsausgabe abgesenkt. Die Absenkung dient dazu, dass die Krankenkassen ihre überschüssigen Finanzreserven durch Absenkung ihrer Zusatzbeiträge oder durch stabile Zusatzbeiträge konsequent abbauen. Die Absenkung ist angemessen, da der Betrag der verbleibenden Finanzreserven dem Vierfachen der gesetzlichen Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben nach § 261 Absatz 2 Satz 1 entspricht.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Die neuen Sätze 2 und 3 entsprechen dem Wortlaut der bisherigen Absätze 4 und 5 mit einer Anpassung. Die redaktionelle Verschiebung erfolgt, um den § 271 neu und übersichtlicher zu strukturieren und da die Vorgaben

den Absatz 1 Satz 1 inhaltlich ergänzen. Im neuen Satz 2 werden zudem die §§ 270a und 271 mit Bezug auf die Mittelverwendung des Gesundheitsfonds ergänzt.

Zu Buchstabe b

Die Anpassung in Absatz 1a berücksichtigt, dass gemäß § 270a Absatz 3 nach dem Abschluss des Einkommensausgleichs auch ein Teil des Gesamtbetrags der Zusatzbeiträge nach § 242 der Liquiditätsreserve zugeführt werden kann. Es handelt sich daher um eine Klarstellung ohne inhaltliche Änderung. Zudem wird die Angabe „Absatz 1“ aufgrund der neuen Sätze im Absatz 1 redaktionell ergänzt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Anpassung in Absatz 2 Satz 3 wird das Bezugsjahr für die Bemessung einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds bestimmt, aus der sich die Höhe der Mindestreserve zum Ablauf eines Geschäftsjahres ergibt. Die durchschnittliche Monatsausgabe ergibt sich aus dem Zuweisungsvolumen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds in dem betreffenden Geschäftsjahr. Das Zuweisungsvolumen, das für die Zuweisungen nach den §§ 266, 268 und 270 zur Verfügung steht, entspricht den voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der Prognose, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a für das betreffende Geschäftsjahr zugrunde gelegt hat.

Die Verpflichtung zum Vorhalt einer Mindestreserve beinhaltet die Verpflichtung zum Aufbau.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherigen Sätze 6 bis 9 werden als neue Absätze 4 bis 6 mit dem Ziel einer verbesserten Übersichtlichkeit neu gefasst und daher hier aufgehoben.

Zu Buchstabe d

Durch die Anpassung des Absatzes 3 Satz 1 werden die Zwecke, für die die Mittel des Gesundheitsfonds eingesetzt werden und für die sie daher nach dem neuen Absatz 1 Satz 2 zur Verfügung zu stehen haben, klargestellt. Neben den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich nach § 266 sind dies die Zuweisungen nach den §§ 268, 270 und 270a. § 271 selbst ist hier nicht aufzuführen, da die Vorhaltung einer Liquiditätsreserve und die Darlehen an Krankenkassen nach Absatz 2a bei der Frage von Liquiditätsdarlehen an den Gesundheitsfonds nach Absatz 3 nicht relevant sind.

Zu Buchstabe e

In den neuen Absätzen 4 bis 7 werden der bisherige Absatz 2 Satz 6 bis 9 und der bisherige Absatz 6 ohne inhaltliche Änderung neu gefasst.

Der neue Absatz 4 Satz 1 entspricht dem bisherigen Absatz 2 Satz 9. Der neue Absatz 4 Satz 2 entspricht dem bisherigen Absatz 2 Satz 6 und wird sprachlich an die Formulierung des neuen Satzes 1 angepasst. Zudem wird die Angabe „Absatz 1“ aufgrund der neuen Sätze im Absatz 1 redaktionell ergänzt.

Der neue Absatz 5 entspricht dem bisherigen Absatz 2 Satz 7.

Der neue Absatz 6 entspricht dem bisherigen Absatz 2 Satz 8.

Der neue Absatz 7 entspricht dem bisherigen Absatz 6. Dessen zweiter Satz entfällt durch die Neufassung, da eine weitergehende Konkretisierung der Vorgabe nach Satz 1 weder erforderlich ist noch bislang in der Risikostrukturausgleichsverordnung erfolgt ist.

Zu Nummer 11

Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 Satz 1 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zugeführt. Dies dient – neben den übrigen Maßnahmen – der Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a im Jahr 2021. Hierfür werden die Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die ausweislich ihrer dem

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

BMG über den GKV-Spitzenverband bis zum 14. August 2020 gemeldeten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 2020 (Statistik KV 45) zwei Fünftel der durchschnittlichen Monatsausgaben überschreiten, in Höhe von 66,1 Prozent herangezogen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden damit im Jahr 2021 einmalig rund 8 Milliarden Euro zugeführt.

Die Finanzreserven der landwirtschaftlichen Krankenkasse werden nicht herangezogen. § 260 gilt für diese entsprechend in Verbindung mit § 51 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989), auf den im neuen § 272 Absatz 1 kein Bezug genommen wird.

Durch die Regelung wird im Ergebnis vermieden, dass Beitragszahler von einzelnen Krankenkassen im Jahr 2021 über höhere Zusatzbeiträge in erheblichem Maße belastet werden müssen, solange andere Krankenkassen über hohe Finanzreserven verfügen. Die Regelung dient damit dem Ziel einer gerechten Verteilung der Beitragsbelastung der Mitglieder verschiedener Krankenkassen, auch aufgrund der finanziellen Folgen in der GKV durch die COVID-19-Pandemie. Die Beitragsgelder der Mitglieder finanzieren nicht ausschließlich die Aufgaben der eigenen Kasse, sondern bei gesetzlichen Ausgleichsverpflichtungen – wie dem Risikostrukturausgleich – auch die Aufgaben anderer Krankenkassen. Durch die Regelung wird, um die finanziellen Folgen der COVID-19-Pandemie zu bewältigen, ein weiterer einmaliger bundesweiter und kassenübergreifender Solidarausgleich in der GKV begründet und werden die finanziellen Lasten gleichmäßiger auf die Mitglieder der GKV verteilt.

Entsprechend setzt die Regelung auch einen hohen Anreiz für Krankenkassen, auf übermäßige Finanzreserven zugunsten von stabilen Zusatzbeitragssätzen zu verzichten. So dienen die Finanzreserven einer Krankenkasse dem Ziel, ihre finanzielle Leistungsfähigkeit unterjährig sicherzustellen. Die Rücklage dient als Reserve für den Fall, dass zum Beispiel unterjährige Einnahme- und Ausgabeschwankungen nicht durch Betriebsmittel gedeckt werden können. Freie Rücklagen können durch gesetzliche Krankenkassen gerade nicht gebildet werden.

Die Grenze von zwei Fünfteln der durchschnittlichen Monatsausgabe einer Krankenkasse, ab der Finanzreserven der Krankenkassen überhaupt erst herangezogen werden, ist angemessen. Zum einen handelt es sich um das Doppelte der Mindestrücklage nach § 261 Absatz 2 Satz 2. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Mindestrücklage bereits die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse sicherstellt. Zum anderen wird ein prozentualer Anteil der das Doppelte der Mindestreserve überschreitenden Finanzreserven herangezogen. Dadurch wird sichergestellt, dass der an den Gesundheitsfonds zu zahlende Betrag von der jeweiligen Höhe der Finanzreserven der einzelnen Krankenkasse und damit von ihrer jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit abhängt. Gleichzeitig wird das Verhältnis zwischen der Höhe der Finanzreserven und der Höhe der durchschnittlichen Monatsausgaben für die Krankenkassen mit hohem Vermögen nicht verändert. Alternativ könnten die Finanzreserven oberhalb einer – höher anzusetzenden Obergrenze – vollständig herangezogen werden. Dies würde eine wesentlich stärkere Belastung der betroffenen Krankenkassen nach sich ziehen und gleichzeitig die Rangfolge der vorgehaltenen Finanzreserven verändern. Der hier gewählte Weg greift daher weniger stark in den Wettbewerb der Krankenkassen ein und ist vorzuziehen.

Die Rechengrößen für das BAS sind nach Satz 2 aus den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen der Krankenkassen für das erste Halbjahr des Jahres 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 auf Basis der Statistik KV 45 zu entnehmen. Dies gilt für die Höhe der Finanzreserven ebenso wie für die durchschnittlichen Monatsausgaben. Dadurch wird die – unter Berücksichtigung des Zwecks der Regelung – möglichst aktuelle finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen berücksichtigt, ohne dass die maßgeblichen Parameter durch die einzelnen Krankenkassen vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens noch beeinflusst werden können.

Ausnahmeregelungen für Krankenkassen, die sich nicht für alle Versicherten geöffnet haben, sind nicht erforderlich. Die Zielsetzung der Regelung, die Beitragsbelastung der Mitglieder verschiedener Krankenkassen gerechter zu verteilen, betrifft diese in gleichem Maße wie alle anderen Krankenkassen. Gründe für eine reduzierte Belastung sind nicht ersichtlich. Dies gilt auch für Krankenkassen, denen die Aufsicht nach § 260 Absatz 2 Satz 2 auf Antrag eine höhere Obergrenze zugestanden hat, da es hier nur um einen prozentualen Anteil geht.

Die Regelung steht unabhängig neben der Vorgabe des § 260 Absatz 2a und berührt diese nicht. Eine Krankenkasse, deren Finanzreserven nach § 272 Absatz 1 und 2 herangezogen wurden und die auch danach die Obergrenze für die Finanzreserven überschreitet, unterliegt weiterhin der Abbauverpflichtung nach § 260 Absatz 2a.

Zu Absatz 2

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Absatz 2 regelt das Verfahren der Geltendmachung der nach Absatz 1 auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge. Das BAS erlässt Bescheide gegenüber den einzelnen Krankenkassen über die Höhe der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Beträge. Die Forderung des Gesundheitsfonds gegen die jeweilige Krankenkasse wird nach Satz 2 mit den der Festsetzung des Betrages folgenden monatlichen Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkasse verrechnet, da dies zu einem vereinfachten Verwaltungsverfahren führt. Dabei wird die Verrechnung in gleichen Teilbeträgen auf alle der Festsetzung des Betrages folgenden monatlichen Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2021 verteilt. Eine Berücksichtigung im ersten Grundlagenbescheid für das Ausgleichsjahr 2021 nach § 16 Absatz 2 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist nicht möglich, da dieser vor Inkrafttreten dieses Gesetzes im November 2020 durch das BAS erlassen wird.

Um dem Gesundheitsfonds die benötigten Mittel im Jahr 2021 zur Verfügung zu stellen und das Ziel der gerechten Verteilung der Beitragsbelastung zwischen den Mitgliedern der GKV im Jahr 2021 nicht zu gefährden, entfällt die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen die Bescheide des BAS und die darauf beruhende Verrechnung mit den monatlichen Zuweisungen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

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 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 wird daher mit der Einführung des neuen § 4 Absatz 10 ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt. Damit werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen für Hebammen oder für Hebammen unterstützendes Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe gefördert wird. Dadurch wird auch eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen 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 Förderungsfähigkeit die durchschnittliche Anzahl an Geburten in den drei Jahren von 2017 bis 2019 in dem jeweiligen Krankenhaus zugrunde gelegt. Die Förderung von unterstützendem Fachpersonal zur Entlastung der Hebammen ist auf 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl beschäftigter Hebammen in der Fachabteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie des zu fördernden Krankenhauses begrenzt. Mit der Begrenzung soll u. a. sichergestellt werden, dass das zusätzlich eingestellte Personal ausschließlich Hebammen unterstützt und der unter Qualitätsgesichtspunkten erforderliche Hauptanteil der Betreuung von Schwangeren unter der Geburt bei der Hebamme verbleibt.

Voraussetzung für die Förderung durch das Hebammenstellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2020 zusätzliche Hebammen und zusätzliches unterstützendes 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 7 durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Stellen auf Stationen der Geburtshilfe zu belegen. Die Regelungen in den Sätzen 1, 3 und 6 geben vor, dass eine im Vergleich zum Stichtag am 1. Januar 2020 neu eingestellte Hebamme bzw. zeitlich aufgestockte Teilzeitstelle von Hebammen im Verhältnis von 0,5 Vollzeitstellen je 500 Geburten und Stellen des unterstützenden Fachpersonals auf Stationen der Geburtshilfe bis zu einem Anteil von 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Hebammenstellen 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 und diese unterstützendes 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.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der GKV-Spitzenverband berichtet jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2022 und letztmalig in Form eines Abschlussberichts zum 30. Juni 2024 dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für unterstützendes Fachpersonal, die auf Grundlage des Hebammenstellen-Förderprogramms erfolgt sind. In dem Bericht ist neben der Anzahl der zusätzlich finanzierten Stellen auch darzulegen, ob die Förderung dazu beigetragen hat, das durchschnittliche Betreuungsverhältnis von Hebammen zu Schwangeren von mindestens 1:2 zu erzielen.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung wird eine über die bisherige zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum hinausgehende Finanzierung dieser Krankenhäuser, differenziert nach der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen ab dem Jahr 2021 ermöglicht. Demnach erhalten alle Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurden, mindestens 400 000 Euro jährlich. Sofern ein förderungsfähiges Krankenhaus mehr als zwei Fachabteilungen vorhält, die Leistungen im Sinne des § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 SGB V erbringen (sogenannte basisversorgungsrelevante Fachabteilungen), kann es je weiterer basisversorgungsrelevanter Fachabteilung zusätzlich 200 000 Euro jährlich erhalten. Aufgrund der bislang vier basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen, die der G-BA festgelegt hat, sind die zusätzlichen Mittel derzeit auf maximal 800 000 Euro pro Krankenhaus begrenzt. Hierdurch wird der Erhalt basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen im ländlichen Raum gefördert.

Zu Nummer 3

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach geltender Rechtslage jährlich bis zum 30. Juni eine Liste von Krankenhäusern zu vereinbaren, welche die Vorgaben des G-BA zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V, erfüllen und in der Folge jährlich eine zusätzliche Finanzierung gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG erhalten. Mit der anstehenden Beschlussfassung des G-BA im Laufe des Jahres 2020 werden Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V 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 bis zum 31. Dezember 2020 um die Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erweitert werden kann, die den Vorgaben der noch im Laufe des Jahres 2020 anstehenden Beschlussfassung des G-BA entsprechen. Dabei kann die Liste vom 30. Juni 2020 lediglich zusätzliche Krankenhausstandorte aufnehmen. Durch die Regelung können Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin, sofern sie die gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V beschlossenen Vorgaben erfüllen, bereits ab dem Jahr 2021 von der zusätzlichen Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG 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

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

Zu Nummer 2

Die zur Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Kranken- und Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst dienende Regelung nach § 18 Absatz 6a Satz 5 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.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 3

Im Zuge einer ersten Stufe in Richtung einer Umsetzung und Vorbereitung der 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 werden den Einrichtungen schnell und unbürokratisch zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte mittels eines Vergütungszuschlags finanziert. Das Verfahren für die Zahlung des Vergütungszuschlages greift das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 auf.

Zu Nummer 4

Mit Absatz 9 wird insbesondere festgelegt, auf welcher Grundlage die Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal vereinbart werden können.

Finanziert werden Stellen für Pflegehilfskräfte mit einer abgeschlossenen Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz. AT 17.02.2016 B3) erfüllen (Qualifikationsniveau 3 – QN 3 - im Zweiten Zwischenbericht zum Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c) oder für Pflegehilfskräfte, die eine solche Ausbildung bereits begonnen haben. Darüber hinaus werden auch Stellen für Pflegehilfskräfte ohne eine entsprechende Ausbildung finanziert (QN 1 und QN 2), wenn sie bis zum Ablauf von drei Jahren eine solche Ausbildung beginnen. Dies müssen die vollstationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen, es sei denn, dass ihnen dies aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat (z. B. fehlende Ausbildungsplätze in zumutbarer Entfernung, Ausscheiden der für die Ausbildung vorgesehenen Pflegehilfskraft), unmöglich ist. Welche Qualifikationen für QN 1 und QN 2 hinreichend sind, soll im Roadmapprozess der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart werden.

Jede vollstationäre Pflegeeinrichtung kann Vergütungszuschläge für zusätzliche Stellenanteile von bis zu 0,016 bis 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden vereinbaren (Nummer 2).

Grundlage für die zusätzlichen Stellenanteile sind die Ergebnisse des Projekts zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c. Der Verteilungsschlüssel der zusätzlichen Stellenanteile je Pflegebedürftigen berücksichtigt dabei die Relation der durch die Ergebnisse des oben genannten Projekts festgestellten Personalunterdeckung in den Pflegegraden. Durchschnittlich ergibt sich nach dieser Berechnungsgrundlage je Einrichtung mehr als eine zusätzliche Vollzeitstelle, die über den bewohnereinheitlich zu kalkulierenden Vergütungszuschlag von den jeweiligen Kostenträgern – bei der Pflegeversicherung für ihre Versicherten – bezahlt wird. Damit auch kleine Einrichtungen eine besetzbare Stellengröße erreichen, kann unabhängig vom Ergebnis der obigen Berechnung mindestens eine halbe Vollzeitstelle über die Vergütungszuschläge finanziert werden. Die Pflegeeinrichtung muss für den Pflegesatzzeitraum das vereinbarte zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal unabhängig von qualitativen und quantitativen Veränderungen der Bewohnerstruktur vorhalten; auch die Höhe des Zuschlags bleibt unverändert. In einem ersten Schritt sollen mit diesen Vergütungszuschlägen insgesamt bis zu 20 000 zusätzliche Vollzeitstellen im Pflegehilfskraftbereich finanziert werden. Das oben genannte Projekt hat im Bereich der Pflegehilfskräfte, insbesondere an Pflegehilfskräften mit QN 3, den größten Bedarf an Stellenaufwuchs ermittelt. Zudem lässt die aktuelle Arbeitsmarktsituation in der Pflege erwarten, dass die entsprechenden zusätzlichen Stellenanteile im Pflegehilfskraftbereich eher besetzt werden können. Zu den weiteren Schritten zur Umsetzung der Ergebnisse des Projekts, auch zur schrittweisen Anpassung der Arbeitsorganisation und kompetenzorientierten Aufgabenverteilung in einem neuen Personalmix, wird, wie in der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart, eine Roadmap unter Beteiligung der relevanten Akteure aus der Pflege entwickelt.

Notwendige Ausbildungsaufwendungen, die nicht von anderer Stelle finanziert werden, sind nach Nummer 3 berücksichtigungsfähig. Dazu kann bei Pflegehilfskräften, die eine Ausbildung im Sinne von Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a oder b durchlaufen, auch die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft vorher mindestens insgesamt ein Jahr beruflich tätig war. Als Ausbildungsaufwendungen, die von anderer Stelle finanziert werden, gelten insbesondere Förderungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch, die Finanzierung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Ausbildungsvergütung nach § 82a Absatz 2 sowie die Finanzierung der Ausbildungsvergütung über ein landesrechtlich geregeltes Umlageverfahren. Das Nähere wird vom GKV-Spitzenverband nach Absatz 10 Satz 2 festgelegt. Die Regelung unterstützt das Ziel, mehr qualifizierte Pflegehilfskräfte, insbesondere mit QN 3, für die vollstationären Pflegeeinrichtungen zu gewinnen.

Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung kann dieses Pflegehilfskraftpersonal über den Vergütungszuschlag weiterfinanziert werden.

Die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal werden nach Nummer 4 weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI berücksichtigt.

Wesentliche Voraussetzung für die Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 ist, dass es sich um zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal handelt, das über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht (Nummer 5). Dieser Personalaufwuchs kann insbesondere durch Neueinstellung, Neubesetzung oder über Stellenaufstockung erfolgen. Verbunden mit der Vereinbarung und der Abrechnung des Zuschlags erweitert sich, vergleichbar der Finanzierung durch das Pflegestellen-Förderprogramm nach § 8 Absatz 6, für alle versorgten Pflegebedürftigen in der Einrichtung ihr Anspruch auf Pflege- und Betreuungsleistungen im Umfang dieses Stellenzuwachses. Bewährte vergütungsrechtliche Verfahrensvorgaben aus § 85 Absatz 1 bis 7 sollen im Übrigen in den Verhandlungen entsprechend zur Anwendung kommen. Die landesspezifischen Vorgaben zur Personalausstattung einschließlich der ordnungsrechtlichen Fachkraftquoten der Landesheimrechte bleiben von diesem zusätzlichen Personalstellenförderprogramm unberührt.

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

Absatz 10 verfolgt das Ziel, eine kontinuierliche Information über die Ausgabenentwicklung, die Struktur und den Aufwuchs der zusätzlichen Stellen zu gewährleisten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsweise hierzu zu berichten.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird zudem beauftragt, zur Förderung einer einheitlichen Rechtsanwendung in den Ländern im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen die weiteren Details zum Vereinbarungsverfahren sowie zur Erfüllung seines Berichtsauftrages festzulegen.

Absatz 11 soll eine schnelle und effiziente Umsetzung dieser ersten Stufe zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens ermöglichen. Deshalb wird zu Beginn ein vereinfachtes Verfahren vorgesehen, nach dem die vollstationären Pflegeeinrichtungen bis zur Vereinbarung des Vergütungszuschlages den von ihnen ermittelten Vergütungszuschlag den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern mitteilen können. Dabei müssen zwingend die im Gesetz aufgeführten Angaben übermittelt werden.

Mit dem vereinfachten Mitteilungsverfahren ist keine Verhandlung verbunden. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung teilt die wesentlichen Ausgangsdaten für die Berechnung des Vergütungsschlages nach § 84 Absatz 9 den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern mit. Die Vertragspartner nach § 85 Absatz 2 befinden angelehnt an das Verfahren zur Überleitung der Pflegesätze nach § 92f SGB XI in der Fassung vom 1. Januar 2016 ihrerseits ohne schuldhaftes Zögern über mögliche Beanstandungen dieser Ausgangsdaten. Der Vergütungszuschlag kann erst berechnet werden, nachdem etwaige Beanstandungen behoben sind.

Das vereinfachte Verfahren soll bis zur Vereinbarung des Vergütungszuschlages praktikabel den gewünschten Stellenaufwuchs durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal finanzieren.

Für das vereinfachte Verfahren ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bereitzustellen hat und das mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen ist. Diese vorläufige Verfahrensweise soll regelmäßig im Rahmen der nächsten Pflegesatzverhandlung durch eine Vereinbarung nach Absatz 9 Satz 1 abgelöst werden. Davon unbeschadet kann bei

Aufforderung einer Vertragspartei der Vergütungszuschlag nach Absatz 9 Satz 1 der Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 vergleichbar dem Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 8 auch losgelöst von der laufenden Pflege-satzvereinbarung vereinbart werden. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.

Zu Artikel 4 (Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung)

Die Vorschrift regelt, dass § 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung aufgehoben wird.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt - vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 - das Inkrafttreten am 1. Januar 2021.

Zu Absatz 2

Die Regelungen zur Heilmittelversorgung und zu den Heilmittelverträgen sollen ihre Wirkung bis spätestens zum 1. Oktober 2020 entfalten, weshalb sie mit Wirkung zum Datum des Kabinettschlusses in Kraft treten sollen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht ein Inkrafttreten der Regelungen zu den §§ 221a, 242 Absatz 1 Satz 4, 260 Absatz 2 und 272 SGB V am Tag der zweiten Lesung des Gesetzentwurfs vor. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Regelungen im Rahmen der im Herbst 2020 stattfindenden Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das Jahr 2021 sowie bei den Aufsichtsbehördenprüfungen geplanter Zusatzbeitragssatzveränderungen sowie des Abbaus überschüssiger Finanzreserven berücksichtigt werden können.

Damit die Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits ab dem Jahr 2021 von der zusätzlichen Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum profitieren können, ist die Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des G-BA zu § 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 zweiten Lesung im Deutschen Bundestag in Kraft treten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Absatz 1 NKRK**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (NKR-Nr. 5426, BMG)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	keiner
Wirtschaft	
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 582.000 Euro
Verwaltung (Sozialversicherung)	
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 132.00 Euro
Weitere Kosten	Für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung fallen einmalig Weitere Kosten i.H.v. rund 15,5 Mio. Euro an. Die private Pflegepflichtversicherung wird einmalig mit Weiteren Kosten i.H.v. rund 50 Mio. Euro belastet.
Insgesamt	
Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

II. Im Einzelnen

Ziel des Regelungsvorhabens ist die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Relevant für den Erfüllungsaufwand sind insbesondere die folgenden Regelungen:

- Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie;
- Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken und zur zielgerichteten Berücksichtigung regionaler Bedarfe;
- Hebammenstellen-Förderprogramm zur besseren Versorgung von Schwangeren;
- Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen;

- Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege.

II.1. Erfüllungsaufwand

Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand durch Schätzung ermittelt.

Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger fällt kein Erfüllungsaufwand an.

Wirtschaft

Hebammenstellen-Förderprogramm

Im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms erwartet das BMG nachvollziehbar für die rund 555 betroffenen Krankenhäuser in den Jahren 2021 bis 2023 (Laufzeit des Förderprogramms) einen zusätzlichen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 520.000 Euro. Hiervon entfallen rund 375.000 Euro auf die Erstellung von Nachweisen und für die Vorbereitung der Budgetvereinbarungen bei einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von vier Stunden pro Fall und Jahr ($3 \cdot 555 \cdot 4 \text{ Stunden} \cdot 56,40 \text{ Euro}$). Daneben fällt einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 142.000 Euro für einen Jahresabschlussprüfer an, der pro Fall und Jahr rund eine Stunde tätig ist ($3 \cdot 555 \cdot 1 \text{ Stunde} \cdot 85,20 \text{ Euro}$).

Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zur Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals können die vollstationären Pflegeeinrichtungen gesonderte Vergütungszuschläge vorab beantragen (vereinfachtes Verfahren) oder - nach Bekanntmachung der Festlegungen des GKV- Spitzenverbandes - im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Pflegesatzverhandlungen mit vereinbaren.

Wenn rund 4.000 vollstationäre Pflegeeinrichtungen das vereinfachte Antragsverfahren in Anspruch nehmen, entsteht den Trägern bei einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von 30 Minuten ein nachvollziehbarer einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 62.000 Euro ($4.000 \cdot 0,5 \text{ Stunden} \cdot 31 \text{ Euro}$). Wird der Vergütungszuschlag hingegen im Rahmen des regulären Pflegesatzverfahrens ausgehandelt, entsteht lediglich geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da entsprechende Verhandlungen sowieso routinemäßig anfallen.

Verwaltung (Sozialversicherung)

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

Für die erleichterte Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie können die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Krankenkassen auf Landesebene die Honorarverteilungsmaßstäbe anpassen. Umgesetzt wird dies in den Finanz- und EDV-Abteilungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Der anfallende zeitliche Aufwand beläuft sich auf rund 328 Stunden. Hierfür schätzt das BMG nachvollziehbar einen zusätzlichen einmaligen Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 15.000 Euro. (328 Stunden*43,34 Euro).

Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Den gesetzlichen Krankenkassen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand, da Altverträge, die auf Basis der derzeitigen Rechtslage am 22. Juli 2015 geschlossen wurden, bis zum 31. Dezember 2024 an die neue Rechtslage anzupassen sind. Die Höhe des entstehenden zusätzlichen einmaligen Erfüllungsaufwands kann vom BMG nachvollziehbar nicht quantifiziert werden. Die Anzahl der umzustellenden Selektivverträge ist nicht bekannt, da es hier keine zentrale Erfassung gibt. Hinzu kommt, dass die Verträge regelmäßig mit einer stark variierenden Zahl von Leistungserbringern geschlossen werden. Außerdem haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Verträge im Rahmen der Anpassung inhaltlich neu zu gestalten oder sich auf eine Anpassung ohne größere inhaltliche Änderungen zu beschränken.

Hebammenstellen-Förderprogramm

Im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms erhalten Krankenhäuser für die Jahre 2021 bis 2023 zusätzliche finanzielle Mittel, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal gefördert werden. In diesem Zusammenhang müssen die Krankenkassen den GKV-Spitzenverband über die zusätzlichen zu fördernden Stellen in den 555 betroffenen Krankenhäusern informieren. Die Krankenkassen benötigen für die Auswertung der Daten der einzelnen Krankenhäuser jeweils rund 10 Minuten. Insgesamt entsteht den Krankenkassen nach nachvollziehbarer Schätzung des BMG in den Jahren 2021 bis 2023 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 18.000 Euro (3*555*1/6 Stunde*64 Euro).

Weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht dem GKV-Spitzenverband für den drei Jahre in Folge zu erstellenden Bericht zum Hebammenstellen-Förderprogramm von insgesamt rund 15.000 Euro (3*80*64 Euro).

Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach geltender Rechtslage jährlich bis zum 30. Juni eine Liste von Krankenhäusern zu vereinbaren, die die Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen, die der G-BA beschließt, erfüllen und in der Folge jährlich eine zusätzliche Finanzierung erhalten. Für das Jahr 2020 sollen Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die genannten Vorgaben einbezogen werden. Für die Ermittlung der Kinderkrankenhäuser und der Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin, die die Vorgaben zur Aufnahme in die Liste erfüllen, entsteht den Vertragsparteien auf Bundesebene ein geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand.

Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zur Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals können die vollstationären Pflegeeinrichtungen gesonderte Vergütungszuschläge vorab beantragen oder - nach Bekanntmachung der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes - im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Pflegegesetzverhandlungen mit vereinbaren. Für die Pflegekassen auf Bundesebene nimmt das BMG nachvollziehbar einen Zeitaufwand von rund 130 Stunden für die Erarbeitung des Antragsverfahrens, die Erarbeitung des Prüfungs- und Berichtsregimes sowie die Bestimmung der Zahlungs- und Nachweisverfahren an. Insgesamt kann von einem zusätzlichen einmaligen Erfüllungsaufwand für die Pflegekassen auf Bundesebene in Höhe von rund 8.500 Euro (130 Stunden *64 Euro) und geringfügigen jährlichen Erfüllungsaufwand für die quartalsweise Berichterstattung ausgegangen werden.

Das BMG schätzt für die Pflegekassen auf Landesebene nachvollziehbar einen zusätzlichen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 76.000 Euro, wenn die Pflegeeinrichtungen von dem vereinfachten Antragsverfahren Gebrauch machen. Zugrunde zu legen ist eine Bearbeitungsdauer von rund 25 Minuten pro Antrag bei geschätzt 4.000 Anträgen und einem Lohnkostensatz von 45,50 Euro pro Stunde. Wird der Vergütungszuschlag hingegen im Rahmen des regulären Pflegegesetzverfahrens ausgehandelt, ist nur mit einem geringfügig erhöhten Erfüllungsaufwand zu rechnen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II.2. Weitere Kosten

Hebammenstellen-Förderprogramm

Für die Finanzierung des Hebammenstellen-Förderprogramms von 2021 bis 2023 fallen kosten-trägerübergreifend Kosten i.H.v. rund 200 Mio. Euro an, wovon auf die privaten Krankenversi-cherungen insgesamt rund 14,6 Mio. Euro (knapp 8 Prozent), auf drei Jahre gerechnet, als Wei-tere Kosten entfallen.

Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnot-wendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Durch die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für be-darfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum geht das BMG entsprechend einer Folgen-abschätzung des GKV-Spitzenverbandes davon aus, dass voraussichtlich bis zu 31 weitere Kran-kenhäuser die Voraussetzungen für die zusätzliche Finanzierung gemäß erhalten. Durch das Vorziehen der Förderung um ein Jahr entstehen der privaten Krankenversicherung Weitere Kos-ten von einmalig bis zu 900.000 Euro.

Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Für die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung entstehen insgesamt Weitere Kos-ten i.H.v. 50 Mio. Euro für die Finanzierung der zusätzlichen Personalausstattung. Angestrebt wird ein Aufwuchs von 20.000 Stellen. Die anfallenden Weiteren Kosten entsprechen dem 7 pro-zentigen Anteil der privaten Pflegepflichtversicherung an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen.

III. Ergebnis

Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Ein-wände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

Prof. Dr. Kuhlmann
Stellv. Vorsitzende

Wicklein
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.