



Spitzenverband

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 26.09.2023

zu den (fachfremden) Änderungsanträgen der Fraktionen
SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zum Pflegestudiumstärkungsgesetz

Ausschussdrucksache: 20(14)138.1 – PflStudStG

Stand: 22. September 2023

GKV–Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288-0

Fax 030 206288-88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	4
Änderungsantrag 1	4
Artikel 8a bis 8d (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Folgeänderungen im Dritten, Sechsten und Elften Buch Sozialgesetzbuch)	4
§ 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	4
Änderungsantrag 2	7
Artikel 8a – (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Verordnungsermächtigung	7
Änderungsantrag 3	11
Artikel 8a – neu (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	11
§ 65b SGB V – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland	11
Änderungsantrag 4	12
Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	12
§ 170 – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen.....	12
Änderungsantrag 6	14
Artikel 8a – neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	14
§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	14
Änderungsantrag 7	18
Artikel 8a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	18
§ 55 Absatz 3d – Nachweis der Anzahl der beitragsrechtlich berücksichtigungsfähigen Kinder 18	
Änderungsantrag 8	19
Artikel 8a – neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	19
§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	19
Änderungsantrag 9	22
Artikel 8a – neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	22
§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	22
Änderungsantrag 10	23
Artikel 8a – neu – (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	23
§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom	23

Änderungsantrag 11	26
Artikel 8a (Änderung des Infektionsschutzgesetzes), Artikel 8b (Änderung des Sozialgesetzbuchs Vierzehntes Buch) und Artikel 9 (Inkrafttreten)	26
§ 60 IfSG – Versorgung bei Impfschaden und bei Gesundheitsschäden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, § 24 SGB XIV – Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	26
Änderungsantrag 12	27
Artikel 8a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	27
§ 42a – Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	27
Änderungsantrag 14, 15, 16	29
Artikel 8a (Änderung des LogopG, ErgThG, MPhG)	29
§§ 8a und 11 LogopG , §§ 8b und 10 ErgThG, §§ 18a und 19 MPhG	29
Übergangsregelung zur Fortführung hochschulischer Ausbildungsstrukturen in der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie	29
Änderungsantrag 17	31
Artikel 8a (Änderung des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch)	31
§ 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	31
Artikel 8a (Änderung des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch)	33
§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung	33
Artikel 8b (Änderung der Apothekenbetriebsordnung).....	35
§ 17 – Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten	35
Änderungsantrag 18	36
Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	36
§ 132a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	36
Änderungsantrag 19	38
Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	38
§ 132l SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung. 38	
Änderungsantrag 20	40
Artikel 8a – neu – (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	40
§ 8 Absatz 3b Satz 5 – Verlängerung Modellprogramm Personalbemessung – ambulant.....	40

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 1

Artikel 8a bis 8d (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Folgeänderungen im Dritten, Sechsten und Elften Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 bis 6

§ 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein neuer Anspruchstatbestand für Krankengeld bei Erkrankung des Kindes bei medizinisch notwendiger Mitaufnahme von Versicherten während der stationären Behandlung ihres versicherten Kindes eingeführt werden, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Dabei soll explizit gesetzlich geregelt werden, dass die medizinischen Gründe sowie die Dauer der Mitaufnahme von der stationären Einrichtung zu bescheinigen sind und dass bis zur Vollendung des neunten Lebensjahres vom Vorliegen der medizinischen Gründe für die Mitaufnahme eines Elternteils auszugehen ist.

Darüber hinaus sollen Sonderregelungen, die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie erweiterte Ansprüche eingeräumt haben, zum Ende des Jahres 2023 aufgehoben werden. In diesem Kontext soll der Anspruchszeitraum zum 1. Januar 2024 nicht wieder auf das Vor-Corona-Niveau von 10 Arbeitstagen pro Kind und Elternteil bzw. 20 Arbeitstagen für Alleinerziehende zurückgeführt, sondern auf 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil bzw. 30 Arbeitstage für Alleinerziehende erhöht werden, längstens jedoch auf insgesamt 35 Arbeitstage pro Elternteil bzw. 70 Arbeitstage für Alleinerziehende.

Mit den Artikeln 8b bis 8d soll der neue Krankengeldtatbestand in einschlägigen Normen des SGB III, VI und IX, die die beitragspflichtigen Einnahmen regeln, nachvollzogen werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Schaffung eines neuen Krankengeldtatbestands bei Erkrankung des Kindes sind sachgerecht. Sie bewirken im Kern eine rechtliche Klarstellung im Sinne der aktuellen überwiegenden Praxis der Krankenkassen, bei medizinisch notwendiger Mitaufnahme eines Elternteils während der stationären Behandlung des Kindes einen Anspruch auf Verdienstaufschlag nach § 11 Absatz 3 SGB V im Rahmen der Rechtsauslegung einzuräumen. Wie in der Begründung zum Änderungsantrag zutreffend dargestellt wird, haben insbesondere Aussagen in der Begründung zum „Gesetz zum Erlass eines Tierarzneimittelgesetzes und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (TAMG)“, wonach neben dem Anspruch auf Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mitaufgenommene Begleitperson aus dem engsten persönlichen Umfeld nach § 44b SGB V kein Raum für die Zahlung von Entgeltsatzleistungen auf der Grundlage von § 11 Absatz 3 SGB V bleibe, zur Rechtsunsicherheit geführt, ob die bisherige Rechtsauslegung der Krankenkassen zu § 11 Absatz 3 SGB V fortgeführt werden kann. Dies würde mit dem vorgesehenen Änderungsantrag zugunsten der betroffenen Versicherten klargestellt und mit der Einbettung als neuer Krankengeldtatbestand in die Vorschrift des § 45 SGB V rechtssystematisch konsistent umgesetzt. Dieser Anspruch soll für die Dauer der medizinisch notwendigen Mitaufnahme bestehen; dies ist sachgerecht. Zu begrüßen ist ferner, dass auch Anforderungen an die Bescheinigung der Mitaufnahme durch die stationäre Einrichtung und in diesem Kontext Aussagen zur generellen Indikation bei Kindern bis zur Vollendung des neunten Lebensjahres unmittelbar in den Gesetzeswortlaut aufgenommen werden sollen. Dies ermöglicht eine rechtssichere und praxisgerechte Umsetzung.

In Bezug auf die vorgesehene Anhebung des Anspruchszeitraums auf 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil bzw. 30 Arbeitstage für Alleinerziehende, längstens jedoch auf insgesamt 35 Arbeitstage pro Elternteil bzw. 70 Arbeitstage für Alleinerziehende, ist zu berücksichtigen, dass das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes in den aktuellen Anspruchstatbeständen eine familienpolitische Leistung darstellt. Familienpolitische Leistungen werden im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung den versicherungsfremden Leistungen zugeordnet, für die eine pauschale Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen nach § 221 SGB V vorgesehen ist. Vor diesem Hintergrund sind bei einer politisch gewollten Ausweitung entsprechender Ansprüche gleichermaßen entsprechende Kompensationen vorzusehen, um Belastungen der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung für gesamtgesellschaftlich zu tragende Leistungen zu vermeiden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 26.09.2023

zu den (fachfremden) Änderungsanträgen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zum Pflegestudiumstärkungsgesetz A-Drs.: 20(14)138.1 – PflStudStG; Stand: 22. September 2023
Seite 6 von 40

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2

Artikel 8a – (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht zum einen vor, dass die mindestens alle zwei Jahre durch die Vertragsparteien nach § 115f SGB V durchzuführende Überprüfung und ggf. Anpassung des Leistungskatalogs, der der mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) neu eingeführten speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V unterliegt, anstelle zum 31.03.2025 bereits erstmals zum 31.03.2024 stattfinden soll. Damit soll die Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachter Leistungen weiter beschleunigt werden.

Zum anderen sieht die Neuregelung vor, dass der Leistungskatalog nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V auch solche Leistungen umfassen kann, die nicht im AOP-Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufgeführt sind. Dies sei erforderlich, um insbesondere die sektorengleichen Vergütungen in Form von Fallpauschalen ohne Fehlanreize umzusetzen. Das gleiche soll für die Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nach § 115f Absatz 4 SGB V gelten, die greift, wenn keine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 115f SGB V zustande kommt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet grundsätzlich gesetzgeberische Initiativen zur Förderung der Ambulantisierung und spricht sich für sektorengleiche und leistungserbringerunabhängige Vergütungen aus. Der GKV-Spitzenverband begrüßt im Besonderen die Rückgabe des Gesetzesauftrags nach § 115f SGB V an die Selbstverwaltungspartner. Die Auswahl der Leistungen sowie die Vergütung nach § 115f SGB V können nun frühzeitiger durch die Selbstverwaltungspartner überprüft und weiterentwickelt werden.

Kongruent dazu regt der GKV-Spitzenverband an, den Konfliktlösungsmechanismus für die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 bzw. Absatz 2 SGB V zu schließenden Vereinbarungen zunächst ebenso in die Selbstverwaltung zu verlagern. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eignet sich hierfür der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V.

Kritisch sieht der GKV-Spitzenverband die Fristverkürzung der erstmaligen Überprüfung und ggf. Anpassung des Leistungskatalogs nach § 115f SGB V um ein Jahr auf den 31.03.2024. Die erste Umsetzung des Gesetzesauftrages nach § 115f SGB V durch das KHPfLEG hat gezeigt, dass eine Vereinbarung innerhalb von drei Monaten sowie eine unterjährige Umsetzung der Regelung aufgrund von zahlreichen relevanten Abgrenzungs- und Abrechnungsfragen in tangierten Regelungskreisen (insbesondere zum DRG-System) nicht realisierbar war. Der „Startkatalog“ sowie die aktuell anstehende Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 115f SGB V sind nach wie vor nicht veröffentlicht. Des Weiteren bedingt der jährliche Prozess zur Weiterentwicklung des DRG-Katalogs, mit dem die spezielle sektorengleiche Versorgung nach § 115f SGB V eng verbunden ist, die (technische) Umsetzung des Leistungskatalogs und der Vergütung nach § 115f SGB V. Da die Leistungen nach § 115f SGB V im DRG-System und der Grouper-Software berücksichtigt werden müssen, gestaltet sich eine unterjährige Umsetzung des Leistungskatalogs und der Vergütung nach § 115f SGB V äußerst schwierig. Der GKV-Spitzenverband regt daher an, die Frist zur Festlegung des Leistungskatalogs sowie der Vergütung auf den 30.06. eines Jahres zu verlegen; vorzusehen ist dann ein gemeinsames Inkrafttreten von DRG-System und dem Leistungskatalog nach § 115f SGB V zum 01.01. eines Jahres. Dies sollte in § 115f SGB V explizit klargestellt werden.

In diesem Zusammenhang weist der GKV-Spitzenverband erneut daraufhin, dass den Selbstverwaltungspartnern für die Anpassung des Leistungskatalogs nach § 115f SGB V und die Vereinbarung der entsprechenden speziellen sektorengleichen Vergütung in Form von fallindividuellen Fallpauschalen die notwendigen geeigneten empirischen Kostendaten zu ambulanten Krankenhausleistungen sowie zu vertragsärztlichen Leistungen fehlen. § 115f SGB V sieht vor, dass spätestens ab 2026 die Fallpauschalen auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen sind. Bislang liegen mit den Daten nach § 21 KHEntgG und den durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen erhobenen stationären Kostendaten lediglich empirische Daten aus dem stationären Bereich vor. Letztere stehen im Übrigen nur dem InEK zur Verfügung.

Darüber hinaus ist in dem Gesetzesauftrag nach § 115f SGB V weiterhin keine Möglichkeit für die Vertragsparteien nach § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgesehen, das InEK sowie das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) für Datenerhebungen, Datenauswertungen und die Kalkulation von datenbasierten Fallpauschalen zu beauftragen.

Folglich ist bezüglich beider Punkte unbedingt eine Erweiterung des gesetzlichen Auftrags nach § 115f SGB V erforderlich. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner Stellungnahme vom 14.08.2023 zum Referentenentwurf des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) bereits einen umfassenden Formulierungsvorschlag als ergänzten Änderungsbedarf eines § 123 SGB V (NEU) sowie Änderungen der §§ 115b und 115f SGB V vorgelegt, auf den an dieser Stelle verwiesen wird.

Der GKV-Spitzenverband erkennt die operative Notwendigkeit an, gesetzlich die Möglichkeit einzuräumen, neben den Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V auch weitere Leistungen in den Leistungskatalog nach § 115f SGB V aufzunehmen, die nicht im AOP-Katalog nach § 115b SGB V enthalten sind. Aus der Gesetzesbegründung wird davon ausgegangen, dass es sich dabei um aus medizinisch-ökonomischer Sicht ähnliche Leistungen handeln soll. Hierdurch werden Fehlanreize zwischen einer vollstationären Leistungserbringung und einer Leistungserbringung nach § 115f SGB V vermieden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können allerdings für § 115f SGB V nur diejenigen Leistungen infrage kommen, die grundsätzlich ambulant erbringbar sind. Ambulante Operationen sowie stationärsersetzende Behandlungen und Eingriffe sind laut § 115b SGB V Bestandteil des AOP-Katalogs. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb vor, die für § 115f SGB V ausgewählten Leistungen auch verbindlich in den AOP-Katalog aufzunehmen. Es wird eine Frist bis zum 31.12. eines Jahres mit Wirkung für das Folgejahr vorgeschlagen, da eine Anpassung des AOP-Katalogs in der Regel zum Jahreswechsel erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

§ 115f Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023 **mit Wirkung zum 01.01. des Folgejahres**

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.“

§ 115f Absatz 2 wird wie folgt geändert:

~~„Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.“~~

„²Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie deren Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind durch den ergänzten Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung gemäß § 87 Absatz 5a SGB V im Abstand von zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens zum 30. Juni 2024, mit Wirkung zum 01.01. des Folgejahres. ³Das Institut für die Entgeltermittlung im Krankenhaus wird hierfür durch den ergänzten Bewertungsausschuss beauftragt und kann zu diesem Zweck an den Sitzungen des ergänzten Bewertungsausschusses und seinen Arbeitsgruppen und Unterausschüssen teilnehmen. Sofern eine Anpassung der Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt, sind diese Leistungen in den nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog bis zum 31.12. eines Jahres mit Wirkung zum 01.01. des Folgejahres aufzunehmen.“

§ 115f Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien **oder durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V** nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

Änderungsantrag 3

Artikel 8a – neu (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 65b SGB V – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag soll in § 65b Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V die Regelung zur Besetzung des Stiftungsrats gestrichen werden, wonach als Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die sich für die Belange von Patientinnen und Patienten einsetzen (Patientenorganisationen), nur „Ehrenamtliche“ benannt werden dürfen.

B) Stellungnahme

In der Begründung zum Änderungsantrag wird zutreffend ausgeführt, dass die Ehrenamtlichkeit allein für die Mitgliedschaft und Tätigkeit im Stiftungsrat relevant ist. Von daher kann die vorgesehene Änderung nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 4

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 170 – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Haushaltsplänen der Krankenkassen für das Haushaltsjahr 2024 soll die Bildung von Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen auf Beträge begrenzt werden, die ausweislich des aktuellen versicherungsmathematischen Gutachtens verpflichtend zu bilden sind, um die Versorgungsansprüche bis zum 31.12.2049 vollständig ausfinanziert zu haben. Die gesetzliche Option zur vorsorgenden ergänzenden Bildung von Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen soll für das Jahr 2024 ausgesetzt werden. Dies soll eine beitragsatzstabilisierende Wirkung für das Jahr 2024 haben.

B) Stellungnahme

Krankenkassen bilden keine Altersversorgungsverpflichtungen über das Notwendige hinaus, sofern hierfür eine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes erforderlich wäre. Vielmehr handelt es sich bei den freiwilligen, ergänzenden Zuführungen um Maßnahmen der finanziellen Vorsorge für Haushaltsjahre, die entsprechende finanzielle Spielräume bieten. D. h. die Finanzierung erfolgt in diesen Fällen aus vorhandenen, überschüssigen Finanzreserven. Das ist betriebswirtschaftlich sinnvoll und grundsätzlich zu begrüßen.

Die finanzielle Wirkung auf das zukünftig verfügbare Deckungskapital ist dabei aufgrund der realisierbaren Zinseszinsseffekte umso stärker, je früher die freiwillige Zuführung ins Deckungskapital erfolgt. Eine Zuführung von z. B. 450 Mio. Euro im kommenden Jahr hätte im Jahr 2049 einen Wert von 1,3 Mrd. Euro. Die freiwillige Bildung von Deckungskapital hat beitragsatzstabilisierende Wirkung für die Zukunft.

Warum diese Möglichkeit ausgerechnet im Jahr 2024 beschnitten werden soll, ist nicht nachvollziehbar. Der Erhöhungsdruck auf die Zusatzbeitragssätze dürfte im Jahr 2024 geringer sein als in den Folgejahren. Es ist zu erwarten, dass die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Jahresende 2023 beträchtliche Mittel oberhalb der zulässigen Obergrenze ausweisen wird. Diese Mittel sind nach § 271 Absatz 2 Satz 5 SGB V in 2024 zuweisungserhöhend in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen und somit an die Krankenkassen auszusahlen. Dieser deutliche Beitragssatzentlastungseffekt ist für die Folgejahre nicht zu erwarten.

Eine entlastende Wirkung für die Zukunft hat finanzielle Vorsorge in jedem Falle. Eine beitragsentlastende Wirkung entsteht durch die vorgesehene Regelung für 2024 hingegen potenziell nur bei Krankenkassen, deren Finanzreserven oberhalb der zulässigen Obergrenze nach § 260 Absatz 12 Satz 1 SGB V von 50 % einer Monatsausgabe liegen, und das auch nicht in jedem Fall. Krankenkassen, deren Finanzreserven die Obergrenze bereits ausweislich der KV 45 für das 1. bis 3. Quartal 2023 (d. h. Stand 30.09.2023) überschreiten, dürfen ihren Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V ohnehin nicht anheben. Eine geplante Zuführung in Deckungskapital im Rahmen der Haushaltsplanung würde an diesem Anhebungsverbot nichts ändern.

Würde die Obergrenze der Finanzreserven hingegen erst zum Jahresende erstmalig überschritten, müsste die Krankenkasse ihren Zusatzbeitragssatz auch nicht zwingend absenken, da sie zwei Jahre Zeit hätte, die überschießenden Finanzreserven abzubauen. Der Versuch, die Krankenkassen an einer Minderung der Finanzreserven durch freiwillige Zuführungen in Deckungskapital zu hindern, und damit eine Senkung des Zusatzbeitragssatzes zu erzwingen oder eine Anhebung zu vermeiden, zeigt allenfalls eingeschränkt Wirkung. Diese Regelung würde aber sinnvolle Vorsorge verhindern für eine Zukunft, in der der Druck auf Zusatzbeiträge höher sein dürfte als im Jahr 2024. Eine relevante beitragsstabilisierende Wirkung in 2024 ist nicht zu erwarten. Die Regelung konterkariert den Gedanken des nachhaltigen Wirtschaftens, ist somit weder sachgerecht noch zielführend und wird deshalb abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 8a Nr. 4 wird gestrichen.

Änderungsantrag 6

Artikel 8a – neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung betrifft die Umstrukturierung und Konkretisierung der in § 8 Absatz 7 Satz 4 geregelten förderfähigen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Neuformulierung der förderfähigen Maßnahmen enthält vor Beginn der Nummerierung das Wort „insbesondere“, sodass es sich in der Folge nicht mehr um eine abschließende Aufzählung handelt. Zu den Nummern und förderfähigen Maßnahmen des § 8 Absatz 7 Satz 4 im Einzelnen:

- Nummer 1 soll dahingehend ergänzt werden, dass auch weitere Maßnahmen zur Entlastung insbesondere der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter förderfähig sind.
- Nummer 2 soll Nummer 3 werden. Statt „Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung“, heißt es „Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten“.
- Nummer 3 soll Nummer 2 werden. Der Satzteil „und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung“ wird hier gestrichen und für alle Nummern geltend am Ende von § 8 Absatz 7 Satz 4 eingefügt.
- Nummer 4 wird modifiziert in einem neuen Satz am Ende von § 8 Absatz 7 Satz 4 eingefügt und durch eine Formulierung zu förderfähigen Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten ersetzt.

Die Nummern 5, 6 und 7 sollen mit förderfähigen Maßnahmen zur kompetenzorientierten Personalentwicklung, Personalqualifizierung und Führung, zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden und zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur ergänzt werden. Am Ende des § 8 Absatz 7 wird ein Satz angefügt, der klarstellt, dass alle genannten Maßnahmen einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere der Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie der Begleitung bei der Umsetzung förderfähig sind.

B) Stellungnahme

Ziel der vorgeschlagenen Änderung des derzeit geltenden § 8 Absatz 7 Satz 4 ist es, das Antrags- und Bewilligungsverfahren zu optimieren, das Verfahren bei den Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zu entbürokratisieren und durch eine Neustrukturierung und Konkretisierung etwaigen Schwierigkeiten bei der Beurteilung, welche Maßnahmen konkret förderfähig sind, zu entgegenen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich Maßnahmen zur Entbürokratisierung und Klarstellungen förderfähiger Maßnahmen im Sinne eines vereinfachten Antrags- und Bewilligungsverfahrens. Gesetzliche Änderungen im Rahmen des § 8 Absatz 7 sollten jedoch ausschließlich vorgenommen werden, sofern diese tatsächlich zu einer Konkretisierung führen und somit einer Optimierung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens dienen können. Zu den vorgeschlagenen Änderungen im Einzelnen:

- Die vorgeschlagene Öffnung des Wortlautes durch das Wort „insbesondere“ kann zu Unsicherheiten bei der Beurteilung der Förderfähigkeit führen und ist daher nicht zielführend.
- Die Ergänzung in Nummer 1 um nicht näher erläuterte „weitere Maßnahmen zur Entlastung insbesondere der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ führt ebenso nicht zu dem Ziel der Konkretisierung.
- Die neuformulierte Nummer 3, insbesondere die Nennung von Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung findet zwar in § 1 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 7 SGB XI bereits mit der beispielhaften Nennung „zur Dienstplan-/Einsatzplangestaltung, zur Entwicklung und Etablierung alternativer Personalmanagementmodelle“ sowie „Beratungsleistungen zur Optimierung der Dienstplangestaltung“ Berücksichtigung. Eine gesetzliche Klarstellung, auch die ausdrückliche Nennung von „Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten“ ist jedoch zu begrüßen.

- Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten und mit Kunden (vorgeschlagene neue Nummern 4 und 6) werden ebenso in der beispielhaften Aufzählung der Richtlinien nach § 8 Absatz 7 berücksichtigt: „zur Verbesserung der Kommunikation, auch mit Kunden, [...]“. Einer gesetzlichen Verankerung steht jedoch nichts entgegen.
- Die vorgeschlagene Maßnahme in Nummer 5 zur kompetenzorientierten Personalentwicklung, Personalqualifizierung und Führung sowie die Nennung unter anderem von „Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung sowie Personal- und Organisationsentwicklung“ im Rahmen des vorgeschlagenen letzten Satzes, der für alle Maßnahmen gelten soll, sollen der Klarstellung dienen, dass auch Maßnahmen, die im Rahmen des Projekts „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ (GAP) umgesetzt werden, förderfähig sind. Gemäß § 1 Absatz 4 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 7 SGB XI ist eine Förderung von GAP-Projekten vorgesehen: „Förderfähig sind [...] Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des GAP-Projekts, die auf eine ganzheitliche Organisationsentwicklung mit dem Ziel einer verbesserten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gerichtet sind und sowohl eine vorgelagerte Ist-Analyse als auch das Coaching der Pflegeeinrichtungen umfassen.“ Diese Förderung ist gemäß den Richtlinien mittels eines pauschalierten Förderzuschusses von bis zu 35% der Gesamtkosten, maximal jedoch auf 5.250 Euro begrenzt. Sofern die angeregte gesetzliche Änderung eine Klarstellung hinsichtlich einer vollumfänglichen Förderung dienen soll, regt der GKV-Spitzenverband eine ausdrückliche Nennung der Förderung von GAP-Projekten in § 8 Absatz 7 an.
- Die neue Maßnahme 7 zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur ist durch die Konkretisierung in § 1 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 7 SGB XI unter anderem durch die Formulierung „Projekte zur Einführung neuer familienorientierter Personalmanagementmodelle“ erfasst. Einer Ergänzung in § 8 Absatz 7 ist auch hier nichts entgegen zu halten.

Im Ergebnis sind die vorgeschlagenen Änderungen weitestgehend im Sinne des Gleichklangs mit den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 7 und einer Konkretisierung förderfähiger Maßnahmen zur Optimierung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern; dazu gehören

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,
4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,
5. Maßnahmen zur kompetenzorientierten Personalentwicklung, Personalqualifizierung und Führung,
6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,
7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur;

jeweils einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere der Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie der Begleitung bei der Umsetzung und Maßnahmen im Rahmen des Projekts „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ (GAP).“

Änderungsantrag 7

Artikel 8a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 55 Absatz 3d – Nachweis der Anzahl der beitragsrechtlich berücksichtigungsfähigen Kinder

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass der Nachweis der Elterneigenschaft bzw. der Nachweis über die Anzahl der für den Beitragsabschlag berücksichtigungsfähigen Kinder im Übergangszeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025, in dem ein vereinfachtes Nachweisverfahren gilt, auch in Form eines Vollnachweises verlangt und erbracht werden kann.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung zur Nachweiserbringung im Übergangszeitraum ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 8

Artikel 8a – neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigten Ergänzungen in § 82c Absatz 6 SGB XI soll die beim GKV-Spitzenverband angesiedelte Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege verpflichtet werden, die nach § 72 Absatz 3e SGB XI erhobenen Daten tarifgebundener bzw. AVR-gebundener Pflegeeinrichtungen auf Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit aufzuarbeiten und auszuwerten und diese an das Ministerium zu übermitteln. Die Übermittlungspflicht bezieht sich ausdrücklich auch auf Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der in Rede stehenden Pflegeeinrichtungen.

B) Stellungnahme

§ 82c Absatz 6 Satz 5 bis 7 SGB XI in seiner beabsichtigten Neufassung soll eine datenschutzrechtliche Verpflichtung bzw. Rechtsgrundlage i.S.d. Artikel 6 Absatz 1 Buchst. c) DSGVO bzw. i.S.d. § 67b Absatz 1 SGB X für eine Datenübermittlung an das Bundesministerium für Gesundheit enthalten.

Der GKV-Spitzenverband sieht die angedachte Erweiterung des § 82c Absatz 6 SGB XI als unverhältnismäßig an. Konkret sieht der GKV-Spitzenverband durch die angedachte Neuregelung den Grundsatz der Datenminimierung, Artikel 5 Absatz 1 Buchst. c) DSGVO als nicht gewahrt.

Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten der von den Einrichtungen als Ansprechpartner/innen benannten Personen ist für Evaluationszwecke nicht notwendig.

Ferner sieht der GKV-Spitzenverband keine Veranlassung, Haus- oder Firmentarifverträge zu übermitteln, bei denen die Namen der tarifschließenden Unternehmen erkennbar sind, denn die Notwendigkeit der Kenntlichmachung von Firmennamen ist für eine Evaluation, also für inhaltliche Bewertung ebenso nicht ersichtlich. Im Gegenteil: das deutsche Tarifvertragsrecht weist ausdrücklich den Tarifpartnern die Alleinverantwortung für die inhaltliche Ausgestaltung von Tarifverträgen im Rahmen der Vorgaben des TVG zu (Grundsatz der Tarifautonomie). Das Bundesministerium für Gesundheit muss vor diesem Hintergrund bei einer Evaluation davon ausgehen, dass die vereinbarten tarifvertraglichen Eckpunkte ausdrücklich so verhandelt wurden und damit lediglich einer Rechtskontrolle durch die Arbeitsgerichte, aber keiner inhaltlichen Kontrolle sonstiger staatlicher Akteure unterliegen.

Der GKV-Spitzenverband sieht die Schaffung einer solchen Rechtsgrundlage als gesetzgeberisch notwendig an, weil bisher keine entsprechende Rechtsgrundlage existiert und die vom Bundesministerium für Gesundheit geforderte Datenübermittlung daher rechtlich nicht möglich wäre.

Die gesetzgeberische Notwendigkeit zur Schaffung einer datenschutzrechtlichen Verpflichtung der Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege ergibt sich im konkreten Fall zum einen daraus, dass die Geschäftsstelle „Verantwortliche“ i.S.d. geltenden Datenschutzrechts ist und nicht bloße Auftragsverarbeiterin i.S.d. Artikel 4 Ziffer 8 DSGVO. Die Geschäftsstelle ist daher für die erhobenen und auszuwertenden Daten verantwortlich und auch verpflichtet, zu überprüfen, ob eine Datenübermittlung rechtlich zulässig ist.

Zum anderen handelt es sich bei den von der Geschäftsstelle erhobenen Daten zum Teil um personenbezogene Daten (Eigentüternamen, vor allem aber Namen und Kontaktdaten von Ansprechpartner/innen). Darüber hinaus enthalten die von der Geschäftsstelle erhobenen Daten Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse verschiedener Einrichtungsträger. Dies gilt zumindest für Träger, die Haus- oder Unternehmenstarifverträge abgeschlossen haben, denn bei Haus- oder Unternehmenstarifverträgen ist im Zweifel vom Vorliegen von Geschäftsgeheimnissen auszugehen. Damit fallen Haus- oder Unternehmenstarifverträge also grundsätzlich unter § 35 Absatz 4 SGB XI und damit unter das Recht des Sozialdatenschutzes.

Vor diesem Hintergrund ist eine datenschutzrechtliche Erlaubnisnorm zur Übermittlung der in Rede stehenden Daten von der Geschäftsstelle an das BMG gesetzgeberisch notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, § 82c Abs. 6 Satz 5 bis 7 SGB XI wie folgt zu fassen:

„Die Pflegekassen sowie die Landesverbände der Pflegekassen berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Geschäftsstelle nach Satz 1 auf Anforderung zu den Wirkungen der Regelungen der §§ 72 Absatz 3a bis 3e und 82c. Dabei hat die Geschäftsstelle nach Satz 1 auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit die von den Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen erhaltenen Daten aufzubereiten und auszuwerten. Insbesondere für die Zwecke der Evaluation nach § 72 Absatz 3f sind dabei auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit auch **anonymisierte** Aufbereitungen und Auswertungen zu übermitteln, die im Einzelfall Informationen enthalten können, die einem Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis unterliegen, **sofern die Übermittlung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen im Einzelfall notwendig ist**. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt mit der Anforderung die Art, den Umfang und die Art der Aufbereitung der Informationen.“

Änderungsantrag 9

Artikel 8a – neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Änderung des § 113c Absatz 8 SGB XI soll einmalig eine Verlängerung der gesetzlichen Frist zur Festlegung von Zielwerten für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung in vollstationären Pflegeheimen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgen. Dementsprechend soll auch die Abgabefrist für den auf die Zielwerte bezogenen erstmaligen Bericht des GKV-Spitzenverbandes um sechs Monate verschoben werden. Für die nachfolgenden Jahre werden die zuvor geltenden Fristen beibehalten.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt eine Verlängerung der gesetzlichen Fristen sowohl für die Festlegung von Zielwerten durch das BMG als auch für die Erstellung des darauf bezogenen Berichts des GKV-Spitzenverbandes. Dies ist sinnvoll, da die für die Zielwertbestimmung erforderlichen Anpassungen der Landesrahmenverträge mit der Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens zum 1. Juli 2023 noch nicht in allen Ländern erfolgt sind.

In Folge sollte ergänzend auch die Frist zur Erstellung der Grundlagen des Berichts des GKV-Spitzenverbandes um sechs Monate vom 30. September 2023 auf den 31. März 2024 verlängert werden.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzend zu der beabsichtigten Neuregelung ist § 113c Absatz 8 Satz 5 SGB XI wie folgt zu fassen: „Die Grundlagen des Berichts nach den Sätzen 3 und 4 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2024 fest.“

Änderungsantrag 10

Artikel 8a – neu – (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1–4

§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht eine Vereinheitlichung der Letztabgabefrist für die Unterlagen zum monatlichen Erstattungsverfahren der Energiehilfen und für die Erstattung der Kosten der Energieberatung vor. Des Weiteren erfolgt eine Klarstellung, dass die Erstattung der Kosten der Energieberatung aus Mitteln des WSF (Wirtschaftsstabilisierungsfonds) erfolgt. Zudem wird geregelt, dass Jahresabrechnungen, die erst nach dem 30. August 2024 vorliegen, berücksichtigt werden, indem Erstattungen oder Rückzahlungen zu Lasten oder zu Gunsten der sozialen Pflegeversicherung erfolgen. Eine Rückzahlungspflicht ausgezahlter Ergänzungshilfen wird bei Nichtvorlage der Jahresabrechnungen vorgesehen.

Zu den Nummern und Neuregelungen im Einzelnen:

- Nummer 1: Die bisherige Regelung sieht eine letztmalige Einreichung von Unterlagen bis zum 30. August 2024 vor. Sofern Jahresabrechnungen der Versorger bis zum 30. August 2024 noch nicht vorliegen, sind diese bis zum 31. Dezember 2025 bei den Pflegekassen nachzureichen. Jahresabrechnungen, die bis 31. Dezember 2025 nicht eingereicht wurden, führen zu einer Rückzahlungspflicht ausgezahlter Ergänzungshilfen an die Pflegekassen. Um die Abwicklung des Wirtschaftsstabilisierungsfonds zum Ende des Jahres 2024 nicht zu beeinträchtigen, erfolgen Erstattungen oder Rückzahlungen auf Basis der nach dem 30. August 2024 eingehenden Jahresabrechnungen zu Lasten oder zu Gunsten der sozialen Pflegeversicherung.
- Nummer 2 stellt klar, dass auch die Kosten der Energieberatung aus Mitteln des Wirtschaftsstabilisierungsfonds erstattungsfähig sind.
- Nummer 3 vereinheitlicht Letztabgabefristen für die Unterlagen zum monatlichen Erstattungsverfahren und für die Erstattung der Kosten der Energieberatung. Die Letztabgabefrist für die Erstattung der Kosten der Energieberatung ist nunmehr auch der 30. August 2024.

- Nummer 4 stellt klar, dass auch die vierwöchige Frist für die Erstattungen der Kosten der Energieberatung seitens der Pflegekassen erst nach Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen beginnt.

B) Stellungnahme

Die klarstellenden Neuregelungen zur Vereinheitlichung der Letztabgabefrist für die Unterlagen zum monatlichen Erstattungsverfahren der Energiehilfen und für die Erstattung der Kosten der Energieberatung einerseits und die Erstattungsfähigkeit der Kosten der Energieberatung aus Mitteln des Wirtschaftsstabilisierungsfonds andererseits, sind sachgerecht und werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Ebenso sachgerecht und zu begrüßen sind die Rückzahlungspflicht ausgezahlter Ergänzungshilfen bei Nichtvorlage der Jahresabrechnungen sowie die Klarstellung, dass auch die vierwöchige Frist für die Erstattungen der Kosten der Energieberatung seitens der Pflegekassen erst nach Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen beginnt.

Die vorgesehene Neuregelung zur Einreichung von Jahresabrechnungen nach dem 30. August 2023 ist grundsätzlich sachgerecht. Es ist davon auszugehen, dass die Jahresabrechnungen für 2023 und 2024 in vielen Fällen nicht zum Stichtag 30. August 2024 vorliegen werden. Insofern sollte wie vorgesehen das Einreichen von nach dem 30. August 2024 vorliegenden Jahresabrechnungen verpflichtend werden. Abgelehnt wird jedoch die vorgesehene Regelung, dass die Erstattung und Rückzahlung zu Lasten oder zu Gunsten der sozialen Pflegeversicherung erfolgen soll. Die Neuregelung führt dazu, dass Erstattungen, die aus der Fristverlängerung resultieren, aus den Beiträgen der SPV-Versicherten bezahlt werden und damit die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung unnötig belasten.

Aufgrund der in Absatz 2 vorgesehenen Regelung zur Vorlage von Jahresabrechnungen ist die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 154 Absatz 7 SGB XI entsprechend auf den 30. April 2026 zu verschieben.

Ergänzend zu den vorgesehenen Neuregelungen weist der GKV-Spitzenverband nochmals ausdrücklich auf die Problematik des Referenzmonats Februar 2022 bei Anträgen von Pflegeeinrichtungen hin, die nach dem 31. März 2022 zugelassen werden. Nach geltendem Recht ist als Referenzmonat der Februar 2022 und der zum 15. Februar 2022 geltende Neukundenpreis zugrunde zu legen. Hierfür ist ein Nachweis des Energieversorgers, bei dem die Pflegeeinrichtung ihren Energieversorgungsvertrag hat, erforderlich. Es zeigt sich im Rahmen des Antragsverfahrens, dass nach dem 31. März 2022 zugelassene Pflegeeinrichtungen keinen Nachweis ihres Energieversorgers über den Neukundenpreis erhalten. Dies hat zur Folge, dass eine Berechnung der Ergänzungshilfe in diesen Fällen nicht erfolgen kann und damit auch keine Ergänzungshilfen gewährt werden können. Insofern sollte als Referenzwert zur Berechnung der Ergänzungshilfen bei Neuzulassungen nach dem 31. März 2022 nicht wie bisher der Neukundenpreis am 15. Februar 2022, sondern ein gesetzlich festgelegter durchschnittlicher Energiepreis pro kWh herangezogen werden. Als weiterer Indikator für die Berechnung der Energiekosten im Referenzmonat bedarf es zudem der Festlegung einer Bezugsgröße hinsichtlich des Energieverbrauchs. Durch diese festgelegten Werte und Bezugsgrößen wäre künftig der Nachweis des Energieversorgers hinfällig. Für eine entsprechende Rechtssicherheit ist die Festschreibung dieser beiden Anhaltswerte in § 154 Absatz 1 Satz 5 SGB XI erforderlich.

Die vorgenannten Ausführungen sollten gleichermaßen für den Fall gelten, dass im laufenden Erstattungszeitraum ein Energieträgerwechsel erfolgt. Wie im Fall einer Zulassung nach dem 31. März 2022 kann wegen fehlender Nachweise in der Regel nicht der März 2022 als Referenzmonat herangezogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Erstattungsansprüche, die aus der vorgesehenen Fristverlängerung für Jahresabrechnungen resultieren, dürfen nicht zu einer finanziellen Mehrbelastung der sozialen Pflegeversicherung führen. Die damit verbundenen finanziellen Mehraufwände sollten durch Bundesmittel refinanziert werden.

Absatz 7 ist wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Abschnitts insbesondere auf die Entwicklung der Heimentgelte und legt hierzu bis zum 30. April 2026 einen entsprechenden Bericht vor.“

Änderungsantrag 11

Artikel 8a (Änderung des Infektionsschutzgesetzes),

Artikel 8b (Änderung des Sozialgesetzbuchs Vierzehntes Buch) und Artikel 9 (Inkrafttreten)

§ 60 IfSG – Versorgung bei Impfschaden und bei Gesundheitsschäden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe,

§ 24 SGB XIV – Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird der Versorgungsanspruch nach § 60 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1a IfSG im Fall von Impfschäden für den Zeitraum vom 8. April bis zum 31. Dezember 2023 erweitert auf Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen das Coronavirus, die nicht aufgrund der CoronaimpfV, sondern aufgrund einer Rechtsordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 1 SGB V (CovVorsorgeV) vorgenommen wurden.

Nach dem 1. Januar 2024 ergibt sich der Anspruch aus § 24 SGB XIV. Es soll zudem sichergestellt werden, dass auch Versicherte in den privaten Krankenversicherungen dem Versorgungsanspruch nach § 24 Satz 1 Nr. 2 SGB XIV unterfallen.

B) Stellungnahme

Die Regelung schließt durch den Übergang der CoronaimpfV auf die CovVorsorgeV und den Geltungsbeginn des § 24 SGB XIV bestehende Schutzlücken im Entschädigungsrecht für Impfschäden. Dies hat besondere Bedeutung für Impfungen außerhalb der Zulassung der Impfstoffe aufgrund des § 1 CovVorsorgeV, für die auch die arzneimittelrechtliche Gefährdungshaftung nicht greift.

Die Regelung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 12

Artikel 8a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 42a – Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu 1.:

Durch die Änderung soll in dem zukünftig geltenden § 42a Absatz 5 Satz 3 ein einheitlicher Stichtag (31. Dezember) für die Berechnung der Durchschnittswerte aufgenommen werden und so eine Erleichterung zur Berechnung der Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts erzielt werden.

Zu 2.:

Die beabsichtigte Neuregelung soll einer Anspruchslücke für Versicherte entgegenwirken. Gemäß der derzeit geltenden Regelung nach § 42 Absatz 4 SGB XI, besteht, abweichend von den Absätzen 1 und 2 der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Diese Regelung wird mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) zum 1. Januar 2024 aufgehoben. Allerdings besteht der Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI (NEU) h erst ab dem 1. Juli 2024. Demnach soll mit einem neuen Absatz 4a geregelt werden, dass § 42 Absatz 4 SGB XI nunmehr erst am 1. Juli 2024 aufgehoben wird.

B) Stellungnahme

Zu 1.:

Im Sinne einer Erleichterung der Berechnung der Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts begrüßt der GKV-Spitzenverband, wie auch bereits in der Stellungnahme vom 05.05.2023 zum PUEG angeregt, die Ergänzung des einheitlichen Stichtages (31. Dezember) für die Berechnung der Durchschnittswerte.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 26.09.2023
zu den (fachfremden) Änderungsanträgen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zum Pflegestudiumstärkungsgesetz A-Drs.: 20(14)138.1 – PflStudStG; Stand: 22. September 2023
Seite 28 von 40

Zu 2.:

Um keine Anspruchslücke für Versicherte durch die Neureglung des § 42a gemäß dem PUEG entstehen zu lassen, ist eine Regelung zur Aufhebung des § 42 Absatz 4 SGB XI erst am 1. Juli 2024 sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die angeregten Änderungen werden übernommen:

In § 42a Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „des vorangehenden Jahres“ durch die Wörter „der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte“ ersetzt.

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt: „(4a) Artikel 2 Nummer 6 Buchstabe c tritt am 1. Juli 2024 in Kraft.“

Änderungsantrag 14, 15, 16

Artikel 8a (Änderung des LogopG, ErgThG, MPhG)

§§ 8a und 11 LogopG , §§ 8b und 10 ErgThG, §§ 18a und 19 MPhG

Übergangsregelung zur Fortführung hochschulischer Ausbildungsstrukturen in der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungsanträgen sollen Anschlussregelungen in den Berufsgesetzen zur übergangsweisen Fortführung hochschulischer Erstausbildungen in der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie über den 31.12.2024 geschaffen werden. Dies wird notwendig, da die Modellklauseln zur Erprobung hochschulischer Erstausbildungen in den Heilmittelberufen zum 31.12.2024 auslaufen und die geplante Überarbeitung der Berufsgesetze nicht rechtzeitig bis zu diesem Termin auf den Weg gebracht sein werden. Den Ländern soll daher übergangsweise ermöglicht werden, sowohl neue akademische Ausbildungsstrukturen einzuführen, als auch bisherige akademische Strukturen fortzuführen, ohne, dass es einer erneuten Erprobung der Studiengänge bedarf. Die bestehenden Modellklauseln sollen zum 31.12.2024 ersatzlos gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Regelungen sind nachvollziehbar, um eine lückenlose Fortführung der Studiengänge und Planungssicherheit über den 31.12.2024 zu gewährleisten und einen Wegfall vorhandener hochschulischer Ausbildungsstrukturen vorzubeugen. Eine nochmalige Verlängerung der bereits seit 2009 bestehenden Modellklauseln erscheint nicht vermittelbar. In den Gesetzesbegründungen wird ausgeführt, dass die Übergangsregelungen in den Berufsgesetzen nichts an der Dringlichkeit und Notwendigkeit ändern, die Ausbildungen in den Bereichen auf Basis der Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ zukunftsgerecht weiterzuentwickeln und inhaltlich auszugestalten. Mit den Übergangsregelungen wird allerdings faktisch bereits das Ergebnis vorweggenommen, dass in den drei Heilmittelbereichen zumindest eine Teilakademisierung dauerhaft erhalten bleibt. Dies ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Regelungen dürfen jedoch nicht dazu führen, dass die längst überfälligen Überarbeitungen der Berufsgesetze weiter hinausgezögert werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 26.09.2023

zu den (fachfremden) Änderungsanträgen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zum Pflegestudiumstärkungsgesetz A-Drs.: 20(14)138.1 – PflStudStG; Stand: 22. September 2023
Seite 30 von 40

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 17

Artikel 8a (Änderung des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch)

Nr. 1

§ 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen Absatz 1c soll definiert werden, dass Verordnungen von Arzneimitteln, die zum Zeitpunkt der Verordnung auf der sogenannten „Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel“ geführt werden, nicht als unwirtschaftlich gelten. Diese Liste soll auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht werden.

B) Stellungnahme

Es ist vom Grundsatz her nachvollziehbar, dass im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen Arzneimittelverordnungen, die aufgrund von Lieferengpässen getätigt werden, gesondert betrachtet werden müssen. Mehrausgaben, die nicht von Ärztinnen und Ärzten zu verantworten sind, dürfen dann nicht zu Nachteilen für die Verordnenden führen. Um dieses Ziel umzusetzen, wäre es wichtig, mehr Transparenz über die Nicht-Verfügbarkeiten von Arzneimitteln zu schaffen und allen an der Arzneimittelversorgung beteiligten Gruppen zur Verfügung zu stellen. Auf dieser Basis könnten dann in den regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106b Absatz 1 SGB V entsprechende Regelungen zur Berücksichtigung dieser Verordnungen in den Prüfungen getroffen werden.

Der Ansatzpunkt der vorgesehenen Regelung ist allerdings alleine die Nennung eines Arzneimittels auf der sogenannten „Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel“. Im Gegensatz zu anderen Listen – beispielsweise die Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe (§ 52b Absatz 3c Arzneimittelgesetz) – gibt es keine gesetzliche Grundlage, keine Definition, wie diese Liste zu Stande kommt, welche Kriterien zur Aufnahme auf die Liste führen und wer hierfür verantwortlich zeichnet. Eine solche Änderung ist nicht zielführend. Zudem müsste eine solche Liste pharmazentralnummernbezogen veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Anstelle der vorgesehenen Neuregelung schlägt der GKV–Spitzenverband folgendes Vorgehen vor:

- Etablierung eines echten Frühwarnsystems, in dem permanent Informationen über Nicht–Verfügbarkeiten gesammelt werden. Entsprechende Vorschläge zur konkreten Umsetzung hat der GKV–Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Arzneimittel–Lieferengpassbekämpfungs– und Versorgungsverbesserungsgesetzes (ALBVVG) gemacht.
- Auf Basis dieses Systems werden konkrete Informationen zu Lieferengpässen und alternativen Verordnungsmöglichkeiten durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht und in der Software die von Verordnenden und Apotheken genutzt werden, berücksichtigt.
- In der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V sind Verordnungen von Arzneimitteln, die vom BfArM als von einem Lieferengpass betroffen oder als Alternativverordnung genannt werden, gesondert zu berücksichtigen.

Änderungsantrag 17

Artikel 8a (Änderung des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch)

Nr. 2

§ 129 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen Absatz 2b soll definiert werden, dass bei Nicht-Verfügbarkeit von Arzneimitteln, die nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2 abzugeben sind und auf der „Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel“ geführt wird, erweiterte Austauschmöglichkeiten der Apotheke bestehen, ohne dass eine Rücksprache mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten erfolgen muss. So soll das eigentlich abzugebende Arzneimittel gegen ein wirkstoffgleiches in der Apotheke hergestelltes Arzneimittel, auch in einer anderen Darreichungsform, oder gegen ein wirkstoffgleiches Fertigarzneimittel in einer anderen Darreichungsform ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ausgetauscht werden können. Zudem soll in diesen Fällen auch ein Verbot von Retaxationen nach Absatz 4d gelten.

Die Liste der Arzneimittel soll auf der Internetseite des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht werden.

B) Stellungnahme

Ziel der gesetzlichen Neuregelung soll eine unkomplizierte Versorgung der Versicherten auch im Fall von Lieferengpässen sein. Der GKV-Spitzenverband teilt dieses Ziel.

Am besten und einfachsten ist dieses Ziel zu erreichen, wenn für alle an der Arzneimittelversorgung Gruppen mehr Transparenz über die Nicht-Verfügbarkeiten von Arzneimitteln geschaffen werden würden. So könnte der Fall, dass ein nicht-verfügbares Arzneimittel verordnet wird, durch aktuelle Information der Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen werden. Hierfür wäre es notwendig, ein umfassendes Monitoring-System zur (Früh-)Erkennung von Engpässen einzurichten. Entsprechende Vorschläge zur konkreten Umsetzung hat der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum ALBVVG gemacht.

Eine Lösung des Problems in der Apotheke kann immer nur eine zweitbeste Lösung sein, da hierdurch Mehraufwand entsteht. Insbesondere können bei der Abrechnung von Rezepturen Probleme entstehen, wenn – entgegen der Vorgaben für die Rezeptbedruckung – eine Rezeptur dann angefertigt wird, wenn mehrere Arzneimittel auf einem Verordnungsblatt verordnet wurden. Hier kann in der Praxis der Fall eintreten, dass der, auf dem Rezeptformular „Muster 16“, für die notwendige Bedruckung verbleibende, Platz möglicherweise nicht ausreicht. Daraus können in der Folge erhebliche Probleme bei der Arzneimittelabrechnung und den darauf aufbauenden Mechanismen im System der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen.

Die nun vorgesehene Regelung referenziert nicht auf aktuell bestehende Lieferengpässe. Vielmehr ist der Ansatzpunkt die Nennung eines Arzneimittels auf der sogenannten „Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel“. Im Gegensatz zu anderen Listen – beispielsweise die Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe (§ 52b Absatz 3c Arzneimittelgesetz) – gibt es keine gesetzliche Grundlage, keine Definition, wie diese Liste zu Stande kommt, welche Kriterien zur Aufnahme auf die Liste führen und wer hierfür verantwortlich zeichnet. Zudem müsste eine solche Liste pharmazentralnummernbezogen veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband schlägt folgendes Vorgehen vor:

- Etablierung eines echten Frühwarnsystems, in dem permanent Informationen über Nicht-Verfügbarkeiten gesammelt werden. Entsprechende Vorschläge zur konkreten Umsetzung hat der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum ALBVVG gemacht.
- Auf Basis dieses Systems werden konkrete Informationen zu Lieferengpässen und alternativen Verordnungsmöglichkeiten durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht und in der Software, die von Verordnenden und Apotheken genutzt werden, berücksichtigt.
- Erweiterte Austauschregelungen in der Apotheke können dann in den Fällen Anwendung finden, in denen ein allgemeiner Lieferengpass vorliegt.

Änderungsantrag 17

Artikel 8b (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

§ 17 – Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen Absatz 5c soll geregelt werden, dass die bei Nicht–Verfügbarkeit von Arzneimitteln, die auf der „Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel“ geführt werden, abweichend von Absatz 5 Satz 1 und 2 und Absatz 5a und 5b, erweiterte Austauschmöglichkeiten der Apotheke bestehen, ohne dass eine Rücksprache mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten erfolgen muss. So soll das Arzneimittel gegen ein wirkstoffgleiches in der Apotheke hergestelltes Arzneimittel, auch in einer anderen Darreichungsform, oder gegen ein wirkstoffgleiches Fertigarzneimittel in einer anderen Darreichungsform ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ausgetauscht werden können. Dies gilt in dem Fall, dass der verordnende Arzt dies nicht ausgeschlossen hat und die Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist, einverstanden ist.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung dient der Umsetzung der Einführung eines § 129 Absatz 2b SGB V in der Apothekenbetriebsordnung. Es wird auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag 17 Nr. 2 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV–Spitzenverband schlägt folgendes Vorgehen vor:

- Etablierung eines echten Frühwarnsystems, in dem permanent Informationen über Nicht–Verfügbarkeiten gesammelt werden. Entsprechende Vorschläge zur konkreten Umsetzung hat der GKV–Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum ALBVVG gemacht.
- Auf Basis dieses Systems werden konkrete Informationen zu Lieferengpässen und alternativen Verordnungsmöglichkeiten durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht und in der Software, die von Verordnenden und Apotheken genutzt werden, berücksichtigt.
- Erweiterte Austauschregelungen in der Apotheke können dann in den Fällen Anwendung finden, in denen ein allgemeiner Lieferengpass vorliegt.

Änderungsantrag 18

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 132a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben einer redaktionellen Korrektur soll in Bezug auf die Grundlagen der Verhandlung von Vergütungsverträgen gesetzlich geregelt werden, dass bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern eine Bezahlung der Beschäftigten, die das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent übersteigt, möglich ist, sofern ein sachlicher Grund vorliegt.

Darüber hinaus soll geregelt werden, dass sich Klagen gegen die Entscheidung einer Schiedsperson gegen den Vertragspartner richten und die Festsetzungen der Schiedsperson bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weitergelten.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Regelung zur möglichen Berücksichtigung der Bezahlung von Gehältern auch bei Überschreitung des regional üblichen Entlohnungsniveaus um mehr als 10 Prozent bei Vorliegen eines sachlichen Grundes soll eine weitere Harmonisierung mit den Regelungen des SGB XI erreicht werden, die nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Pflegedienste weitüberwiegend über Verträge zur Leistungserbringung sowohl im Bereich des SGB V als auch des SGB XI verfügen, nachvollziehbar ist. Mit der Regelung würde die notwendige Rechtssicherheit geschaffen.

Bei der vorgesehenen Regelung, dass sich Klagen gegen die Entscheidung einer Schiedsperson gegen den Vertragspartner – und nicht gegen die Schiedsperson – richten, handelt es sich um eine Klarstellung, da höchstrichterlich entschieden ist, dass Schiedspersonen die Funktionen eines Vertragshelfers wahrnehmen. Die darüber hinaus beabsichtigte Regelung, wonach der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder von der Schiedsperson festgelegte einzelne Bestimmungen des Vertrages bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weitergelten, wird insbesondere damit begründet, dass ohne eine solche Regelung aufgrund der mehrjährigen Verfahrensdauern und der damit verbundenen Liquiditätsbelastung ggf. von einer gerichtlichen Überprüfung abgesehen wird. Entsprechende Hinweise, dass dies in der Praxis derzeit der Fall ist, liegen dem GKV–Spitzenverband nicht vor. Es bedarf deshalb nochmals einer differenzierten Überprüfung der beabsichtigten Regelung unter Berücksichtigung auch

möglicher Auswirkungen auf die grundsätzliche Akzeptanz von
Schiedspersonentscheidungen.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Hinweise zur notwendigen Überprüfung des Vorschlags zur Weitergeltung der
Schiedspersonfestsetzungen im Falle eines Klageverfahrens.

Änderungsantrag 19

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 132i SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Bezug auf die Grundlagen der Verhandlung von Vergütungsverträgen soll gesetzlich geregelt werden, dass bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern die Regelungen des § 82c Absatz 2 Satz 1 SGB XI entsprechend gelten. Danach kann die Zahlung von Entlohnungsbestandteilen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt; für eine darüberhinausgehende Bezahlung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes.

Darüber hinaus soll in Bezug auf das gesetzlich vorgesehene Schiedsverfahren geregelt werden, dass

- im Falle der Bestimmung der Schiedsperson durch das Bundesamt für Soziale Sicherung Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben und
- sich Klagen gegen die Entscheidung einer Schiedsperson gegen den Vertragspartner richten sowie die Festsetzungen der Schiedsperson bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weitergelten.

Die Regelungen zur Berücksichtigung von Entlohnungsbestandteilen bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern sollen zum 01. Juli 2024 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Mit den vorgesehenen Regelungen sollen die Grundlagen für Vergütungsverhandlungen mit Leistungserbringern im Bereich der außerklinischen Intensivpflege in Bezug auf die Personalkosten weitestgehend mit den Regelungen der häuslichen Krankenpflege und den Regelungen des SGB XI harmonisiert werden. Dies ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die jeweiligen Pflegeleistungserbringer weitüberwiegend in mehreren Leistungssegmenten tätig sind, nachvollziehbar und würde die notwendige Rechtssicherheit schaffen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 26.09.2023

zu den (fachfremden) Änderungsanträgen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zum Pflegestudiumstärkungsgesetz A-Drs.: 20(14)138.1 – PflStudStG; Stand: 22. September 2023
Seite 39 von 40

In Bezug auf die vorgesehenen Regelungen zum Schiedsverfahren, mit denen die geltenden gesetzlichen Regelungen des § 132a Absatz 4 Satz 11 SGB V und die durch den Änderungsantrag 18 beabsichtigten Änderungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege vollständig auch im Bereich der außerklinischen Intensivpflege nachvollzogen werden sollen, wird auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag 18 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu Änderungsantrag 18.

Änderungsantrag 20

Artikel 8a – neu – (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 Absatz 3b Satz 5 – Verlängerung Modellprogramm Personalbemessung – ambulant

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sollen zur Finanzierung des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI für die ambulante Pflege die Mittel aus dem Ausgleichsfonds nun bis zum Jahr 2026 zur Verfügung stehen. Bislang standen die Mittel nur bis zum Jahr 2025 zur Verfügung.

B) Stellungnahme

Der GKV–Spitzenverband begrüßt die vorgeschlagene Verlängerung des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI. Für die ambulante Pflege existieren noch keine mit der stationären Pflege vergleichbaren wissenschaftlichen Vorarbeiten für die Umsetzung des Modellprogramms. Um zunächst diese Grundlage für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege zu schaffen, sind vorbereitende wissenschaftliche Aufträge erforderlich. Erst daran anschließend kann das umfangreichere Modellprogramm für die ambulante Pflege ausgeschrieben werden. Zur erfolgreichen Umsetzung des Gesamtprojektes ist daher eine kostenneutrale Verlängerung bis Ende des Jahres 2026 sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.