

## Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 1a (§ 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Intensivpflege – Übernahme von Eigenanteilen bei stationärer Pflege)

Nach Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. In § 37 Absatz 2 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „§ 37c Absatz 3 gilt entsprechend“ eingefügt.“

### Begründung:

Zur Beseitigung fiskalischer Fehlanreize im Bereich der außerklinischen Intensivpflege sieht § 37c Absatz 3 vor, dass die Krankenkassen Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen von Eigenanteilen entlasten, die sie ansonsten bei der Wahl dieser Versorgungsform aufgrund der Teilabsicherung in der Sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätten. Diese Entlastung kann jedoch erst wirksam werden, wenn die erforderlichen Umsetzungsschritte (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rahmenempfehlungen und Abschluss von Versorgungsverträgen) erfolgt sind. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt außerklinische Intensivpflege weiterhin auf Grundlage der bisherigen Regelungen des § 37. Um den Versicherten die intendierte Entlastungswirkung bereits vor Ablauf der für die Umsetzung vorgesehenen drei Jahre zuteilwerden zu lassen, soll die Regelung des § 37c Absatz 3 im Übergangszeitraum auch auf Fälle stationärer Versorgung nach § 37 Absatz 2 Satz 3 zur Anwendung kommen.

## Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Außerklinische Intensivpflege)

In Artikel 1 Nummer 2 wird § 37c wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ ein Komma und das Wort „insbesondere“ eingefügt.
- b) In Satz 6 werden die Wörter „und zu dokumentieren“ durch ein Komma und die Wörter „zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken“ ersetzt.
- c) Satz 8 wird wie folgt geändert:
  - aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres“ gestrichen.
  - bb) Nummer 3 wird gestrichen.
  - cc) Die Nummern 4 und 5 werden die Nummern 3 und 4.

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Die Sätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,

2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132I Absatz 5 Nummer 1 oder
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung nach Satz 1 sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.“

- b) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Über die Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 3 schließt die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs weitere Leistungsträger anderer Sozialgesetzbücher zu beteiligen haben. Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach diesem Buch.“

- c) Der bisherige Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Ist die Feststellung nach Satz 6 oder die Überprüfung nach den Sätzen 8 und 9 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder eine andere an den Wohnräumen berechnete Person sein oder ihr Einverständnis zu der nach den Sätzen 7 bis 9 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in den Wohnräumen nicht erteilt hat, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.“

3. Absatz 3 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Ab-

satz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches festgestellt ist. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 unter den in Satz 2 genannten Voraussetzungen auch über den in Satz 2 genannten Zeitraum hinaus weitergewährt werden.“

4. Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Kann die Krankenkasse keine qualifizierte Pflegefachkraft für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nr. 5 SGB V in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.“

5. Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden Absätze 5 und 6.

6. Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Leistungsort nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung an die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertrage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten.“

7. Im neuen Absatz 6 wird in Satz 2 Nummer 5 die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

#### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es wird klarstellend geregelt, dass die Beratung durch die Krankenkasse neben Fragen des geeigneten Leistungsorts auch weitere für die Versorgung des Versicherten bedeutsame Aspekte umfasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung soll sichergestellt werden, dass die mit der ärztlichen Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erhobenen und dokumentierten erforderlichen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung auch tatsächlich umgesetzt werden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung stellt sicher, dass die besondere Berücksichtigung der Belange junger Volljähriger in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht an die starre Altersgrenze von 27 Jahren gebunden ist. Ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters kann im Einzelfall auch vorliegen bzw. weiterbestehen, wenn die betreffende Person älter als 27 Jahre ist. Insofern ist hier nicht auf die einschränkende Begriffsdefinition des jungen Erwachsenen in § 7 Abs. 1 Nr. 3 des Achten Buches (SGB VIII) abzustellen

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Der Regelungsauftrag zur Qualifikation der Leistungserbringer ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da ein Regelungsauftrag zur besonderen Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Satz 8 Nummer 5 enthalten ist und Qualifikationsanforderungen in der pflegerischen Versorgung in den Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 2 Nummer 1 und 4 zu regeln sind. Satz 8 Nummer 3 kann daher gestrichen werden.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung werden Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 42 des Elften Buches (SGB XI) nicht mehr als Ort der Leistungserbringung von außerklinischer Intensivpflege vorgesehen. Auch die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI ist nicht zwingend auf Dauer ausgelegt, sodass in diesen Einrichtungen die Versorgung auch vorübergehend erfolgen kann und ein zusätzlicher Anspruch auf Erbringung von außerklinischer Intensivpflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht erforderlich ist. Einrichtungen der Kurzzeitpflege sind zumeist nicht auf eine hoch spezialisierte Versorgung der außerklinischen Intensivpflege vorbereitet. Der Aufbau solcher dauerhaften Strukturen wäre für nur vorübergehende Zeiträume der Inanspruchnahme nicht zweckmäßig.

Es wird klargestellt, dass außerklinische Intensivpflege auch in betreuten Wohnformen, insbesondere der Eingliederungshilfe, erbracht werden kann.

Es wird klargestellt, dass die Krankenkasse berechtigten Wünschen der Versicherten zum Ort der Leistungserbringung zu entsprechen hat. Die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort muss sichergestellt sein oder durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden können.

Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Eine im Rahmen einer Begutachtung des Medizinischen Dienstes getroffene Feststellung, dass die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort nicht sichergestellt ist, löst keinesfalls einen Automatismus zur Verneinung des Leistungsanspruchs durch die Krankenkasse an diesem Ort aus. Vielmehr hat die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung über geeignete Nachbesserungsmaßnahmen abzuschließen (siehe Buchstabe b).

Sofern es in bestimmten Fallkonstellationen für die Medizinischen Dienste sachgerecht ist, anstelle einer sozialmedizinischen Begutachtung zeitlich getrennte Begutachtungen vorzunehmen, kann dies in für die Medizinischen Dienste verbindlichen Begutachtungsanleitungen oder in Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2) geregelt werden. Um die Transparenz der Feststellungen des Medizinischen Dienstes sicherzustellen, ist die Krankenkasse verpflichtet, dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme und die wesentlichen Gründe in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen (§ 275 Absatz 3c).

Zu Buchstabe b

Über die geeigneten Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 2 hat die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung abschließen. Damit wird auf ein bewährtes Instrument des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zurückgegriffen, mit dem die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten durch eine enge Kooperation mit dem jeweils verantwortlichen Kostenträger gestärkt wird. An der Zielvereinbarung haben sich bei Bedarf weitere Leistungsträger zu beteiligen; der Abschluss der Zielvereinbarung soll dann angelehnt an das bewährte Instrument des Teilhabeplanverfahrens erfolgen. Dabei obliegt es den Krankenkassen und Leistungserbringern gemeinsam, eine bedarfsgerechte und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung zu gewährleisten (§ 70), jedoch schuldet die Krankenkasse keine über den Leistungsumfang des SGB V hinausgehenden Leistungen.

Zu Buchstabe c

Durch die Umformulierung wird klargestellt, dass unabhängig vom Leistungsort im Hinblick auf die von dem Medizinischen Dienst durchgeführte persönliche Begutachtung immer das Einverständnis der betroffenen Personen vorliegen muss, wenn die Begutachtung in Räumen stattfindet, die einem Wohnrecht unterliegen. Darüber hinaus wird ein irrtümlicher Verweis auf einen Leistungsort nach Satz 3 oder Satz 4 korrigiert. Richtig muss auf einen Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 verwiesen werden.

Zu Nummer 3

Durch die Änderung wird geregelt, dass nach einer Besserung des Gesundheitszustandes und einen dadurch bedingten Wegfall des umfassenden Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege alle Versicherten, bei denen noch eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 vorliegt, Anspruch auf eine übergangsweise Weitergewährung des Leistungsumfanges der außerklinischen Intensivpflege in stationären Einrichtungen haben. Die Regelung stellt sicher, dass kein Versicherter nach Besserung des Gesundheitszustandes abrupt aus einem bestehenden Versorgungssetting herausfällt. Der Übergangszeitraum soll insbesondere die Organisation einer geeigneten Anschlussversorgung ermöglichen. Die Regelleistung ist auf einen Zeitraum von sechs Monaten begrenzt. In ihrer Satzung können die Krankenkassen jedoch auch einen längeren Zeitraum als sechs Monate vorsehen, wenn sie das zur Versorgung ihrer Versicherten für sachgerecht erachten.

#### Zu Nummer 4

Mit der Änderung wird geregelt, dass in Fällen, in denen die Krankenkasse trotz bestehenden Anspruchs nicht in der Lage ist, eine geeignete Pflegefachkraft zu stellen, die Krankenkasse die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten hat. Die Möglichkeit einer Kostenerstattung in Fällen des sog. Systemversagens nach § 13 Absatz 3 bleibt unberührt.

Klargestellt wird zusätzlich, dass daneben – also auch in Fällen, in denen die Krankenkasse die Versorgung grundsätzlich stellen könnte – die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets erhalten bleibt. Versicherte können so in die Lage versetzt werden, das Benötigte selbst zu beschaffen, §§ 2 Absatz 2 Satz 2, 11 Absatz 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 29 SGB IX. Voraussetzung ist nach § 29 Absatz 4 SGB IX der Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen dem Leistungsberechtigten und den beteiligten Kostenträgern (z.B. GKV und Eingliederungshilfe). Bestandteil der Zielvereinbarung sind u.a. auch Regelungen zur Qualitätssicherung der Versorgung.

Die Regelungen zur Qualitätssicherung im Rahmen dieser Zielvereinbarung müssen jedoch nicht zwingend vollumfänglich die Regelungen des Leistungserbringerrechts der GKV spiegeln. Dies schon deshalb, weil an der Zielvereinbarung häufig weitere Kostenträger wie die Eingliederungshilfe beteiligt sind, die an Vorschriften des SGB V nicht gebunden sind. Dementsprechend organisiert ein Teil der intensivpflegebedürftigen Leistungsberechtigten die eigene pflegerische Versorgung mit angestellten Kräften, die nicht alle Pflegefachkräfte sind. Vielmehr kommen dabei häufig gemischt qualifizierte Teams aus Pflegefachkräften und Assistenzkräften zum Einsatz. Diese Möglichkeit bleibt erhalten, solange die Qualitätsvorgaben der jeweiligen Zielvereinbarung beachtet werden.

#### Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen Absatzes 4.

Zu Nummer 6

Mit der Änderung wird im Hinblick auf die Berechnung der Zuzahlung die Anzahl der Tage, an denen Kosten für die Inanspruchnahme von außerklinischer Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort entstehen, der Anzahl der Tage, für die bei außerklinischer Intensivpflege an anderen Leistungsorten Zuzahlungen zu leisten sind, angeglichen. Auch bei Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort sind danach nur Zuzahlungen für Kosten, die an den ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme pro Kalenderjahr entstehen, zu leisten. Unverändert gilt, dass Zuzahlungen generell nur bis zur individuellen Belastungsgrenze nach § 62 zu leisten sind.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines Satzes in Absatz 3.

### **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Weaning-Assessment während der Krankenhausbehandlung)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a werden nach dem Wort „Beatmungsstatus“ die Wörter „im Laufe der Behandlung und“ eingefügt.

#### Begründung

Durch die Änderung wird geregelt, dass eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus bei Beatmungspatienten nicht erst vor einer Verlegung oder vor der Entlassung erfolgt, sondern auch schon im Lauf der Behandlung. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass ein mögliches Entwöhnungspotenzial frühzeitig erkannt wird und Entwöhnungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit schweren Grunderkrankungen kann ein bestehendes Entwöhnungspotenzial auf Grund der langen Dauer des Krankenhausaufenthalts unter Umständen nicht erkannt werden, wenn eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus erst vor einer Verlegung oder vor der Entlassung erfolgt. Für Krankenhäuser, die keine Feststellung des Beatmungsstatus im Lauf der Krankenhausbehandlung vornehmen, sind Vergütungsabschläge zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben u. a. die Voraussetzungen für diese Abschläge zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1a Nummer 8 – neu – KHEntgG). Zu diesen Voraussetzungen gehört auch eine nach Art und Schwere der Grunderkrankung differenzierte Festlegung der Zeitabstände einer Einschätzung des Beatmungsstatus im Lauf der Krankenhausbehandlung. Es ist davon auszugehen, dass die Vertragsparteien eine möglichst verwaltungssarme Gestaltung vereinbaren.

#### **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 40 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Fristsetzung für G-BA-Richtlinien)

In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa werden in Satz 10 nach den Wörtern „Richtlinien nach § 92“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2021“ eingefügt.

#### Begründung

Nach § 40 Absatz 3 Satz 10 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente für die medizinische Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation sowie des Nachweises der Anwendung der Abschätzungsinstrumente regeln. Außerdem soll der G-BA in Richtlinien die Fälle festlegen, in denen Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Im Hinblick auf eine zeitnahe Umsetzung wird für die Beschlüsse und Festlegungen des G-BA eine Frist bis Ende des Jahres 2021 bestimmt.

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 111c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle\_Klarstellung zum Abschluss von Rahmenempfehlungen)

In Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b wird in § 111c Absatz 5 Satz 1 das Wort „Erbringung“ durch das Wort „Erbringer“ ersetzt.

### Begründung

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung und Angleichung an den Wortlaut des § 111 Absatz 7 Satz 1. Die Rahmenempfehlungen werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den „für die Erbringer (nicht: Erbringung) von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ abgeschlossen.

## **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

### Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Verträge mit Leistungserbringern; Schiedsverfahren)

In Artikel 1 Nummer 14 wird § 132j wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 42 oder § 43“ durch die Angabe „§ 43“ ersetzt und werden vor dem Wort „Versorgung“ die Wörter „einheitliche und flächendeckende“ eingefügt.
2. In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „§ 42 oder § 43“ durch die Angabe „§ 43“ ersetzt.
3. Absatz 5 wird wie folgt geändert:
  - a) Im Satzteil vor der Aufzählung wird nach den Wörtern „Verträge mit“ das Wort „zuverlässigen“ eingefügt.
  - b) In Nummer 2 werden die Wörter „§ 42 oder § 43“ durch die Angabe „§ 43“ ersetzt.
  - c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch

Verträge nach Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.“

4. Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- a) Die Sätze 1 und 2 werden gestrichen.
- b) Im bisherigen Satz 4 werden die Wörter „von der für die Landesverbände der Krankenkassen jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde“ durch die Wörter „vom Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

5. Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen erstellen gemeinsam und einheitlich eine Liste der Leistungserbringer, mit denen Verträge nach Absatz 5 bestehen und veröffentlichen sie barrierefrei auf einer eigenen Internetseite. Die Liste ist einmal in jedem Quartal zu aktualisieren. Sie hat Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der mit dem Leistungserbringer vertraglich vereinbarten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege zu enthalten; sie kann personenbezogene Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringer enthalten. Die Liste darf keine versichertenbezogenen Angaben enthalten und leistungserbringerbezogene Angaben nur, soweit diese für die Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringer erforderlich sind. Versicherte, die Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c haben, erhalten auf Anforderung von ihrer Krankenkasse einen barrierefreien Auszug aus der Liste nach Satz 1 für den Einzugsbereich, in dem die außerklinische Intensivpflege stattfinden soll.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Da Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht mehr als Leistungsorte außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 vorgesehen werden, entfällt auch die Erforderlichkeit, entsprechende Leistungserbringer bei der Vereinbarung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen. Der Verweis auf § 42 des Elften Buches (SGB XI) wird deshalb an dieser Stelle gestrichen. Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sind nach bisheriger Rechtslage im Kontext der Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a Absatz 1 Satz 1 über eine einheitliche und flächendeckende Versorgung abzugeben. Hinsichtlich der Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege nach § 132l soll inso-

weit keine Änderung erfolgen. Deshalb wird klargestellt, dass auch künftig für die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege Rahmenempfehlungen über eine einheitliche und flächendeckende Versorgung zu vereinbaren sind. Dies unterstreicht die Erforderlichkeit einheitlicher Standards – insbesondere Qualitätsstandards in der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Die Rahmenempfehlungspartner haben darauf hinzuwirken, dass die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege flächendeckend erfolgt – und nicht etwa nur in Ballungsräumen.

Zu Nummer 2

Da Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht mehr als Leistungsorte außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 vorgesehen werden, entfällt auch die Erforderlichkeit, entsprechende Leistungserbringer bei der Bildung der Schiedsstelle zu berücksichtigen. Der Verweis auf § 42 SGB XI wird deshalb an dieser Stelle gestrichen.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es wird geregelt, dass Verträge über die Erbringung außerklinischer Intensivpflege nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden können, die insoweit die notwendige Zuverlässigkeit für einen Vertragsschluss aufweisen. Der Begriff der „Zuverlässigkeit“ wird bereits in anderen Vorschriften der Sozialgesetzbücher im Zusammenhang mit geeigneten Vertragspartnern verwendet (zum Beispiel § 71 Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur zuverlässigen Fachkraft bei Betreuungsdiensten). Auch in der Begründung zu Artikel 1 Nummer 2 Absatz 2 wird dargestellt, dass der Medizinische Dienst bei Zweifeln an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers die auftragserteilenden Krankenkassen (§ 275b Absatz 2 Satz 8 in Verbindung mit § 277 Absatz 1 Satz 4), die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Absatz 3b Satz 3) sowie die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde (§ 115 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) informieren soll.

Zu Buchstabe b

Da Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht mehr als Leistungsorte außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 vorgesehen werden, entfällt auch die Erforderlichkeit, Verträge mit diesen Leistungserbringern abzuschließen. § 42 SGB XI wird deshalb an dieser Stelle gestrichen.

Zu Buchstabe c

Es wird geregelt, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können und der Leistungserbringer verpflichtet ist, die Bezahlung jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Insoweit wird ein Gleichklang mit der Regelung des § 132a Absatz 4 Satz 7 und 8 für die Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege hergestellt. Zudem werden die bisherigen Sätze 1 und 2 des Absatzes 6

dem Absatz 5 angefügt. Die enthaltenen Regelungen über vertragliche Verpflichtungen der Leistungserbringer bzw. die Geltungsdauer bestehender Verträge sind systematisch richtig diesem Absatz zuzuordnen.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung: Die ersten beiden Sätze des Absatzes werden systematisch richtig in Absatz 5 verschoben.

Zu Buchstabe b

Es wird geregelt, dass die Schiedsperson, die bei Nichteinigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Leistungserbringern den Vertragsinhalt über die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege festlegt, vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt wird, wenn sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson einigen können. Da die Verträge über die Leistungserbringung außerklinischer Intensivpflege von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, ist es sachgerecht, dass die Schiedsperson im beschriebenen Fall vom Bundesamt für Soziale Sicherung benannt wird.

Zu Nummer 5

Für Versicherte mit einem Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c wird mehr Transparenz über die zur Verfügung stehenden Leistungserbringer geschaffen. Um die Auswahl geeigneter Leistungserbringer im hochspezialisierten Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu erleichtern, erstellen künftig die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich eine barrierefreie Liste der Leistungserbringer, mit denen Verträge nach Absatz 5 bestehen. Die Liste ist einmal im Quartal zu aktualisieren, im Internet zu veröffentlichen und hat für jeden Leistungserbringer Angaben zu Art, Inhalt und Umfang des vertraglich vereinbarten Leistungsumfangs zu enthalten. Die Liste darf keine versichertenbezogenen Angaben enthalten, weil diese für die Herstellung von Transparenz nicht notwendig sind. Soweit es für die Herstellung der Transparenz für die Versicherten erforderlich ist, kann die Liste jedoch leistungserbringerbezogene Angaben auch mit Bezug zu dort beschäftigten Personen enthalten, wie zum Beispiel Angaben zu Ansprechpartnern bei dem jeweiligen Leistungserbringer. Versicherte erhalten von ihrer Krankenkasse auf Anforderung eine barrierefreie Liste dieser in Frage kommenden Leistungserbringer speziell für den Einzugsbereich, in dem die außerklinische Intensivpflege stattfinden soll.

## Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 14 und Bezugsregelungen (§ 132l des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Korrektur der Zählbezeichnung: § 132l statt § 132j)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 wird in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ ersetzt.
- b) In Nummer 6 Buchstabe a wird die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ ersetzt.
- c) In Nummer 8 Buchstabe b wird die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „132l“ ersetzt.
- d) In Nummer 14 wird der Änderungsbefehl und die Überschrift des Paragraphen wie folgt gefasst:

14. Nach § 132k wird folgender § 132l eingefügt:

„§ 132l

Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung“ .

- e) Nummer 16 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Buchstabe b Doppelbuchstabe aa bis cc wird die Angabe „§ 132j“ jeweils durch die Angabe „§ 132l“ ersetzt.

bb) In Buchstabe c Doppelbuchstabe aa und cc wird die Angabe „§ 132j“ jeweils durch die Angabe „§ 132l“ ersetzt.

2. In Artikel 2 Nummer 3 wird die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ ersetzt.

3. In Artikel 3 Nummer 7 wird die Angabe „§ 132j“ durch die Angabe „§ 132l“ ersetzt.

#### Begründung

Es handelt sich um redaktionelle Korrekturen. Die Zählbezeichnung § 132j ist durch eine vorhergehende Rechtsänderung bereits mit einer anderen Regelung belegt.

## **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 14a (§ 140f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Patientenbeteiligung bei Rahmenempfehlungen)

Nach Artikel 1 Nummer 14 wird folgende Nummer 14a eingefügt:

„14a. In § 140f Absatz 4 werden nach der Angabe „§ 21 Abs. 2,“ die Wörter „§ 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1,“ eingefügt und wird nach der Angabe „§ 132d Abs. 2,“ die Angabe „§ 132l Absatz 1 Satz 1,“ eingefügt.

### Begründung:

Die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten werden künftig auch bei Neufassung (dies schließt die erstmalige Fassung ein), Änderung oder Aufhebung der Rahmenempfehlungen nach § 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1 und § 132l Absatz 1 Satz 1 einbezogen.

Dadurch wird die Patientenbeteiligung in den wichtigen Bereichen Rehabilitation und außerklinische Intensivpflege weiter gestärkt.

## Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV IPReG)

BT-Drs. 19/19368

### Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 275b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst)

Artikel 1 Nummer 16 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe b wird wie folgt geändert:

a) Die Doppelbuchstaben bb und cc werden wie folgt gefasst:

„bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Regelprüfungen bei Leistungserbringern zu veranlassen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder Nummer 2 abgeschlossen haben und die einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen.

„cc) Im neuen Satz 3 werden nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ die Wörter „oder die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5“ und nach der Angabe „§ 37“ die Wörter „oder nach § 37c“ eingefügt.“

2. Folgender Buchstabe d wird angefügt:

- ,d) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und der außerklinischen Intensivpflege“ eingefügt.

#### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Nach § 132l Absatz 5 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge über die außerklinische Intensivpflege einschließlich ihrer Vergütung und Abrechnung mit bestimmten Leistungserbringern. Durch ein Redaktionsversehen wurde in § 275b Absatz 1 Satz 2 die Nennung der Ersatzkassen als Vertragspartner dieser Vereinbarungen unterlassen. Durch diese Neuregelung wird dieses Redaktionsversehen korrigiert.

Zu Buchstabe b

Nach § 132l Absatz 5 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge über die außerklinische Intensivpflege einschließlich ihrer Vergütung und Abrechnung mit bestimmten Leistungserbringern. Durch ein Redaktionsversehen wurde auch in § 275b Absatz 1 Satz 3 die Nennung der Ersatzkassen als Vertragspartner dieser Vereinbarungen unterlassen. Durch diese Neuregelung wird dieses Redaktionsversehen korrigiert.

Zu Nummer 2

Mit § 37c wurde der Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, der sich bisher aus § 37 ergab und unter die häusliche Krankenpflege subsumiert wurde, speziell normiert. Entsprechend der neuen Regelung ist die Berichtspflicht der Medizinischen Dienste nach Absatz 3 auf die Erfahrungen und Ergebnisse der Prüfungen und die Erkenntnisse zu Stand und Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivpflege zu erweitern. Es handelt sich insoweit um eine Folgeänderung.

## **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 1 Nummer 16a (§ 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übermittlung von Angaben bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten)

Nach Artikel 1 Nummer 16 wird folgende Nummer 16a eingefügt:

„16a. In § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und bei der Verlegung von Versicherten, die beatmet werden, die Angabe der aufnehmenden Einrichtung sowie bei der Entlassung von Versicherten, die beatmet werden, die Angabe, ob eine weitere Beatmung geplant ist“ eingefügt.“

### Begründung

Durch die Änderung wird geregelt, dass die Krankenhäuser bei der Verlegung oder der Entlassung von Beatmungspatienten der Krankenkasse auch die Angaben zu übermitteln haben, in welche Einrichtung eine Verlegung erfolgt oder ob eine Entlassung in eine Heimbeatmung geplant ist. Hierdurch erhalten die Krankenkassen zeitnahe Informationen darüber, ob eine weitere Beatmung geplant ist.

## **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Nebeneinander von Leistungen nach § 37 und § 37c SGB V)

In Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a wird in § 37 Absatz 2 Satz 3 vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden“ eingefügt.

### Begründung:

Soweit Versicherte nach § 37c rund um die Uhr von einem Pflegedienst versorgt werden, hat dieser umfassend alle anfallenden Pflegeleistungen zu erbringen. Für weitere Ansprüche auf Behandlungspflege ist daneben kein Raum. Jedoch sind Konstellationen zu berücksichtigen, bei denen Versicherte nicht ganztägig durch einen Leistungserbringer, mit dem ein Vertrag nach § 132I Absatz 5 besteht, zu Lasten der GKV versorgt werden, insbesondere weil die Versorgung zeitweise von Familienangehörigen sichergestellt wird. Für diese Zeit kann sich die Notwendigkeit zusätzlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege ergeben, zum Beispiel zur Versorgung einer chronischen Wunde. Mit der Änderung wird ermöglicht, dass diese zusätzlichen Leistungen weiterhin auf der Grundlage des § 37 erbracht werden können.

## **Änderungsantrag 12**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Erweiterte Bezugnahme auf SGB V)

Artikel 3 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

2. In § 17 Absatz 1b Satz 1 werden nach den Wörtern „des Fünften Buches“ die Wörter „oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ eingefügt.

### Begründung

Es handelt sich um eine Korrektur der redaktionellen Anpassung. Weil Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die nach § 37c des Fünften Buches (SGB V) anspruchsberechtigt sind, erst nach Ablauf des gesetzlichen Übergangszeitraums keinen Anspruch mehr auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V haben, bleibt in § 17 Absatz 1b neben der Bezugnahme auf § 37c SGB V die ursprüngliche Bezugnahme auf § 37 Absatz 2 SGB V bestehen.

### **Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

BT-Drs. 19/19368

#### Zu Artikel 3 Nummer 7 (§ 114 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Einbeziehung außerklinischer Intensivpflege  
in die Regelprüfung bei ambulanten Pflegediensten)

Artikel 3 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

,7. Nach § 114 Absatz 2 Satz 9 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, die auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In den Fällen nach Satz 10 ist in die Regelprüfung mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem der in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orte erhält, einzubeziehen.“ ‘

#### Begründung

In Satz 10 erfolgt eine klarstellende Ergänzung, die sich an der Formulierung in Satz 9 orientiert. Mit dem neuen Satz 11 wird sichergestellt, dass bei Prüfungen der Qualität von ambulanten Diensten erbrachten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an von § 37c Absatz 2 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orten mindestens eine auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen nach § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches versorgte Person einbezogen wird.