

Übersicht zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG

- Drucksache 19/26822 -

Fachfremde Änderungsanträge (ÄA) Nr. xx

Zu Artikel 1 (SGB V)

GVWG	SGB V	Stichwort	Beschreibung
Nr. 1		Inhaltsübersicht	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeänderung der Inhaltsübersicht
Nr. 2	§ 33 Absatz 5a Satz 3	KAP: Stärkung Pflegefachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeänderung zu § 40 Abs. 6 SGB XI neu
Nr. 3	§ 37 Abs. 2a S. 1 und 2 Abs. 8, 9, 10 neu	Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege	<ul style="list-style-type: none"> • Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Pflege im Umfang von 640 Mio. Euro ab 1.1.2022 (Anpassung im Lichte der Einführung des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Pflege, mit der perspektivisch auch die aus der GKV finanzierten Vergütungszuschläge ins allgemeine Vertrags- und Vergütungsrecht überführt werden).
		KAP: Stärkung Pflegefachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Verordnungsmöglichkeiten für qualifizierte Pflegefachpersonen für geeignete Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege
Nr. 4	§ 39d neu	Übergangspflege im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> • Neuer Anspruch im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung desselben Krankenhauses, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können
Nr. 5	§ 64d neu	KAP: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen
Nr. 6	§ 87 Abs. 1 S. 6 neu, S. 8 Aufhebung	KAP: Verordnung zur Stärkung der Pflegefachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Folgevorschrift zu § 37 Abs. 8f.

Nr. 7	§ 132a Abs. 1 S. 4 Nr. 5 Änderung, Nr. 7 neu	KAP: Verordnung zur Stärkung der Pflegefachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Folgevorschrift zu § 37 Abs. 8f.
Nr. 8	§ 132m neu	Verträge über Erbringung von Leistungen zur Übergangspflege im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> • Folgevorschrift zu § 39d

Formulierungshilfe

Änderungsantrag **xx**

der **XX**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

- Drucksache 19/26822 -

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

I. Artikel 1 wird wie folgt ergänzt:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 39c wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 39d Übergangspflege im Krankenhaus“.
 - b) Nach der Angabe zu § 64c wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte“.
 - c) Nach der Angabe zu § 132l wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus“.
2. § 33 Absatz 5a Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe „§ 18 Absatz 6a“ wird durch die Angabe „§§ 18 Absatz 6a und 40 Absatz 6“ ersetzt.
 - b) Das Wort „ist“ wird durch das Wort „sind“ ersetzt.
3. § 37 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2a wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:
„Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise.“
 - b) Nach Absatz 7 werden folgende Absätze 8 bis 10 angefügt:
 - „(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können, sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.
 - (9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen er-

heben die Krankenkassen die Ausgaben arztbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem für den Zweck der Durchführung dieser Evaluierung nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 erhobenen Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.“

4. Nach § 39c wird folgender § 39d eingefügt:

„§ 39d

Übergangspflege im Krankenhaus

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum [Einsetzen: letzter Tag des dritten Monats nach dem Inkrafttreten] das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. Kommt die Vereinbarung nach Satz 5 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistungen nach Absatz 1 an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Zahlungen nach § 39 Absatz 4 sind anzurechnen.“

5. Nach § 64c wird folgender § 64d eingefügt:

„§ 64d

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland jeweils ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte nach dem Pflegeberufegesetz im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten fest. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) In dem Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 ist insbesondere folgendes festzulegen:

1. ein Katalog der ärztlichen Tätigkeiten, die von Pflegefachkräfte nach Absatz Satz 1 unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz selbständig durchgeführt werden können,
2. Anforderungen an die hierfür erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz,
3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,
4. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(5) Die Modellvorhaben sind längstens auf vier Jahre zu befristen. § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss. Nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modell auf Grundlage eines Vertrages nach § 140a

fortführen. Enthält der Bericht einen Vorschlag, der die Übernahme empfiehlt, können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modell im Rahmen eines Vertrages nach § 140a fortführen.“

6. § 87 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise sind so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind.“
 - b) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.
7. In § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma und in Nummer 6 der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und wird folgende Nummer 7 angefügt:

„7. Anforderungen an die Eignung der qualifizierten Pflegefachpersonen, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen.“
8. Nach § 132l wird folgender § 132m eingefügt:

„§ 132m

Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.“

II. Artikel 16 Inkrafttreten wird wie folgt ergänzt:

1. Die Regelungen des Artikels 1 treten vorbehaltlich der Änderungsantragsnummer 3 a) am 1. Juli 2021 in Kraft.
2. **Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.** (§ 37 Absatz 2a Satz 1 und Satz 2 des Fünften Buches) tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung:

Zu I.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - handelt sich um redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung -, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum neuen § 40 Absatz 6 des Elften Buches. Danach wird die Erforderlichkeit für bestimmte, durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien festzulegende Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 Absatz 1 des Elften Buches dienen, vermutet, wenn eine entsprechende Empfehlung einer Pflegefachkraft vorliegt, die den antragstellenden Versicherten pflegerisch betreut. Um die mit dieser Regelung bezweckte Beschleunigung der Versorgung von Pflegebedürftigen mit benötigten (Pflege-)Hilfsmitteln zu erreichen, wird klargestellt, dass es in diesen Fällen auch keiner vertragsärztlichen Verordnung bedarf.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Mit den Neuregelungen zur Personalbemessung ist vorgesehen, die Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches auslaufen zu lassen und die Kosten in die Kalkulation der Pflegesätze einzubeziehen. Durch die vorrangige Zwecksetzung der Unterstützung der Erbringung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen leistet die gesetzliche Krankenversicherung derzeit indirekt einen Beitrag zur Mitfinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Im Vorgriff auf das Auslaufen dieser Sonderregelung wird dieser Finanzierungsbeitrag in unveränderter Höhe als direkte teilweise Mitfinanzierung der Behandlungspflegekosten festgeschrieben. Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile trägt er damit weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Im Einklang mit dem als ein Ergebnis der Konzertierten Aktion Pflege begonnenen Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit sollen gut ausgebildete Pflegefachkräfte in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens gestärkt werden und mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen. Hierfür wird die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff „Blankverordnung“ bezeichnete Versorgung für geeignete Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege in die Regelversorgung überführt.

Nach dieser Regelung können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege über die Durchführung der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in diesem Zusammenhang beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt zu regeln. Eine „Blankverordnung“ häuslicher Krankenpflege ist insbesondere bei folgenden Leistungen geeignet: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.

Bei diesen Leistungen ist weiterhin eine Verordnung zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt auszustellen, wobei die nähere inhaltliche Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung der verordnungsfähigen Maßnahmen durch eine

entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft in eigener Verantwortung, aber in Rückkopplung zur Vertragsärztin bzw. zum Vertragsarzt vorgenommen werden kann.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinienregelungen erhalten nach § 92 Absatz 7 insbesondere die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Die Neuregelung umfasst die für die in Absatz 10 vorgesehene Evaluierung erforderlichen Vorschriften zur Erhebung und Übermittlung der notwendigen Daten. Es handelt sich um Angaben, die für die Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen sowie für die Auswertung des Verordnungsgeschehens erforderlich sind.

Die Daten sind von den Krankenkassen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, weil nur auf diese Weise die für die Evaluierung nach Absatz 10 notwendige Datenvalidität und -vollständigkeit zu erreichen ist.

Der Arztbezug ist für die Evaluierung im Hinblick auf eine Analyse und Auswertung des Verordnungsgeschehens bezogen auf die Versorgung nach Absatz 8 notwendig. Da bei dieser Versorgung die Verordnungen keine Angaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen enthalten, ist auch die Zusammenführung dieser Daten (zum Beispiel nach bestimmten Diagnosen) je Versicherten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten über ein Pseudonym zusammengeführt werden können. Des Weiteren können für die Auswertung des Verordnungsgeschehens die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten sowie weitere in der Person der Versicherten liegende Besonderheiten relevant sein.

Für die vorgesehene Evaluierung ist es zum Schutz der sensiblen Sozialdaten sowohl für den Arztbezug als auch für den Versichertenbezug ausreichend, die Datenübermittlung in pseudonymisierter Form vorzugeben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält die Aufgabe, die ihm übermittelten pseudonymisierten Daten kassenartenübergreifend zusammenzuführen und dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten Dritten diese Daten für die nach Absatz 10 Satz 1 vorzunehmende Evaluierung zu übermitteln.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung durch die Krankenkassen zu regeln.

Die pseudonymisierten Daten sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem beauftragten unabhängigen Dritten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Die Versorgung nach Absatz 8 ist nach Absatz 10 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung sowie den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung ist bis zum Ablauf von drei Jahren nach

Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 vorzunehmen. Für die Evaluierung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam einen externen Dritten zu beauftragen.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar. (**Übergangspflege im Krankenhaus**)

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Es wird ein neuer Anspruch auf eine Übergangspflege im Krankenhaus eingeführt. Voraussetzung ist, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können. Die Leistung kann nur in dem Krankenhaus erbracht werden, in dem die oder der Versicherte zuvor behandelt worden ist. Die Leistung ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch besteht. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst sektorenübergreifend im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Die Zumutbarkeitsklausel stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten nicht unzumutbaren Aufwand betreiben müssen zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung. So steht dem Anspruch nicht entgegen, dass in erheblicher Entfernung ein Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung steht.

Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Übergangspflege muss von den Krankenhäusern im Einzelnen nachprüfbar dokumentiert werden. Im Rahmen des Entlassmanagements ist zu prüfen und zu dokumentieren, dass bestimmter Nachsorgebedarf besteht und kein entsprechender Leistungserbringer zur Verfügung steht oder die Versorgung anderweitig nicht gesichert werden kann. Um die Einheitlichkeit und Nachprüfbarkeit der Dokumentation sicherzustellen, erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag, die Regelung zur Dokumentation innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten zu vereinbaren. Kommt eine entsprechende Vereinbarung in dieser Zeit nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen fest.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Absatz 2 regelt die Zuzahlungen, die von Versicherten nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu entrichten sind. Innerhalb eines Kalenderjahres sind für längstens 28 Tage an das Krankenhaus 10 Euro je Kalendertag nach § 61 Satz 2 zu zahlen. Von Versicherten bereits geleistete Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 für Krankenhausbehandlungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind anzurechnen.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar. (**Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte**)

In der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) wurde vereinbart, dass das Bundesministerium für Gesundheit in den von ihm initiierten Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Einbeziehung insbesondere von Pflegeberufsverbänden, Pflegekammern, der Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, aller weiteren relevanten Akteure sowie der Fachwissenschaft auch die Möglichkeiten der Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachkräfte einbezieht. Ziel der Regelung ist die modellhafte Erprobung der Wahrnehmung von bisher ärztlichen Tätigkeiten, die eine selbständige, d.h. eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, durch Pflegefachkräfte. Dabei soll auch überprüft werden, ob und wie diese Möglichkeiten für eine gute und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung nutzbar gemacht werden können. Bei der selbständigen Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte ist die Kooperation mit weiteren an der Versorgung Beteiligten – insbesondere den Ärztinnen und Ärzten – wichtig. Daher sollen in den Modellvorhaben auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit Erkenntnisse gewonnen und Standards entwickelt werden.

Da die auf Freiwilligkeit basierende Regelung des § 63 Absatz 3c, die bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit der Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte vorsieht, trotz der Unterstützung durch verschiedene Vereinbarungen der KAP bisher kaum genutzt wurde, werden die Verbände der Kassen auf Landesebene verpflichtet, zeitnah in jedem Bundesland ein entsprechendes Modellvorhaben durchzuführen. Vorrangig sollen Modellvorhaben durchgeführt werden, zu denen die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz entwickelt hat. Die ersten Ergebnisse der Fachkommission sollen voraussichtlich im Frühjahr 2021 vorliegen. Das den Strategieprozess der KAP begleitende Expertengremium hat dabei insbesondere den Bereich der Wundversorgung durch Pflegefachkräfte als ein vorrangig für eine Erprobung geeignetes Themenfeld identifiziert.

Die Bezugnahme der Regelung auf § 63 bewirkt, dass die allgemein geltenden Regelungen zu Abweichungsbefugnissen von gesetzlichen Vorschriften bei Modellvorhaben auch bei dem hier geregelten Modellvorhaben gelten. Die Vorschrift gilt für die im Pflegeberufegesetz geregelten Berufe. Sie schließt damit Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 Pflegeberufegesetz fortgilt. Die Vorgaben, die bei der Durchführung eines Modellvorhabens zu berücksichtigen sind, werden in einem Rahmenvertrag zwischen den auf Bundesebene für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Organisationen – dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen, den weiteren Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – festgelegt. Den für die Vertretung der jeweiligen beruflichen Interessen zuständigen Verbänden der Ärzteschaft und der Pflege ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Bei der Festlegung der Tätigkeiten nach Absatz 2 Nummer 1 und der erforderlichen Qualifikationsanforderungen nach Absatz 2 Nummer 2 sind insbesondere die standardisierten Module der Fachkommission nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz zu berücksichtigen. Diese Module dienen der Vermittlung erweiterter Kompetenzen, die zur selbständigen Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte erforderlich sind. Die Anknüpfung des Rahmenvertrages an die standardisierten Module ermöglicht die zeitnahe Durchführung von Modellvorhaben. Weiter sind Vorgaben für eine

wirtschaftliche Leistungserbringung einschließlich von Vorgaben zu Mengenbegrenzung sowie Anforderungen an die interprofessionelle Zusammenarbeit zu vereinbaren. Ein Schiedsverfahren stellt sicher, dass ein Rahmenvertrag zu Stande kommt.

Um möglichst schnell zu tragfähigen Ergebnissen zu kommen, wird die Dauer der Modellvorhaben abweichend von den bisher üblichen acht Jahren (§ 63 Absatz 5 Satz 1) auf vier Jahre begrenzt. Befürworten die Sachverständigen nach der Evaluation die Aufnahme in die Regelversorgung, können die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 Satz 1 das Vorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach § 140a dauerhaft weiterführen. Dies ersetzt nicht die Übernahme in die Regelversorgung, die in der Regel durch ein Gesetz zu erfolgen hat, bietet aber insbesondere für die Pflegefachkräfte eine Perspektive für die weitere Ausübung der Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Geregelt wird auch eine übergangsweise Fortführung nach Ablauf der Befristung für die Fälle, in denen noch kein Evaluationsbericht vorliegt.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Um die nach § 37 Absatz 9 und 10 vorgesehene Datenerhebung und -übermittlung sowie Evaluierung zu ermöglichen, erhalten die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Auftrag, die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind und insoweit differenzierbar ausgewertet werden können.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Der Auftrag wurde erfüllt. Der Satz ist daher zu streichen.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erhalten den Auftrag, in den Rahmenempfehlungen die Anforderungen an die Eignung der qualifizierten Pflegefachpersonen zu regeln, die über die Dauer und Häufigkeit bestimmter ärztlich verordneter Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege entscheiden können.

Um die Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen zu gewährleisten, erhalten die Rahmenempfehlungspartner den Auftrag, entsprechende Maßnahmen zu vereinbaren.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar.

Zu Fehler! Keine Dokumentvariable verfügbar. **(Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus)**

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.

Zu II. (Inkrafttreten)

1.

Artikel 1 tritt mit Ausnahme der Regelungen der Änderungsantragsnummer 3a) am 1. Juli 2021 in Kraft.

2.

Eine unterjährige Änderung der Zweckbestimmung der Pauschalzahlung nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches soll vermieden werden.