Deutscher Bundestag **Drucksache 19/4453**

19. Wahlperiode 24.09.2018

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

A. Problem und Ziel

Die Zahl der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; auch die Zahl der Auszubildenden in diesen Berufen hat einen Höchststand erreicht. Gleichwohl konnte die Zahl der in der Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften und zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte.

Mit dem vorliegenden Gesetz sollen daher spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

B. Lösung

Die Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege wird mit einem Sofortprogramm spürbar verbessert.

Für die Krankenhäuser wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle für Pflegekräfte finanziert. Bereits ab dem Jahr 2018 sollen rückwirkend tariflich vereinbarte Entgeltsteigerungen für die Pflegekräfte von den Kostenträgern vollständig refinanziert werden. Die Finanzierung des erhöhten Bedarfs von Krankenhäusern an Pflegepersonal durch die Kostenträger wird ebenso verbessert wie die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen. Die strukturverbessernden Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds, der fortgeführt wird, können dazu beitragen, die Zahl ausgebildeter Pflegekräfte zu vergrößern und das vorhandene Pflegepersonal effizienter einzusetzen. Die Finanzierung der Pflegepersonalkos-

ten der Krankenhäuser wird ab dem Jahr 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt.

Im Bereich der Altenpflege erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung zusätzlich Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert wird. Damit wird der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigt. Zur Entlastung des Pflegepersonals fördert die Pflegeversicherung durch einen Zuschuss die Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen wird durch verbindliche Kooperationsverträge gestärkt. Hierfür soll zudem ein technischer Standard für die digitale Kommunikation entwickelt werden. Darüber hinaus wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video erweitert. Pflegende Angehörige erhalten einen verbesserten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Die betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege wird gestärkt. Maßnahmen werden finanziell unterstützt, die es Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege ermöglichen, ihre Berufstätigkeit mit eigenen Aufgaben in Familie und bei der familiären Pflege zu vereinbaren.

Die in diesem Gesetz aufgeführten Maßnahmen sind ein erster Schritt, um eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen. In weiteren Schritten sollen insbesondere im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Maßnahmen entwickelt und erörtert werden, die insbesondere die Situation in der Langzeitpflege bedarfsgerecht verbessern.

Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 des Asylgesetzes (AsylG) aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Mit der Fortführung und dem Ausbau des Krankenhausstrukturfonds zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung wird ab dem Jahr 2019 ein Finanzvolumen von bis zu 4 Milliarden Euro bereitgestellt, das je zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.

Für die Sozialhilfeträger können sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI und aus den Wegekostenzuschlägen nach § 89 Absatz 3 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben. Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen des KHEntG und des SGB V jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2018 Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 7 Millionen Euro. Im Jahr 2019 ergeben sich Mehrausgaben von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 von rund 2,0 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 von rund 2,4 Milliarden Euro. Einen wesentlichen Anteil daran machen die jährlichen Kosten ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 640 Millionen Euro für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen aus.

Dem Krankenhausstrukturfonds werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Mittel in Höhe von jährlich 500 Millionen Euro bereitgestellt.

Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

3. Soziale Pflegeversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft sowohl Belastungen als auch Entlastungen. Unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand ist für die Wirtschaft mit Entlastungen in Höhe von rund 90 000 Euro zu rechnen, für die Verwaltung ergeben sich Belastungen in Höhe von rund 1,9 Millionen Euro. Außerdem entsteht dem Bundesversicherungsamt ein vorübergehender Personalmehraufwand für die gesamte Dauer der Bearbeitung von Vorgängen zum Krankenhausstrukturfonds in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro. Hinsichtlich des laufenden Erfüllungsaufwandes ergeben sich dauerhafte Entlastungen in Höhe von rund 470 000 Euro für die Wirtschaft und rund 630 000 Euro für die Verwaltung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ergibt sich unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand eine Entlastung von insgesamt rund 90 000 Euro. Dabei verrechnet sind rund 1,4 Millionen Euro an Belastungen, die auf die Beantragung der Zuschüsse zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entfallen.

Jährlich werden in der Summe Entlastungen erreicht, die sich ab dem Jahr 2021 auf rund 470 000 Euro jährlich belaufen. Dabei handelt es sich um eine Entlastung im Sinne der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung, insbesondere durch die Aufhebung von Nachweispflichten.

Im laufenden Erfüllungsaufwand sind Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von rund 64 000 Euro enthalten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,6 Millionen Euro. Davon entfallen rund 2,8 Millionen Euro auf die Bundesverwaltung und rund 1,9 Millionen Euro auf die Selbstverwaltung. Für die Verwaltung der Länder entsteht kein einmaliger Erfüllungsaufwand. Rund 2,5 Millionen des auf die Bundesverwaltung entfallenden einmaligen Erfüllungsaufwands entfallen auf vorübergehenden Personalmehraufwand im Bundesversicherungsamt für die Bearbeitung des Krankenhausstrukturfonds.

In der Summe verschiedener Be- und Entlastungen ergibt sich für die Verwaltung insgesamt eine dauerhafte Entlastung in Höhe von rund 630 000 Euro jährlich. Diese entfällt überwiegend auf die Selbstverwaltung. Die Entlastung der Selbstverwaltung ergibt sich vor allem aus der für Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen entfallenden Aufgabe, in den jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Für die Verwaltung der Länder kommt es zu einer geringfügigen jährlichen Belastung.

F. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2018 auf bis zu 1 Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 35 Millionen Euro und steigen bis zum Jahr 2022 auf rund 85 Millionen Euro an.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und Familie ent-

stehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Umstellung der Zuschüsse für häusliche Beratungsbesuche auf verhandelte Entgelte entstehen Mehraufwendungen von etwa 2 Millionen Euro jährlich.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND Berlin, 24. September 2018

DIE BUNDESKANZLERIN

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Wolfgang Schäuble
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 gemäß Artikel 76
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Angela Merkel

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nummer 1a genannten mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe“ ersetzt.

      bb) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

      „Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer in den Berufen der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege voll ausgebildeten Person anzurechnen.“

   b) In Absatz 3 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und wird in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes begrenzt“ eingefügt.

2. § 17b wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ eingefügt.

   b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

   „(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiter zu entwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.“

c) In Absatz 5 Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

„§ 12a

Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:

1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen,
2. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbünden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen,
3. Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und
4. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Soweit ein Land den ihm nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil nicht ausschöpft, kann der verbleibende Anteil noch bis zum 31. Dezember 2022 beantragt werden. Fördermittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können jährlich Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Innerhalb eines Jahres nicht ausgeschöpfte Teile des Betrags nach Satz 4 können von den Ländern noch bis zum 31. Dezember 2022 gemeinsam beantragt werden. Soweit die Mittel nach Satz 4 bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.

(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2019 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
   a) in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
   b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und
4. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesversicherungsamts, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

(4) In der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 kann auch das Nähere geregelt werden

1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
2. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und
3. zum Nachweis zweckentsprechender Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. § 14 Satz 1 bis 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:

   „Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung nach den §§ 12 und 12a bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Weiterleitung an die mit der Auswertung beauftragte Stelle zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, für die Förderung nach § 12a erstmals zum 31. Dezember 2020, vorzulegen. Die bis zum 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen für die Auswertung nach § 12 und die Aufwendungen für die Auswertung nach § 12a werden aus dem Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt.“

3. § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 wird aufgehoben.

4. Dem § 17c Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

   „Liegt die Einwilligung des Versicherten nach Satz 2 vor, gilt § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

5. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den §§ 17b und 17d“ durch die Wörter „§ 17b, sofern nicht das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung eine krankenhausindividuelle Vereinbarung vorsehen,“ ersetzt.

6. In § 28 Absatz 4 Nummer 4 werden die Wörter „Zu- und Abschläge und sonstigen Entgelte“ durch die Wörter „Zu- und Abschläge, sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ ersetzt.

Artikel 3

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 17a Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, werden nach den Wörtern „ausgebildet werden,“ die Wörter „nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „55“ ersetzt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

      „In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.“

   b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

      bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„3. erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden.“

Artikel 5

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgende Überschrift vorangestellt:

„Teil 1

Förderung nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.

2. § 8 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „oder der von diesem nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Auswertung beauftragten Stelle“ gestrichen.

      bb) In Satz 3 werden die Wörter „oder die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle“ gestrichen.

   b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder der von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragten Stelle“ gestrichen.

   c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

      „(4) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die ihm von den zuständigen obersten Landesbehörden nach Absatz 1 Satz 1 und 3 sowie die von den Ländern nach Absatz 3 Satz 1 übermittelten Unterlagen an die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle.“

3. Nach § 10 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Teil 2

Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.

4. § 11 wird durch die folgenden §§ 11 bis 18 ersetzt:

„§ 11

Förderungsfähige Vorhaben

(1) Ein Vorhaben wird nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert, wenn

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung eines Krankenhauses geschlossen wird,
2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern
   a) Versorgungseinrichtungen betroffen sind, für die
      aa) der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestmengen festgelegt hat oder
      bb) in den Krankenhausplänen der Länder Mindestfallzahlen vorgesehen sind,
   b) es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt oder
   c) die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds, etwa durch gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots, vereinbart haben,
3. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses, umgewandelt werden in
   a) eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder
   b) eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation; bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein,
4. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um
   a) die Informationstechnik der Krankenhäuser, die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen, an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen oder
   b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung andererseits zu schaffen; im Rahmen der geförderten telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen,
5. es die Bildung eines integrierten Notfallzentrums zum Gegenstand hat oder
6. Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschaffen oder erweitert werden.

(2) Als Beginn der Umsetzung eines zu fördernden Vorhabens gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags. Im Fall von Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Einzelne Vorhaben, die selbständige Abschnitte eines vor dem 1. Januar 2019 begonnenen Vorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2019 begonnen werden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen.

(3) Nicht gefördert werden können Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 1, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

§ 12

Förderungsfähige Kosten

(1) Gefördert werden können

1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit

   a) 1 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,

   b) 2 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,

   c) 2 750 Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,

   d) 4 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten;

   bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,

2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 die Kosten für die Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,

3. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, die die in § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend; ist eine vollständige Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts Bestandteil des Vorhabens, auch die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,

4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen sowie die Kosten für die erforderlichen baulichen Maßnahmen; für bauliche Maßnahmen dürfen nur 10 Prozent der beantragten Fördermittel verwendet werden,

5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen und die Kosten für die erstmalige Ausstattung der Ausbildungsstätten.

(2) § 2 Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch die Kosten für die Aufrechterhaltung des Gebäude- und Anlagenbetriebs nach Stilllegung akutstationärer Versorgungskapazitäten nicht förderungsfähig sind, soweit es sich nicht um unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen handelt.

(3) § 2 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 13

Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts

(1) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite die nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile, die sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 abzüglich des Betrags nach Absatz 2 ergeben, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.

(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt bis zum Ende des ersten Quartals des Jahres 2019 die ihm bis zum 31. Dezember 2024 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen nach § 12a Absatz 3 Satz 7 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach § 14 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und passt diese Schätzung jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben an.

(3) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. März eines Jahres folgende Kennzahlen zum Stand 31. Dezember des Vorjahres, erstmals zum Stand 31. Dezember 2019, ohne Bezug zu den geförderten Vorhaben:

1. Zahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben,
2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie
3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben.

(4) Das Bundesversicherungsamt kann zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens treffen und verlangen, dass die Unterlagen nach § 14 und nach § 17 in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form übermittelt werden.

§ 14

Antragstellung

(1) Die Länder können bis zum 31. Dezember 2022 Anträge an das Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Strukturfonds stellen. Wird ein fristgemäß gestellter Antrag nach Fristablauf bestandskräftig abgelehnt oder zurückgenommen oder werden Fördermittel nach § 16 zurückgezahlt, kann das antragstellende Land, soweit sein Anteil nach § 13 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist, oder können die gemeinsam antragstellenden Länder, soweit der Betrag nach § 13 Absatz 1, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht, noch nicht ausgeschöpft ist, auch nach dem 31. Dezember 2022 Fördermittel beantragen.

(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 2 und 7 genannten Unterlagen sowie darüber hinaus folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Erklärung zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten,
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Bestätigung, dass
   a) die stillgelegte Versorgungsfunktion durch Krankenhäuser in erreichbarer Nähe sichergestellt ist,
   b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,
3. bei allen Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die Bestätigung,
   a) dass die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich zulässig ist,
   b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund des Vorhabens nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a zusätzlich die Bestätigung, dass für die betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten Mindestmengen oder Mindestfallzahlen bestehen,
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b zusätzlich die Bestätigung, dass es sich bei den betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt,
6. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c zusätzlich die Bestätigung, dass die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds vereinbart haben,
7. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b die Erklärung, dass die mit der Umwandlung beabsichtigte Nachfolgenutzung in Übereinstimmung mit den maßgeblichen rechtlichen Vorgaben steht,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

8. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Bestätigung, dass die vorgesehenen Maßnahmen erforderlich sind, um die Informationstechnik des Krankenhauses an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen,
9. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Bestätigung, dass die vorhandenen Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen,
10. die Berechnung des Barwerts nach § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll,
11. bei länderübergreifenden Vorhaben zusätzlich die Erklärung,
    a) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils die Kosten des Vorhabens nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tragen,
    b) in welchem Verhältnis die Fördermittel an die beteiligten Länder auszuzahlen sind,
    c) in welchem Umfang die beteiligten Länder den ihnen zustehenden Anteil nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Anspruch nehmen und
    d) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen würden.

§ 15

Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts

(1) Für die Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts gilt § 6 Absatz 1 entsprechend.

(2) Die Bescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind, der Finanzierungsanteil des Strukturfonds höher als 50 Prozent liegt, das Land nicht mindestens die Hälfte der Ko-Finanzierung nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt, Beträge nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, die Nachweise nach § 17 nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden oder die Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergibt, dass die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht eingehalten worden sind.

(3) § 6 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 16

Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln

(1) Das Bundesversicherungsamt macht Rückforderungsansprüche gegenüber den Ländern durch Bescheid geltend, soweit einer der in § 15 Absatz 2 genannten Sachverhalte eingetreten ist. Bei länderübergreifenden Vorhaben sind Rückforderungsansprüche nur gegenüber dem beteiligten Land geltend zu machen, bei dem der die Rückforderung begründende Sachverhalt eingetreten ist. Im Übrigen gilt § 7 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 entsprechend.

(2) Für die Bewirtschaftung der Fördermittel gilt § 9 entsprechend.

§ 17

Auswertung der Wirkungen der Förderung

(1) Für die Auswertung der Wirkungen der Förderung übermitteln die zuständigen obersten Landesbehörden dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2020, für die Vorhaben, für die das Bundesversicherungsamt Fördermittel bewilligt hat,

1. den Stand der Umsetzung und den voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,
2. Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt,
3. Angaben über die Höhe der ausgezahlten Mittel,
4. aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die Bestimmungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehalten worden sind und
5. aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.

(2) Im Übrigen gilt § 8 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 2 und 3 entsprechend.

§ 18

Beteiligung der privaten Krankenversicherung

Im Fall einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach § 12a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind diese Mittel dem Strukturfonds zuzuführen. Das Nähere über die Zahlung, Rückzahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils vereinbart das Bundesversicherungsamt mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen.“

Artikel 6

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

   „7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind, einschließlich Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,“.

2. § 36 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Lunge“ die Wörter „oder auf andere von der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle zugelassene Befunde“ eingefügt.

   b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

   „(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss schwerwiegender übertragbarer

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist zu bestimmen:

1. das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten,
2. die jeweils betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation,
3. Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 sowie
4. die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist.

Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Nummer 1 Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen können die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“

c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.

d) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:

„(8) Die nach § 71 Absatz 1 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes zuständigen Behörden unterrichten unverzüglich die zuständigen Behörden über die Einreise der in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen. Hierzu werden Familienname, Geburtsname, Vornamen, Schreibweise der Namen nach deutschem Recht, Geburtsdatum, Geschlecht und Staatsangehörigkeiten sowie die Anschrift im Bundesgebiet übermittelt.“

e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und wie folgt gefasst:

„(9) Durch die Absätze 4 bis 7 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“.

3. § 69 Absatz 1 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

„11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 bis 7.“

4. In § 73 Absatz 1a Nummer 19 wird die Angabe „oder 3,“ durch die Wörter „oder Satz 3, Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz oder Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz“ ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 20 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen.“

b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“

c) Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1 bis 3“ ersetzt.

2. In § 20a Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

3. § 20b Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Unternehmen“ ein Komma und werden die Wörter „insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches,“ eingefügt.

b) In Satz 3 werden nach dem Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.

c) In Satz 4 werden nach Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.

4. § 20d Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Berichtspflichten“ die Wörter „erstmals zum 31. Dezember 2015“ gestrichen.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches.“

5. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

b) Der bisherige Absatz 2a wird Absatz 2b.

6. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Im Fall ihrer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des Elften Buches. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 3.“

bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

cc) In den bisherigen Sätzen 7 und 8 wird die Angabe „Satz 6“ jeweils durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

7. Dem § 60 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für Krankenfahrten zur ambulanten zahnärztlichen oder ambulant fachärztlichen Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,
2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder
3. eine den Nummern 1 und 2 vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12.“

8. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a Satz 17 bis 20 wird wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“

b) Nach Absatz 2j wird folgender Absatz 2k eingefügt:

„(2k) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“

9. § 119b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „haben“ ersetzt und wird nach dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „zu“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „innerhalb von drei Monaten“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.“

b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.

(2b) Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden."

c) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019."

10. In § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Arbeitsentgelte" die Wörter „sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch" eingefügt.

11. In § 137i Absatz 6 Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1" ein Komma und werden die Wörter „letztmalig für das Jahr 2019," eingefügt.

12. Nach § 137i wird folgender § 137j eingefügt:

„§ 137j

Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Für die Zahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte im Pflegedienst. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für jedes Krankenhaus die Summe seiner Bewertungsrelationen. Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen für den Fall zu vereinbaren, dass ein Krankenhaus die festgelegte Untergrenze unterschreitet. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf,
2. zu den für das Budgetjahr 2020 nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Sanktionen; dabei kann auch ein stufenweiser Eintritt der Sanktionen vorgesehen werden,
3. zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser.

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.

(3) Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“

13. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 2 wird das Semikolon und werden die Wörter „solange der Anteil noch nicht feststeht, ist er vorläufig auf 1 Million Euro für das Haushaltsjahr festzulegen“ gestrichen.

b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 2 entfallende Anteil an den Mitteln für den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange der Anteil noch nicht feststeht, kann das Bundesversicherungsamt einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesversicherungsamt.“

14. § 271 Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“

15. In 275b Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen“ die Wörter „und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich“ eingefügt.

16. Dem § 291g wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden gemäß § 87 Absatz 2k. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum 30. September 2019 zu treffen ist.“

17. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. Während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die Krankenkassen dem Krankenhaus Änderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu übermitteln. Die Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen."

b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Datenträgern" die Wörter „sowie das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2a" eingefügt.

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 Absatz 10 wird wie folgt geändert:

   a) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser im Anwendungsbereich dieses Gesetzes errechnet wird und dieser krankenhausindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser nach Satz 3 sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik sowie in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag abzuziehen. Die nach den Sätzen 4 und 5 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist. Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik abzuziehen. Die nach den Sätzen 7 und 8 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land."

   b) Der neue Satz 10 wird aufgehoben.

   c) Folgender Satz wird angefügt:

   „Der Pflegezuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar 2020 zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden."

2. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 6 werden nach der Angabe „3c" die Wörter „sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung" eingefügt.

      bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die" gestrichen.

   b) In Absatz 8 Satz 7 werden im zweiten Halbsatz die Wörter „Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und" gestrichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 9

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 3 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

   „3a. ein Pflegebudget nach § 6a,“.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2a wird aufgehoben.

   b) Der bisherige Absatz 2b wird Absatz 2a und wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden“ durch die Wörter „ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden“ ersetzt.

      bb) Satz 2 wird aufgehoben.

      cc) In den bisherigen Sätzen 3 und 4 werden die Wörter „oder Satz 2“ jeweils gestrichen.

      dd) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.

      ee) Im bisherigen Satz 8 werden die Wörter „darüber hinaus“ gestrichen.

      ff) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.

   c) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.

   d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert“ ersetzt.

      bb) Die Sätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

      „Dazu vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Wurde für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 bereits ein Betrag vereinbart, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden.“

      cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 1. Januar 2015“ durch die Wörter „zu dem zum 31. Dezember 2018 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte“ ersetzt.

      dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 bis 5“ durch die Wörter „Sätzen 2 bis 4“ ersetzt.

      ee) Der neue Satz 8 wird wie folgt gefasst:

      „Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern.“

      ff) Nach dem neuen Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:

1. einmalig eine Bestätigung über die zum 31. Dezember 2018 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,
2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und
3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“

gg) Satz 12 wird wie folgt gefasst:

„Die Mittel, die vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbart wurden, werden bei der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020 berücksichtigt.“

e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:

„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck können die Vertragsparteien nach § 11 einen zusätzlichen Betrag vereinbaren, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr- oder Mindererlösen gelten entsprechend.“

f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Infektionsprävention“ die Wörter „(Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183)“ eingefügt.

bb) In Satz 6 werden die Wörter „Satz 4 und 7“ durch die Wörter „Satz 3 und 6“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Betrag nach Satz 4 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

3. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

      „Wird eine Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018, wobei der Erhöhungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; für diese Erhöhung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.“

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

      „Die Erlössumme ist insoweit zu vermindern, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.“

   b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

      „(4) Auf Verlangen der besonderen Einrichtung werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.“

4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Vereinbarung eines Pflegebudgets

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht

1. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,
2. die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,
3. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und
4. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der Patientenversorgung führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Höhe von bis zu fünf Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.

(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zudem jährlich jeweils bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.

(4) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der für das jeweilige Jahr geltende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.

(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 7 und 9 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.

(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt.“

5. § 7 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

      „6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,“.

   b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Nr. 3, 5 und 6“ durch die Wörter „Nummer 3, 5, 6 und 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6“ durch die Wörter „den §§ 6 und 6a“ ersetzt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

      bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

         „5. tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 6a je voll- oder teilstationären Belegungstag.“

   b) Absatz 3 wird aufgehoben.

7. § 9 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,“.

bb) In Nummer 3 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1, 2 und 2a“ ersetzt.

cc) Nummer 7 wird durch die folgenden Nummern 7 bis 9 ersetzt:

„7. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,

8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,

9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.“

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 wird das Semikolon am Ende durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 6 wird aufgehoben.

8. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrate ist für

1. den Bereich des Pflegepersonals,

2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und

3. den ärztlichen Personalbereich

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen.“

cc) In Satz 5 werden die Wörter „ein Drittel“ durch die Angabe „40 Prozent“ ersetzt.

dd) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrate nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate vorzunehmen.“

c) Absatz 13 wird aufgehoben.

9. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

10. In § 12 Satz 1 wird nach dem Wort „Erlösbudgets“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets“ eingefügt.

11. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ gestrichen und wird nach der Angabe „§ 6“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets nach § 6a“ eingefügt.

b) In Absatz 4 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.

12. In § 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag 100 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag 50 Euro abzurechen. Absatz 3 gilt entsprechend.“

13. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörtern „des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs“ eingefügt und werden nach den Wörtern „nach § 5 Absatz 4“ die Wörter „sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2“ eingefügt.

bbb) In Buchstabe e wird nach dem Wort „Personen“ ein Komma und werden die Wörter „aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, jeweils“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 Buchstabe e wird nach den Wörtern „behandelnden Fachabteilungen“ ein Komma und werden die Wörter „und der dazugehörigen Zeiträume, Zeiträume der Intensivbehandlung“ eingefügt.

b) In Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 2013 bis 2021“ gestrichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 10

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 9 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „§ 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz“ durch die Wörter „§ 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes oder § 58 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes“ eingefügt.
2. In § 6 Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018“ durch die Wörter „um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2020“ ersetzt.
3. In § 9 Absatz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrate unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ eingefügt.
4. § 10 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
      bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegedienst“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.
      cc) In Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonals“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.
      dd) In Satz 5 wird die Angabe „40 Prozent dieser Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate)“ durch die Wörter „die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate“ ersetzt.
   b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung“ eingefügt.

Artikel 11

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) Die Angabe zu § 133 wird wie folgt gefasst:
      „§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren“.
   b) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:
      „§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3“.
2. Dem § 1 wird folgender Absatz 7 angefügt:

   „(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“

3. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 10 angefügt:

„(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über drei Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften den Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich

1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.“

4. In § 30 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ gestrichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

5. In § 33 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt,“ durch die Wörter „Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt,“ ersetzt.

6. § 37 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung nach den Wörtern „Häuslichkeit durch“ und nach den Wörtern „sofern dies durch“ die Wörter „eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ jeweils durch die Wörter „einen zugelassenen Pflegedienst“ ersetzt.

      bb) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

      „Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“

      cc) Im bisherigen Satz 6 wird das Semikolon und werden die Wörter „die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5“ gestrichen.

      dd) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 bis 6“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 9“ ersetzt.

   b) Nach Absatz 4 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

      „Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten.“

   c) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

      „Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

      1. zu Beratungsstandards,
      2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
      3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.“

   d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

      „(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

7. In § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ durch die Wörter „die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen“ ersetzt.

8. Dem § 44 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren automatisch erfolgen. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben technisch sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfefestsetzungsstelle oder den Dienstherrn erfolgt ist. Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherren nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungen nach Satz 2 nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt haben, ist von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein Säumniszuschlag entsprechend § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches zu zahlen; dies gilt nicht, wenn im Einzelfall kein Verschulden der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen vorliegt.“

9. In § 45a Absatz 1 Satz 5 werden nach den Wörtern „zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger“ die Wörter „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ eingefügt.

10. § 45b wird wie folgt geändert:

    a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

    „Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

    b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

    „Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.“

11. In § 45d Satz 3 werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt.

12. Nach § 46 Absatz 2 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

    „Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist.“

13. In § 55 Absatz 3a Nummer 2 werden nach dem Wort „Eheschließung“ die Wörter „oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes“ eingefügt.

14. § 56 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 werden die Wörter „und Lebenspartner“ gestrichen.

    b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

    aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Ehegatten“ die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ und nach dem Wort „geschlossen“ die Wörter „oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet“ eingefügt.

    bb) In den Nummern 1 und 4 werden nach dem Wort „Ehegatten“ jeweils die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ eingefügt.

15. Dem § 75 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

    „Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann.“

16. In § 78 Absatz 4 werden die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3“ gestrichen.

17. Nach § 89 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“

18. § 106a wird wie folgt geändert:

    a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln.“

    b) Folgender Satz wird angefügt:

    „Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.“

19. In § 111 Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 45c“ die Wörter „und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ eingefügt.

20. § 113b wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Absätzen 4 und 8“ die Wörter „sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2“ eingefügt.

    b) In Absatz 3 Satz 8 werden nach den Wörtern „Absätze 4 und 8,“ die Wörter „des § 8 Absatz 5 Satz 2,“ eingefügt.

    c) In Absatz 9 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen“ eingefügt.

21. § 133 wird wie folgt gefasst:

„§ 133

Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.“

22. Folgender § 146 wird angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„§ 146

Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.“

Artikel 12

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 28 Absatz 1 Nummer 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),“.

Artikel 13

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 8 Absatz 2c des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, werden die Wörter „Aufwendung von mindestens 2 Euro“ durch das Wort „Aufwendungen“ und wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.

Artikel 14

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2019 in Kraft.

(2) Die Artikel 1 und 8 treten mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag nach dem Kabinettbeschluss] in Kraft.

(3) Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 21 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(4) Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft.

(5) Die Artikel 10 und 12 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Zahl der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; auch die Zahl der Auszubildenden in diesen Berufen hat einen Höchststand erreicht. Gleichwohl konnte die Zahl der in der Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Angesichts der aktuellen Fachkräftesituation sind Engpässe insbesondere in Gesundheits- und Pflegeberufen nicht nur aktuell sichtbar, sondern werden sich womöglich in Zukunft noch verschärfen. Der steigende Bedarf an Pflegekräften bei einer gleichzeitig wenig dynamischen Entwicklung auf der Angebotsseite hat zu anhaltenden Arbeitskräfteengpässen in der Pflege geführt. Diese Lage erfordert vermehrte Anstrengungen, um die Qualität der Pflege durch eine ausreichende Versorgung mit Fachkräften zu sichern. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften und zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte.

Das Gesetz zielt daher auf Sofortmaßnahmen für spürbare Entlastungen der pflegerischen Versorgung in der Kranken- und Altenpflege durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen ab. Die Regelungen sind notwendig, um die bestehende Belastung von Pflegekräften zu vermindern und die pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

Außerdem enthält das Gesetz die erforderlichen Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds. Da künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden können, trägt dieser ebenfalls zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung bei.

Das Gesetz verbessert zudem die Möglichkeit für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten, um so die physischen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten gleichermaßen zu stärken. Bei der Ein- und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen verstärkt mit Leistungen der Krankenkassen unterstützt werden.

Durch die Förderung von geeigneten Maßnahmen wird den besonders hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Rechnung getragen, die vor allem durch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht bedingt sind.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes (IFSG) der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Schwerpunkte des Entwurfes sind:

Die Pflege im Krankenhaus wird verbessert, indem

– jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird,

– Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden,

– zukünftig die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

– Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden,

– die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden,

– gewährleistet wird, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können,

– der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem

– vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden,

– Pflegeheime und Pflegedienste Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten,

– Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste unterstützt werden, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen,

– das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt vereinfacht wird.

– die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht wird und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden; zudem wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung erweitert.

Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht werden.

Darüber hinaus soll der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.

Schließlich soll die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Im Einzelnen:

1. Jede zusätzliche Pflegestelle am Bett wird vollständig finanziert

Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm wird damit über das Jahr 2018 hinaus bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze. Zudem entfällt der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für Pflegestellen am Bett und zwar sowohl für zusätzliche Pflegestellen als auch für die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bisher vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

2. Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal

Bereits für das Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der oberhalb der maßgeblichen Obergrenze lag, soweit er nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Die zusätzlichen Finanzmittel sind daher

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

für Pflegepersonal einzusetzen. Dies ist durch einen Nachweis zu belegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

3. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Über ein neu einzuführendes Pflegebudget werden die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarfs finanziert. Ab dem Jahr 2020 vereinbaren die Vertragsparteien auf der Ortsebene das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenhausindividuellen Kosten. Die vereinbarten Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Sofern festgestellt wird, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, sind diese zurückzuzahlen. Zur Umsetzung der krankenhausindividuellen Pflegebudgets werden die DRG-Berechnungen um die entsprechenden Pflegepersonalkosten bereinigt.

4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in der Pflege

Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in den Krankenhäusern werden durch folgende Maßnahmen verbessert:

– Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden zukünftig im ersten Ausbildungsjahr vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Damit wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr nicht im gleichen Umfang zur Entlastung ausgebildeter Pflegekräfte beitragen, wie Auszubildende im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung. Bislang werden Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe für die gesamte Dauer der Ausbildung nur anteilig refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr Pflegepersonal auszubilden.

– Ausbildungsvergütungen sind für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe von den Kostenträgern zu refinanzieren. Für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets ist es unerheblich, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt.

– Ausbildungsbudgets können entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen vereinbart werden. Der Anstieg der Ausbildungsbudgets unterliegt keiner Obergrenze.

– Im Rahmen des verlängerten Krankenhausstrukturfonds können künftig auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden.

5. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten eine zusätzliche Vergütung von den Kostenträgern erhalten. Allerdings gelingt dies häufig mangels einer validen Datengrundlage nicht. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, werden die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.

6. Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Krankenhäusern

Zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal können Krankenhäuser Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf mit der Personalvertretung vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser hälftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken.

7. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags wird gesetzlich auf 35 Prozent festgeschrieben. Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene werden dadurch vermieden und unnötige Bürokratie abgebaut.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

8. Fortführung des Krankenhausstrukturfonds

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds werden an den neuen Förderzeitraum angepasst. Das bedeutet, dass die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Ko-Finanzierung erhöhen müssen.

Die bisherigen Zwecke der Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten werden beibehalten. Insgesamt wird der Krankenhausstrukturfonds stärker darauf ausgerichtet, die Struktur der akutstationären Versorgung durch die Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen und von Krankenhausverbünden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke zu verbessern. Daneben können mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe gefördert werden.

9. Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden personell gestärkt, um insbesondere den personellen Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser abzudecken. Die Einrichtungen können auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Stellen erhalten und besetzen. Einrichtungen bis zu 40 Bewohnern haben Anspruch auf zusätzlich eine halbe Stelle, Einrichtungen mit 41 bis 80 Bewohnern auf eine Stelle, Einrichtungen mit 81 bis 120 Bewohnern eineinhalb Stellen und Einrichtungen mit mehr als 120 Bewohnern zwei Stellen zusätzlich. Eine finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen ist damit nicht verbunden; die Einrichtungen erhalten dafür von den Pflegekassen einen Zuschlag. Zur Finanzierung zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung; die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich anteilig an den Kosten.

10. Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung

Um die Potentiale der Digitalisierung für die Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege zu nutzen, fördert die Pflegeversicherung im Zeitraum von 2019 bis 2021 durch Zuschüsse anteilig entsprechende digitale Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen z.B. in den Bereichen Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen, bei der Dienst- und Tourenplanung sowie beim internen Qualitätsmanagement und der Erhebung von Qualitätsindikatoren. Der maximale Förderbetrag beträgt 12.000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Maßnahme.

11. Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf von Pflegeeinrichtungen

Um den hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, denen die professionellen Pflegekräfte oft gegenüberstehen (z.B. häufige Arbeitszeiten in den Randstunden des Tages, in der Nacht oder am Wochenende), besser gerecht werden zu können, sollen durch eine zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre begrenzte Unterstützung Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gefördert werden. In den Jahren 2019 bis 2024 werden hierfür jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Gefördert werden Maßnahmen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, z.B. individuelle oder gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, oder auch Schulungen und Weiterbildungen für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Pflegekräften soll es dadurch ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.

12. Weitere Verbesserungen in der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen

Um die ärztliche Versorgung in der stationären Altenpflege weiter zu verbessern und die Pflegekräfte zu entlasten, wird die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden zudem verpflichtet, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit zu benennen. Zudem werden Standards

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

für die schnittstellen- und sektorübergreifende elektronische Kommunikation festgelegt. Die Evaluation der Kooperationsverträge ist künftig auch für den zahnärztlichen Bereich verpflichtend.

Darüber hinaus werden für eine bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeheimen Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video als telemedizinische Leistung umfangreich ermöglicht. In diesem Zusammenhang wird die Videosprechstunde insgesamt für alle Versicherten und in der häuslichen Pflege im weiten Umfang weiterentwickelt. Hierzu hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2019 entsprechende Anpassungen zu beschließen.

Zur Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und zur Verbesserung der Kooperation von Zahnärzten und Pflegepersonal werden Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video auch im vertragszahnärztlichen Bereich ermöglicht. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhalten den Auftrag, eine Vereinbarung der technischen Vorgaben für die sichere Durchführung von Videosprechstunden zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss Zahnärzte erhält den Auftrag, auf Grundlage der Vereinbarung entsprechende Anpassungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen vorzunehmen.

13. Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum

Die ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum soll durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten gestärkt werden, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Ein unbürokratisch zu gewährender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, ist daher von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegen, der auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.

14. Verbesserungen bei der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige

Pflegenden Angehörigen wird es ermöglicht, nach ärztlicher Verordnung eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Leistungen durchgeführt worden sind. Damit wird der Zugang dieses Personenkreises zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erleichtert.

15. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen:

– Bereits heute können Krankenkassen mit ihren Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ihrer Beschäftigten unterstützen. Nunmehr werden die Krankenkassen verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich für diese Leistungen aufzuwenden. Der bereits heute gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert für diese Leistungen in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird um 1 Euro auf 3,15 Euro erhöht. Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhält die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einen Schub, der mit gesunden, motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt.

– Zudem wird die Nationale Präventionsstrategie ergänzt um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstandes der Beschäftigten in Krankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen.

– Um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, die sich für die Gesundheit ihrer Beschäftigten einsetzen wollen, die notwendige Unterstützung erhalten, sollen sie durch die mit dem Präventionsgesetz geschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen noch besser beraten und unterstützt werden.

16. Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 IfSG oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 des Asylgesetzes (AsylG) aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelungen der Krankenhauspflegesätze durch Bundesgesetz erfolgen. Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung insbesondere durch entgelt- und vergütungsrechtliche Regelungen. Entgelt- und vergütungsrechtliche Regelungen sind Bestandteil der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, da sie finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser haben. Gleiches gilt für die Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds, da sich aus einer Förderung aus dem Strukturfonds finanzielle Wirkungen für die betroffenen Krankenhäuser in unter Umständen erheblicher Größenordnung ergeben.

Eine bundesrechtliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG). Das Vergütungssystem ist für die Krankenhäuser bundesweit und einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen, um im gesamten Bundesgebiet gleiche Zugangsmöglichkeiten und ein gleiches Versorgungsniveau der akutstationären Versorgung zu gewährleisten. Diese Regelungsziele wären durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene zu einer Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung mit akutstationären Leistungen und damit zu einer Beeinträchtigung des Fortbestands eines einheitlichen Versorgungssystems führen würde.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG, für die Änderung des IFSG aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.

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

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung und unterstützt insbesondere die Umsetzung der Managementregel 5 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, nach der Gefahren und unvertretbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sind. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein wichtiges Mittel zur Erhaltung der Beschäftigtenfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Krankenhäusern und in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Die Regelungen haben zum Ziel – direkt oder indirekt – die gesundheitlichen Potenziale der Beschäftigten zu bewahren. Der Erfolg und die Qualität der Leistungen in diesen Einrichtungen sind in hohem Maße von den Beschäftigten abhängig. Sie sichern mit ihren Kompetenzen, ihrer Motivation und Leistungsbereitschaft eine menschenwürdige Kranken- und Pflegeversorgung und leisten damit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

3. Demografische Auswirkungen

Die Pflegebranche ist durch die demografischen Veränderungen in besonderem Maße betroffen. Bereits heute besteht ein Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften. Der Wettbewerb um die Fachkräfte wird sich in Zukunft weiter verschärfen. Gleichzeitig wird der Bedarf an professioneller Pflege weiter zunehmen, da ein Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu erwarten ist. Die Lebenserwartung der Mitbürgerinnen und Mitbürger in Deutschland steigt; chronische Erkrankungen, Multimorbidität und die Zahl demenziell und psychisch erkrankter Menschen nehmen zu.

Das vorliegende Gesetz reagiert hierauf, indem an verschiedenen Stellen Maßnahmen getroffen werden, die die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte verbessern. Dies gilt sowohl für die Pflege im Krankenhaus als auch für die Langzeitpflege. Insbesondere die Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollen hierzu beitragen. Zusammen mit den zu entwickelnden Maßnahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ soll durch längere Verweildauer im Beruf, mehr Vollzeittätigkeit, Rückkehr früherer Pflegekräfte in den Beruf, mehr Ausbildungsplätze sowie Anwerbung ausländischer Pflegekräfte die Fachkräftebasis an die Herausforderungen der demografischen Entwicklung angepasst werden.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen dieses Gesetzes basieren auf Daten der amtlichen Statistiken und darauf aufsetzenden Schätzungen. Es können in der Regel nur grobe Quantifizierungen vorgenommen werden, weil der Umfang der Umsetzung vielfach von Verhandlungsprozessen abhängig und damit nicht exakt vorhersehbar ist. Bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben auf die Kostenträger wird davon ausgegangen, dass 90 Prozent der Leistungen und Vergütungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und zehn Prozent auf andere Kostenträger entfallen. Bei dem auf andere Kostenträger entfallenden Anteil werden rund zwei Drittel der privaten Krankenversicherung und rund ein Drittel den öffentlichen Haushalten zugeordnet.

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben verbunden, die sich mittel- und langfristig auf die Verbesserung der Qualität und Effizienz der stationären Versorgung auswirken werden. Die Verbesserung der Ausstattung mit Pflegepersonal in den Krankenhäusern, eine bessere Finanzierung der Pflegepersonalkosten und eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes sollen zu mehr Zeit für die pflegerische Zuwendung beitragen und hierdurch gleichzeitig die Patientensicherheit erhöhen.

Insgesamt führen die Maßnahmen des Gesetzes im Vergleich zum Jahr 2017 für alle Kostenträger zu Mehrausgaben in Höhe von rund acht Millionen Euro im Jahr 2018, in Höhe von rund 2,1 Milliarden Euro im Jahr 2019, in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro im Jahr 2020, in Höhe von rund 2,6 Milliarden Euro im Jahr 2021 und in Höhe von rund 2,8 Milliarden Euro im Jahr 2022. Davon werden die für den Krankenhausstrukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Verfügung stehenden Mittel in Höhe von 0,5 Milliarden Euro jährlich – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV aufgebracht. Entsprechende Mehrausgaben durch den Krankenhausstrukturfonds ergeben sich auch für die Bundesländer.

Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

Durch die Änderungen des IfSG entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

a) Bund, Länder und Gemeinden

Durch die Fortführung des mit dem Krankenhausstrukturgesetz gebildeten Krankenhausstrukturfonds können ab 2019 die Haushalte der Länder in dem Maß belastet werden, wie sie Mittel aus dem Strukturfonds abrufen, da sie zu einer Ko-Finanzierung dieser Mittel verpflichtet sind. Bei Ausschöpfung der Fondsmittel beträgt das Volumen der von den Ländern aufzubringenden Mittel in den Jahren ab 2019 bis 2022 jeweils 500 Millionen Euro jährlich. An dieser Ko-Finanzierung können die Länder die Krankenhausträger beteiligen.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden aus den Neuregelungen im Bereich der Krankenversicherung jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe ab dem Jahr 2018 entstehen. Die rechnerisch ermittelten Mehrausgaben belaufen sich im Jahr 2018 auf weniger als eine Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 20 Millionen Euro, im Jahr 2020 auf rund 30 Millionen Euro, im Jahr 2021 auf rund

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

35 Millionen Euro und im Jahr 2022 auf rund 40 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.

Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen der §§ 4 Absatz 8 und 8a, § 10 KHEntG und § 132 a SGB V insgesamt jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen. Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Länder und Gemeinden aus den Neuregelungen im Bereich der Pflegeversicherung aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund zwei Millionen Euro jährlich. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Für die Sozialhilfeträger könnten sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben, insoweit diese Maßnahmen zusätzlich ergriffen werden, und die Pflegesätze oder die selbst zu tragenden Investitionskostenanteile dadurch steigen. Durch die Wegekostenzuschläge nach § 89 Absatz 3 können sich für die Sozialhilfeträger jährliche Mehrausgaben von 2 bis 3 Millionen Euro ergeben.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung in § 36 IfSG können Kosten für die Länder entstehen. Ärztliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst hängen aber von dem Gebrauchmachen der Länder von der in § 36 Absatz 6 IfSG neu eingefügten Verordnungsermächtigung ab, die dann die Kosten nach § 69 IfSG tragen. Da somit auf der Länderebene ein weiter Ermessensspielraum besteht, ist der dadurch ggf. entstehende Aufwand nicht quantifizierbar. Der Erfüllungsaufwand für die Länder aus § 36 Absatz 8 IfSG ist momentan nicht ermittelbar, da nicht vorhersehbar ist, ob und in welchem Umfang von der Ermächtigung nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG Gebrauch gemacht wird. Die Möglichkeit der Subdelegation erschwert die Abschätzung des Erfüllungsaufwands zusätzlich. Durch die Änderung von § 23 IfSG entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2018 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund sieben Millionen Euro, im Jahr 2019 in Höhe von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 2,0 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro. Hierin enthalten sind 500 Millionen Euro, die jährlich für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2019 für die Dauer von vier Jahren abgerufen werden können, sofern sich die jeweils betroffenen Länder in gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen. Die in einem Jahr nicht abgerufenen Mittel werden in das Folgejahr übertragen.

Die oben genannten Mehrausgaben für die GKV ergeben sich aus den nachfolgend genannten Maßnahmen.

Zukünftig wird jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert. Das Pflegestellen-Förderprogramm wird bedarfsgerecht weiterentwickelt, indem für das Jahr 2019 jede zusätzlich eingestellte Pflegekraft vollständig finanziert wird. Ab dem Jahr 2020 erfolgt die vollständige Finanzierung jeder zusätzlich eingestellten Pflegekraft im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung des Pflegebudgets. Für die Ermittlung der vor diesem Hintergrund zu erwartenden Mehrausgaben wird auf den Anstieg der Vollkräfte im letzten verfügbaren Datenjahr abgestellt. Im Jahr 2016 lag der Anstieg der Vollkräfte im Pflegedienst bei rund 4 000 zusätzlichen Pflegevollkräften. Unter der Annahme, dass auch ab dem Jahr 2019 der jährliche Stellenzuwachs in der Größenordnung liegt, entstehen der GKV basiswirksame Mehrausgaben in Höhe von rund 220 Millionen Euro pro Jahr gegenüber dem jeweiligen Vorjahr. Während im Jahr 2019 die Mehrausgaben bei rund 220 Millionen Euro liegen, erhöhen sich diese auf rund 440 Millionen Euro im Jahr 2020 bzw. auf rund 660 Millionen Euro im Jahr 2021 und erreichen im Jahr 2022 Mehrausgaben in Höhe von rund 880 Millionen Euro. Nichtsdestotrotz kann keine abschließende Aussage hinsichtlich der Ausgaben für die neue Pflegepersonalkostenvergütung ab dem Jahr 2020 getroffen werden, da zum jetzigen Zeitpunkt weder die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

treffende Definition der betroffenen Pflegepersonalbereiche und -kosten noch die Pflegepersonalkosten jedes einzelnen Krankenhauses bekannt sind.

Mit dem Ziel der Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal können Krankenhäuser Vereinbarungen mit der Personalvertretung abschließen, die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zum Gegenstand haben. Für die GKV ergeben sich in dem Zeitraum 2019 bis 2024 jährliche Mehrausgaben in Höhe von bis zu 70 Millionen Euro.

Mit der vollständigen Refinanzierung von Tariferhöhungen für Pflegekräfte entstehen für Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze Mehrausgaben für die GKV. Da die Tarifkostenrefinanzierung für Pflegepersonal rückwirkend gelten wird, entstehen der GKV im Jahr 2018 auf Basis der aktuellen Tarifabschlüsse Mehrausgaben in Höhe von rund sieben Millionen Euro. Die Mehrausgaben, die ab dem Jahr 2019 für die GKV entstehen, basieren auf Schätzungen und Annahmen zur Tarifrate und zur Obergrenze. Für das Jahr 2019 wird von kumulierten Mehrausgaben in Höhe von 40 Millionen Euro ausgegangen. Diese Mehrausgaben fallen auch im Jahr 2020 an und werden um rund weitere 40 Millionen Euro erhöht, so dass in der Summe von kumulierten Mehrausgaben in Höhe von ca. 80 Millionen Euro auszugehen ist. Schätzungen, die über das Jahr 2020 hinausgehen, können nicht auf solider Grundlage getroffen werden. Mindestens werden die im Jahr 2020 anfallenden basiswirksamen Mehrausgaben auch in den Folgejahren entstehen. Sollten die Tarifsteigerungen die Obergrenze überschreiten, wäre mit weiteren, zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifizierbaren, Mehrausgaben zu rechnen. Strukturelle Tariferhöhungen sind nicht quantifizierbar und wurden insoweit in den geschätzten Mehrausgaben nicht berücksichtigt.

Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe werden bislang nur anteilig refinanziert, weil die Auszubildenden im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung voll ausgebildete Pflegekräfte entlasten. Eine solche Entlastung ergibt sich im ersten Ausbildungsjahr jedoch nicht in gleichem Umfang. Daher werden die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr zukünftig vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Der GKV entstehen dadurch im Jahr 2019 Mehrausgaben in Höhe von rund 135 Millionen Euro. Ab dem Jahr 2020 betragen die jährlichen Mehrausgaben rund 155 Millionen Euro. Die Klarstellung, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) genannten Berufe zu erfolgen hat, ist grundsätzlich kostenneutral. Erst dann, wenn neben den derzeitigen Vergütungen für Auszubildende in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe sowie bei Hebammen und Entbindungspflegern auch Vergütungen für weitere Ausbildungsberufe gezahlt werden, wären nicht quantifizierbare Mehrausgaben für alle Kostenträger die Folge.

Die Präzisierung der Verweisung auf die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in § 4 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) führt nicht zu einer Ausweitung der finanziellen Förderung der personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Krankenhaushygienikerinnen und -hygienikern.

Die Regelung zum Ausbau von Videosprechstunden führt zu jährlichen Mehrausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages.

Durch die bessere Honorierung der Wegezeiten in der häuslichen Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum entstehen jährliche Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich.

Mit dem Verzicht auf die absenkende bzw. erhöhende Berücksichtigung der Zuschläge und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei den Landesbasisfallwerten entstehen den Kostenträgern ab dem Jahr 2019 Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages.

c) Soziale Pflegeversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.

Im Einzelnen gilt: Für Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Jahren 2019 bis 2021 insgesamt bis zu 310 Millionen Euro für die Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege bereitgestellt. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich daran entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen mit sieben Prozent.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ebenfalls aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden für Maß-nahmen der Pflegeeinrichtungen zur Herstellung einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiter/innen in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich daran entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen mit sieben Prozent.

Der Übergang der Bezahlung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 von gesetzlich festgelegten Beträgen auf ausgehandelte Beträge dürfte ab 2019 zu Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich führen.

Die Gewährung einer erhöhten Wegekostenvergütung dürfte Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich verursachen. Die Ausgaben sind in der Gesamtsumme nicht enthalten, weil eine Zuordnung zur Pflegeversicherung oder zu den Pflegebedürftigen nicht möglich ist.

5. Erfüllungsaufwand

Die Vorgaben dieses Gesetzes haben hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes sowohl auf die Verwaltung als auch auf die Wirtschaft in der Perspektive entlastende Auswirkungen.

5.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zum Infektionsschutzgesetz entsteht geringfügiger Erfüllungswand für die Bürgerinnen und Bürger, weil die betroffenen Personen die Zeugnisse nach § 36 Absatz 4 auf eigene Kosten beibringen müssen.

5.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Ausbau und Erweiterung des Pflegestellen-Förderprogramms im Krankenhausbereich

Da bereits mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten die Nachweisverpflichtungen für die Krankenhäuser auf den Zeitraum nach Ablauf des Pflegestellen-Förderprogramms verlängert worden sind, entsteht mit dem Ausbau und der Erweiterung des Förderprogramms (§ 4 Absatz 8 KHEntgG) kein neuer darüber hinausgehender Erfüllungsaufwand. Die einmalige Erstellung eines Nachweises zur Ausgangssituation der Pflegebesetzung zum 31. Dezember 2018 kann für die Krankenhäuser zu geringfügigem Mehraufwand führen. Dieser wird jedoch dadurch kompensiert, dass die Vertragsparteien vor Ort im Rahmen der Vereinbarungen zum Pflegestellen-Förderprogramm zukünftig weder eine Obergrenze noch einen zehnprozentigen Eigenanteil bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigen haben. Mit der Einführung einer neuen und hausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung ist ein separates Pflegestellen-Förderprogramm nicht mehr erforderlich. Zusätzliche Einstellungen von Pflegepersonal oder Aufstockungen von Teilzeitstellen in der Pflege können dann im Rahmen des Pflegebudgets berücksichtigt werden. Damit entfallen die Nachweisverpflichtungen für das Pflegestellen-Förderprogramm. Die dadurch für die Krankenhäuser entstehenden Entlastungen belaufen sich einmalig im Jahr 2021 auf 2,3 Millionen Euro.

2. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Die hausindividuelle Pflegepersonalkostenvergütung ab dem Jahr 2020 bringt neue Vorgaben für die Krankenhäuser mit sich. Für die Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Abrechnung der neuen Pflegeentgelte sowie für die Ergänzung der etablierten jährlichen Datenlieferungen entsteht den somatischen Krankenhäusern im Jahr 2019 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 90 000 Euro. Die Vereinbarung des Pflegebudgets wird in den regelmäßig stattfindenden Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zu einem höheren Zeitaufwand führen, der für die somatischen Krankenhäuser mit einem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 170 000 Euro einhergehen wird. In den Jahren 2019 und 2020 ist der vorgenannte Betrag noch aufzuteilen, da die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 teils im Jahr 2019 teils im Jahr 2020 erfolgen wird. In dem höheren Zeitaufwand ist auch die Vereinbarung von Einsparungen bei den Pflegepersonalkosten durch pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen berücksichtigt. Die Vorlage der Begründung der einsparenden Wirkung der Maßnahmen sowie der Nachweis über die Durchführung der Maßnahmen erfolgen gemäß § 11 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG. Demnach sind die Krankenhäuser verpflichtet, zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, sofern dies auf ein gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien zurückgeht. Da bereits nach geltendem Recht die Kostenträger zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zusätzliche Unterlagen abfordern können, handelt es sich nicht um eine hinsichtlich des Aufwands neue Vorgabe. Zudem wird angenommen, dass in dem für die Verhandlung des Pflegebudgets angesetzten Zeitkontingent auch über die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gesprochen wird. Die Berücksichtigung der dabei vereinbarten Mittel im Erlösbudget ist anschließend nur noch formal umzusetzen.

3. Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe in den Krankenhäusern

Der Wegfall des Anrechnungsschlüssels für Auszubildende in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr erfordert einerseits die Abgrenzung der Anzahl an Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr von der Gesamtzahl an Auszubildenden in den genannten Bereichen. Andererseits entfällt für die Gruppe der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr die Anwendung des Anrechnungsschlüssels. Die geringfügigen belastenden und entlastenden Effekte der Regelung heben sich gegenseitig auf, so dass die Regelung hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes als neutral zu werten ist. Die Klarstellungen, dass die vereinbarten Ausbildungsvergütungen aller im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe in den Ausbildungsbudgets zu berücksichtigen sind und die Ausbildungsbudgets entsprechend der tatsächlichen Kostenzuwächse vereinbart werden sollen, erleichtern die Verhandlungen auf der Ortsebene. Damit führen die Regelungen zur Ausbildungsfinanzierung insgesamt zu Entlastungen für die Krankenhäuser in geringfügigem nicht quantifizierbarem Umfang.

4. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Für die Übermittlung der Pflegegrade von den privaten Krankenversicherungen an die Krankenhäuser entsteht den Kostenträgern initial ein einmaliger Erfüllungsaufwand, der sich aus der Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen ergibt. Dafür wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6 000 Euro ausgegangen.

5. Änderungen in § 21 KHEntgG

Die im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 21 KHEntgG zukünftig ergänzend zu liefernden Daten liegen den Krankenhäusern bereits heute routinemäßig vor. Für die Datenübermittlung haben die Krankenhäuser die vorliegenden, aber neu zu übersendenden Daten in das einheitliche von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorgegebene Datensatzformat gemäß § 21 KHEntgG zu überführen. Dafür ist initial von einem geringfügigen Mehraufwand in Höhe von rund 10 000 Euro auszugehen. In den Folgejahren sind aufbauend auf den Arbeiten im ersten Jahr lediglich Abrufe der Daten für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr erforderlich.

6. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Durch die gesetzliche Festsetzung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags (§ 4 Absatz 2a KHEntgG - neu -) und des damit einhergehenden Wegfalls der Verpflichtung der Vertragsparteien auf der Ortsebene für bestimmte zusätzliche Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren, wird die Verhandlungsdauer und das Konfliktpotenzial auf der Ortsebene reduziert. Dafür wird mit jährlichen Entlastungen für die Krankenhäuser in Höhe von rund 700 000 Euro gerechnet.

7. Fortführung des Krankenhausstrukturfonds

Für die Krankenhausträger kann ein Erfüllungsaufwand durch die Mitwirkung bei der Erstellung der Antragsunterlagen für die Förderung aus dem Strukturfonds entstehen. Die Höhe dieses Aufwands kann nicht genau quantifiziert werden, da er maßgeblich von der Zahl, der Art und Komplexität der zu fördernden Vorhaben abhängt.

8. Kooperation von Ärzteschaft und Pflegeheimen (§ 119b SGB V)

Darüber hinaus entsteht der Wirtschaft durch die gemäß Absatz 2a zu treffende Vereinbarung zu technischen Standards für den elektronischen Datenaustausch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 000 Euro.

Durch die Stärkung der Videosprechstunde kann es neben einer einmaligen Umstellung in der Praxisorganisation insbesondere zu nicht quantifizierbaren Einsparungen beim Erfüllungsaufwand z.B. aufgrund von wegfallenden Wegezeiten von Ärzten kommen. Dies hängt von der Häufigkeit des Einsatzes von Videosprechstunden und von dem jeweiligen Fall ab.

9. Umsetzung der Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch die Umsetzung ergibt sich bei der Antragstellung ein einmaliger Erfüllungsaufwand in der Wirtschaft von rund 542 000 Euro.

10. Zuschuss gemäß § 8 Absatz 7 SGB XI

Durch die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entsteht der Wirtschaft begrenzt auf den Zeitraum 2019 bis 2024 ein Erfüllungsaufwand von rund 240 000 Euro pro Jahr für die Antragstellung, insgesamt 1 440 000 Euro.

11. Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 3 SGB XI)

Die Vergütung für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 wird künftig im Vereinbarungswege mit den Pflegediensten festgelegt. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand zur Vorbereitung und Durchführung der Vergütungsverhandlungen von rund 20 500 Euro aus.

12. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 5a – neu – SGB XI)

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließt gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Ergebnisse der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand für Vorbereitung und Abschluss der Richtlinien aus. Dafür ist ein Aufwand von ca. 5 000 Euro zu Grunde zu legen.

13. Leistungen für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 5 Sätze 4 und 5 SGB XI)

Es entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 26 100 Euro für die 49 privaten Versicherungsunternehmen für die Programmierung oder Anschaffung von Software zur Automatisierung der Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren.

5.2.1 Bürokratiekosten der Wirtschaft

Eine neue Informationspflicht für die Krankenhäuser ergibt sich ab dem Jahr 2019 aus den neu zu erbringenden Nachweisen für eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal in somatischen sowie in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Je nach Ausgestaltung der Nachweise durch die Vertragsparteien auf Bundesebene können sich Erleichterungen und Synergieeffekte aus der Datenübermittlung der Pflegevollkräfte aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen gemäß § 21 KHEntgG ergeben. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen entsteht nur ein geringfügiger Mehraufwand in Höhe von rund 3 000 Euro jährlich, da diese Einrichtungen bereits heute schon Nachweise zur Stellenbesetzung und zweckentsprechenden Mittelverwendung (§ 18 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung - BPflV) erbringen. Der laufende Erfüllungsaufwand für somatische Einrichtungen ist für die Jahre 2019 und 2020 mit jeweils rund 29 000 Euro zu beziffern. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für somatische Einrichtungen zukünftig im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung zu berücksichtigen ist und in dem Zuge der separate Nachweis für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der Tarifkostenrefinanzierung entfällt, ist für die somatischen Krankenhäuser ab dem Jahr 2021 mit einer jährlichen Entlastung von rund 29 000 Euro zu rechnen.

Die Zusammenstellung der Unterlagen im Vorfeld der Verhandlungen des (Pflege-)Budgets und die Erbringung der Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus dem Pflegebudget führt zu weiterem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 90 000 Euro. Bei dem Betrag handelt es sich um die im Durchschnitt dauerhaft entstehenden Belastungen. Es ist davon auszugehen, dass diese in den ersten Jahren etwas höher liegen, da hierbei auch die Nachweise für die Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf berücksichtigt sind. Diese Mehrbelastungen werden wiederum kompensiert durch Synergieeffekte für die Nachweise im Zusammenhang mit dem Pflegebudget aufgrund ähnlich lautender Nachweise im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen.

Für die Krankenhausträger ergeben sich aus der Fortführung des Krankenhausstrukturfonds Dokumentationspflichten, um die Verwendung der Fördermittel nachprüfbar zu machen. Die Kosten hierfür dürften den Betrag von 500 Euro nicht übersteigen. Da nicht abschätzbar ist, für wie viele Krankenhäuser Fördermittel gewährt werden, ist die Summe der hierfür entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifizierbar.

5.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

5.3.1 Erfüllungsaufwand für die Selbstverwaltung

Unter dem Erfüllungsaufwand für die Selbstverwaltung werden sowohl die entstehenden Be- und Entlastungen für die Vertragsparteien auf Landesebene, den GKV-Spitzenverband sowie für die gesetzlichen Krankenkassen auf der Ortsebene als auch die Belastungen für die Vertragsparteien auf Bundesebene erfasst. Die Vertragsparteien auf der Bundesebene, zu denen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Verband der privaten Krankenversicherung gehören, werden der Verwaltung zugeordnet, da diese Institutionen auf gesetzlicher Grundlage als untergesetzliche Normgeber rechtsverbindliche Vereinbarungen mit Wirkung für Dritte treffen.

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Ausbau und Erweiterung des Pflegestellen-Förderprogramms im Krankenhausbereich

Durch den Verzicht auf die zum 31. Oktober 2018 zu treffende Vereinbarung über die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm, die in den Pflegezuschlag hätten überführt werden sollen (§ 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG) und eine Fehlschätzungskorrektur im Folgejahr werden die Vertragsparteien auf Bundesebene in geringfügigem nicht quantifizierbarem Umfang entlastet. Eine Etablierung neuer Arbeitskreise zu diesem Thema ist daher verzichtbar.

Die neue Pflegepersonalkostenvergütung erübrigt ein gesondertes Pflegestellen-Förderprogramm, so dass die Belastungen für die Erstellung eines Berichts bereits ab dem Jahr 2021 - und nicht erst ab dem Jahr 2022 - entfallen. Die im Jahr 2021 als einmalig anzusehende Entlastung beläuft sich auf rund 26 000 Euro für die Krankenkassen auf der Ortsebene und den GKV-Spitzenverband.

2. Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal

Aus der Vorgabe für die Vertragsparteien auf Bundesebene, die näheren Einzelheiten für einen Nachweis und ein Verfahren zur Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) zu vereinbaren, entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand, der sich im Jahr 2019 auf rund 70 000 Euro beläuft.

Ab dem Jahr 2020 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Anteilswert an der von ihnen vereinbarten Erhöhungsrate zu ermitteln. Der laufende Erfüllungsaufwand beläuft sich dafür auf rund 4 000 Euro.

3. Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Der GKV-Spitzenverband hat in dem Zeitraum 2020 bis 2025 jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die auf der Ortsebene vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu berichten. Dafür entsteht dem GKV-Spitzenverband in dem Zeitraum 2020 bis 2025 ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500 Euro. Dem zu erstellenden Bericht gehen Datenlieferungen der einzelnen Krankenkassen voraus, die zu einem jährlichen Mehraufwand in Höhe von rund 3 500 Euro führen. Der Erfüllungsaufwand beläuft sich insgesamt auf rund 24 000 Euro.

4. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Die Einführung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfordert eine Vielzahl von vorbereitenden Tätigkeiten und führt zu laufendem Erfüllungsaufwand. Noch im Jahr 2018 beginnen für die Vertragsparteien auf der Bundesebene die Arbeiten zur Vorbereitung der Kalkulationsgrundlagen und weiterer erforderlicher Maßnahmen. Dafür hat das InEK ein Konzept zu erstellen, auf dessen Grundlage die weiteren Entscheidungen für die Kalkulation zu treffen sind. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Arbeiten auf Bundesebene beläuft sich auf rund 100 000 Euro im Jahr 2018. Die Fortsetzung der Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene zu den vorgenannten Entscheidungen und einer weiteren Aufgabe zur Gestaltung der von den Krankenhäusern vorzulegenden Unterlagen und Nachweise führt im Jahr 2019 zu weiteren 90 000 Euro an einmaligem Erfüllungsaufwand.

Für die Benennung von Prozedurenschlüsseln, die mit der Einführung des Pflegebudgets zu streichen sind, entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Es ist davon auszugehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Verhandlungen zu den potenziell zu streichenden Prozedurenschlüsseln im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Arbeitsgruppen und Spitzengespräche führen. Für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

und Information entsteht ebenfalls kein neuer Erfüllungsaufwand, da Änderungen in den Klassifikationen in den jährlichen Routineprozessen umgesetzt werden.

Für das Statistische Bundesamt ergibt sich ebenfalls einmaliger Erfüllungsaufwand, der jedoch durch eine Entlastung ausgeglichen wird. Die Belastung wird bedingt durch die im Jahr 2020 erforderliche Anpassung der Bundesstatistik, in der zukünftig auch die neuen Pflegeentgelte auszuweisen sind. Eine Entlastung entsteht dem Statistischen Bundesamt dadurch, dass Kostenentwicklungen beim Pflegepersonal in der Patientenversorgung bei der Ermittlung des Orientierungswertes zukünftig nicht mehr zu berücksichtigen sind.

Laufender Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Selbstverwaltung aus verschiedenen Vorgaben. Das InEK hat ab dem Jahr 2019 jährlich zusätzlichen Kalkulationsaufwand für die Abgrenzung der Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus den Kostendaten für die Kalkulation der Fallpauschalen. Außerdem hat das InEK erstmals im Jahr 2019 einen Pflegeerlöskatalog zu erstellen und diesen jährlich weiterzuentwickeln. Der Erfüllungsaufwand beläuft sich dafür jährlich auf einen niedrigen fünfstelligen Eurobetrag. Für die jährliche Vereinbarung des Pflegeerlöskatalogs und der dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen ist kein weiterer Erfüllungsaufwand für die Vertragsparteien auf Bundesebene zu quantifizieren, da diese Aufgaben bereits in etablierten Arbeitsgruppen sowie in regelmäßig stattfindenden Spitzengesprächen verankert sind.

Für die Kostenträger auf der Ortsebene ergibt sich ein laufender Erfüllungsaufwand durch die zusätzliche Vereinbarung eines Pflegebudgets. Der jährliche Erfüllungsaufwand beläuft sich auf rund 210 000 Euro ab dem Jahr 2021. Zuvor ist dieser Betrag noch aufzuteilen auf die Jahre 2019 und 2020 für die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020.

Geringfügiger, einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4 300 Euro entsteht im Jahr 2021 den Vertragsparteien auf Bundesebene aufgrund der Pflicht zur Erstellung eines Zwischenberichts über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets auf die Entwicklung der Personalstellen und -kosten. Hierbei können sie auf ohnehin vorliegende Daten zurückgreifen.

5. Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe in den Krankenhäusern

Die in § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgesehenen Klarstellungen und Änderungen werden in den etablierten Verhandlungsprozessen eine Rolle spielen, jedoch weder zu Mehr- noch zu Minderaufwand in relevantem Umfang führen.

6. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand

Für die Übermittlung der Pflegegrade von den gesetzlichen Krankenkassen an die Krankenhäuser ist mit einem initialen Mehraufwand zu rechnen. Dieser ergibt sich aus der Notwendigkeit zur Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen für die zukünftige Datenübermittlung. Dafür wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 20 000 Euro ausgegangen.

7. Änderungen in § 21 KHEntgG

Die neuen Anforderungen werden im Rahmen der etablierten Prozesse und regelmäßig stattfindenden Arbeitskreise besprochen und technisch umgesetzt. Für die Vertragsparteien auf Bundesebene entsteht dadurch kein Mehraufwand.

8. Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Für die Vertragsparteien auf der Landesebene wird mit der dauerhaften gesetzlichen Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 12 000 Euro ab dem Jahr 2019 erreicht. Diese Entlastung ergibt sich aus dem Wegfall eines Kriteriums, das bei den Verhandlungen auf Landesebene zukünftig nicht mehr zu berücksichtigen ist. Damit wird der Verhandlungsaufwand reduziert.

Die Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, die zusammen mit den Krankenhäusern die jährlichen Budgetverhandlungen führen, werden ebenso entlastet. Die Entlastung ergibt sich auch hier aus der entfallenden Aufgabe, für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Die jährlichen Entlastungen belaufen sich ab dem Jahr 2019 auf rund 850 000 Euro.

9. Kooperation von Ärzteschaft und Pflegeheimen (§ 119b SGB V)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Darüber hinaus entsteht der Selbstverwaltung durch die gemäß Absatz 2a zu treffende Vereinbarung zu technischen Standards für den elektronischen Datenaustausch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 500 Euro.

10. Videosprechstunden im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung

Durch die in § 291g Absatz 5 geregelte Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden zu vereinbaren, entsteht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-SV ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von jeweils rund 5 000 Euro. Ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 12 500 Euro entsteht der Selbstverwaltung durch die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen infolge der Regelungen des § 87 Absatz 2k.

11. Umsetzung der Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI

Die Umsetzung führt in der Verwaltung der Pflegekassen auf Bundesebene für die Erarbeitung des Verfahrens zu einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 000 Euro und geringfügigen jährlichen Erfüllungsaufwendungen für die Berichterstattung. Auf Landesebene ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 250 000 Euro in der Antragsbearbeitung zu rechnen.

12. Antragsbearbeitung nach § 8 Absatz 7 SGB XI

Die Bearbeitung der Anträge nach § 8 Absatz 7 SGB XI (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Ihnen entsteht damit ein Erfüllungsaufwand. Die Antragsbearbeitung kann durch Mitarbeiter des mittleren Dienstes in der Sozialversicherung durchgeführt werden. Damit ergeben sich durchschnittliche Lohnkosten von 36 Euro pro Stunde (Statistisches Bundesamt, Stand 2017). In der Summe ergibt sich begrenzt auf die Jahre 2019 bis 2024 ein Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Höhe von 178 000 Euro pro Jahr, insgesamt 1 068 000 Euro.

13. Antragsbearbeitung nach § 8 Absatz 8 SGB XI

Die Bearbeitung der Anträge gemäß § 8 Absatz 8 SGB XI (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Ihnen entsteht damit ein Erfüllungsaufwand. In der Summe ergibt sich ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Höhe von 119 000 Euro.

14. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 3 Sätze 5 und 6 neu SGB XI)

Für die Pflegekassen ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 24 600 Euro zu rechnen.

15. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 3 Satz 7 – neu – SGB XI)

Die Landesverbände der Pflegekassen haben unter Berücksichtigung der für Pflegedienste vereinbarten Vergütungssätze die Vergütungen für die Beratung nach § 37 Absatz 3 für sonstige Beratungsstellen festzulegen und zu veröffentlichen. Dafür ist von einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 8 200 Euro auszugehen.

16. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 37 Absatz 5a – neu – SGB XI)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Ergebnisse der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Dies löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand für Vorbereitung und Abschluss der Richtlinien aus. Dafür ist ein Aufwand von ca. 5 000 Euro zu Grund zu legen.

17. Leistungen für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 5 Sätze 4 und 5 SGB XI)

Es entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 70 400 Euro für die 110 Pflegekassen für die Programmierung oder Anschaffung von Software zur Automatisierung der Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren.

18. Differenzierung bezüglich des Entlastungsbetrags (§ 45b SGB XI)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Den Anbietern, für deren Leistungen der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, entsteht ein einmaliger, nicht quantifizierbarer Umstellungsaufwand für die Änderung der Abrechnungsformulare. Bei den Pflegekassen entsteht für die Belegbearbeitung ebenfalls ein nicht quantifizierbarer jährlicher Erfüllungsaufwand.

5.3.2 Erfüllungsaufwand für den Bund

Für das Bundesministerium für Gesundheit entsteht ein dauerhafter Erfüllungsaufwand für die Laufzeit des Strukturfonds aufgrund der Notwendigkeit, die Durchführung des Fonds zu begleiten und zwischen dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den Ländern zu koordinieren. Der Mehraufwand wird im Rahmen vorhandener Stellen und Mittel des Einzelplans 15 gedeckt.

Dem BVA entsteht vorübergehend Personalmehraufwand. Dieser wird sich nach den bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds auf Grund einer ersten vorläufigen Schätzung des BVA in einer Größenordnung von 38 Personenjahren über die gesamte Bearbeitungszeit hinweg bewegen und somit insgesamt rund 2,5 Millionen Euro betragen. Außerdem entsteht dem BVA durch die Beauftragung einer Auswertung zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen Aufwand. Dieser dürfte den Betrag von 250 000 Euro nicht übersteigen. Der dem BVA entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellenden Mitteln in Höhe von insgesamt zwei Milliarden Euro gedeckt.

Für die Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds entstehen dem BVA geringfügige, nicht bezifferbare Mehrausgaben in Abhängigkeit von der Häufigkeit von Vertretungsanlässen.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zum Infektionsschutzgesetz entstehen keine direkten Erfüllungsaufwände auf Bundesebene.

5.3.3 Erfüllungsaufwand für die Länder

Den Ländern entsteht Erfüllungsaufwand durch die Stellung von Anträgen auf Förderung von Vorhaben aus dem Strukturfonds. Der administrative Aufwand hierfür ist zum einen abhängig von der Zahl und Komplexität der von einem Land gestellten Anträge, außerdem ist maßgeblich, in welchem Umfang bereits Vorarbeiten für einzelne Vorhaben geleistet worden sind sowie welcher Aufwand zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens des BVA erforderlich ist. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung des Strukturfonds unterscheiden sich die geförderten Vorhaben sowohl hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Komplexität, als auch hinsichtlich des Aufwands für die Durchführung des Verwaltungsverfahrens beim BVA so erheblich, dass die Bildung eines Durchschnittswerts für den je Vorhaben entstehenden administrativen Aufwand nicht möglich ist. Hinzu kommt, dass keine Erfahrungswerte zu der Frage vorliegen, welcher Aufwand für die Stellung von Anträgen in Bezug auf die neuen Fördertatbestände der Bildung von Zentren für schwerwiegende oder seltene Erkrankungen, der Bildung integrierter Notfallzentren, der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder der Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegeberufe erforderlich ist. Daher kann der hierdurch für die Länder entstehende Erfüllungsaufwand nicht abgeschätzt werden. Für die Prüfung der Verwendung der Fördermittel entsteht je Vorhaben ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand, der 2 000 Euro nicht übersteigen dürfte.

Im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung in den somatischen Krankenhäusern entsteht den Landesbehörden ab dem Jahr 2019 jährlicher Erfüllungsaufwand. Dieser beläuft sich ab dem Jahr 2021 auf jährlich rund 16 500 Euro. In den Übergangsjahren 2019 und 2020 ist dieser Betrag aufzuteilen, da das Pflegebudget erstmals für das Jahr 2020 zu vereinbaren ist und die Vereinbarung möglichst prospektiv bereits im Jahr 2019 getroffen werden sollte.

Aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung in § 36 IfSG können Kosten für die Länder entstehen. Ärztliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst hängen aber von dem Gebrauchmachen der Länder von der in § 36 Absatz 6 IfSG neu eingefügten Verordnungsermächtigung ab, die dann die Kosten nach § 69 IfSG tragen. Da somit auf der Länderebene ein weiter Ermessensspielraum besteht, ist der dadurch ggf. entstehende Aufwand nicht quantifizierbar. Der Erfüllungsaufwand für die Länder aus § 36 Absatz 8 IfSG ist momentan nicht ermittelbar, da nicht vorhersehbar ist, ob und in welchem Umfang von der Ermächtigung nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG Gebrauch gemacht wird. Die Möglichkeit der Subdelegation erschwert die Abschätzung des Erfüllungsaufwands zusätzlich. Durch die Änderung von § 23 IfSG entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

6. Weitere Kosten

Durch die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege gemäß § 8 Absatz 7 SGB XI wird die Wirtschaft im Zeitraum 2019 bis 2024 jährlich um bis zu 100 Millionen Euro entlastet.

Durch den einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12 000 Euro pro ambulanter und stationärer Einrichtung der Altenpflege wird die Wirtschaft im Zeitraum 2019 bis 2021 um bis zu 312 Millionen Euro entlastet.

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich auf bis zu eine Million Euro im Jahr 2018, auf rund 35 Millionen Euro im Jahr 2019, auf rund 60 Millionen Euro im Jahr 2020, auf rund 70 Millionen Euro im Jahr 2021 und auf rund 85 Millionen Euro im Jahr 2022.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Wegekostenzuschläge nach § 89 Absatz 3 können sich jährliche Mehrausgaben von 2 bis 3 Millionen Euro ergeben.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

7. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds wird begleitend evaluiert. Dabei werden jährlich, erstmals zum 31.12.2020, Zwischenberichte vorgelegt. Die Bundesregierung wird prüfen, ob und inwieweit die Fortführung und Erweiterung des Strukturfonds zu einer Strukturverbesserung führt. Als Datengrundlage kommen hierbei insbesondere die Entwicklung der Krankenhaus- und Bettendichte im internationalen Vergleich, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, inwieweit Regionen mit hoher Krankenhaus- und Bettendichte von einem Rückgang der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten betroffen sind, die Auswirkungen auf die Zahl kleiner, wenig spezialisierter Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte u. ä. Zudem wird sie untersuchen, welcher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und die Verwaltung mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds verbunden ist und ob dieser in einem angemessenen Verhältnis zu der Zielsetzung der Regelung steht.

Die Vertragspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten für den Zeitraum von 2020 bis 2024 zu berichten. Ein Zwischenbericht ist zum 31. August 2021 vorzulegen; der abschließende Bericht bis zum 31. August 2025.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 17a)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Da zum Teil unterschiedliche Rechtsauffassungen hinsichtlich der Frage bestehen, ob bei der Verhandlung der Ausbildungsbudgets auch Ausbildungsberufe zu berücksichtigen sind, bei denen die jeweiligen berufsspezifischen Gesetze keine Ausbildungsvergütungen vorsehen, wird klargestellt, dass eine Finanzierung der von den Krankenhäusern gezahlten Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1a genannten Berufe über Ausbildungsbudgets zu erfolgen hat. Für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets ist es unerheblich, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da Auszubildende in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im praktischen Teil ihrer Ausbildung in bestimmtem Umfang die Arbeitskraft einer voll ausgebildeten Pflegekraft ersetzen, werden ihre Ausbildungsvergütungen nach geltender Rechtslage für die gesamte Dauer der Ausbildung lediglich anteilig durch die Kostenträger refinanziert. So gilt in der Krankenpflege und in der Kinderkrankenpflege derzeit ein gesetzlicher Anrechnungsschlüssel von 9,5 zu 1 und in der Krankenpflegehilfe von 6 zu 1.

Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden zukünftig im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege finden die jeweiligen Anrechnungsschlüssel weiterhin Anwendung. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass voll ausgebildete Pflegekräfte von Berufsanfängern im ersten Ausbildungsjahr in der Regel in einem geringeren Umfang entlastet werden als dies bei Auszubildenden im zweiten oder dritten Jahr der Ausbildung der Fall ist. Aus demselben Grund gilt in der Ausbildung zur Krankenpflegehilfe, die in der Regel ein oder zwei Jahre dauert, der Anrechnungsschlüssel nach dem ersten Jahr der Ausbildung.

Die Regelung gilt erstmals für das Ausbildungsbudget für das Jahr 2019.

Im Wege der Rechtsbereinigung wird bei dem neu gefassten Satz 3 zudem darauf verzichtet, den bis zum Ende des Jahres 2004 gültigen Anrechnungsschlüssel in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege (7 zu 1) zu nennen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine rechtliche Klarstellung dahingehend, dass Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen von den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu vereinbaren sind und die Budgets nicht von dem Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG, der sogenannten Obergrenze, begrenzt werden. Hierzu hatte es in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen gegeben.

Zu Nummer 2

(Zu § 17b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer geänderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4.

Zu Buchstabe b

Absatz 4 beauftragt die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen eines lernenden Systems mit der Schaffung der Grundlagen für eine Pflegepersonalkostenvergütung, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten zukünftig besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Zugleich sollen die Transparenz und Leistungsorientierung der pflegerischen Versorgung gestärkt werden. Hierzu wird die Krankenhausvergütung beginnend ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination des DRG-Systems mit einer krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Als Voraussetzung hierfür sind die in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung zu ermitteln und auszugliedern.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit Satz 1 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene, die DKG, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung, beauftragt, die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus dem DRG-System auszugliedern, also die Bewertungsrelationen der bundesweiten DRG-Fallpauschalen und die Höhe der Zusatzentgelte um die hierin enthaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung zu mindern. Zugleich ist auf Basis der ausgegliederten Kosten ein Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln (siehe dazu Satz 5). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die hierfür notwendigen Maßnahmen auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu treffen.

Die Ausgliederung ist für die Pflege in der Patientenversorgung vorzunehmen. Umfasst hiervon ist die voll- und teilstationäre pflegerische Patientenversorgung durch Pflegepersonal, die auch die Versorgung in Intensivpflege- und -behandlungseinheiten sowie Dialysestationen umfasst.

Für die Ausgliederung ist eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung zu treffen. Daher präzisiert Satz 2 die Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene dahingehend, dass sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren haben. Hierzu ist auch eine Definition intensivmedizinischer Behandlungseinheiten erforderlich. In der Folge sind Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen und – soweit erforderlich – bestehender Vereinbarungen (z. B. Vereinbarung nach § 17b Absatz 1 Satz 6, nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG und nach § 9 Absatz 1c KHEntgG) vorzunehmen.

Die bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung ist auch für die Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG durch die Vertragsparteien vor Ort verbindlich.

Satz 3 gibt vor, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffenen Vorgaben rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 von allen Krankenhäusern für die Abgrenzung der Betriebskosten und der Leistungen anzuwenden sind. Durch diese in jedem Krankenhaus vorzunehmende Abgrenzung wird für die Vereinbarung des Pflegebudgets eine den Anforderungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG entsprechende Ausgangsbasis gewährleistet. Die Krankenhäuser haben die Leistungsdaten wie bereits bisher nach § 21 KHEntgG an die Datenstelle des InEK zu liefern.

Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System sind die von den Kalkulationskrankenhäusern an das InEK zu liefernden Kosten- und Leistungsdaten in der geänderten Abgrenzung heranzuziehen. Die Kostendaten für das Pflegepersonal sind wie bereits bisher, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu liefern.

Nach Satz 4 sind für die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020 die maßgeblichen DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte sind um den in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegeaufwand in der Patientenversorgung zu reduzieren und die Fallpauschalenvereinbarung ist mit entsprechend geminderten Bewertungsrelationen und Zusatzentgelten erstmals bis zum 30. September 2019 zu vereinbaren. Durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für den Pflegepersonalaufwand ist eine Minderung der Landesbasisfallwerte nicht erforderlich. Auch durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten entstehende mögliche Katalogeffekte sind nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen (siehe dazu auch § 10 Absatz 4 Satz 5 – neu – KHEntgG). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zu gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen. Dabei erfolgt die Kalkulation der neuen Pflegepersonalkostenvergütung im Rahmen eines lernenden Systems. Für die Berechnung des ersten Pflegerlöskatalogs können die zum Zeitpunkt der ersten Kalkulation verfügbaren Daten aus dem Jahr 2018 genutzt werden. Das InEK hat die Höhe und die Art der auszugliedernden Kosten des Pflegeerlöskatalogs jährlich zu prüfen und den Pflegeerlöskatalog weiterzuentwickeln. Zu erwarten ist, dass die Datengrundlage sukzessive besser wird und auf dieser Grundlage ein kontinuierlich belastbarerer Pflegeerlöskatalog kalkuliert wird. Die Erkenntnisse aus den Daten nach § 6a Absatz 3 KHEntgG sind zu berücksichtigen. Die nach § 17b Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigende Repräsentativität ist auch bei den Pflegepersonalkosten hinsichtlich deren Art und Umfang zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Kalkulation sind vom InEK in seinem jährlichen Abschlussbericht zur Kalkulation des Vergütungssystems zu veröffentlichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit dem Ziel der Verbesserung der Transparenz und Leistungsorientierung gibt Satz 5 vor, dass der auszugliedernde Pflegepersonalaufwand bis zum 30. September 2019 in einem bundeseinheitlichen Pflegeerlöskatalog, der auf Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag beruht, auszuweisen ist. Der Katalog ist nach Satz 6 jährlich weiter zu entwickeln, da die Höhe der aus dem DRG-Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten Veränderungen unterliegt.

Nach Satz 7 ist die neue Pflegepersonalkostenvergütung erstmals für das Jahr 2020 anzuwenden. Hierfür ist ein von den Vertragsparteien vor Ort vereinbartes, krankenhausindividuelles Pflegebudget unter Nutzung des Pflegeerlöskatalogs nach Satz 5 abzuzahlen.

Durch Absatz 4 wird das DRG-Vergütungssystem umfassend verändert. Für diesen Veränderungsprozess gelten daher die Vorgaben nach Absatz 2 entsprechend: Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Personalvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung, zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung und Weiterentwicklung nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend.

Mit den Sätzen 9 und 10 werden die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten zu berichten. Dabei sind die Jahre 2020 bis 2024 in den Blick zu nehmen. Für den Bericht können sie u. a. die ihnen ohnehin vorliegenden Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes nutzen. Diese umfassen u. a. die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte und differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen. Zusätzliche Datenerhebungen oder -übermittlungen sind daher nicht erforderlich. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben einen Zwischenbericht zum 31. August 2021 vorzulegen, in dem die ersten Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets dargestellt werden können. Der abschließende Bericht ist zum 31. August 2025 vorzulegen, so dass dieser die Entwicklungen bis einschließlich zum Jahr 2024 enthält.

Zu Buchstabe c

Die Arbeiten im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4 Satz 1 sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu finanzieren.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 12a)

Die Vorschrift enthält die maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds ab dem Jahr 2019. Sie orientiert sich im Wesentlichen an der Regelung des § 12 und trägt insbesondere den Besonderheiten hinsichtlich des Förderbetrags und der Förderzeiträume Rechnung.

Zu Absatz 1

Die Mittel für den Krankenhausstrukturfonds werden diesem ab dem Jahr 2019 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Dies entspricht der bisherigen Ausgestaltung des Krankenhausstrukturfonds. Die Zuführung erfolgt jährlich bis zu einem Betrag von 500 Millionen Euro. An der Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds ist wie bisher auch die landwirtschaftliche Krankenkasse beteiligt. Satz 4 bringt zum Ausdruck, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds über die Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten hinaus auch zur Förderung gesundheitspolitisch besonders herausragender Zwecke genutzt werden können. Hierzu gehören die Förderung der wettbewerbsrechtlich zulässigen Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen sowie der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe. Sowohl bei der Bildung von Verbünden und Zentren sowie bei Kooperationen ist das Wettbewerbsrecht zu beachten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das Nähere hierzu wird durch eine entsprechende Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt (vgl. Artikel 5).

Zu Absatz 2

Von dem Gesamtförderbetrag in Höhe von zwei Milliarden Euro zuzüglich einer möglichen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen stehen in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich jeweils 500 Millionen Euro, abzüglich der notwendigen Aufwendungen des BVA für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung mittels des Krankenhausstrukturfonds und abzüglich der Aufwendungen für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels, für die Förderung von Vorhaben der Länder zur Verfügung. Die vorgenannten Aufwendungen sind gleichmäßig auf diesen Zeitraum zu verteilen. Der verbleibende Betrag wird, wie bisher auch, grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt, allerdings mit der Besonderheit, dass 5 Prozent der zur Verfügung stehenden Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden sind. Die Umsetzung strukturverbessernder Vorhaben soll nicht deshalb unterbleiben, weil sich die beteiligten Krankenhäuser in unterschiedlichen Ländern befinden. Auf diesen Teil der Fördermittel können alle Länder zugreifen, eine Quotierung findet insoweit nicht statt. Maßgeblich ist aus Gründen der haushaltsrechtlichen Planbarkeit für die Länder der Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018.

Hat ein Land den ihm zustehenden Anteil der Fördermittel im Lauf eines Jahres nicht ausgeschöpft, bleibt ihm dieser Anteil bis zum 31. Dezember 2022 erhalten und kann durch bis zu diesem Zeitpunkt gestellte Anträge abgerufen werden. Fördermittel, für die zu diesem Zeitpunkt keine Anträge gestellt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds. Soweit diese Mittel auf den Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherungen entfallen, sind sie an diese zurückzuzahlen. Dies trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des bisherigen Krankenhausstrukturfonds Rechnung. Nach Ablauf der Antragsfrist war nur ein geringer Teil der Fördermittel nicht von den Ländern abgerufen worden und war daher im Nachverteilungsverfahren zu verteilen. Der mit der Durchführung des Nachverteilungsverfahrens für das BVA und die Länder verbundene Verwaltungsaufwand stand jedoch in keinem angemessenen Verhältnis zu den Beträgen, die im Nachverteilungsverfahren auf die antragstellenden Länder entfielen. Daher ist es sachgerecht, dass ein eventuell verbleibender Restbetrag zur Vereinfachung des Verfahrens im Gesundheitsfonds verbleibt.

Zu Absatz 3

Für die Zuteilung von Fördermitteln gelten in den Jahren 2019 bis 2022 grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie im Zeitraum nach 2016. Die Regelung enthält die notwendigen Anpassungen des § 12 Absatz 2 aufgrund des geänderten Förderzeitraums. Klargestellt wird, dass die Ko-Finanzierung der Vorhaben in Höhe von mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten mindestens zur Hälfte von den Ländern zu tragen ist. Eine überwiegende Ko-Finanzierung durch den Krankenhausträger ist daher nicht möglich. Vielmehr bleibt es bei dem Grundsatz, dass die zu fördernden Vorhaben je zur Hälfte aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder zu finanzieren sind. Da im maßgeblichen Zeitraum, für den die Länder ihr Investitionsniveau im Krankenhausbereich beizubehalten haben, keine Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in die Landeshaushalte mehr einzustellen waren, ist auch eine Bezugnahme auf diese Vorschrift entbehrlich. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung sieht Satz 7 vor, dass die dem Bundesversicherungsamt nach dem 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung nach § 12 aus dem in Absatz Satz 1 genannten Betrag gedeckt werden. Andernfalls müssten diese Aufwendungen bis zur endgültigen Abwicklung der Förderung nach § 12 gesondert ermittelt und müssten gesonderte Mittel hierfür vorgehalten werden.

Zu Absatz 4

Die Regelung enthält die Ermächtigung, in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung auch das Nähere zu den Kriterien und Voraussetzungen der Förderung ab dem Jahr 2019 zu regeln.

Zu Nummer 2

(Zu § 14)

Die Regelung enthält die notwendigen Anpassungen an den neuen Förderzeitraum. Die Auswertung der strukturverbessernden Wirkungen der Förderung nach § 12a soll im gleichen Verfahren erfolgen wie für die Förderung nach § 12. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird geregelt, dass die für die Auswertung des durch die Förderung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bewirkten Strukturwandels erforderlichen Daten künftig von den Ländern auf Anforderung dem BVA zu übermitteln sind und nicht mehr der beauftragten Stelle. Das BVA leitet die Daten gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weiter. Satz 4 sieht aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung vor, dass die Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 nur bis zum 31. Dezember 2020 aus dem in § 12 Absatz 2 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt werden. Andernfalls müssten diese Aufwendungen bis zur endgültigen Abwicklung der Förderung nach § 12 gesondert ermittelt und müssten zur Deckung dieser Aufwendungen gesonderte Mittel vorgehalten werden. Nach diesem Zeitpunkt werden die Aufwendungen für die Auswertung der Förderung einheitlich aus dem in § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt.

Zu Nummer 3

(Zu § 17b)

Der in Absatz 3 Satz 4 hergestellte Bezug auf die Absätze 4 und 6 ist nicht mehr gegeben, da diese Absätze bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz aufgehoben wurden. Auch in Satz 5 wird auf einen zwischenzeitlich abgeschlossenen Sachverhalt Bezug genommen, so dass Satz 5 ebenfalls aufgehoben werden kann.

Zu Nummer 4

(Zu § 17c)

Die Pflegesätze sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Insoweit sind für Krankenhäuser auch die Voraussetzungen zu schaffen, für die bei privaten Versicherungsunternehmen versicherten Patientinnen und Patienten die zusätzliche Vergütung für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei vorliegender Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auf einer gesicherten Basis abrechnen zu können. Dazu ist es erforderlich, dass bei einer dem Krankenhaus vorliegenden Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur direkten Abrechnung des Krankenhauses mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen die Unternehmen der privaten Krankenversicherungen ebenso wie die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten nach § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mitzuteilen.

Zu Nummer 5

(§ 18)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch § 17b Absatz 4, die über § 6a KHEntgG für die Höhe von mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten des Pflegeerlöskatalogs eine krankenhausindividuelle Vereinbarung vorsieht.

Zudem handelt es sich um eine Folgeänderung der mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgenommenen Umwandlung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser von einem Preissystem in ein Budgetsystem. Durch diese Umwandlung ist eine Vereinbarung eines landeseinheitlichen Preisniveaus nicht mehr erforderlich. Die Änderung trägt diesem Sachverhalt Rechnung und hebt den inzwischen fehlerhaften Verweis auf.

Zu Nummer 6

(Zu § 28)

Die Änderung berücksichtigt, dass nach der erstmaligen Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG als neue Entgeltart krankenhausindividuell zu vereinbarende tagesbezogene Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets gezahlt werden.

Zu Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Wegfall des Anrechnungsschlüssels für das erste Ausbildungsjahr in der Krankenpflegehilfe. Die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe dauert in der Regel ein oder zwei Jahre. Die Regelung gewährleistet, dass der Anrechnungsschlüssel im ersten Jahr der Ausbildung nicht gilt, sondern erst danach Anwendung findet. Es wird sichergestellt, dass die entsprechende Änderung des Artikels 1 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb für die Krankenpflegehilfe ab 2. Januar 2019 auch dauerhaft Eingang in

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

das KHG findet. Aufgrund der Änderung des KHG durch Artikel 6 des Pflegeberufereformgesetzes, der zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, wäre dies ansonsten nicht gewährleistet, da dort ein Anrechnungsschlüssel für alle drei Jahre der Ausbildung vorgesehen ist.

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

(Zu § 3)

Durch die Regelung wird die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen umgesetzt. Durch die insoweit verbesserte Tarifrefinanzierung steigt der Prozentsatz, um den der Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 oder Absatz 3 zu erhöhen ist, gegenüber der bisherigen, für alle Berufsgruppen hälftigen Tarifrefinanzierung an. Eine Erhöhung der Erlössumme, die sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 55 Prozent der Erhöhungsrate entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.

Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Auf die weiteren Ausführungen im Zusammenhang mit der Neufassung von § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG wird verwiesen.

Zu Nummer 2

(Zu § 11)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal. Um sicherzustellen, dass ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es auf Grund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. Dies haben die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags auf Grundlage von Informationen, die über den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu gestaltenden Nachweis zu erheben und vorzulegen sind, festzulegen (siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG).

Zu Buchstabe b

Durch die neue Nummer 3 haben Krankenhäuser zur Vorbereitung der jährlichen Verhandlung des Gesamtbetrags den übrigen Beteiligten zusätzlich zu den bislang vorzulegenden Unterlagen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der auf Grund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erstmals für das Jahr 2018 gilt, ist der Nachweis ebenfalls erstmals für das Jahr 2018 vorzulegen. Obwohl die näheren Einzelheiten des Nachweises erst im Jahr 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden, soll der Nachweis für das Jahr 2019, ebenso wie für die Folgejahre, frühestmöglich vorgelegt werden. Den konkreten Zeitpunkt der Vorlage haben die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung über die näheren Einzelheiten des Nachweises (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) festzulegen. Der Nachweis ist die Grundlage für eine etwaige Rückzahlung, die die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu vereinbaren haben, soweit das Krankenhaus zusätzliche Mittel, die es auf Grund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhalten hat, nicht zweckentsprechend verwendet hat (siehe auch Änderung zu Absatz 1).

Zu Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Zu Nummer 1

(Zu § 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Teil 2 in die Rechtsverordnung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 2

(Zu § 8)

Das Verfahren der Übermittlung der für die Auswertung der Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds notwendigen Unterlagen wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung gestrafft. Künftig sind diese Unterlagen von den Ländern einheitlich an das BVA zu übermitteln und werden von diesem gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weitergeleitet.

Zu Nummer 3

(Zu § 10)

Die Regelungen zur Durchführung des Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019 werden im Zweiten Teil der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt.

Zu Nummer 4

(Zu den §§ 11 bis 18)

Zu § 11

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den ab dem Jahr 2019 förderungsfähigen Vorhaben. Die strukturverbessernden Wirkungen insbesondere der neuen Fördertatbestände können dazu beitragen, die Zahl ausgebildeter Pflegekräfte zu vergrößern und das vorhandene Pflegepersonal effizienter einzusetzen. Auf diese Weise kann durch die Ausgestaltung des fortgeführten Krankenhausstrukturfonds ein Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung geleistet werden.

Nach Nummer 1 sind die dauerhafte Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen akutstationärer Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses weiterhin förderungsfähig. Insoweit gilt die bisherige Rechtslage fort. Wegen der pauschalierten Berechnung der im Fall einer Schließung förderungsfähigen Kosten (vgl. § 12 Absatz 1 Nummer 1), ist es künftig nicht mehr erforderlich, dass mindestens eine Abteilung eines Krankenhauses geschlossen wird. Dies trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei.

Nummer 2 fokussiert die Förderung von wettbewerbsrechtlich zulässigen Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen auf solche, die aus gesundheitspolitischen Erwägungen in besonderem Maß förderungsfähig sind. Damit wird sichergestellt, dass mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds möglichst durchgreifende strukturelle Verbesserungen erzielt werden.

Nach Buchstabe a kann insbesondere die Konzentration von akutstationären Versorgungseinrichtungen zur Behandlung schwerwiegender oder komplexer Erkrankungen gefördert werden. Ziel dieser Regelung ist, dass die Behandlung dieser Erkrankungen in Zentren gebündelt wird, die über die größtmögliche medizinische Kompetenz zur Behandlung solcher Erkrankungen verfügen. Da allgemeingültige Kriterien für die Abgrenzung schwerwiegender Erkrankungen nicht existieren, wird für die Förderungsfähigkeit an das Bestehen von Mindestmengen oder Mindestfallzahlen angeknüpft. Derartige Mindestmengen oder Mindestfallzahlen existieren typischerweise für solche Erkrankungen, deren Behandlung komplex und medizinisch anspruchsvoll ist, und bei denen das Erreichen der Mindestfallzahlen typischerweise zu Qualitätsverbesserungen führt. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mindestmengen für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre und an der Bauchspeicheldrüse, für Kniegelenk-Totalendoprothesen, für Leber-, Nieren- und Stammzelltransplantationen sowie für die Versorgung Früh- und Neugeborener mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1 250 Gramm beschlossen. Da eine Förderungsfähigkeit auch dann gegeben ist, wenn die Länder in ihren Krankenhausplänen Mindestfallzahlen für bestimmte Erkrankungen festgelegt haben, unterliegt es ihrem krankenhausplanerischen Ermessen, für welche schwerwiegenden oder komplexen Erkrankungen eine Bildung von Zentren, etwa von Transplantationszenten, gefördert wird. Mindestfallzahlen können sich aus Studien und wissenschaftlichen Untersuchungen oder aus Leitlinien ergeben. Die Bildung derartiger Zentren trägt zum einen dazu bei, dass die beteiligten Versorgungseinrichtungen eher in der Lage sind, die maßgeblichen Mindestmengen oder Mindestfallzahlen zu erreichen.

Buchstabe b dient in gleicher Weise der Bildung von Zentren zur Behandlung seltener Erkrankungen, indem die Zusammenlegung akutstationärer Versorgungseinrichtungen zur Behandlung derartiger Erkrankungen gefördert wird. Nachhaltige Verbesserungen in Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen sind insbesondere durch eine Bündelung der medizinischen Behandlungskompetenz erreichbar.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Eine Zentralisierung der Behandlungskapazitäten für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen kann auch eine Verbesserung der Ausstattung mit dem erforderlichen Pflegepersonal bewirken. Dies ist bei der Behandlung dieser Erkrankungen von besonderer Bedeutung, da hierfür in der Regel fachlich besonders geschultes Pflegepersonal erforderlich ist.

Nach Buchstabe c können auch Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen von Krankenhäusern gefördert werden, die eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines wettbewerbsrechtlich zulässigen Krankenhausverbunds vereinbart haben. Dies ermöglicht es den beteiligten Krankenhäusern, Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen zu bereinigen, Leistungsschwerpunkte zu bilden und die Abstimmung von Kompetenzen untereinander voranzutreiben. Als Folge des Abbaus nicht bedarfsgerechter Doppelstrukturen kann auch das Pflegepersonal effizienter in den Verbundkrankenhäusern eingesetzt werden und auf diese Weise ein Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung geleistet werden. Durch diese Förderung werden zugleich Anreize für die Krankenhäuser geschaffen, sich zu auf Dauer angelegten Krankenhausverbünden zusammenzuschließen.

Nach Nummer 3 wird – wie in der Vergangenheit auch – die Umwandlung eines Krankenhauses oder von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses in eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung gefördert. Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem § 1 Absatz 1 Nummer 3. Klargestellt wird, dass die Umwandlung eines ganzen Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung voraussetzt, dass mindestens die Hälfte der akutstationären Versorgungskapazitäten von der Umwandlung betroffen ist.

Die Förderung nach Nummer 4 dient der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, die als Kritische Infrastrukturen anzusehen sind, und der Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen.

Krankenhäuser mit mindestens 30 000 vollstationären Fällen im Jahr sind auf Grund des BSI-Gesetzes verpflichtet, bis zum 30. Juni 2019 organisatorische und technische Vorkehrungen zu treffen, um ihre IT-Systeme auf den Stand der Technik zu bringen. Die konkreten Anforderungen, die hiermit verbunden sind, werden zurzeit von den Fachkreisen erarbeitet und mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmt. Die hieraus resultierenden Anpassungen im Hinblick auf Investitionen in die IT-Ausstattung und in baulicher Hinsicht können aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden. Wegen der überragenden Bedeutung der IT-Sicherheit Kritischer Infrastrukturen werden die betroffenen Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen unterstützt. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass die Maßnahmen unmittelbar durch die technischen Anforderungen an die IT-Sicherheit bedingt sind.

Ebenfalls gefördert werden kann die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern. In Betracht kommen hierbei etwa telemedizinische Schlaganfallnetzwerke. Auf diese Weise kann die besondere medizinische Kompetenz etwa von spezialisierten Zentren auch für andere Krankenhäuser verfügbar gemacht werden. Hierdurch wird eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung gefördert. Sobald Dienste der Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und für die Nutzung telemedizinischer Anwendungen geeignet sind, werden die telemedizinischen Netzwerkstrukturen nur gefördert, wenn sie diese Dienste nutzen. Hierdurch werden Insellösungen verhindert und Effizienzgewinne durch eine gemeinsame Infrastruktur ermöglicht. Solange noch keine Dienste der Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen, können alternative Dienste genutzt werden. Für die technische Ausgestaltung telemedizinischer Netzwerke sollen bestehende Standards und Vereinbarungen für telemedizinische Dienste, wie etwa die technischen Anforderungen in der „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung“ zwischen GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 291g Absatz 1 SGB V, als Orientierungshilfe herangezogen werden.

Nach Nummer 5 kann die Bildung integrierter Notfallzentren gefördert werden. Integrierte Notfallzentren tragen zu einer Steigerung der Effizienz der Notfallversorgung und damit auch zu einer Entlastung des Pflegepersonals in den derzeitigen Notaufnahmen der Krankenhäuser bei, dass infolgedessen für andere pflegerische Aufgaben eingesetzt werden kann. Die Förderung der Bildung dieser Notfallzentren trägt der Zielsetzung des Koalitionsvertrags Rechnung, zur Verbesserung der Notfallversorgung integrierte Notfallzentren aufzubauen. Die erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen werden im Rahmen der Umsetzung des Koalitionsvertrags geschaffen. Es ist Aufgabe der Länder, die Standorte dieser integrierten Notfallzentren planerisch festzulegen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nummer 6 enthält die notwendige Flankierung der Maßnahmen dieses Gesetzes zur Verbesserung der Pflegesituation in Krankenhäusern. Soweit Engpässe in Bezug auf die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal auf unzureichenden Ausbildungskapazitäten beruhen, ist es sachgerecht, die Erweiterung bestehender oder die Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds zu fördern. Nicht förderungsfähig sind dagegen bloße Modernisierungsmaßnahmen bestehender Ausbildungsstätten.

Zu Absatz 2

Ebenso wie bisher werden zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur neue Vorhaben gefördert, d. h. Vorhaben, deren Umsetzung erst nach dem 1. Januar 2019 begonnen hat.

Zu Absatz 3

Die Regelung übernimmt die bisherige Rechtslage, wonach die Förderung eines Schließungsvorhabens ausgeschlossen ist, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit einem Kapazitätsaufwuchs besteht.

Zu § 12

§ 12 grenzt die im Einzelnen förderungsfähigen Kosten ab.

Zu Absatz 1

Nach Nummer 1 werden die förderungsfähigen Kosten im Fall einer vollständigen und ersatzlosen Schließung akutstationärer Einrichtungen eines Krankenhauses aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung pauschaliert. Dies vereinfacht die Stellung von Förderanträgen durch die Länder, da eine detaillierte Ermittlung der Kosten einer Schließung nicht mehr erforderlich ist. Ebenso wird die Antragsprüfung und -entscheidung durch das BVA vereinfacht und beschleunigt. Die Vorschrift sieht gestaffelte Förderbeträge vor, um Anreize für einen Abbau nicht bedarfsgerechter Krankenhausbetten zu schaffen. Nicht förderungsfähig ist ein Bettenabbau im Bagatellbereich von bis zu zehn Krankenhausbetten, da hiervon keine ausreichend wirksamen strukturellen Verbesserungen ausgehen. Auf Grund dieser gestaffelten Pauschalierung ist das bisherige Kriterium, dass mindestens eine Abteilung geschlossen werden muss, entbehrlich. Die hiermit verbundenen Abgrenzungsfragen entfallen daher künftig. Die Höhe der Pauschalbeträge orientiert sich an entsprechenden Regelungen in den Krankenhausgesetzen der Länder und an den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds.

Von einer Pauschalierung ausgenommen sind die Kosten, die bei einer vollständigen, ersatzlosen Schließung eines ganzen Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts entstehen. Die in diesen Fällen entstehenden Kosten, insbesondere die Kosten für Sozialpläne oder Ablösezahlungen an Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung lassen sich durch Pauschalbeträge nicht sachgerecht abbilden. In diesen Fällen sind daher wie bisher die gesamten mit der Schließung verbundenen Kosten förderungsfähig.

Nummer 2 übernimmt die bisherige Rechtslage zu den förderungsfähigen Kosten bei Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen und erweitert diese auf Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallzentren.

Soweit ein Konzentrationsvorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die dort in den Buchstaben a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, richtet sich nach Nummer 3 die Höhe der förderungsfähigen Kosten nach Absatz 1. Das bedeutet, dass solche Vorhaben mit den in Absatz 1 aufgeführten Pauschalbeträgen je abgebautem Bett gefördert werden. Wird im Zusammenhang mit dem Vorhaben ein ganzes Krankenhaus oder ein Krankenhausstandort geschlossen, werden die Kosten der Schließung und die erforderlichen Baumaßnahmen am aufnehmenden Standort gefördert.

Nummer 4 umschreibt die Kosten, die bei Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen von Krankenhäusern erforderlich sind. Durch die Begrenzung der förderungsfähigen Kosten für bauliche Maßnahmen wird sichergestellt, dass der weit überwiegende Teil der Förderung nicht in der Anpassung baulicher Gegebenheiten, sondern im Bereich der informations- und kommunikationstechnischen Anlagen liegt.

Im Rahmen der Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegepersonal sind nach Nummer 5 die erforderlichen baulichen Maßnahmen und die erstmalige Ausstattung förderfähig.

Zu Absatz 2

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Regelung stellt klar, dass nachbetriebliche Kosten entsprechend der Förderpraxis der Länder nur in eingeschränktem Umfang förderfähig sind. Die Klarstellung trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt die bisherige Rechtslage zur Förderungsfähigkeit der Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines Darlehens, das ein Krankenhausträger zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen hat, sowie zur zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel.

Zu § 13

Zu Absatz 1

Absatz 1 übernimmt die geltende Regelung zur Veröffentlichung der auf die einzelnen Länder entfallenden Fördermittel.

Zu Absatz 2

Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zur Schätzung der Höhe der Aufwendungen des BVA für die Verwaltung des Strukturfonds und für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels und überträgt sie auf den neuen Förderzeitraum.

Zu Absatz 3

Zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens und zur Verbesserung der Transparenz entfallen die bisherigen Berichte des BVA an das Bundesministerium für Gesundheit und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Künftig wird das Fördergeschehen in zusammengefasster Form regelmäßig auf der Internetseite des BVA veröffentlicht, um dem Informationsbedürfnis der Beteiligten Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 4

Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zur Durchführung des Förderverfahrens und passt sie an die im neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.

Zu § 14

Zu Absatz 1

Absatz 1 übernimmt die bisherigen Regelungen zur Antragstellung in § 4 Absatz 1 und passt sie an die geänderten Förderzeiträume an.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift konkretisiert, welche Unterlagen einem Antrag beizufügen sind, damit die Anträge vom BVA geprüft werden können. Soweit die bisherigen Fördertatbestände weitergelten, übernimmt sie die bisher geltenden Regelungen mit den notwendigen Anpassungen. In Bezug auf die neuen Fördertatbestände wird die bisherige Konzeption fortgeführt, wonach die Länder auf Grund ihrer größeren Sachnähe zu den jeweiligen stationären Versorgungsstrukturen das Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen prüfen und dem BVA bestätigen.

Zu § 15

Die Regelung übernimmt die geltende Rechtslage zu den Auszahlungsbescheiden des BVA und passt sie an dien für den neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.

Zu § 16

Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung der Fördermittel und passt sie an den neuen Förderzeitraum an.

Zu § 17

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur Auswertung der Wirkungen der Förderung und passt sie an den neuen Förderzeitraum an. Um eine Evaluation zu ermöglichen, ob der mit der Förderung für die Krankenhäuser und die Länder verbundene Erfüllungsaufwand in einem angemessenen Verhältnis zur Zielsetzung des Krankenhausstrukturfonds steht, sind auch insoweit aussagekräftige Unterlagen an das BVA zu übermitteln.

Zu § 18

Die Vorschrift übernimmt die geltende Rechtslage zur finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung und passt sie an die im neuen Förderzeitraum geltenden Vorschriften an.

Zu Artikel 6 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 23)

Durch die Ergänzung von § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 wird klargestellt, dass auch Ein-richtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, zu den medizinischen Einrichtungen gehören, deren Leiter sicherzustellen haben, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Insbesondere von Gesundheitsämtern werden entsprechende Tätigkeiten ausgeübt, bei denen die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) einzuhalten sind, etwa Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten und Tuberkulose und ihre Behandlung (§ 19 Absatz 1), Impfungen (§ 20 Absatz 5) oder medizinische Untersuchungen im Rahmen von Ermittlungen (§ 25 Absatz 3). Aus der Regelung ergibt sich in Verbindung mit den Empfehlungen der KRINKO auch, inwieweit aus Gründen des Drittschutzes Beschäftigte entsprechender Einrichtungen Impfschutz bzw. natürliche Immunität gegen bestimmte übertragbare Krankheiten aufweisen sollten. Für die Umsetzung der Anforderungen an den Impf- oder Immunschutz findet § 23a Anwendung. Insoweit wird mit der Regelung einer Forderung der Länder nachgekommen. Bei Beschäftigten, die keine medizinische Diagnostik, Präventionsmaßnahmen oder keine ambulante Behandlung vornehmen und für deren Tätigkeit keine Empfehlungen der KRINKO gelten, bestimmt sich die Zulässigkeit der Verarbeitung von Beschäftigtendaten über den Impf- oder Serostatus nach den Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts (§ 23a Satz 2), insbesondere nach § 26 Absatz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes.

Zu Nummer 2

(Zu § 36)

Zu Buchstabe a

Künftig soll es der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle möglich sein, (zum Beispiel auf Grundlage von Empfehlungen des Robert Koch-Instituts bzw. von Fachgesellschaften) anzuordnen, dass das vorzulegende ärztliche Zeugnis sich nicht mehr ausschließlich auf eine erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen muss, sondern auch andere Befunde (z. B. immunologische Untersuchungsmethoden) zulässig sein können. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, zukünftig die Anzahl von Röntgenuntersuchungen und damit die Strahlenexposition zu reduzieren, etwa wenn das Ergebnis der anderen Untersuchungsmethode eine Lungentuberkulose ausschließt und die Notwendigkeit einer Röntgenuntersuchung somit nicht gegeben ist. Unverändert bleibt das Ziel der Regelung, ansteckungsfähige Lungentuberkulosen auszuschließen.

Zu Buchstabe b

Die Länder sollen auch vor dem Hintergrund der Migrationsbewegungen in die Lage versetzt werden, Gesundheitsuntersuchungen auch für Personengruppen vorzusehen, die nicht in bestimmten Einrichtungen im Sinne des § 36 Absatz 5 IfSG oder in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 62 Absatz 1 AsylG aufgenommen werden sollen beziehungsweise zu wohnen haben und sich daher nicht bereits nach § 36 Absatz 5 IfSG oder § 62 Absatz 1 AsylG einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssen. Erfasst werden sollen Personengruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren. Aufgrund ihrer Her-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

kunft können Personen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sein, die sich zum Beispiel in Ausbruchsgebieten bzw. Hochprävalenzgebieten aufhielten und die wahrscheinlich mit erkrankten Personen in Kontakt gekommen sein können. Aufgrund ihrer Lebenssituation können Personen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sein, die zum Beispiel über einen längeren Zeitraum hinweg keinen ausreichenden Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung hatten.

Auch bei einer Unterbringung außerhalb einer Gemeinschaftsunterkunft kann aus Sicht des Infektionsschutzes eine gesundheitliche Untersuchung zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich sein. Auch Personen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren und die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen können insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Kitas, etc.) in engen Kontakt mit anderen Menschen treten. Eine vorherige Gesundheitsuntersuchung kann daher sinnvoll und notwendig sein.

Dazu können zum Beispiel Menschen gehören, die aus Krisengebieten in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, oder auch bestimmte nachziehende Familienangehörige zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten und weitere Personengruppen, die einen Asylantrag stellen und die nicht nach §§ 47, 53 AsylG in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften zu wohnen haben (nach § 14 Ab-satz 2 AsylG), wenn bei ihnen die entsprechenden Kriterien für ein erhöhtes Infektionsrisiko vorliegen.

Mit dieser Regelung soll zum Schutz der öffentlichen Gesundheit eine Lücke geschlossen werden. So hat sich am Beispiel der nach IfSG gemeldeten Tuberkuloseerkrankungen (zu der im Gegensatz zu den meisten anderen meldepflichtigen Krankheiten überhaupt Daten zur Staatsangehörigkeit und zum Geburtsstaat erhoben werden) gezeigt, dass in den vergangenen Jahren der Anteil der im Ausland geborenen Tuberkulose-Patienten kontinuierlich angestiegen ist. Im Jahr 2016 lagen rund drei Viertel der in Deutschland registrierten Erkrankungsfälle bei Patienten vor, die aus dem Ausland stammen (RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2016). Die meisten Patienten stammten aus Somalia, Eritrea, Afghanistan und Syrien. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der gemeldeten Tuberkulose-Fälle der letzten Jahre wurde im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG und § 36 festgestellt.

Solche Gesundheitsuntersuchungen würden neben der öffentlichen Gesundheit zugleich auch den betroffenen Personen selbst und ihren Familien zu Gute kommen, weil entsprechend entdeckte Krankheiten (insbesondere Tuberkulose) frühzeitiger behandelt werden können. Der vorgesehene Eingriff steht daher mit dem Zweck der Vorschrift, die öffentliche Gesundheit sowie die Gesundheit der betroffenen Personen zu schützen, in einem angemessenen Verhältnis.

Durch die Einfügung eines Absatz 6 werden die Landesregierungen daher ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist (Satz 1 erster Halbsatz). Gemäß Satz 1 zweiter Halbsatz gilt für die Zeugnisvorlagepflicht § 34 Absatz 4 IfSG entsprechend.

Absatz 6 Satz 2 sieht vor, dass Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, verpflichtet sind, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss bestimmter schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden (Satz 2 erster Halbsatz). Für einen Widerspruch oder eine Anfechtungsklage gegen ihre Anordnung gilt Absatz 5 Satz 5 (Ausschluss der aufschiebenden Wirkung) entsprechend (Satz 2 zweiter Halbsatz).

Sofern in Einzelfällen bei von der jeweiligen Rechtsverordnung erfasste Personen bereits eine entsprechende Untersuchung nach Absatz 5 Satz 1 oder § 62 AsylG durchgeführt wurde, muss statt des Zeugnisses eine entsprechende Bescheinigung vorgelegt werden. Es sollen nur Personen erfasst werden, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundes-republik Deutschland eingereist sind.

Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 1 sind in der Rechtsverordnung nach Satz 1 das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten zu bestimmen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 2 sind die betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation zu bestimmen. Für die zuständigen Behörden gilt § 54 IfSG.

Nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 3 sind des Weiteren die Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 zu bestimmen (vgl. auch die ähnliche Regelung in § 62 Absatz 1 Satz 2 AsylG).

Schließlich ist die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist, nach Absatz 6 Satz 3 Nummer 4 in der Rechts-verordnung festzulegen.

Welches jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten der Rechtsverordnung jeweils zugrunde liegt, bestimmt sich nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und kann daher unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (auch in gemeinsamer Erarbeitung mit Fachgesellschaften) ermittelt werden (Absatz 6 Satz 4).

Nach Absatz 6 Satz 5 können die Landesregierungen die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen, hier kommen insbesondere die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die zuständigen Landesoberbehörden in Betracht.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe d

In Absatz 8 sind notwendige Datenübermittlungsregelungen an die zuständigen Gesundheitsbehörden enthalten, um die letztgenannten Behörden in die Lage zu versetzen, entsprechende Personen auch ansprechen zu können. Die jeweilige Übermittlungsbefugnis beschränkt sich auf die jeweils nach der Rechtsverordnung erfassten Personen.

Zu Buchstabe e

Auch durch die neu eingefügte Regelung des Absatzes 6 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) eingeschränkt. Es werden daher in die Zitiervorschrift des Absatzes 9 (bisher Absatz 7) die Absätze 4 bis 7 einbezogen.

Zu Nummer 3

(Zu § 69)

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass alle ärztlichen Untersuchungen auf Grundlage des § 36 Absatz 5 bis 7 aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind.

Zu Nummer 4

(Zu § 73)

Auch die verweigerte Duldung der Untersuchungen nach Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz soll künftig bußgeldbewährt sein.

Gleiches gilt für die verweigerte Duldung der Untersuchungen nach Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz, die bislang nicht bußgeldbewährt war.

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

(Zu § 20)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Anpassung an die Entwicklung der Bezugsgröße für das Jahr 2019. Danach umfassen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c ab dem Jahr 2019 einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Darüber hinaus wird eine Anpassung rechtsbereinigender Art vorgenommen. Die Streichung der zwischenzeitlich überholten Daten dient der Bereinigung und Entschlackung des Gesetzes.

Zu Buchstabe b

Die Regelung beinhaltet eine Anpassung an die Entwicklung der Bezugsgröße für das Jahr 2019 für Leistungen nach § 20a. Zudem wird der Mindestausgabenwert, den die Krankenkassen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b jährlich je Versicherten aufzuwenden haben, um 1 Euro auf 3,15 Euro erhöht. Mit dieser Regelung werden die Krankenkassen verpflichtet, von dem Betrag nach Satz 2 mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser im Sinne von § 107 Absatz 1 sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

Eine Stärkung der gesundheitlichen Situation in diesen Einrichtungen mit Unterstützung der Krankenkassen ist mit Blick auf die Gesundheitsbelastungen und Fehlzeiten in den Gesundheitsberufen bei gleichzeitig niedrigem Erwerbskräftepotenzial der Pflegekräfte zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der genannten Versorgungseinrichtungen und der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten erforderlich. Es gilt die Beschäftigungsdauer von Pflegekräften zu steigern, damit die Versorgung der steigenden Anzahl von Patienten sichergestellt werden kann.

Beschäftigte dieser Einrichtungen sind in ihrer täglichen Arbeit hohen physischen und psychischen Anforderungen ausgesetzt. So weisen die Gesundheitsreporte der Krankenkassen auf, dass die Krankenstände, gemessen in Arbeitsunfähigkeitstagen, bei Pflegekräften im Vergleich zum dem Krankheitsdurchschnitt von allen Beschäftigten erhöht sind. Zudem weisen die Beschäftigten der Berufsgruppen in der Gesundheits- und Krankenpflege besonders lange Ausfallzeiten bei Muskel-Skeletterkrankungen und psychischen Störungen auf. (Quelle: BKK Gesundheitsatlas 2017, BKK Gesundheitsreport 2017 und Fehlzeiten-Report 2017).

Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhält die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einen Schub, der mit motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt. Die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Bereich soll wesentlich dazu beitragen, dass krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten gesenkt und frühzeitige Erwerbsunfähigkeit vermieden werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung an die Regelung in § 20, mit der der neue Satz 3 hinsichtlich der Anpassung der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches mitumfasst werden soll.

Zu Nummer 2

(Zu § 20a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung an die Neuregelung des § 20 Absatz 6. Zugleich wird der Verweis auf § 20 Absatz 6 korrigiert.

Zu Nummer 3

(Zu § 20b)

Zu Buchstabe a

Die Regelung korrespondiert mit der in § 20 Absatz 6 vorgesehenen Erhöhung des Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b für Einrichtungen im Sinne des § 107 Absatz 1 und für Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1und 2 des Elften Buches. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Krankenkassen einen Fokus auf die Beratung und Unterstützung von Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches legen, um so ihrem Auftrag zur verstärkten Unterstützung dieser Einrichtungen nachkommen zu können.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt sicher, dass an der Beratung durch die regionalen Koordinierungsstellen neben den örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Träger von Krankenhäusern sowie für die Träger der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände beteiligt werden.

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt sicher, dass neben den örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Träger von Krankenhäusern sowie für die Träger der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände an den Kooperationsvereinbarungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen beteiligt werden.

Zu Nummer 4

(Zu § 20d)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Anpassung rechtsbereinigender Artikel. Die Streichung der zwischenzeitlich überholten Daten dient der Bereinigung und Entschlackung des Gesetzes.

Zu Buchstabe b

Mit der Einfügung des neuen Satzes wird die nationale Präventionsstrategie um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie in Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches ergänzt. Dies dient auch der Verzahnung der Leistungen der Krankenkassen mit den Präventionsleistungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und fördert eine verstärkte und abgestimmte Leistungserbringung der maßgeblichen Leistungsträger. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bringen die Präventionsleistungen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit ein.

Zu Nummer 5

(zu § 37)

Zu Buchstabe a

Die Schaffung von ca. 13 000 neuen Pflegepersonalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen wird aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Abwicklung erfolgt über eine Umlage, die der GKV-Spitzenverband bei seinen Mitgliedskassen erhebt. Die dadurch generierten Mittel werden dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen zur Verfügung gestellt. Der Betrag von 640 Millionen Euro errechnet sich bei Zugrundelegung von durchschnittlich 50 000 Euro Kosten je Pflegefachkraft. Die Höhe der jeweils von den Krankenkassen zu zahlenden Umlage bemisst sich nach ihrer Versichertenzahl im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten der GKV.

Die Aufwendungen der Krankenkassen zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches sind als berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben bei den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigen. Bei der Umlage je Versicherten handelt es sich um versichertenbezogen erfassbare Ausgaben.

Es ist Aufgabe der Pflegeversicherung sicherzustellen, dass die von der GKV zur Verfügung gestellten Mittel auch tatsächlich entsprechend ihrer Zweckbindung eingesetzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt hierzu jährlich nach § 8 Absatz 6 SGB XI einen Bericht. Die Einzelheiten zum Verfahren regelt der GKV-Spitzenverband zugleich als Spitzenverband der Pflegekassen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 6

(Zu § 40)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a

Pflegende Angehörige leisten oftmals schwierige und lange andauernde Pflege. Der Erhalt ihrer Gesundheit ist für die pflegenden Angehörigen und die Pflegebedürftigen von großer Bedeutung. Durch die Pflegesituation kann es für pflegende Angehörige schwierig sein, ambulante Leistungen der Krankenbehandlung und Rehabilitation in den regulären Tagesablauf zu integrieren und sie regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Durch die Änderung erhalten pflegende Angehörige deshalb einen eigenständigen Leistungsanspruch. Dadurch wird es ihnen ermöglicht, nach ärztlicher Verordnung bei Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Behandlungsmaßnahmen am Wohnort ausgeschöpft sein müssen oder vorrangig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen sind. In einer stationären Rehabilitation können bestehende Gesundheitsprobleme auch unter Berücksichtigung einer belastenden Pflegesituation umfassend behandelt werden.

Durch die redaktionelle Änderung wird der zweite Halbsatz von Satz 1 gestrichen, der die Leistungserbringung einer stationären Rehabilitation für pflegende Angehörige in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a ermöglicht. Diese Regelung wird in den neuen Satz 3 aufgenommen.

In Satz 2 wird geregelt, dass die Krankenkasse stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig von Absatz 1 erbringt. Nach Absatz 1 erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in § 11 Absatz 2 genannten Ziele, wie die Abwendung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, zu erreichen. Nach dem Prinzip der gestuften Regelversorgung besteht ein Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen nach Absatz 1 nur dann, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht ausreichen. Nach Absatz 2 Satz 1 gehen ambulante Rehabilitationsleistungen wiederum stationären Rehabilitationsleistungen vor. Dieses Stufenverhältnis soll für pflegende Angehörige nicht mehr gelten, da ambulante Leistungen wegen der Pflegetätigkeit oftmals nur schwer in Anspruch genommen werden können und den besonderen Belastungen pflegender Angehöriger häufig nicht gerecht werden. Pflegende Angehörige erhalten deshalb stattdessen einen eigenständigen Anspruch auf stationäre Leistungen zur Rehabilitation. Der Anspruch hat nach Satz 2 durch den fehlenden Verweis auf Absatz 1 nicht mehr zur Voraussetzung, dass eine ambulante Krankenbehandlung oder eine ambulante Rehabilitation durchgeführt worden sind. Die von der Krankenkasse nach Absatz 3 Satz 1 zu treffende Genehmigung einer ärztlich verordneten stationären Rehabilitation kann deshalb von der Krankenkasse nicht mehr mit der Begründung abgelehnt werden, dass ambulante Leistungen am Wohnort ausreichen würden.

Seit dem 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sind die Krankenkassen bereits nach Absatz 3 Satz 1 verpflichtet, die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei ihrer Entscheidung über Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Um die tatsächliche Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch pflegende Angehörige zu erleichtern, wurde in § 42 Absatz 4 SGB XI geregelt, dass ein Anspruch auf Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen auch besteht, wenn der Pflegebedürftige (mit) in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI hat. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen in räumlicher Nähe zu den pflegenden Angehörigen versorgt werden können und gegebenenfalls zusätzlich rehabilitative Angebote erhalten.

Rehabilitationsleistungen werden nach Absatz 4 von den Krankenkassen nur erbracht, wenn sie nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften nicht erbracht werden können. Für den hier betroffenen Personenkreis der pflegenden Angehörigen ergeben sich insoweit keine Änderungen, d. h., dass beispielsweise für abhängig beschäftigte pflegende Angehörige auch weiterhin die gesetzliche Rentenversicherung vorrangig zuständiger Träger für medizinische Rehabilitationsleistungen bleibt. Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es bereits bisher keine Regelung, nach der ambulante Leistungen vorrangig zu erbringen sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach Absatz 3 Satz 1 hat die Krankenkasse schon bisher bei ihrer Entscheidung über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Durch die Ergänzung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wird die Krankenkasse bei pflegenden Angehörigen zusätzlich verpflichtet, die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen nach dem Elften Buch festzustellen. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse erforderliche Feststellungen für Leistungen zur Versorgung der Pflegebedürftigen an. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen nach den Vorschriften des Elften Buches und die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse ihre Aufwendungen. Damit soll der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger Rechnung getragen werden, um pflegende Angehörige von der Aufgabe zu entlasten, die eigene Rehabilitation mit der zeitgleichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu koordinieren.

Zu Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 7

(Zu § 60)

Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach 119b wird der Zugang von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden mobilitätseingeschränkten Versicherten zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wesentlich verbessert. Allerdings verfügen Pflegeheime nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen. Die betroffenen Versicherten sind daher auch weiterhin regelmäßig auf Krankenfahrten im Sinne des § 7 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in die Praxis des Facharztes und Zahnarztes angewiesen. Dies gilt auch für die Versicherten und Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Die hierbei anfallenden Kosten werden nach dem bisher vorgesehenen Verfahren jeweils nur auf Antrag und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse für die konkrete Einzelfahrt übernommen. Die Genehmigung wird in der Regel erteilt. Dieses Verfahren führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl für die Versicherten und für die sie betreuenden Personen und Pflegeeinrichtungen als auch für die Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund wird das Genehmigungsverfahren für vulnerable Patientengruppen durch die Einführung einer Genehmigungsfiktion grundlegend vereinfacht. Für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beziehungsweise § 6 Krankentransport-Richtlinie des G-BA gilt das Genehmigungserfordernis nach Satz 4 fort.

Zu Nummer 8

(Zu § 87)

Zu Buchstabe a

Ziel der gesetzlichen Regelung ist, Videosprechstunden als telemedizinische Leistung allgemein auch unter Einbezug der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben durch den Deutschen Ärztetag und der Landesärztekammern in Bezug auf Fernbehandlungen weiter auszubauen und insbesondere für Pflegebedürftige und in der psychotherapeutischen Versorgung besser nutzbar zu machen.

Mit Wirkung zum 1. April 2017 wurde die Videosprechstunde als abrechenbare Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommen. Diese ist nach den geltenden Vereinbarungen für der Arztpraxis bekannte Patientinnen und Patienten für nur wenige Krankheitsbilder (z. B. zur Beratung und Verlaufskontrolle bei Wunden oder bei Dermatosen) abrechenbar. In der Folge ist die flächendeckende Erbringung dieser telemedizinischen Leistungen derzeit nicht gegeben.

Mit der neuen gesetzlichen Vorgabe soll der Anwendungsbereich deutlich erweitert werden. Die in der Begründung zum bisherigen § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 enthaltene Vorgabe, dass der Bewertungsausschuss geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder und Fachgruppen festlegt, entfällt. Es wird grundsätzlich in das Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes gelegt, bei welchen Krankheitsbildern er eine Videosprechstunde in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten für sachgerecht erachtet. Die Ärztin bzw. der Arzt hat somit vor dem Hintergrund z. B. der berufsrechtlichen Regelungen und des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse eine Entscheidung zu treffen, ob eine Videosprechstunde ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt vor Ort nicht zwingend erforderlich ist. Dabei ist die erforderliche ärztliche Sorgfalt zu wahren.

Eine umfangreiche Anwendbarkeit von Videosprechstunden erfolgt auch mit dem Ziel, dass Videosprechstunden in der Versorgung von Pflegebedürftigen eine über die bisherigen Modellvorhaben hinaus stärkere Bedeutung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

erlangen. Dabei muss den besonderen Bedürfnissen und Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung entsprochen werden. So ist bei einem Hausbesuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, beschützenden Einrichtungen und bei Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung häufig auch die Pflegekraft mit anwesend. In der Folge findet dadurch oft auch eine Fallkonferenz mit statt. Diese soll auch per Video abrechenbar sein und als Zuschlag zur allgemeinen Videosprechstunde im EBM abgebildet werden. Bereits heute sind Fallkonferenzen z. B. im Rahmen der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung nach § 119b abrechenbar, wenn diese vor Ort im Pflegeheim oder telefonisch erfolgen. Die Finanzierung der Schulungen und der Investitionskosten für die entsprechende Technik zur Durchführung von Videosprechstunden und ggf. Fallkonferenzen (siehe Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag) auf Seiten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen kann im Rahmen der in § 8 Absatz 8 SGB XI vorgesehenen Förderung durch die Pflegeversicherung erfolgen.

Im Zusammenhang mit dem Ausbau von Fallkonferenzen per Video bei Pflegebedürftigen sollen auch die bereits im EBM enthaltenen und abrechenbaren Fallkonferenzen z.B. im Rahmen der Palliativversorgung sowie des Mammographie-Screenings per Video ermöglicht werden.

Von der Erweiterung der Videosprechstunden sollen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst sein. Die Besonderheiten in der Versorgung und auch der Berufsordnung sind dabei zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Im Zusammenhang mit der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie der Versorgung von Heimbewohnern im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b können Anleitungen und Beratungen erforderlich sein, die im Rahmen einer Videosprechstunde schneller und weniger aufwendig als durch einen Hausbesuch erbracht werden können. Dies gilt auch für Fallkonferenzen mit den an der Versorgung der Versicherten beteiligten Pflegefachkräften. Da die für den vertragsärztlichen Bereich bereits geltende Regelung zu Videosprechstunden in Absatz 2a auf den vertragsärztlichen Bereich ausgerichtet ist und über die Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hinausgeht, ist eine eigenständige Regelung für den vertragszahnärztlichen Bereich erforderlich.

Zu Nummer 9

(Zu § 119b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Sowohl im ärztlichen Bereich als auch im zahnärztlichen Bereich wurden in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Kooperationsverträgen zwischen niedergelassenen (Zahn)Ärzten und Pflegeheimen über die (zahn)ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten geschlossen. Um die Versorgung von Versicherten im Pflegeheim weiter zu verbessern, soll diese Entwicklung noch gestärkt werden. Hierzu wird die bereits in § 119b Absatz 1 Satz 1 normierte Verpflichtung der Pflegeheime, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet, indem die bisherige „Soll-Regelung“ durch eine „Muss-Regelung“ ersetzt wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Ziel, die Entwicklung von Kooperationen zwischen Pflegeheimen und geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu beschleunigen, wird der nach Satz 2 bestehenden Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln, wenn Pflegeheime einen Antrag auf Vermittlung solcher Verträge gestellt haben, mehr Nachdruck verliehen, indem hierfür eine Frist von drei Monaten gesetzt wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft wird die Zusammenarbeit zwischen einer stationären Pflegeeinrichtung und den mit ihr kooperierenden Ärzten erleichtert. Die Regelung ist fachlich geboten, damit die ärztlichen Therapieentscheidungen auch in der pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Hierzu be-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

darf es pflegefachlicher Kompetenz. Zudem sollte die Pflege auch einen medizinischen Versorgungsbedarf rechtzeitig erkennen können, damit bedarfsgerechte ärztliche Behandlung erfolgen kann und Notfalleinweisungen vermieden werden.

Zu Buchstabe b

Die Selbstverwaltung wird in Absatz 2a verpflichtet, einheitliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den mit ihnen kooperierenden Ärzten sowie Zahnärzten zu bestimmen, damit diese elektronische Zusammenarbeit schnittstellen- und Sektor übergreifend erfolgen kann. Die Anforderungen werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, der zugleich die Aufgaben des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen wahrnimmt, vereinbart (§ 53 SGB XI). Hierbei ist das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene herzustellen. Der Einsatz von Informationstechnologie vereinfacht die Zusammenarbeit zwischen den Pflegeheimen und kann zur Entlastung des ärztlichen und des Pflegepersonals beitragen. Ziel ist, dass sich die Telematikinfrastruktur nach § 291a zur zentralen Kommunikationsinfrastruktur für das Gesundheitswesen entwickelt. Daher sollte sie auch für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und den mit diesen kooperierenden Ärzten und Zahnärzten genutzt werden, sobald sie für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung steht. Es ist erforderlich, dass dies bei der Festlegung der einheitlichen Anforderungen für die elektronische Kommunikation gemäß Absatz 2a berücksichtigt wird.

Durch diese Änderung werden keine neuen Befugnisse zur Datenverarbeitung eingeführt. Vielmehr soll die Grundlage zur Vereinbarung von einheitlichen datentechnischen Rahmenbedingungen für die nach geltenden Vorschriften im berufs- und datenschutzrechtlichen Rahmen mögliche Kommunikation zwischen den Leistungserbringern geschaffen werden.

Gemäß Absatz 2b sollen telemedizinische Dienste wie Videosprechstunden im Rahmen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden. Mit den Regelungen in § 87 werden Videosprechstunden weiter ausgebaut. Für die Videosprechstunden gelten bereits Standards der technischen und fachlichen Anforderungen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 291g Absatz 4 festgelegt worden sind.

Zu Buchstabe c

Um die Auswirkungen der Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in Pflegeheimen zu überprüfen, erhalten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband den Auftrag, die Kooperationsverträge regelmäßig gemeinsam zu evaluieren. In der von Ihnen zu schließenden Vereinbarung legen sie die für den Bericht erforderlichen Daten fest. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zur Anzahl der geschlossenen Verträge, zur Anzahl der beteiligten Zahnärzte und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zur Art und Anzahl der abgerechneten Leistungen nach § 87 Absatz 2j gegliedert nach Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. In den Bericht sind Aussagen zum möglichen Weiterentwicklungsbedarf der Kooperationsverträge und der vertragszahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aufzunehmen. Gegenstand der Berichterstattung sollen auch Überlegungen zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sein.

Zu Nummer 10

(Zu § 132a)

Zu einer Verbesserung der ländlichen Versorgung gehört eine bessere Vergütung der Wegezeiten, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb sind Grundsätze für einen unbürokratisch zu gewährenden zusätzlichen Wegekostenzuschlag, der den entsprechenden Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 festzulegen. Die Regelung ist bis zum 30. Juni 2019 zu treffen.

Die Bundesrahmenempfehlungen regeln die Grundlagen der Leistungserbringung. Diese sind nach § 132a Absatz 1 Satz 7 SGB V in den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen, in denen die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege einschließlich der Preise und deren Abrechnung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt werden. Dort können auch regionale Rahmenbedingungen und vorhandene Strukturen berücksichtigt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Kranken- und Pflegekassen haben zwar bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, mit Pflegediensten Wegekostenzuschläge bei der Versorgung von Versicherten in unterversorgten ländlichen Gebieten zu vereinbaren. Durch die Änderung des § 132a Absatz 1 werden der GKV-Spitzenverband, zugleich als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene nun aber ausdrücklich verpflichtet, entsprechende Vorgaben für die Vergütung von Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen in die gemeinsamen Rahmenempfehlungen aufzunehmen, die dann auch verpflichtend in den Einzelverträgen nach Absatz 4 zu berücksichtigen sind. In ihrer Wirkung erstrecken sich die Rahmenempfehlungen für diesen Aspekt auch ausdrücklich auf den Bereich der ambulanten Pflege des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die entsprechende Regelung erfolgt darauf abgestimmt in § 89 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 11

(Zu § 137i)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG, mit der die Finanzierung von Mehrkosten, die sich durch die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ergeben, durch Zuschläge der Vertragsparteien auf der Ortsebene auf der Grundlage einer Schätzung der Vertragsparteien auf der Bundesebene befristet wird. Diese Finanzierung über Zuschläge entfällt im Jahr 2020, also sobald die Pflegepersonalkosten umfassend durch die vereinbarten Pflegebudgets finanziert werden und somit auch etwaige Kosten aus der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt sind.

Zu Nummer 12

(Zu § 137j)

Die Regelung dient der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung und ergänzt damit die mit diesem Gesetz unternommenen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus sowie die Vorschrift des § 137i, die die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen bezogen auf pflegesensitive Bereiche vorsieht. Da eine unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal aber nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen und für alle dort pflegerisch zu versorgenden Fälle für eine nicht patientengefährdende Versorgung relevant ist, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus erforderlich.

Die Bildung des Pflegepersonalquotienten sowie die durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegte Untergrenze auf dieser Grundlage lässt die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unberührt, die von dem Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Zu Absatz 1

Zentrales Instrument zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser auf Gesamthausebene und der Sicherung der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung ist der Pflegepersonalquotient, der das Verhältnisses zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem in dem jeweiligen Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand. Durch die Bildung dieses Quotienten wird deutlich, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand einsetzt. Dieser Quotient wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich für jedes Krankenhaus auf der Grundlage der ihm von den Krankenhäusern übermittelten Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes berechnet. Maßgeblich ist hierfür zum einen die Anzahl der im Jahr durchschnittlich beschäftigten Vollzeitkräfte in der Pflege, wie sie das Krankenhaus im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 2 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt. Dieser Wert ist in das Verhältnis zu setzen zu der Summe der Bewertungsrelationen nach dem Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands. Der in den einzelnen Krankenhäusern anfallende Pflegeaufwand wird ab dem Jahr 2020 aufgrund des bundeseinheitlichen Pflegeaufwandkatalogs des InEKs und den Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes durch das InEK für die einzelnen Krankenhäusern berechnet. Da das InEK für die Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitive Bereichen nach § 137i schon Vorarbeiten für einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands geleistet hat, ist die Erstellung eines solchen Katalogs ohne erheblichen Zusatzaufwand für das InEK möglich.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch Vergleich der für jedes Krankenhaus berechneten Quotienten kann deutlich gemacht werden, welche Krankenhäuser im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzen.

Die vom InEK berechneten Quotienten der einzelnen Krankenhäuser werden von diesem an das Bundesministerium für Gesundheit und an die Vertragsparteien auf Bundesebene übermittelt, die diese an die für die jeweiligen Krankenhäuser zuständigen Landes-behörden und an die jeweiligen Vertragsparteien auf Krankenhausebene weiterleiten, die diese Angaben für die von ihnen zu schließenden Vereinbarungen benötigen. Die Länder erhalten diese Informationen, damit sie gegebenenfalls auf die ihrem Zuständigkeitsbereich unterfallenden Krankenhäuser einwirken können, wenn Anhaltspunkte da-für bestehen, dass das Verhältnis zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegepersonalaufwand unangemessen ist. Dies eröffnet eine weitgehende Transparenz über die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und den auf dieses Personal anfallenden Pflegeaufwand und ist Grundlage für in der Rechtsverordnung zu regelnde Veröffentlichungsmodalitäten der Verhältniszahlen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die Verordnungsermächtigung für die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu erlassende Rechtsverordnung, mit der auf Grundlage des nach Absatz 1 erstellten Vergleichs der Krankenhäuser untereinander eine Untergrenze auf Gesamt-hausebene eingeführt wird. Hat ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung, gilt dies als Indikator dafür, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht gewährleistet ist und damit eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird. Die hierdurch begründete Vermutung eines unangemessenen Verhältnisses zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegeaufwand kann das Krankenhaus widerlegen, indem es durch Tatsachen nachweist, dass auf Grund besonderer Umstände ausnahmsweise eine angemessene Pflegepersonalausstattung vorliegt. Die konkrete Verhältniszahl und der damit einhergehende Anteil der Krankenhäuser, der nach dem Vergleich der Krankenhäuser nach Absatz 1 ein unterhalb der Untergrenze und damit nicht akzeptables Verhältnis von Pflegepersonalausstattung zu Pflegeaufwand abbildet, ist in der Rechtsverordnung festzulegen, da hierfür die vom InEK übermittelten Verhältniszahlen der Krankenhäuser und der danach gebildete Vergleich maßgeblich sein werden.

Um Personalausstattungen unterhalb der Untergrenze begegnen, ist in der Rechtsverordnung auch das Nähere zu den Sanktionen zu regeln, die die Vertragsparteien auf Krankenhausebene im Fall einer Unterschreitung der Untergrenze zu vereinbaren haben. Diese Sanktionen sind bereits für das Budgetjahr 2020 zu vereinbaren. In der Rechtsverordnung kann auch vorgesehen werden, dass die Sanktionen stufenweise eintreten bzw. sich zunächst auf die Vereinbarung von entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser beziehen. Dazu trifft die Rechtsverordnung eine Regelung über eine geeignete Veröffentlichung der Verhältniszahlen der Krankenhäuser.

Da vor dem Hintergrund der unternommen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege, insbesondere der veränderten Pflegepersonalkostgenvergütung, die Verteilung und Entwicklung der Pflegepersonalquotienten derzeit nicht absehbar ist, sieht Satz 5 vor, dass die Untergrenze für die Verhältniszahlen der Krankenhäuser vom BMG nach Ablauf von drei Jahren zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen ist. Ergibt die Prüfung, dass die Entwicklung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser die Anwendung einer Untergrenze nicht mehr erforderlich ist, kann das BMG durch Rechtsverordnung bestimmen, dass die Untergrenze vorübergehend nicht mehr anzuwenden ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass das InEK die ihm durch diese Vorschrift übertragenen Aufgaben in gleicher Weise zu erfüllen hat, als wenn sie ihm von den Vertragspartnern übertragen worden wären. Satz 2 regelt die Finanzierung der dem InEK durch die Erfüllung dieser Aufgaben entstehenden notwendigen Aufwendungen.

Zu Nummer 13

(Zu § 221)

Zu Buchstabe a

Die Streichung trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung. Da die Inanspruchnahme der Mittel des Krankenhausstrukturfonds sehr ungleichmäßig war, tritt künftig an die Stelle

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

eines festen Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Festlegung dieses Anteils durch das BVA (vgl. Begründung zu Buchstabe b).

Zu Buchstabe b

Die neuen Sätze 5 bis 7 regeln das Verfahren der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Krankenhausstrukturfonds.

Zu Nummer 14

(Zu § 271)

Die Vorschrift enthält die Rechtsgrundlage für die Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019.

Zu Nummer 15

(§ 275b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Mit der Ergänzung in Satz 1 wird klargestellt, dass die Beauftragung von Regelprüfungen bei Pflegediensten, die nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen und die somit nicht bereits den Regelprüfungen nach den §§ 114 und 114a SGB XI im Bereich der Pflegeversicherung unterliegen, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich veranlasst wird.

Zu Nummer 16

(Zu § 291g)

Die Vereinbarung ist Grundlage für die nach § 87 Absatz 2k vorzunehmende Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die zahnärztlichen Leistungen und soll eine technisch und datenschutzrechtlich sichere Ausgestaltung der Anwendungen gewährleisten.

Zu Nummer 17

(Zu § 301)

Zu Buchstabe a

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung abrechnen (Zusatzentgelte ZE162 und ZE163). Aufgrund der Vergütungsrelevanz des Pflegegrades ist eine belastbare Information für eine aufwands- und leistungsgerechte Vergütung und Abrechnung unverzichtbar.

Die Krankenhäuser verfügen für ihre Patientinnen und Patienten aber weder über gesicherte Informationen zum Pflegegrad nach dem SGB XI noch kann dieser im Wege der Diagnostik von ihnen selbst festgestellt werden. Insoweit sind die Krankenhäuser auf entsprechende Informationen Dritter angewiesen. Die Praxis zeigt, dass die Information durch Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige vielfach nicht belastbar und fehleranfällig ist.

Auch eine Berücksichtigung des Pflegegrades bei der Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse scheidet aus, da die Leistungsdaten (OPS-Codes) neben der Abrechnung auch für die Kalkulation der Zusatzentgelte einzubeziehen sind und daher von den Krankenhäusern gemäß § 21 KHEntgG an das InEK zu übermitteln sind. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, ist es notwendig, die Krankenkassen zu verpflichten, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen. Ziel muss es sein, dass unverzüglich nachdem das Krankenhaus dem Kostenträger die Aufnahme anzeigt, also möglichst zeitnah nach der Aufnahme, dem Krankenhaus die vom Kostenträger übermittelte Information zu einem bestehenden Pflegegrad vorliegt, so dass keine Verzögerungen für das Krankenhaus bei der Abrechnung seiner Leistungen entstehen. Durch die frühzeitige Datenübermittlung wird gewährleistet, dass für die Abrechnung die notwendigen belastbaren Daten rechtzeitig vorliegen und diesbezüglich insoweit spätere Prüfungen und Beanstandungen vermieden werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Da die Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der zwei unterschiedlich hohen Zusatzentgelte ein Pflegegrad von 3 oder höher ist, sind eventuelle gegenüber dem Zeitpunkt der Aufnahme der Patientinnen und Patienten entstehende Veränderungen des Pflegegrades von Relevanz. Vor diesem Hintergrund werden die Krankenkassen auch verpflichtet, während des Krankenhausaufenthaltes bestätigte Änderungen des Pflegegrades sowie Informationen über beantragte Einstufungen zu übermitteln. Das umfasst sowohl eine erstmalige Beantragung eines Pflegegrades als auch eine beantragte Neueinstufung in einen Pflegegrad bei bereits vorliegender Einstufung in einen Pflegegrad.

Gemäß § 96 SGB XI dürfen die Pflegekassen und die Krankenkassen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Durch die organisatorische Anbindung der Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen liegen den Krankenkassen insoweit die Informationen zum Pflegegrad ihrer Versicherten vor. Mit der Übermittlungspflicht der Pflegegrade für Abrechnungszwecke an die Krankenhäuser wird für die Krankenkassen eine verbindliche Rechtsgrundlage zur Datenübermittlung an die Krankenhäuser geschaffen. Das Krankenhaus hat die übermittelten Informationen der Krankenkassen seiner Abrechnung zugrunde zu legen. Der übermittelte Pflegegrad sowie die Informationen über neu beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad sind ist für die Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels zum Pflegegrad zu verwenden. Auf diese Weise wird auch gewährleistet, dass belastbare Daten zum Pflegegrad sowie zu neu beantragten Einstufungen über den Datensatz nach § 21 KHEntgG an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt werden und damit in die Kalkulation der Entgelte eingehen.

Zu Buchstabe b

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben nach Absatz 3 bei der Ausgestaltung der Datenübermittlung zum frühestmöglichen Zeitpunkt das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen der nach Absatz 2a vorgesehenen unverzüglichen Übermittlungspflicht der Pflegegrade sowie zu neu beantragten Einstufungen in einen Pflegegrad nach SGB XI zu vereinbaren.

Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 8)

Zu Buchstabe a

Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden neu gefasst.

Einerseits wird hierdurch die bisherige Vorgabe zur Überführung der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms bei der Neufassung nicht mehr berücksichtigt. Damit wird gewährleistet, dass die krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms auch über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in der vereinbarten Höhe verbleiben. Sie werden über das Jahr 2018 hinaus beim einzelnen Krankenhaus mit weiteren Finanzmitteln für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal addiert. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhausindividuellen Pflegebedarfs Rechnung getragen.

Andererseits wird eine Klarstellung in der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags vorgenommen.

Der Pflegezuschlag ist im KHEntgG geregelt und soll dementsprechend in den Krankenhäusern Anwendung finden, die nach dem KHEntgG ihre Budgets verhandeln und ihre Leistungen abrechnen. Das trifft auf Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag nicht zu, so dass deren Pflegepersonalkosten nicht in die Datengrundlage der Berechnung des Pflegezuschlags für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG einzubeziehen sind. Zudem werden in der Statistik ausgewiesene Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und in der Psychosomatik bei der Berechnung der Personalkosten für das Pflegepersonal nicht berücksichtigt. Dagegen rechnen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in ihren somatischen Fachabteilungen nach den Vorgaben des KHEntgG ab. Insoweit ist auch in diesen Einrichtungen der Pflegezuschlag in Anwendung zu bringen.

Durch ein Inkrafttreten im Jahr 2018 ist die neue Berechnungsmethodik erstmals für die Vereinbarung des Pflegezuschlags für das Jahr 2019 anzuwenden. Dies gilt für die Ausführungen zu Buchstabe b entsprechend.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Für den Fall unterjähriger Tarifvereinbarungen hat der Gesetzgeber mit § 8 Absatz 10 Satz 10 neuer Zählung die Option einer unterjährigen Tarifrefinanzierung eröffnet. Für eine praktikable Erhöhung der unterjährig vereinbarten Erhöhungsrate zur Tarifrefinanzierung sprechen sich die Vertragsparteien auf Bundesebene jedoch für eine vollständige Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert aus und haben dies z. B. auch für die Landesbasisfallwerte 2018 so umgesetzt. Vor diesem Hintergrund wird die Regelung zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Pflegezuschlag wird für Patientenaufnahmen ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr bezahlt. Für Patientinnen und Patienten, die noch im Jahr 2019 aufgenommen werden, ist dagegen der Pflegezuschlag weiterhin zu zahlen. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a erfolgt nicht. Pflegepersonalkosten, die bis Ende des Jahres 2019 mit dem Pflegezuschlag finanziert werden, werden ab dem Jahr 2020 im Rahmen des Pflegebudgets abgegolten.

Zu Nummer 2

(Zu § 10)

Zu Buchstabe a

Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung sind bislang absenkend und Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung erhöhend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen. Um zu ermöglichen, dass die Höhe der Zu- und Abschläge von den Vertragsparteien auf Bundesebene unabhängig von möglichen Rückwirkungen auf den Landesbasisfallwert vereinbart wird, geben die Änderungen der Nummern 6 und 7 vor, dass Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung wie auch Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zukünftig keine absenkende oder erhöhende Auswirkung auf den Landesbasisfallwert haben. Vielmehr werden die entsprechenden Zu- oder Abschläge zukünftig ohne eine Verbindung zum Landesbasisfallwert vergütet. Die Änderung ist erforderlich, um die Erfüllung der Vorgaben über strukturelle, personelle und apparative Anforderungen an die stationäre Notfallversorgung, die sich aus dem Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelung zu einem gestuften System zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern vom 19. April 2018 ergeben, sachgerecht zu finanzieren. Dies betrifft die mit der Vorhaltung einhergehenden Kosten.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Rückwirkung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf den Landesbasisfallwert.

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 3)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.

Zu Nummer 2

(Zu § 4)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz bzw. dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde ein Abschlag für zusätzlich im Vergleich zum Vorjahr vereinbarte Leistungen eingeführt (Mehrleistungsabschlag). Der Mehrleistungsabschlag wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit Wirkung ab dem Jahr 2017 durch den

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sogenannten Fixkostendegressionsabschlag ersetzt. Die Regelungen zum Mehrleistungsabschlag in Absatz 2a werden deshalb wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und zu Doppelbuchstabe bb

Zur Verbesserung der Planungssicherheit und um unnötige Bürokratie zu vermeiden, wird die regelhafte Höhe des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinausgehend gesetzlich auf 35 Prozent festgelegt. Von der Vorgabe, krankenhausindividuell in bestimmten Konstellationen höhere Abschlagssätze zu vereinbaren, wurde nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht, so dass der vereinbarte durchschnittliche Abschlagssatz auf diesem Niveau liegt. Mit der Änderung sind daher keine Mehrausgaben verbunden. Durch die dauerhafte gesetzliche Vorgabe können der Verhandlungsaufwand und der Konfliktgehalt der Verhandlungen vermindert werden. In der Folge entfallen auch entsprechende Verhandlungen der Vertragspartner auf Landesebene (vgl. Ausführungen zu § 10 Absatz 13). Zugleich wird die bisher durch § 10 Absatz 13 vorgegebene dreijährige Erhebungsdauer des Fixkostendegressionsabschlags in die geänderte Fassung von Satz 1 übernommen.

Die bisherige Vorgabe durch Satz 2, in bestimmten Konstellationen höhere Abschlagssätze oder längere Abschlagsdauern zu verhandeln, entfällt, da hiervon nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht wurde.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 2.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 2a.

Mehrleistungsabschläge nach dem bisherigen § 4 Absatz 2a waren für die Dauer von drei Jahren zu vereinbaren. Dies führt dazu, dass in den Jahren 2017 und 2018 ein nachwirkender Mehrleistungsabschlag für die Jahre 2015 und 2016 zu erheben ist. Die Regelung des bisherigen Satzes 7, dass dieser Mehrleistungsabschlag zum Gesamtbetrag des Fixkostendegressionsabschlags hinzuzurechnen ist, ist somit für die Budgetvereinbarungen für das Jahr 2019 wegen des dann eingetretenen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine sprachliche Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Satzes 7.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 2.

Zu Buchstabe c

Mit dem KHSG wurde § 4 Absatz 4 dahingehend ergänzt, dass neben den Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen eines Krankenhauses nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden. Die Regelung des Satzes 2, nach der dieses Verlangen für im Jahr 2015 zusätzlich erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen, nachträglich geäußert werden kann, ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.

Zu Buchstabe d

Zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege wird das bestehende Pflegestellen-Förderprogramm bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Anstelle der bislang zum Jahresende vorgesehenen Beendigung der Förderung wird diese über das Jahr 2018 verlängert. Zudem werden die Rahmenbedingungen der Förderung weiter ausgebaut. Zum einen werden zukünftig zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen für die Pflege am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Der bisherige zehnprozentige Eigenanteil entfällt für ab dem Jahr 2019 getätigte Neueinstellungen und Personalaufstockungen bei Personalstellen für die Pflege am Bett. Zum anderen wird die bislang vorgesehene Begrenzung des jährlich zu vereinbarenden Betrags zur Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung von Teilzeitstellen bis zu einem maximal 0,15-prozenti-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gen Budgetanteil aufgehoben. Ferner verbleiben die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms weiterhin dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bislang vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Das Pflegestellen-Förderprogramm mit seinen neuen Rahmenbedingungen gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung mittels des Pflegebudgets ab dem Jahr 2020.

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit Satz 1 wird die bisherige zeitliche Befristung des Pflegestellen-Förderprogramms auf die Jahre 2016 bis 2018 aufgehoben und bis zur Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020 verlängert. Um einen größeren Anreiz für die zusätzliche Einstellung bzw. Aufstockung von Pflegepersonal am Bett zu schaffen, wird ab dem Jahr 2019 jede zusätzlich besetzte bzw. aufgestockte Pflegestelle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den Kostenträgern umfassend finanziert. Die bisherige Eigenbeteiligung der Krankenhäuser in Höhe von zehn Prozent entfällt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 2 sieht für die umfassende Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte am Bett die Vereinbarung eines entsprechenden zusätzlichen Betrags zwischen den Vertragsparteien nach § 11 vor. Damit wird auf die bislang vorgesehene Begrenzung des jährlich zu vereinbarenden Betrags zur Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung von Teilzeitstellen bis zu einem maximal 0,15-prozentigen Budgetanteil verzichtet. Mit Blick auf den entfallenden bisherigen Eigenanteil und die entfallende Budgetobergrenze können die Krankenhäuser zukünftig höhere Beträge mit den Kostenträgern vereinbaren. Jede neu eingestellte Pflegekraft bzw. jede aufgestockte Pflegestelle für die Pflege am Bett wird vollständig finanziert. Ansonsten ist die Vorgehensweise für die Vereinbarung des zusätzlichen Betrags und die Ermittlung und Abrechnung eines krankenhausindividuellen Zuschlags grundsätzlich unverändert gegenüber der bisherigen Vorgehensweise.

Da zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen zukünftig ohne Budgetobergrenze vollständig bezahlt werden, wird der bisherige Satz 3 aufgehoben, der die bisher geltende Budgetobergrenze im Zweijahreszeitraum flexibilisiert hat. Der neue Satz 3 nimmt den Regelungsgehalt des bisherigen Satzes 4 auf und entwickelt ihn weiter. Ein bereits vor der Neuregelung für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 im Rahmen des aktuell laufenden Pflegestellen-Förderprogramms krankenhausindividuell vereinbarter Betrag ist in den Folgejahren um einen zusätzlichen im Jahr 2019 vereinbarten Betrag für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die Pflege am Bett zu erhöhen. Durch die Änderung wird in Verbindung mit dem Wegfall des bisherigen § 8 Absatz 10 Satz 3 zweiter Halbsatz gewährleistet, dass im Rahmen des bisherigen Pflegestellen-Förderprogramms vereinbarte Mittel dauerhaft dem Krankenhaus verbleiben und basiswirksam um die umfassende Finanzierung von zusätzlichen oder aufgestockten Pflegestellen am Bett erhöht werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Im neuen Satz 4, dem bisherigen Satz 5, wird der Stichtag für den Nachweis zusätzlichen Pflegepersonals durch einen Vergleichszeitraum ersetzt und an den neuen Förderzeitraum angepasst. Voraussetzung für die Förderung durch das weiterentwickelte Pflegestellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung im Jahr 2018, umgerechnet auf Vollkräfte, zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung neu eingestellt wird oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Neueinstellungen zum 1. Januar 2019 werden damit bereits dem neuen Förderzeitraum zugerechnet.

Zu Doppelbuchstabe dd

Im neuen Satz 5, dem bisherigen Satz 6, wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 3 vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe ee

In dem neuen Satz 8, dem bisherigen Satz 9, wird mit der Neuregelung des zweiten Halbsatzes vorgegeben, dass im Fall einer geförderten Neueinstellung oder Aufstockung von Pflegestellen und einer später eintretenden Minderung des Pflegepersonals am Bett, der zusätzlich von den Kostenträgern finanzierte Betrag anteilig entsprechend dem geminderten Pflegepersonal zu reduzieren ist. Mit der Regelung soll gewährleistet werden, dass Fördermittel für eine dauerhafte Neueinstellung und Aufstockung der Pflege am Bett bereitgestellt werden, und eine zweckwidrige Inanspruchnahme durch nur kurzzeitige Einstellungen und Aufstockungen verhindert werden. Die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Neuregelung ergänzt die unverändert geltende Regelung des ersten Halbsatzes, wonach in Anspruch genommene Mittel, die nicht für Neueinstellungen oder Aufstockungen verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.

Zu Doppelbuchstabe ff

Der neue Satz 9 nimmt den zweiten Halbsatz des bisherigen Satzes 8 auf und entwickelt diesen weiter. Der neue Satz 9 bildet die Grundlage für die Prüfung einer nach dem neuen Satz 8 notwendigen Rückzahlung oder Minderung von Mitteln des Pflegestellen-Förderprogramms. Das Krankenhaus hat zur Prüfung lediglich einmal, für das Jahr 2018, den jahresdurchschnittlichen Ausgangspersonalbestand für die Pflege am Bett und die Pflege insgesamt vor Beginn des weiterentwickelten Pflegestellen-Förderprogramms vorzulegen sowie jährlich die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung für diese Bereiche nachzuweisen. Beides muss mit Blick darauf, dass auch die Aufstockung von Teilzeitstellen gefördert wird, nach Voll- und Teilzeitkräften sowie umgerechnet auf Vollzeitkräfte ausgewiesen werden. Diese Informationen sind, zusammen mit dem Testat für eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel, vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen.

Zu Doppelbuchstabe gg

In Folge der Verlängerung des weiterentwickelten Pflegestellen-Förderprogramms werden die nachlaufenden, modifizierten Berichtspflichten zum Pflegestellen-Förderprogramm der Jahre 2016 bis 2018 aufgehoben.

Der neue Satz 12 regelt, dass im Jahr der erstmaligen Anwendung des Pflegebudgets nach § 6a der Finanzierungsbetrag, der vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen verwendet wird, in dem Pflegebudget aufgeht. Mittel, die die Krankenhäuser bislang über Zuschläge im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms erhalten haben, erhalten die Krankenhäuser zukünftig im Rahmen des Pflegebudgets.

Zu Buchstabe e

In der Krankenpflege gibt es einen hohen Bedarf an Pflegefachkräften, der derzeit durch das Angebot am Arbeitsmarkt nicht ausreichend gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich die Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Vor diesem Hintergrund ist eine gute und verlässliche Pflege sicherzustellen. Dies gilt für die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen, für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen als auch für die Versorgung in Krankenhäusern.

Es ist unerlässlich, dem genannten Mangel an Fachkräften in der Krankenpflege in dieser besonderen Situation durch entsprechende Maßnahmen entgegenzuwirken. Hierbei ist besonders zu berücksichtigen, dass professionelle Pflege rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche geleistet wird. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Es ist daher ausnahmsweise gerechtfertigt, dass wegen der besonderen Bedeutung der stationären Pflege für die Versorgung in Krankenhäusern die gesetzliche Krankenversicherung sich mit Beitragsmitteln hälftig an der Finanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarung von Pflege, Familie und Beruf beteiligt.

Zusätzlich zu der durch § 4 Absatz 8 erfolgenden umfassenden Finanzierung der Personalkosten von Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für Pflegepersonal am Bett werden zur strukturellen Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege zukünftig durch Absatz 8a geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf anteilig von den Kostenträgern finanziert.

Satz 1 bestimmt mit den Jahren 2019 bis 2024 einen begrenzten, sechsjährigen Förderzeitraum. Während des Förderzeitraums werden die Kosten von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, die geeignet sind, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen zusätzlich zu fördern, hälftig von den Kostenträgern finanziert, sofern das Krankenhaus entsprechende Maßnahmen ergreift. Geeignete Maßnahmen sind z. B. mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle, Maßnahmen für eine größere Dienstplanstabilität oder die Förderung von individuellen oder gemeinschaftlichen Betreuungsangeboten, die den Anforderungen von Schicht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit Rechnung tragen.

Zu diesem Zweck können die Krankenhäuser mit den Kostenträgern einen Förderungsbetrag vereinbaren. Nach Satz 2 ist dieser jährliche Betrag für entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bezogen auf das einzelne Krankenhaus im Jahr 2019 auf 0,1 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1, also der Summe aus Erlösbudget nach § 4 und Erlössumme nach § 6 Absatz 3 begrenzt. In den Jahren 2020 bis 2024 ist der Betrag jährlich auf 0,12 Prozent des Gesamtbetrags begrenzt. Die Anhebung des Prozentsatzes ist erforderlich, um vor dem Hintergrund einer Verminderung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten eine weitgehend gleich hohe Fördersumme für jedes Förderjahr zu ermöglichen. Eine Fortzahlung von Mitteln über den sechsjährigen Förderzeitraum hinaus erfolgt nicht.

Nach Satz 3 können Beträge, die in einem Kalenderjahr nicht für geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf genutzt wurden, im Folgejahr vereinbart werden. Sie erhöhen das verfügbare Fördervolumen im Jahr 2020 bis zu einer Obergrenze von 0,22 Prozent und in den Jahren 2021 bis 2024 von jeweils 0,24 Prozent des Gesamtbetrags.

Satz 4 gibt vor, dass Förderbeträge in den Folgejahren fortgezahlt und kumuliert werden, soweit die jeweils vereinbarten Maßnahmen dies erfordern. Eine Fortzahlung von Mitteln über den sechsjährigen Förderzeitraum hinaus erfolgt nicht.

Fördervoraussetzung nach Satz 5 ist, dass das Krankenhaus mit dem Ziel, die strukturellen Bedingungen zur Beschäftigung zusätzlicher Pflegekräfte zu optimieren, Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift und hierüber eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung geschlossen hat.

Nach Satz 6 sind die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Jahren 2019 bis 2024 durch einen gesondert in der Rechnung auszuweisenden Zuschlag auf die DRG-Fallpauschalen und auf die Zusatzentgelte sowie auf die krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte zu finanzieren. Für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mittel gelten die Sätze 6 bis 8 des Absatzes 8 entsprechend.

Der Krankenhausträger hat nach Satz 7 den Kostenträgern als den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Auf dieser Grundlage ist über die Rückzahlung oder Minderung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln zu entscheiden.

Der GKV-Spitzenverband hat nach Satz 7 dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2020, einen Bericht über die Art und die Anzahl der zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf geförderten Maßnahmen sowie über den Umfang der aufgrund dieser Maßnahmen erfolgten Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vorzulegen. Durch den Bericht erhält das Bundesministerium für Gesundheit Informationen darüber, in welchem Umfang die Krankenhäuser Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf durchgeführt haben, welcher Art die Maßnahmen waren und wieviel zusätzliche Pflegestellen oder aufgestockte Teilzeitstellen damit eingerichtet wurden.

Nach Satz 8 gelten die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Erlösausgleichen entsprechend.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Präzisierung ist erforderlich, da die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ergänzend zu ihrer Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ aus dem Jahr 2009 (Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951-962) im Jahr 2016 die Empfehlung „Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen“ (Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 1183-1188) erlassen hat.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur geänderten Satzzählung in Absatz 8.

Zu Doppelbuchstabe cc

Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, dürfen im Rahmen des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 keine Pflegepersonalkosten finanziert werden, die über das Pflegebudget finanziert werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 3

(Zu § 6)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal. Bei der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser, deren Leistungen mit auf der Bundesebene kalkulierten Fallpauschalen vergütet werden, erfolgt die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb der geltenden Obergrenze liegen, über eine Anhebung der Landesbasisfallwerte. Der neu gefasste Satz 5 gewährleistet, dass auch bei Leistungen, deren Vergütung krankenhausindividuell vereinbart wird, bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Dies betrifft speziell besondere Einrichtungen. Um eine vollständige Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal zu gewährleisten, darf der Anstieg der Erlössumme nicht durch eine Obergrenze beschränkt werden. Die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme findet daher insoweit bei einer Umsetzung der Tarifrefinanzierung keine Anwendung. Für Mittel, die für eine vollständige Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal vorgesehen sind, aber für andere Zwecke verwendet werden, ist in der Vereinbarung der Erlössumme ebenso wie bei der Vereinbarung des Erlösbudgets eine Rückzahlung zu regeln (siehe dazu Ausführungen zu § 11 Absatz 1 Satz 5).

Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Auf die weiteren Ausführungen im Zusammenhang mit der Neufassung von § 10 Absatz 5 Satz 2 wird verwiesen.

Eine Erhöhung der Erlössumme, die sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 40 Prozent der Erhöhungsrate entspricht bei somatischen Krankenhäusern einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.

Die näheren Einzelheiten für die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal und die weiterhin hälftige Tarifrefinanzierung für das übrige Personal ergeben sich aus § 9 Absatz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 10 Absatz 5 vor.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 ist insoweit zu kürzen, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die zukünftig über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.

Zu Buchstabe b

Mit dem KHSG wurde § 4 Absatz 4 dahingehend ergänzt, dass neben den Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen eines Krankenhauses nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden. Rechtsfolge einer solchen Ausgliederung ist, dass die Erlösausgleiche für diese Leistungen keine Anwendung finden. Zudem unterliegen diese Leistungen bei somatischen Krankenhäusern nicht dem Fixkostendegressionsabschlag. Die Regelung dient dazu, Krankenhäuser von administrativem Aufwand zu entlasten.

Eine entsprechende Ausgliederung aus einer zu vereinbarenden Erlössumme sieht das KHEntgG bislang nicht vor. Hierfür gibt es keine sachliche Begründung. Es war keine andere Behandlung von besonderen Einrichtungen beabsichtigt. Die Regelung stellt sicher, dass auch bei der Vereinbarung von krankenhausindividuellen Entgelten für Leistungen oder für besondere Einrichtungen sowohl die Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, als auch die Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen der besonderen Einrichtung außerhalb der Erlössumme vergütet werden.

Zu Nummer 4

(Zu § 6a)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung gibt § 6a die Einzelheiten für die Vereinbarung eines Pflegebudgets durch die Vertragsparteien nach § 11 vor. Die Regelung gibt den rechtlichen Rahmen für die Anwendung des nach § 17b Absatz 4 KHG vereinbarten Pflegeerlöskatalogs für eine bessere und krankenhausindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung vor.

Zu Absatz 1

Satz 1 gibt vor, dass das Pflegebudget von den Vertragsparteien nach § 11 zur Finanzierung der auf der Grundlage von § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 KHG definierten Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung zu vereinbaren ist.

Satz 2 listet ergänzend zu der positiven Definition des Pflegebudgets auf, welche Entgelte nicht Gegenstand des Pflegebudgets sind. Hierzu gehören die Entgelte des Erlösbudgets, soweit nicht bisherige Bestandteile des Erlösbudgets nach Absatz 2 Satz 3 ausdrücklich bei der erstmaligen Vereinbarung in das Pflegebudget einbezogen werden bzw. nach Absatz 2 Satz 4 zumindest eine teilweise Einbeziehung in Frage kommt. Auch umfasst das Pflegebudget nicht die in der Erlössumme nach § 6 zusammengefassten, krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte, soweit nicht enthaltene Pflegeerlösanteile zu bereinigen sind. Ferner schließt es die aus unterschiedlichen Gründen zu leistenden Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 nicht ein. Ebenso beinhaltet es nicht die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Die Mittel des Pflegebudgets sind nach Satz 3 vom Krankenhaus zweckgebunden zur Finanzierung der Kosten von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu verwenden. Damit wird gewährleistet, dass die für Pflegepersonal bereitgestellten Mittel zweckentsprechend und nicht etwa für investive oder andere Zwecke eingesetzt werden. Soweit ein Krankenhaus dieser Anforderung nicht entspricht, sind die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel nach Satz 4 zurückzuzahlen. Die Rückzahlung erfolgt über die Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die generellen Vorgaben für die Ermittlung des Pflegebudgets.

Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Gegenüber dem Vorjahr zu erwartende kostenwirksame Veränderungen sind nach Satz 2 zusätzlich zu berücksichtigen. Zu nennen sind hier insbesondere Veränderungen in der Anzahl der Pflegekräfte und in deren unterschiedlichen Qualifikationen, die sich über die Berufsbezeichnungen erfassen lassen, sowie weitere kostenwirksame Entwicklungen, z. B. Tariferhöhungen.

Sofern die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten abweichen, sind die Mehr- oder Minderkosten nach Satz 4 bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen. Dies er-folgt, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichs-zahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden.

Nach Satz 4 wird der Zuwachs des Pflegebudgets nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Sofern die Kostenentwicklung dies erfordert, kann ein dynamisch wachsendes Pflegebudget vereinbart werden, unabhängig davon, ob die Kostenentwicklung durch zusätzliche Einstellungen oder Lohn- und Gehaltssteigerungen des Pflegepersonals in der Patientenversorgung bedingt ist.

Um dementsprechend eine dem krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und dem hierfür erforderlichen Aufwand ausreichende Finanzierung zu gewährleisten, wird nach Satz 5 die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten nicht geprüft. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist von den Krankenhäusern zu beachten. Es findet aber keine Prüfung statt, ob die Pflegepersonalkosten wirtschaftlich sind. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich. Eine höhere Bezahlung ist im Pflegebudget bei Vorliegen eines sachlichen Grundes zu berücksichtigen. Ohne diese Regelungen bestünde die Möglichkeit, dass sich die Kostenträger im Rahmen der Vereinbarung des Pflegebudgets einer umfassenden Finanzierung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten entziehen.

Mit dem Ziel, auch für die Zukunft Anreize für einen effizienten Einsatz von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu setzen, eröffnet Satz 6 mit der Einführung des Pflegebudgets zum Jahr 2020 die Option, dass in einem

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bestimmten Rahmen pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen ist beispielhaft an Prozessoptimierungen zu denken, um das Pflegepersonal in der Patientenversorgung in seinen Kernkompetenzen zu entlasten und bestehende Aufgaben, z. B. durch Hilfspersonal oder technische Lösungen, effizienter zu organisieren. Ein teilweiser Ersatz von Pflegepersonal in der Patientenversorgung kann z. B. durch den vermehrten Einsatz von Robotik gelingen. Voraussetzung für eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden oder pflegesubstituierenden Maßnahmen im Pflegebudget ist, dass durch die vereinbarten Maßnahmen keine Beeinträchtigung oder gar Gefährdung der Patientensicherheit im einzelnen Krankenhaus eintreten darf. Zur Ermittlung des zulässigen Finanzierungsvolumens aus Mitteln des Pflegebudgets haben die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, in welchem Umfang durch die vereinbarten Maßnahmen Pflegepersonalkosten eingespart werden. Eine Doppelfinanzierung ist von den Vertragsparteien nach § 11 auszuschließen.

Insgesamt ist nach Satz 7 die im Rahmen des Pflegebudgets berücksichtigungsfähige Höhe der zu finanzierenden pflegeentlastenden oder pflegesubstituierten Maßnahmen auf eine Obergrenze von fünf Prozent des Pflegebudgets begrenzt.

Nach Satz 8 hat das Krankenhaus für eine Berücksichtigung im Pflegebudget die pflege-entlastende oder pflegesubstituierende Wirkung von geeigneten Maßnahmen gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 zu begründen. Die Durchführung der Maßnahmen ist vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 nachzuweisen. Die Mittel für nicht durchgeführte Maßnahmen sind vom Krankenhaus zurückzuzahlen und das Pflegebudget ist entsprechend zu mindern.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trifft Vorgaben für die Unterlagen, die für die Verhandlung des Pflegebudgets vom Krankenhausträger den anderen Vertragspartnern nach § 11 vorzulegen sind.

Nach Satz 1 hat das Krankenhaus zur Vorbereitung der Verhandlungen des Pflegebudgets die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung von Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen der Pflegekräfte vorzulegen. Ferner sind Daten zu den Pflegepersonalkosten zu übermitteln, die eine differenzierte Beurteilung der Kostensituation durch die Kostenträger ermöglicht.

Die Daten sind nach Satz 2, entsprechend der Vorgehensweise bei der Vereinbarung des Erlösbudgets, als Ist-Daten für das abgelaufene und das laufende Kalenderjahr vorzulegen sowie als Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum. Da die Vorgaben von § 11 auch für die Verhandlung des Pflegebudgets anzuwenden sind, sind die gängigen Einzelheiten bei Budgetverhandlungen zu beachten, wie z. B. die auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzunehmende Übermittlung der Verhandlungsunterlagen zur Vorbereitung der Verhandlungen an die anderen Vertragsparteien nach § 11, aber auch an die Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG und an die zuständige Landesbehörde.

Nach Satz 3 hat das Krankenhaus zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung nach dem Vereinbarungsjahr des Pflegebudgets den Kostenträgern zudem jährlich bis zum 30. April ein Testat des Wirtschaftsprüfers über die jahresdurchschnittliche Zahl der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, über die Pflegepersonalkosten sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Zudem sind die Daten dem InEK zu übermitteln. Das InEK benötigt die Daten, um eine umfassende Datengrundlage für die Weiterentwicklung des DRG-Systems und den hiermit in Verbindung stehenden neuen Pflegeerlöskatalog zu haben. Für die Entwicklungsarbeiten sind möglichst belastbare Informationen zur Grundgesamtheit der nach § 17b Absatz 4 KHG auszugliedernden Pflegepersonalkosten notwendig. Mit den vom Jahresabschlussprüfer testierten Daten werden Daten in der für die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung relevanten Abgrenzung genutzt, ohne dass ein zusätzlicher Erhebungsaufwand entsteht.

Nach Satz 4 sind die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu den vorzulegenden Unterlagen zu beachten.

Zu Absatz 4

Das vereinbarte Pflegebudget wird leistungsorientiert durch einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert abgezahlt. Der Pflegeentgeltwert wird unter Nutzung des zu kalkulierenden Pflegeerlöskatalogs ermittelt. Nach Satz 2 wird hierzu das vereinbarte Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr dividiert durch die auf der Grundlage des Pflegeerlöskatalogs ermittelte Summe der voraussichtlichen Bewertungsrelationen des Krankenhauses. Damit

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen in der Pflege gestärkt, da Unterschiede im pflegerischen Aufwand der Häuser und in der verfügbaren Pflegepersonalausstattung offenbar werden. Der resultierende Pflegeentgeltwert für das jeweilige Kalenderjahr ist als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen bei zugelassenen Krankenhäusern für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich für die Abrechnung im Zusammenhang mit voll- und teilstationären Belegungstagen in Rechnung zu stellen.

Zu Absatz 5

Entstehen bei der Abzahlung des Pflegebudgets während des Vereinbarungsjahrs Abweichungen gegenüber dem vereinbarten Pflegebudget, so sind diese nach Satz 1 unabhängig von deren Ursache vollständig auszugleichen. Hintergrund ist, dass das Pflegebudget vom Krankenhaus zur vollständigen Deckung von Pflegepersonalkosten benötigt wird. Nach Satz 2 ist durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 7 für die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse vom Krankenhaus eine bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten vorzulegen. Durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 9 wird vorgegeben, dass bei der Verhandlung des Pflegebudgets Abschlagszahlungen auf einen erforderlichen Ausgleichsbetrag zu berücksichtigen sind, wenn zum Verhandlungszeitpunkt der endgültige Betrag noch nicht bekannt ist. Nach Satz 3 ist der Ausgleichsbetrag durch Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums abzuwickeln.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält Vorgaben für die Vereinbarung des ersten Pflegebudgets, also des Pflegebudgets für das Jahr 2020.

Danach gehen die bisher im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 4 Absatz 8 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 in dem Pflegebudget auf. Darüber hinaus sind die Mittel des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 insoweit einzubeziehen, als es sich um Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung handelt und diese dauerhaft zu zahlen sind, z. B. bei Neueinstellungen. Dagegen gehen z. B. Fortbildungskosten nicht im Pflegebudget auf.

Zu Nummer 5

(Zu § 7)

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.

Zu Nummer 6

(Zu § 8)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt, das als weiteres Entgelt je voll- oder teilstationären Belegungstag zusätzlich zu einer Fallpauschale abgerechnet werden kann.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die Regelung, dass Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 2014 für jeden stationären Belegungstag mit Ausnahme des Entlassungstags (bei teilstationären Behandlungen auch für den Entlassungstag) den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Absatz 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes berechnen, ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant und wird deshalb aufgehoben.

Zu Nummer 7

(Zu § 9)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, einen Katalog zu vereinbaren, in dem die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen sind. Über den Katalog erfolgt ab der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets gemäß § 6a die tagesbezogene Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser.

Zu Doppelbuchstabe bb

Auch für den nach Nummer 2a zu vereinbarenden Katalog haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Abrechnungsbestimmungen vorzusehen. Die Abrechnungsbestimmungen bilden die Grundlage für die Anwendung des neuen Katalogs durch die Krankenhäuser.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Regelung wird einerseits eine redaktionelle Folgeänderung durch die Aufhebung von § 8 Absatz 10 Satz 10 vorgenommen. Anderseits werden im Zusammenhang mit der vollständigen Tarifrefinanzierung von Löhnen und Gehältern für das Pflegepersonal die Vereinbarungsgegenstände der Vertragsparteien auf Bundesebene erweitert. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Finanzmittel, die ein Krankenhaus aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 einen entsprechenden Nachweis zu vereinbaren, den das Krankenhaus den Kostenträgern auf Ortsebene vorzulegen hat. Von einer zweckentsprechenden Verwendung der zusätzlichen Finanzmittel ist auszugehen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass das bei ihm beschäftigte Pflegepersonal der Tarifsteigerung entsprechend besser vergütet wird. Für Krankenhäuser, die ihr Pflegepersonal nach dem für die Tarifrate maßgeblichen Tarifvertrag vergüten, ist es ausreichend, dies nachzuweisen. Von einer zweckentsprechenden Verwendung ist auch dann auszugehen, wenn das Krankenhaus mit den zusätzlichen Finanzmitteln zusätzliches Pflegepersonal einstellt oder vorhandene Teilzeitstellen in der Pflege aufstockt, soweit dieses nicht anderweitig finanziert ist (z. B. durch das Pflegestellen-Förderprogramm).

Mit dem Ziel, eine zweckentsprechende Mittelverwendung zu gewährleisten, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 ein Verfahren für die Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel festzulegen. Die näheren Einzelheiten für den Nachweis und das Rückzahlungsverfahren sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 zu vereinbaren. Gelingt eine fristgerechte Vereinbarung nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten mit der neuen Regelung in Nummer 8 den Auftrag, nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu erforderlichen Unterlagen und zur Rückzahlungsabwicklung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel, zu vereinbaren. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets haben die Krankenhäuser ihre aktuelle und geplante Ausstattung mit Pflegepersonal in der Patientenversorgung und die dazugehörigen Kosten darzulegen. § 6a Absatz 3 trifft hierzu bereits gesetzliche Vorgaben. Die Vertragsparteien auf Bundesebene ergänzen und konkretisieren in ihrer Vereinbarung die Anforderungen an die entsprechenden Unterlagen und gewährleisten mit einem einheitlichen Format der Unterlagen eine bundeseinheitliche Dokumentation. Die Vereinbarung hat die Abgrenzung zwischen Pflegekräften innerhalb und außerhalb der Patientenversorgung zu berücksichtigen. Die Unterlagen sind von den Krankenhausträgern im Vorfeld der Vereinbarung des Pflegebudgets vorzulegen.

Mit dem Ziel, eine zweckentsprechende Mittelverwendung sicherzustellen, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem die Einzelheiten für ein Verfahren zur Rückzahlung nicht zweckentsprechender Mittel zu vereinbaren.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets, insbesondere zu den neuen Unterlagen bis zum 31. Juli 2019 fest.

Begleitend zu der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem DRG-Vergütungssystem und der Einführung eines krankenhausindividuell zu vereinbarenden Pflegebudgets nach § 6a werden die Vertragsparteien auf Bundesebene durch Nummer 9 beauftragt, sich bis Ende Februar 2019 auf die Benennung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

derjenigen Prozedurenschlüssel zu einigen, deren Dokumentation für Zwecke des DRG-Vergütungssystems zukünftig nicht mehr erforderlich ist und die daher zu streichen sind. Ziel ist es, mit der Einführung des Pflegebudgets den zukünftig verzichtbaren Dokumentationsaufwand von Pflegeleistungen abzuschaffen und hierdurch die Pflege zu entlasten.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben hierzu Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels zu benennen, die bislang für Zwecke des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG benötigt wurden und nun gestrichen werden können, weil sie zukünftig zur Vergütung von pflegerischen Leistungen über das Pflegebudget nicht mehr benötigt werden. Dabei ist eine Entlastung im Dokumentationsaufwand insbesondere durch eine Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu erwarten.

Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene soll dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen für das Jahr 2020 vornehmen. Das DIMDI kann von einer Streichung nur insoweit absehen, wenn einzelne Schlüssel für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung oder für andere Abrechnungssysteme) unverzichtbar sind oder durch die Streichung die Konsistenz der Klassifikation beeinträchtigt würde.

Gelingt eine fristgerechte Vereinbarung bei den Nummern 8 oder 9 jeweils nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Wegfalls der bislang vorgesehenen Überführung der im Jahr 2018 vereinbarten und zweckentsprechend verwendeten der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag. Diese Mittel verbleiben über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in voller Höhe. Sie werden über das Jahr 2018 hinaus beim einzelnen Krankenhaus mit weiteren Finanzmitteln für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal addiert. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhausindividuellen Pflegebedarfs Rechnung getragen. Durch die Streichung von Nummer 6 wird der Bürokratieaufwand für die Vertragsparteien auf Bundesebene reduziert, da auf die Schätzung der zweckentsprechend verwendeten Mittel und die Berichtigung von Fehlschätzungen verzichtet werden kann.

Zu Nummer 8

(Zu § 10)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt klar, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten mögliche technisch bedingte Katalogeffekte nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen sind. Vielmehr werden solche Katalogeffekte durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für den Pflegepersonalaufwand vermieden (siehe dazu auch Ausführungen zu § 17b Absatz 4 KHG).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in Satz 1 sieht vor, dass die in Satz 2 vorgesehene vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erstmals im Jahr 2018 Anwendung findet und von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch Satz 2 wird eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Die Regelung ersetzt die bisherige hälftige Refinanzierung von linearen Tarifsteigerungen und tarifvertraglich vereinbarten Einmalzahlungen für das Pflegepersonal. Die Regelung gewährleistet, dass Krankenhäuser das vorhandene Pflegepersonal auch bei dynamischen Tarifsteigerungen weiterhin beschäftigen können. Damit wird dem besonderen Handlungsbedarf in der Pflege Rechnung getragen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die vollständige Tarifrefinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Das Pflegepersonal umfasst damit sowohl im Pflegedienst sowie im medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst tätiges Pflegepersonal (insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie zukünftig Pflegefachfrauen und -fachmänner) und umfasst auch das Pflegehilfspersonal (Krankenpflegehelferin und -helfer). Diese Abgrenzung des Pflegepersonals gilt auch für die Änderungen im Zusammenhang mit den Regelungen zur vollständigen Tarifrefinanzierung in §§ 6, 9 und 11 sowie §§ 3 und 11 BPflV.

Für die anderen Beschäftigtengruppen bleibt die bislang bestehende Regelung einer hälftigen Tarifrefinanzierung inhaltsgleich bestehen.

Satz 3 fasst die Einzelheiten für die Ermittlung der Tarifrate, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist, neu. Bei der bisherigen, nach ärztlichem und nichtärztlichem Personal differenzierenden Bestimmung der maßgeblichen Tarifverträge, die Grundlage für die Ermittlung der Tarifrate sind, wurde das Pflegepersonal mit den übrigen nichtärztlichen Beschäftigten zusammengefasst. Da die Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal auf 100 Prozent angehoben wird, wird zukünftig zwischen dem maßgeblichen Tarifvertrag für das Pflegepersonal und für die übrigen nichtärztlichen Beschäftigten unterschieden. Trotz der aus finanzierungstechnischen Gründen erforderlichen differenzierteren Unterscheidung der Personalbereiche ist auch für die Zukunft davon auszugehen, dass für das Pflegepersonal und für die übrigen nichtärztlichen Beschäftigten derselbe Tarifvertrag maßgeblich ist.

Nach Satz 3 zweiter Halbsatz umfasst die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal die Refinanzierung von linearen und strukturellen Tarifsteigerungen sowie von tarifvertraglich vereinbarten Einmalzahlungen. Beim übrigen Personal werden wie bisher lineare Tarifsteigerungen sowie tarifvertraglich vereinbarte Einmalzahlungen refinanziert. Bei einer linearen Tarifsteigerung werden die Entgelte um einen prozentualen Satz erhöht. Strukturelle Tarifsteigerungen ergeben sich dagegen aus Bestandteilen von Tarifverträgen, die nicht – wie lineare Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen – auf eine Erhöhung bestehender Lohn- oder Gehaltsbestandteile abzielen, sondern tarifvertraglich bedingt das Gehaltsgefüge verändern. So stellen z. B. tarifvertraglich vereinbarte Änderungen in der Zuordnung von Tätigkeitsbildern zu Vergütungsgruppen strukturelle Tarifkomponenten dar.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal erhöht sich der Anteil der Erhöhungsrate, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von einem Drittel auf 40 Prozent. Der Anteil der Erhöhungsrate von 40 Prozent entspricht bezogen auf den Landesbasisfallwert, der sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer – bereits bislang geltenden – hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 8 Absatz 10 Satz 10 (vgl. auch die Ausführungen hierzu). Für den Fall, dass eine anteilige Erhöhungsrate für die Umsetzung der Tarifrefinanzierung erst nach Vereinbarung oder Festsetzung des Landesbasisfallwerts vereinbart wird, wird nach Satz 6 die Tarifrefinanzierung über die Erhöhung des nächsten Landesbasisfallwerts umgesetzt. Nach Satz 7 ist hierzu einerseits der zu niedrig vereinbarte Landesbasisfallwert des Vorjahres in seiner Basis zu berichtigen und andererseits ein einmaliger Ausgleich für die zeitliche Verzögerung der Tarifrefinanzierung vorzunehmen.

Zu Buchstabe c

Zur Verbesserung der Planungssicherheit und um unnötige Bürokratie zu vermeiden, ist die regelhafte Abschlagshöhe des Fixkostendegressionsabschlags auch nach dem Jahr 2018 nicht durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln.

Die Höhe und Dauer des Fixkostendegressionsabschlags werden über das Jahr 2018 hinaus gesetzlich auf 35 Prozent und auf drei Jahre vorgegeben (vgl. Ausführungen zu § 4 Absatz 2a – neu).

Zu Nummer 9

(Zu § 11)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit den Ergänzungen in Satz 1 wird vorgegeben, dass auch das Pflegebudget nach § 6a unter der Berücksichtigung der dort getroffenen Vorgaben von den Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der jährlichen Verhandlung zu vereinbaren ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal. Um sicherzustellen, dass ein Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. Dies haben die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Budgetvereinbarung auf Grundlage von Informationen, die über den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu gestaltenden Nachweis vorzulegen sind, festzulegen (siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 9 Absatz 1 Nummer 7).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung sieht vor, dass die Krankenhäuser zur Vorbereitung der jährlichen Budgetverhandlungen den übrigen Beteiligten zusätzlich zu den bislang vorzulegenden Unterlagen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen haben. Da die vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erstmals für das Jahr 2018 gilt, ist der Nachweis ebenfalls erstmals für das Jahr 2018 vorzulegen. Obwohl die näheren Einzelheiten des Nachweises erst im Jahr 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden, soll der Nachweis für das Jahr 2019, ebenso wie für die Folgejahre, frühestmöglich vorgelegt werden. Den konkreten Zeitpunkt der Vorlage haben die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung über die näheren Einzelheiten des Nachweises (§ 9 Absatz 1 Nummer 7) festzulegen. Der Nachweis ist die Grundlage für eine etwaige Rückzahlung, die die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Budgetvereinbarung zu vereinbaren haben, soweit das Krankenhaus zusätzliche Mittel, die es aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhalten hat, nicht zweckentsprechend verwendet hat (siehe auch Änderung zu Absatz 1).

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

Zu Nummer 10

(Zu § 12)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Ebenso wie beim Erlösbudget oder bei sonstigen Entgelten kann auch bei Uneinigkeit der Vertragsparteien über das Pflegebudget eine vorläufige Vereinbarung über die unstrittigen Entgelte getroffen werden, die dann abzurechnen sind, bis die endgültig maßgeblichen Entgelte in Kraft treten.

Zu Nummer 11

(Zu § 14)

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung dazu, dass der Fixkostendegressionsabschlag zukünftig dauerhaft gesetzlich fixiert wird und somit nicht mehr durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln ist und daher auch nicht mehr zu genehmigen ist. Indem der etablierte Abschlagssatz über das Jahr 2018 hinaus festgeschrieben wird, wird die Planungssicherheit verbessert und es werden Verhandlungen verhindert, die voraus-sichtlich nicht zu nachhaltig anderen Ergebnissen führen (vgl. auch Ausführungen zu § 4 Absatz 2a – neu – und § 10 Absatz 13). Bürokratieaufwand wird somit vermieden.

Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets, das zukünftig ebenfalls durch die zuständige Landesbehörde zu genehmigen ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 12

(Zu § 15)

Die Regelung verhindert Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser, die entstehen könnten, wenn 2020 die Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung abgesenkt worden sind, die Vertragsparteien vor Ort jedoch noch kein Pflegebudget vereinbart haben. In diesem Fall sind zwar die Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Bewertungsrelationenanteile für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung gemindert, die Krankenhäuser können aber aufgrund einer ausstehenden Vereinbarung eines Pflegebudgets für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung keine entsprechenden Entgelte abrechnen. Mehr- oder Mindererlöse, die dadurch entstehen, dass die vereinbarten Entgelte von den in Satz 1 festgelegten Werten abweichen, sind im Vereinbarungszeitraum durch die Zu- oder Abschläge für Erlösausgleiche auszugleichen.

Zu Nummer 13

(Zu § 21)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die zu übermittelnden Strukturdaten werden um Daten des Pflegeerlöskatalogs nach § 17b Absatz 4 KHG erweitert. Die Erweiterung ist erforderlich, damit für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung aus dem DRG-System hinreichend belastbare Daten auf der Bundesebene vorliegen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Änderung von Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sieht vor, dass die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen gegliedert zu übermitteln sind. Zu unterscheiden ist dabei z. B. examiniertes Pflegepersonal und Pflegehilfspersonal. Hierdurch werden die unterschiedlichen Qualifikationen des Pflegepersonals deutlich. Die Aufteilung nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen ist erforderlich, damit die Vertragsparteien die durch die Pflegepersonaluntergrenzen verursachten Mehrkosten ermitteln können, die nicht bereits über die Entgelte des DRG-Vergütungssystems oder andere Entgelte abgedeckt sind und die durch Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte zu finanzieren sind. Eine Orientierung dabei kann die Ausgestaltung des Nachweises über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 4 SGB V bieten, für den ebenfalls eine Aufteilung der Pflegevollkräfte nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen vorgesehen ist. Die Personalgruppen und Berufsbezeichnungen sind jedoch mindestens insoweit aufzuschlüsseln, wie es für die Sichtbarmachung und Quantifizierung von Aufwandsunterschieden erforderlich ist. Das Nähere zu den zu übermittelnden Daten ist nach Absatz 4 Satz 2 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung von Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe e sieht vor, dass als Bestandteil des Datensatzes nach § 21 auch die Zeiträume einer Intensivbehandlung und bei Verlegungen zwischen Fachabteilungen die Aufenthaltsdauer auf der jeweiligen Fachabteilung zu übermitteln ist. Die Daten sind bereits nach geltendem Recht grundsätzlich zu erheben (§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V). Die Informationen werden im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V benötigt, um prüfen zu können, inwieweit den Krankenhäusern Mehrkosten entstehen, die noch nicht durch bestehende Entgelte finanziert werden. Dafür müssen die ergänzten Strukturinformationen nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zur differenzierten Pflegepersonalausstattung und Informationen zum Leistungsgeschehen analysiert werden können. Für belastbare Analysen bedarf es dazu eines gemeinsamen Begriffsverständnisses für die Abgrenzung der jeweils zu übermittelnden Daten. Dies gilt insbesondere für die Definition der Zeiträume einer Intensivbehandlung. Für die Zwecke der Datenübermittlung nach § 21 ist für die Intensivbehandlung und auch für die anderen pflegesensitiven Bereiche davon auszugehen, dass eine belastbare Festlegung getroffen wird, da diese bereits für die Pflegepersonaluntergrenzen benötigt wird. Zugleich sind entsprechende Festlegungen für solide Datengrundlagen auch bereits für das Konzept und die Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 2 unverzichtbar.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Nach § 21 Absatz 5 Satz 1 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Abschlag von den pauschalierten Pflegesätzen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach § 21 Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.

Absatz 5 Satz 3 sah bislang vor, dass der Abschlag in den Jahren 2013 bis 2021 nur übergangsweise bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts berücksichtigt wird. Da mit dem PsychVVG geregelt wurde, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene dauerhaft krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte zu vereinbaren haben, stellt die Streichung der Jahresangaben sicher, dass der vorgenannte Abschlag bei Bedarf dauerhaft von den Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Vereinbarung krankenhausindividueller Basisentgeltwerte zu berücksichtigen ist.

Zu Artikel 10 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(Zu § 4)

Die Regelung gewährleistet, dass zum Kreis der förderfähigen Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, nicht nur wie bisher „Gesundheits- oder Krankenpflegerinnen“ bzw. „Gesundheits- oder Krankenpfleger“ oder „Gesundheits- oder Kinderkrankenpflegerinnen“ bzw. „Gesundheits- oder Kinderkrankenpfleger“ nach § 1 Absatz 1 Krankenpflegegesetz gehören. Zukünftig wird dieser Kreis auch auf Pflegepersonal mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes und auf Pflegepersonal mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheit- und Kinderkrankenpflegerin“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes erweitert. Damit wird dem Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 Rechnung getragen. Obgleich das Krankenpflegegesetz zum 31. Dezember 2019 außer Kraft tritt, bleibt der Bezug auf Pflegepersonal nach dem Krankenpflegegesetz ohne zeitliche Einschränkung bestehen, da weiterhin langjährig Personal mit entsprechenden Abschlüssen in der Pflege tätig sein wird und damit zu den grundsätzlich förderfähigen Pflegeberufen zählt.

Zu Nummer 2

(Zu § 6)

Die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung sind zukünftig im Rahmen des Pflegebudgets zu berücksichtigen. Da hierdurch auch eine vollständige Refinanzierung entstehender Tarifsteigerungen zu gewährleisten ist, sind die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals in der Patientenversorgung mit der Einführung eines Pflegebudgets nicht mehr bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die bei Leistungen der Erlössumme nach § 6 anfallen, zu berücksichtigen. Hierdurch ändert sich der Anteil der Erhöhungsrate, um den die Erlössumme anzuheben ist, von bislang 40 Prozent auf einen von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrate. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifrefinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 3

(Zu § 9)

Da durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet ist, wird das Pflegepersonal in der Patientenversorgung zukünftig aus der Regelung zur Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Entsprechendes gilt durch den gleitenden Verweis für § 6 Absatz 3 Satz 5. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrate, der eine hälftige Tarifrefinanzierung der oberhalb des Veränderungswerts liegenden linearen Personalkostensteigerungen des ärztlichen und des nichtpflegerischen Personals zu gewährleisten hat. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifrefinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals in der Patientenversorgung über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 4

(Zu § 10)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet. Das Pflegepersonal in der Patientenversorgung wird daher mit der Einführung des Pflegebudgets aus der Regelung zur Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrate, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von 40 Prozent auf den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrate. Für die übrigen Personalgruppen, also für die Ärzte und das nichtärztliche Personal ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung, bleiben die bisherigen Regelungen der Tarifrefinanzierung inhaltsgleich bestehen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a. Durch die jährliche Vereinbarung des Pflegebudgets auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Kostensteigerungen, einschließlich Tarifsteigerungen, gewährleistet. Eine Finanzierung dieser Kostensteigerungen über den Landesbasisfallwert, für dessen Anstieg der Orientierungswert eine Obergrenze darstellt, erfolgt zukünftig nicht mehr. Daher sind die Kostenentwicklungen beim Pflegepersonal in der Patientenversorgung nicht mehr bei der Ermittlung des Orientierungswertes zu berücksichtigen.

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

(Zur Inhaltsübersicht)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Übernahme der geänderten und der neuen Überschrift in die Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2

(Zu § 1)

Eingetragene Lebenspartner haben das Recht, nicht aber die Pflicht, die Lebenspartnerschaft in eine Ehe umzuwandeln. Daher ist sicherzustellen, dass sie bei allen Vorschriften der Pflegeversicherung dauerhaft weiterhin Berücksichtigung finden. Ebenso wird es noch für eine lange Übergangszeit Sachverhalte geben, die ggf. auf die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz zurückwirken. Durch die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommenen Änderungen wird klargestellt, dass eingetragene Lebenspartner dauerhaft sowohl mit verschiedengeschlechtlichen als auch mit gleichgeschlechtlichen Ehepartnern gleich gestellt sind und bleiben. Diesem Ziel dient auch die Änderung in der Grundvorschrift des § 1. Mit dieser Regelung wird zugleich zum Ausdruck gebracht, dass eingetragene Lebenspartner in Hinsicht auf alle Vorschriften innerhalb des Elften Buches als Familienangehörige des jeweils anderen eingetragenen Lebenspartners gelten, unabhängig davon, ob sie im Zusammenhang mit den für Familienangehörige beziehungsweise Angehörige geltenden Regelungen in der jeweiligen Vorschrift explizit mit genannt werden oder nicht. Etwas anderes würde nur dort gelten, wo ausdrücklich etwas anderes bestimmt würde. Damit wird für das gesamte SGB XI im Hinblick auf die eingetragenen Lebenspartner Rechtssicherheit hergestellt.

Zu Nummer 3

(Zu § 8)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 5

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 wurden die Vertragsparteien nach § 113 verpflichtet, gemäß § 113 Absatz 1b eine fachlich unabhängige Institution mit der Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beauftragen. Notwendige Voraussetzung für den Betrieb dieser Datenauswertungsstelle ist die Sicherstellung ihrer Finanzierung. Nach Vorliegen der notwendigen konzeptionellen Vorarbeiten durch die zur Entwicklung von Instrumenten für die Messung und Darstellung der Qualität in stationären Einrichtungen gemäß § 113b Absatz 4 Nummer 1 beauftragten Wissenschaftler ist nun eine sachgerechte Finanzierungsregelung zu treffen. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

Zu Absatz 6

Alle Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege in Deutschland sollen im Rahmen des Sofortprogramms bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützt werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Dazu erhalten die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch, auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Pflegefachkräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen: Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils einen Zuschlag zur Finanzierung einer halben zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung einer zusätzlichen Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von anderthalb zusätzlichen Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen einen Zuschlag zur Finanzierung von zwei zusätzlichen Pflegestellen.

Voraussetzung ist hierbei, dass es sich um zusätzliches Pflegepersonal handelt, das über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Damit wird insbesondere der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Altenpflege pauschal teilweise berücksichtigt. Mit den zusätzlichen Pflegekräften erhalten die Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung insgesamt einen um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege. Es muss sich hierbei grundsätzlich um Pflegefachkräfte handeln, die in der Pflegeeinrichtung zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen für die zu versorgenden Pflegebedürftigen zum Einsatz kommen. Soweit es der Pflegeeinrichtung trotz anhaltender Aktivitäten wie Ausschreibung der Stellenanteile und der Meldung der Suche bei der Bundesagentur für Arbeit nachweislich innerhalb von 3 Monaten nicht gelingt, Pflegefachkräfte zu finden, ist ein Vergütungszuschlag auch für Pflegehilfskräfte zulässig. Dabei sind die ordnungsrechtlichen Vorgaben des Heimrechts der Länder, insbesondere zur Fachkraft-quote, zu beachten.

Die Höhe des Vergütungszuschlags richtet sich nach den tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegestellen. Für die Pflegekassen besteht hier kein Verhandlungsmandat. Über den Verweis auf § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 wird zusätzlich sichergestellt, dass die konkrete Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zugrunde gelegt werden kann und eine darüber hinaus gehende Bezahlung der Beschäftigten eines sachlichen Grundes bedarf.

Zur Finanzierung dieser speziellen Leistung an die Einrichtungen zahlen die Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig mit pauschal 44 Millionen Euro im Jahr.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen einheitlich und praktikabel zu regeln. Die Regelung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, welches sich dazu im Rahmen der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit diesem ins Benehmen setzt. Zur Reduzierung des Aufwandes und zur Vermeidung von Schwankungen hat die monatliche Auszahlung zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte wie beispielsweise im Hinblick auf das zusätzlich beschäftigte Pflegepersonal oder die dafür zugrunde gelegte Bezahlung sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen. Für den Nachweis der zusätzlichen Stellen und der zugrunde gelegten Bezahlung der Beschäftigten findet das Nachweisverfahren gemäß § 84 Absatz 6 und 7 entsprechende Anwendung.

Um über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung Kenntnis zu erhalten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich hierüber zu berichten.

Zu Absatz 7

In der Altenpflege gibt es einen hohen Bedarf an Fachkräften, der derzeit nicht gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich diese kritische Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Eine gute und verlässliche Pflege ist für unsere Gesellschaft von ganz entscheidender Bedeutung. Die professionelle Pflege leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und aus diesem Grund auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Betroffen sind hier insbesondere ältere und hochaltrige Menschen, die ein hohes Schutzbedürfnis haben.

Es ist daher unerlässlich und gerechtfertigt, dem derzeitigen außergewöhnlichen Mangel an Fachkräften in der Altenpflege in dieser ganz besonderen Situation auch durch entsprechende zielgerichtete Maßnahmen schnellstmöglich entgegenzuwirken. Dabei sollte nicht unberücksichtigt bleiben, dass professionelle Pflege rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche geleistet wird und dementsprechend auch für viele Pflegekräfte immer wieder und über längere Zeiträume die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich ist. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

Die Regelung in Absatz 7 zielt darauf ab, durch die zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre angelegte Unterstützung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Pflege und Beruf von professionell in der Pflege Tätigen die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken. Sie ermöglicht es den Pflegekräften, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.

In den Jahren 2019 bis 2024 werden aus dem Ausgleichsfonds für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Stärkung der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen. Beispiele hierfür sind trägereigene Kindertagesstätten, die Unterstützung und Anpassung bzw. Erweiterung von Betreuungsangeboten auf Ferienzeiten, auf das Wochenende und auf Feiertage, auf Zeiten des Nachtdienstes oder Randzeiten. Aber auch Initiativen zur Einführung neuer, an den Bedürfnissen von Personen mit Familienpflichten und Pflegeaufgaben orientierten Personalmanagementmodelle oder für professionelle Beratung zur Optimierung der Dienstplangestaltung sollen gefördert werden.

Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu regeln. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Fördermittel sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Als Grundlage hierfür stehen die nach Ländern aufgeschlüsselten Daten des Statistischen Bundesamtes (zuletzt: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, erschienen im Januar 2017) zur Verfügung. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen und die Anträge zu bearbeiten (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung). Der jährliche Höchstförderbetrag je Einrichtung beträgt 7 500 Euro. Um eine flexiblere und effektivere Förderung zur ermöglichen, wird zusätzlich die Möglichkeit zur Kombination von Förderzuschüssen aus zwei Kalenderjahren eröffnet: Eine Pflegeeinrichtung , die den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat, kann im nachfolgenden Kalenderjahr den Förderzuschuss nach den Sätzen 3 und 4 erhöht um die Höhe des nicht verbrauchten Betrages aus dem Vorjahr abrufen, sofern der auf Landesebene im vorangegangenen Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtförderbetrag noch nicht ausgeschöpft ist. Die Gesamtfördersumme von bundesweit 100 Millionen Euro im Jahr steigt dadurch nicht an. Förderfähig sind auf Antrag Maßnahmen, zu denen von den Pflegeeinrichtungen selbst eine Eigenleistung erfolgt. Die Förderung durch die Pflegeversicherung kann

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein, damit das Verfahren möglichst unbürokratisch ablaufen kann. Um den Aufwand gering zu halten, sollen in den Förderanträgen auch zeitlich und sachlich unterschiedliche Maßnahmen zusammengefasst werden können.

Die jährliche Fördersumme beträgt bis zu 100 Millionen Euro. Über Absatz 9 ist die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

Zu Absatz 8

Um das Entlastungspotential digitaler Anwendungen für die professionelle Pflege zu fördern, kann in den Jahren 2019 bis 2021 jeder ambulanten bzw. stationären Einrichtung ein einmaliger Zuschuss als Anteilsfinanzierung gewährt werden. Der maximale Förderbetrag beträgt 12 000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Investition durch die jeweilige Einrichtung. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind einmalig Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung zum Beispiel zur Erleichterung der Pflegedokumentation oder für die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Videosprechstunden), für das interne Qualitätsmanagement, für die Erhebung von Qualitätsindikatoren und für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege. Die Investitionen dienen der Entlastung der Pflegekräfte. Es können auch mit Investitionen zusammenhängende Schulungen gefördert werden.

Einzelheiten zu den Voraussetzungen für die Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden durch Richtlinien geregelt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 beschließt. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. In diesen Richtlinien sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. In den Richtlinien ist deshalb auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung der Fördermittel zuständig ist.

Zu Absatz 9

Die Regelung sieht eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Finanzierung der Kosten vor, die sich aus den Absätzen 5, 6, 7 und 8 ergeben. Eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ist angezeigt, da auch privat Versicherte von den durch diese Regelungen ausgelösten Verbesserungen profitieren werden, d. h. von besseren Informationen über die Pflegequalität bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung (Absatz 5) und auch von verbesserten Arbeitsbedingungen für die professionelle Pflege in personeller wie technischer Hinsicht (Absätze 7 und 8). Hinsichtlich des Betrages, den die privaten Versicherungsunternehmen zur Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 beisteuern, siehe die Begründung zu Absatz 6.

Durch die Verpflichtungen zur Kostentragung und zur Finanzierungsbeteiligung, die den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch dieses Gesetz neu entstehen, ändern sich die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend. Bei den Bestandsverträgen sind diese Verpflichtungen in den Rechnungsgrundlagen bislang nicht berücksichtigt. Die privaten Versicherungsunternehmen können die Prämien an die insoweit geänderten Rechnungsgrundlagen anpassen. Die Anpassung bedarf wie jede andere Anpassung der Zustimmung des Treuhänders nach § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Für das Wirksamwerden der Neufestsetzung der Prämie und das Sonderkündigungsrecht gelten die bei anderen Beitragsanpassungen anzuwendenden Regelungen entsprechend.

Zu Absatz 10

Die Einzelheiten der Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem Bundesversicherungsamt vereinbart. Die Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen gemäß Absatz 7 ist Gegenstand der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Auch die Festlegung der inhaltlichen Fördervoraussetzungen nach Absatz 7 bleibt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorbehalten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 4

(Zu § 30)

Die Vergütungssätze für Beratungen nach § 37 Absatz 3 werden künftig nicht mehr durch Gesetz festgelegt, sondern im Vereinbarungswege. Dies macht auch die Verordnungsermächtigung zur Festlegung der Vergütungssätze entbehrlich.

Zu Nummer 5

(Zu § 33)

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, mit der im Wortlaut besser zum Ausdruck gebracht wird, dass Fälle, bei denen zwischen dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung ein Monatswechsel stattgefunden hat, einheitlich zu behandeln sind. Dies entspricht der derzeitigen Praxis der Pflegekassen. Die Bestimmung, dass die Leistungsgewährung frühestens von dem Zeitpunkt an erfolgt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, bleibt hiervon unberührt.

Zu Nummer 6

(Zu § 37)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In der Praxis werden die Beratungseinsätze in der Regel durch zugelassene Pflegedienste durchgeführt. Die Änderung trägt dem Rechnung. Sie ist zudem aus Gründen der Vereinfachung notwendig. Sie stellt sicher, dass die entsprechende Anwendung des Vertrags- und Vergütungsrechts zur Festlegung der Vergütungssätze, wie sie der neue Satz 5 vorsieht, auf den ambulanten Bereich beschränkt bleibt und nicht auch auf den stationären Bereich zu erstrecken ist. Dabei sind zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen durch die Änderung auch künftig nicht von der Beratung ausgeschlossen, sondern sie können sich bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen als Beratungsstelle anerkennen lassen. Die Vergütung richtet sich dann nach dem neuen Satz 7. Sofern zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem bisher geltenden Recht bereits Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchgeführt haben, stellt die Überleitungsvorschrift nach § 146 Absatz 2 sicher, dass sie als anerkannte Beratungsstellen anzusehen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der größte Teil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen bezieht ausschließlich Pflegegeld. Um zu gewährleisten, dass auch diese Gruppe stets angemessen versorgt und betreut wird, sieht Absatz 3 einen verpflichtenden Beratungsbesuch in regelmäßigen Abständen vor, der in erster Linie von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt wird. Die Vergütung für diese Beratungsbesuche ist bislang gesetzlich festgelegt. Vielfach wird beklagt, dass die derzeit geltenden Vergütungssätze für eine fachlich anspruchsvolle Beratung mit der Zielsetzung, die Qualität der Pflege zu sichern, nicht ausreichen. Dies gelte insbesondere auch im Lichte der nach Absatz 5 abzugebenden Empfehlungen, in denen Anforderungen an eine fachlich anspruchsvolle Beratung niederzulegen sind. Vor diesem Hintergrund sollen die Vergütungssätze nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder den von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden. Daher ist § 89 Absatz 1 und 3 entsprechend anzuwenden. Absatz 2 bleibt von der entsprechenden Anwendung ausgenommen, weil die Vertragsparteien bereits in Satz 5 selbst festgelegt sind. Die Neuregelung ermöglicht es, leistungsgerechte Vergütungen zu vereinbaren. Über die Verweise in § 89 Absatz 3 ist sichergestellt, dass wesentliche Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze des Vergütungsrechts auch bei der Vereinbarung der Vergütung für Beratungsbesuche zur Anwendung kommen. So ist auch die gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung über die Schiedsstellen nach § 76 ermöglicht. Durch die entsprechende Anwendung des § 89, der seinerseits unter anderem auf § 85 Absatz 3 bis 7 verweist, ist ferner sichergestellt, dass die Vergütungssätze für alle Kostenträger verbindlich sind. Außerdem ist durch den Verweis auf § 86 (Pflegesatzkommission), der in § 89 Absatz 3 enthalten ist, die Möglichkeit eröffnet, die Vergütungen für die Beratungseinsätze auf kollektiver Ebene zu verhandeln.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Vertragspartner können die Vergütungssätze gestaffelt für alle Pflegegrade vereinbaren. Dabei bleibt es ihnen überlassen, ob Vergütungssätze für jeden Pflegegrad separat vereinbart oder entsprechend dem geltenden Recht Gruppen gebildet werden.

Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 können nicht nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen oder von den Pflegekassen beauftragte Pflegefachkräfte durchgeführt werden, sondern auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen oder Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften. Im Interesse einer verwaltungsarmen und einfachen Vergütungsregelung für diese Stellen legen die Verbände der Pflegekassen im Land unter Zugrundelegung der mit den Pflegediensten oder den von den Pflegekassen zur Beratung beauftragten Pflegefachkräften vereinbarten Vergütungssätze mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres die Vergütungen fest und veröffentlichen diese in geeigneter Weise. Die Vergütungssätze, die für die Pflegeeinrichtungen ausgehandelt werden, müssen wirtschaftlich und leistungsgerecht sein (§ 89 Absatz 3 in Verbindung mit § 84 Absatz 2), sodass eine Orientierung an diesen Vergütungssätzen zur Festlegung der Vergütung für die gleiche Beratungsleistung (etwa durch Bildung eines Landesdurchschnitts) angemessen ist. Hierdurch soll weiterer Aufwand zur Festlegung der Vergütungssätze für diese Stellen vermieden werden. Diese Regelung soll erst im Jahre 2020 zur Anwendung kommen, weil erst im Laufe des Jahres 2019 Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen werden können, an die sich die Festlegung anzulehnen hat.

Neben den bereits genannten Stellen können auch Pflegeberater nach § 7a Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 durchführen. Für diese Personen ist keine gesonderte Vergütungsregelung vorgesehen, da es sich in aller Regel um Mitarbeiter der Pflegekassen selbst handelt. Sofern die Pflegeberatung nach § 7a anderen Stellen übertragen ist, greifen zur Festlegung der Vergütung die neuen Regelungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Vereinbarungspartner vereinbaren nach der neuen Regelung Vergütungssätze für Beratungsbesuche einschließlich des Pflegegrades 1. Dementsprechend umfassen die Festlegungen zur Vergütungshöhe für andere Beratungsstellen durch die Landesverbände der Pflegekassen, die in Anlehnung hieran erfolgen, ebenfalls den Pflegegrad 1. Das macht die bisherige gesetzliche Anknüpfung der Vergütungshöhe für Beratungseinsätze für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 an die Vergütungshöhe anderer Pflegegrade entbehrlich.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze 5 bis 8.

Zu Buchstabe b

Grundsätzlich bedürfen Mitteilungen an die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen über die Ergebnisse des Beratungsbesuchs der Einwilligung des Pflegebedürftigen. An diesem Grundsatz wird festgehalten.

Allerdings gibt es Konstellationen, in denen es notwendig sein kann, noch einmal den Versuch zu unternehmen, die Pflegesituation zum Wohle des Pflegebedürftigen zu verbessern. Kommt die Beratungsperson etwa zu der Überzeugung, dass eine Situation gegeben ist, die die Inanspruchnahme weiterer oder anderer Leistungen erfordert, um die pflegerische Versorgung auf gutem Niveau sicherzustellen, ist der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen, dass eine weitergehende Beratung für erforderlich gehalten wird, auch wenn der Pflegebedürftige keine Einwilligung zu einer umfassenden Mitteilung gegeben hat. Die Pflegekasse hat dann eine Beratung nach § 7a anzubieten und kann in dem Fall, in dem eine Beratung abgerufen wird, etwaige Anpassungen der Leistungen mit den Betroffenen erörtern und ggf. einleiten.

Dabei beschränkt sich der Hinweis der Beratungsstelle an die Pflegekasse darauf, dass eine weitergehende Beratung durch die Pflegekasse angezeigt ist, die dann ihrerseits eine entsprechende Beratung anzubieten hat. Personenbezogene Daten über die Pflegesituation dürfen dabei mangels Einwilligung nicht übermittelt werden.

Das Pflegegeld wird gewährt zur eigenen Sicherstellung der Pflege. Dies macht ein effektives begleitendes Beratungssystem erforderlich, in das die Pflegekassen sinnvoll eingebunden sind. Dies gewährleistet die hier vorgeschlagene Lösung, ohne die Anforderungen an einen wirksamen Schutz der Daten der Betroffenen zu vernachlässigen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung sollen die an die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 zu stellenden Anforderungen im Gesetz besser als bisher verdeutlicht werden. Durch die Ergänzung des Absatzes 5 werden die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert. In der Hauptsache betrifft die Konkretisierung die Beratungsstandards und die Qualifikation der Beratungspersonen. Ferner haben die Empfehlungen Ausführungen zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Einzelfall zu enthalten. Dies kann beispielsweise vom Angebot weiterer Beratungsgespräche hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung über eine erneute Begutachtung bis hin zur Erörterung eines Wechsels der Versorgungsform reichen.

Zu Buchstabe d

Die Regelung in dem neuen Absatz 5a sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beschließt. Bestandteil der Richtlinien sind ebenfalls die Anforderungen an die Aufbereitung und standardisierte Dokumentation dieser Erkenntnisse. Damit wird der Umgang der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen mit den bei den Beratungsbesuchen jeweils gewonnenen Erkenntnissen konkretisiert und vereinheitlicht. Die Erfüllung der Pflicht der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen wird hierdurch besser nachvollziehbar und die Nutzung der bei den Beratungsbesuchen gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation der Pflegebedürftigen im Interesse der Versicherten kann verbessert werden.

Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Zu Nummer 7

(Zu § 38a)

Durch die Bezugnahme auf die Unterstützung bei der Haushaltsführung wird die Vorschrift zum einen an den seit dem 1. Januar 2017 in diesem Buch verwendeten Sprachgebrauch angepasst. Zum anderen kommt durch die Anpassung der Formulierung noch deutlicher zum Ausdruck, dass die Person (Präsenzkraft), die durch die Mitglieder der ambulant betreuten Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt wird, nicht im Rahmen der individuellen pflegerischen Versorgung tätig wird, sondern dass sich ihre Tätigkeiten auf die Unterstützung der gesamten Wohngruppe als solcher richten. Dazu gehört, dass die Präsenzkraft für die Wohngruppe Unterstützung im organisatorisch-verwaltenden Bereich leistet, zur Förderung des Gemeinschaftslebens tätig wird oder auch die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung unterstützt. Denn auch dies bietet Gelegenheit, die Wohngruppenmitglieder im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten aktiv in die Gestaltung des Wohngruppenalltags einzubeziehen (vergleiche auch BT-Drucksache 18/2909, Seite 42).

Zu Nummer 8

(Zu § 44)

Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson

– einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und

– für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung anteilig getragen werden,

der zuständigen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, Folgendes über die Pflegeperson mitzuteilen:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. Familien- und Vornamen,
3. Geburtsdatum,
4. Staatsangehörigkeit,
5. Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pflegetätigkeit,
7. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Diese Meldung ist u. a. erforderlich, um die reibungslose Entrichtung der Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen und dessen Beihilfestelle oder Dienstherrn sicherzustellen. Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes, der sich der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages angeschlossen hat, waren diese Meldungen in der Vergangenheit nicht immer sichergestellt, wodurch Beitragsausfälle, zumindest aber verspätete Beitragsabführungen, zu Lasten der Träger der Rentenversicherung eingetreten sind.

Mit Beschluss vom 2. Juni 2017 hat der Rechnungsprüfungsausschuss eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung der Verfahrensabläufe bis zum Ende des Jahres 2018 angemahnt. Durch die jetzt vorgesehene Ergänzung wird dem Rechnung getragen. Künftig werden die Mitteilungen der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren technisch automatisiert ausgelöst werden. Sofern die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungspflichten nicht erfüllen, müssen sie für Zahlungsverzögerungen auf Grund ihres Verhaltens (nicht für eventuelle weitere Zahlungsverzögerungen im Verantwortungsbereich der Beihilfestellen) Säumniszuschläge an die Träger der Rentenversicherung entrichten. Die Verpflichtung, Säumniszuschläge zu entrichten, entfällt, wenn im Einzelfall von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen begründet werden kann, dass kein Verschulden vorliegt.

Die Neuregelung bezieht sich nur auf Meldevorgänge im Hinblick auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen (und nicht von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung).

Zu Nummer 9

(Zu § 45a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 45a vereinheitlicht wird.

Zu Nummer 10

(Zu § 45b)

Zu Buchstabe a

Der bisherige Absatz 2 Satz 3 wird in Absatz 1 verschoben und diesem als letzter Satz angefügt sowie entsprechend redaktionell angepasst, um die Regelungen in § 45b besser nachvollziehbar zu ordnen.

Zu Buchstabe b

Im Rahmen der statistischen Erfassung von Leistungen nach § 45b sollen die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, künftig danach differenzieren, in welchem Umfang der Entlastungsbetrag für Aufwendungen im Zusammenhang mit Leistungen der Tagespflege oder Nachtpflege, mit Leistungen der Kurzzeitpflege, mit Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 oder mit Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a eingesetzt wird. Um diese Unterscheidung sicher treffen zu können, muss im Rahmen der Beantragung der Kostenerstattung deutlich werden, für welche dieser Leistungen die Kostenerstattung jeweils erfolgen soll. Besonders wichtig ist das bei einem Tätigwerden von Trägern von Pflegeeinrichtungen, insbesondere von Pflegediensten, da es in manchen Fällen allein in deren Wissen liegt und daher auch in deren

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Verantwortung steht anzugeben, ob ihre Leistungserbringung in dem jeweiligen Fall § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2, 3 oder Nummer 4 zuzuordnen ist.

Mit der vorliegenden Ergänzung zur Klarheit der Angaben bei der Vorlage von Belegen, die zwecks Kostenerstattung nach § 45b Absatz 2 bei den Leistungsträgern eingereicht werden, werden die Voraussetzungen für eine entsprechend differenzierte statistische Erfassung geschaffen. Die Nutzung des Entlastungsbetrags nach § 45b soll damit in der statistischen Auswertung bei den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, danach unterschieden werden können, für welche der in Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 genannten Leistungen der Entlastungsbetrag jeweils in welchem Umfang eingesetzt wird. Dafür ist es erforderlich, dass für die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen sofort und eindeutig erkennbar ist, ob die jeweilige Erstattung für Aufwendungen im Zusammenhang mit

– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 – also Leistungen der Tagespflege oder der Nachtpflege,
– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 – also Leistungen der Kurzzeitpflege,
– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 – also Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (aber nur in Pflegegrad 1 auch Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung) oder
– Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 – also Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a

erfolgen soll. Dies ist grundsätzlich bereits durch die Anbieter der Leistungen auf den Belegen anzugeben, die dann zwecks Kostenerstattung gemäß § 45b bei den Leistungsträgern vorgelegt werden. Für die Pflegebedürftigen soll hierdurch keine zusätzliche bürokratische Belastung entstehen. Um eine eindeutige Kennzeichnung zu erreichen, bietet es sich an, auf den jeweiligen Belegen anzugeben, welcher der vier Nummern des Absatz 1 Satz 3 die Leistungen zuzuordnen sind; dies gilt insbesondere für zugelassene Pflegeeinrichtungen. Das muss jedoch nicht die einzige Art und Weise sein, in der die Angabe erfolgen kann. Entscheidend ist, dass der Leistungsträger, bei dem die Belege eingereicht werden, durch die Angabe ohne Weiteres eindeutig erkennen kann, welcher der Leistungen nach den Nummern 1, 2, 3 oder 4 des Absatz 1 Satz 3 die Leistung jeweils zuzuordnen ist.

Sollte es – gerade in der Anfangszeit nach Einführung dieser Regelung oder bei neuen nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag – zunächst zu noch nicht ausreichenden Angaben kommen, sind die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen gehalten, ggf. diejenigen, die die Belege einreichen, und vor allem jeweils die Anbieter der Leistungen in nachvollziehbarer Weise auf die für Zwecke der statistischen Erfassung erforderliche Gestaltung hinzuweisen und ggf. dazu zu beraten, wie dies bürokratiearm umgesetzt werden kann.

Die Norm dient allein statistischen Zwecken. Ein Leistungshindernis oder andere Nachteile zu Lasten der Anspruchsberechtigten dürfen aus ihr nicht abgeleitet werden.

Zu Nummer 11

(Zu § 45d)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch, der im Übrigen in § 45d verwendet wird. Für nähere Erläuterungen zum Begriff der Personen, die im Sinne der Vorschriften des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels den Angehörigen vergleichbar Nahestehende sind, siehe auch BT-Drucksache 18/1798, Seite 35.

Zu Nummer 12

(Zu § 46)

Nach Auffassung der Rechtsprechung fehlt es an der Legitimation der Krankenkassen, auch für die bei ihnen jeweils errichtete Pflegekasse Beitragsrückerstattungen von zu Unrecht gezahlten Beiträgen vorzunehmen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 23.05.2017 – B 12 KR 9/16 R –, mit Hinweis auf frühere Rechtsprechung). Mit der Ergänzung wird die Legitimation für die Rückerstattung durch einen gemeinsamen Bescheid von Kranken- und Pflegeversicherung auch im Interesse der Verwaltungsökonomie geschaffen. An der getrennten finanziellen Buchung zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung ändert sich durch die Neuregelung nichts.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 13

(Zu § 55)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der im Wortlaut der Vorschrift klargestellt wird, dass der Zeitpunkt der Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes im Rahmen der Vorschrift ebenso zu behandeln ist wie der Zeitpunkt der Schließung einer Ehe.

Zu Nummer 14

(Zu § 56)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 56 vereinheitlicht wird. Da durch den neu angefügten § 1 Absatz 7 bereits generell geregelt wird, dass eingetragene Lebenspartner bzw. Lebenspartnerinnen als Familienangehörige des jeweils anderen eingetragenen Lebenspartners bzw. der jeweils anderen eingetragenen Lebenspartnerin gelten, müssen die Lebenspartner bzw. Lebenspartnerinnen in § 56 Absatz 1 neben den Familienangehörigen nicht noch einmal gesondert genannt werden. Sie sind vielmehr hier wie auch in § 56 Absatz 4 bereits vom Begriff der Familienangehörigen mitumfasst.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen, mit denen jeweils klargestellt wird, dass eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ebenso zu behandeln sind wie Ehegatten und die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes ebenso zu behandeln ist wie eine Eheschließung.

Zu Nummer 15

(Zu § 75)

Pflegekräfte, die bei demselben Einrichtungsträger beschäftigt sind, müssen flexibel in den verschiedenen Versorgungsbereichen des Trägers eingesetzt werden können. Dies gilt insbesondere bei abgeschlossenen Gesamtversorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2 Satz 1, ist aber davon unabhängig und nicht nur auf diesen Bereich beschränkt. Entsprechend der bestehenden arbeitsrechtlichen Möglichkeiten müssen die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen auch auf diesen Bedarf hin überprüft und ausgerichtet werden, um eine Vollzeitbeschäftigung des Pflegepersonals durch einen flexiblen Arbeitseinsatz zu ermöglichen.

Zu Nummer 16

(Zu § 78)

Die Festbeträge nach Absatz 3 sind entfallen, daher ist der Verweis auf diese zu streichen.

Zu Nummer 17

(Zu § 89)

Zu einer Verbesserung der Versorgung gehört auch im Bereich des Pflegeversicherungsrechts eine bessere Vergütung der Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb sind die Grundsätze, die darauf bezogen von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches festzulegen sind, auch von den Vereinbarungspartnern in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 18

(Zu § 106a)

Zu Buchstabe a

In der Neufassung wird der Begriff „Einverständnis“ durch den Begriff „Einwilligung“ ersetzt. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Anpassung an den in der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72, L 127 vom 23.5.2018, S. 2) verwendeten Begriff der Einwilligung. Inhaltliche Änderungen ergeben sich hierdurch nicht. Darüber hinaus wird die Befugnis zur Übermittlung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen auch an die Beihilfefestsetzungsstellen datenschutzrechtlich abgesichert. In der Regelung wird zudem der Begriff „Pflegeeinrichtungen“ durch den Begriff „Pflegedienste“ ersetzt. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 37 Absatz 3 Satz 1.

Zu Buchstabe b

Siehe hierzu die Begründung zu der inhaltlich gleichen Änderung des § 37 Absatz 4.

Zu Nummer 19

(Zu § 111)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, die sicherstellt, dass die Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Finanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 5 bis 8 in den Risikoausgleich zwischen den privaten Versicherungsunternehmen aufgenommen wird.

Zu Nummer 20

(Zu § 113b)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Nach § 113b Absatz 1 entscheidet der Qualitätsausschuss über die dort aufgeführten Aufgaben. Sofern hierbei keine einvernehmliche Einigung erfolgt, entscheidet der Qualitätsausschuss in seiner erweiterten Form mit Mehrheitsbeschluss. Dieses Verfahren wird auch bei den notwendigen Entscheidungen der Vertragsparteien zu den Vereinbarungen mit den Bundesversicherungsamt bezüglich des Verfahrens zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zur Finanzierung der Datenstelle bereitzustellenden Mittel angewandt. Die Festsetzung des erweiterten Qualitätsausschusses ersetzt die zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 5 notwendige Entscheidung der Vertragsparteien.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Regelungen des operativen Geschäftes, die im Verantwortungsbereich der Beteiligten liegen. Eine Verpflichtung zur Vorlage gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit ist insofern nicht notwendig.

Zu Nummer 21

(Zu § 133)

Bezüglich der Zuordnung der Prozessführung des Pflegevorsorgefonds ist es zu Unklarheiten bei der Auslegung der bisherigen Regelung gekommen. Daher wird in dem neu gefassten § 133 gesetzlich geregelt, dass das Bundesversicherungsamt den Pflegevorsorgefonds in gerichtlichen Verfahren vertritt, also als prozessführende Behörde des Pflegevorsorgefonds konkret benannt wird. Die Vertretung des Sondervermögens in Rechtsstreitigkeiten umfasst die Prozesseinleitung und Prozessführung. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, das in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertreten ist. Die Regelungen in Bezug auf die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren durch das Bundesversicherungsamt gelten ab dem 1. Januar 2020. Um keine Regelungslücke entstehen zu lassen, wird die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren bis zum Ende des Jahres 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit wahrgenommen. Dieses führt außerdem die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordenen gerichtlichen Verfahren bis zu deren Abschluss fort.

Zu Nummer 22

(Zu § 146 neu)

Zu Absatz 1

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Um sicherzustellen, dass in der Übergangsphase bis zur Vereinbarung von Vergütungssätzen für die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 oder deren Festlegung durch die Landesverbände der Pflegekassen kein vergütungsloser Zustand eintritt, gelten die bis zum 31. Dezember 2018 in § 37 gesetzlich festgelegten Vergütungssätze gemäß § 146 Absatz 1 in der Übergangsphase fort.

Zu Absatz 2

Nach dem Wortlaut des § 37 Absatz 3 können nach dem bisher geltenden Recht auch zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 Beratungsbesuche durchführen. Dies stellt in der Praxis einen Ausnahmefall dar. Gleichwohl soll durch § 146 Absatz 2 sichergestellt werden, dass diese Einrichtungen die Beratung auch künftig durchführen können, wenn sie nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung bisher Beratungseinsätze durchgeführt haben. Sie gelten dann als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Absatz 7, deren Vergütungssätze in dem neuen Verfahren nach dem neuen § 37 Absatz 3 Satz 7 durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden.

Zu Artikel 12 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Zu § 28)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, die zum 1. Januar 2020 auch in § 28 Absatz 1 Nummer 9 die Änderung der Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels nachvollzieht, die gemäß Artikel 1 Nummer 11 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I Seite 3191; siehe dort Seite 3194) zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Zu Artikel 13 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung des § 20 Absatz 6 SGB V. Zusätzlich wird dadurch vermieden, dass die Vorschrift wegen der Veränderung der Bezugsgröße regelmäßig angepasst werden muss.

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt, sofern nichts anders bestimmt ist, am 1. Januar 2019 in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 1 tritt mit Wirkung zum Tag nach dem Kabinettbeschluss in Kraft und gewährleistet damit, dass die entsprechenden Änderungen des KHG noch im Jahr 2018 in Kraft treten.

Hierdurch wird sichergestellt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene frühzeitig die im Zusammenhang mit § 17b Absatz 4 KHG notwendigen, vorbereitenden Arbeiten für eine Pflegepersonalkostenvergütung vornehmen können, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt. Dem tiefen Einschnitt in das DRG-System entsprechend erfordert die Umstellung der Pflegepersonalkostenvergütung verschiedene jeweils aufeinander Bezug nehmende Vorarbeiten, die insoweit mehr Zeit erfordern, als zwischen der Verkündung des Gesetzes und den darin genannten Fristen zur Verfügung stünde. So haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Vergütungsanteile der Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung aus dem DRG-System auszugliedern. Dazu haben sie bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung zu treffen und in der Folge Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen vorzunehmen. Diese anspruchsvollen und komplexen Aufgaben sind in der Zeitspanne zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes und der im Gesetz vorgesehenen Frist nicht mit der erforderlichen Sorgfalt zu erfüllen.

Da zudem für die hierfür notwendigen Maßnahmen zunächst ein Konzept des InEK zu entwickeln ist, ist ein rückwirkendes Inkrafttreten der weitreichenden und umfänglichen Arbeitsaufträge unverzichtbar. Nur durch die damit in Aussicht gestellte nachträgliche Legitimation erforderlicher Handlungsschritte als in Ausführung des Gesetzes ist eine frühzeitige Umsetzung zu gewährleisten.

Auch bei den Änderungen bei der Ausbildungsfinanzierung in § 17a KHG ist ein frühzeitiges Inkrafttreten erforderlich: Die Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 sind nach den gesetzlichen Vorgaben im Herbst 2018 zu vereinbaren. Um sicherzustellen, dass die mit diesem Gesetz vorgesehenen Regelungen bereits bei der Vereinbarung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 berücksichtigt werden können, ist ein Inkrafttreten nach Kabinettbeschluss erforderlich. Dies gilt einerseits ist dies für die Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für Auszubildende im ersten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege notwendig. Hierdurch wird erreicht, dass die Übergangsregelung des § 66 Absatz 1 und 3 des Pflegeberufegesetzes, nach der die Finanzierung einer Ausbildung in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege, die vor Ablauf des 31. Dezember 2019 begonnen wurde, nach § 17a KHG in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung erfolgt, auf den aufgehobenen Anrechnungsschlüssel für das erste Jahr der Ausbildung abstellt. Im Ergebnis wird damit sichergestellt, dass der Anrechnungsschlüssel im ersten Ausbildungsjahr in der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege für die Vereinbarungen des Ausbildungsbudgets für das Jahr 2019 aufgehoben wird. Anderseits sind zeitnah klarstellende Regelungen dahingehend erforderlich, dass es für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets unerheblich ist, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt und dass Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen von den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu vereinbaren sind.

Auch Artikel 8 tritt mit Wirkung zum Tag nach dem Kabinettbeschluss in Kraft. Hierdurch ist sichergestellt, dass die neue Berechnungsmethodik zum Pflegezuschlag bereits für die Vereinbarung des Pflegezuschlags für das Jahr 2019 anzuwenden ist.

Zudem wird sichergestellt, dass die durch § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummern 6 und 7 KHEntgG geänderten Vorgaben im Zusammenhang mit den Notfallzu- und -abschlägen bereits für die Verhandlung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2019 zu berücksichtigen sind und damit die entsprechenden Zu- oder Abschläge ohne eine Rückkopplung zum Landesbasisfallwert zu vereinbaren sind.

Zu Absatz 3

Die Änderung des § 133 SGB XI tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, um frühestmöglich Rechtsklarheit herzustellen. Dementsprechend tritt auch die Anpassung der Angabe zu § 133 SGB XI in der Inhaltsübersicht am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 4

Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft und sorgt damit dafür, dass der Anrechnungsschlüssel für Auszubildende im ersten Jahr der Ausbildung in der Krankenpflegehilfe dauerhaft aufgehoben wird. Durch die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch Artikel 6 des Pflegeberufereformgesetzes, der zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, wäre dies ansonsten nicht gewährleistet, da dort ein Anrechnungsschlüssel für alle drei Jahre der Ausbildung vorgesehen ist.

Zu Absatz 5

Artikel 10 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft. Die Regelungen treten damit in dem Jahr in Kraft, in dem die Pflegebudgets erstmalig angewendet werden. Durch die Änderung werden die Regelungen zur vollständigen Tarifkostenrefinanzierung für das Pflegepersonal vor dem Hintergrund angepasst, dass Tarifkostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung ab dem Jahr 2020 vollständig im Pflegebudget zu berücksichtigen sind.

Hinsichtlich Artikel 12, also der weiteren Änderung des SGB XI, bestimmt Absatz 5, dass die Anpassung des § 28 Absatz 1 Nummer 9 SGB XI zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt und damit gleichzeitig mit der Änderung der Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels des SGB XI, die gemäß Artikel 1 Nummer 11 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I Seite 3191) ebenfalls zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 2

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Absatz 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (NKR-Nr. 4521, BMG)

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

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	geringfügiger Erfüllungsaufwand
Wirtschaft	
Jährliche Entlastung im Saldo:	-470.000 Euro
Einmalige Entlastung im Saldo:	-90.000 Euro
Verwaltung	
Bund (Behörden, Selbstverwaltung)	
Jährliche Erfüllungsaufwand:	geringfügig
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	3 Mio. Euro
Länder (Behörden und Selbstverwaltung)	
Jährlicher Erfüllungsaufwand im Saldo:	-640.000 Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	1,9 Mio. Euro
Weitere Kosten	
Private Krankenversicherung:	
Einmalig von 2018 – 2022:	251 Mio. Euro
Private Pflegeversicherung:	
Einmalig von 2019 – 2021:	22 Mio. Euro für die anteilige (7 Prozent) Mitfinanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen
Einmalig von 2019 – 2024:	42 Mio. Euro für die anteilige (7 Prozent) Mitfinanzierung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie
Jährlich:	44 Mio. Euro für die anteilige Mitfinanzierung von 13.000 Pflegestellen

‚One in one out'-Regelung	Im Sinne der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „Out" von 470.000 Euro ab 2021 dar.
Evaluierung	Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds wird begleitend evaluiert. Dabei werden jährlich, erstmals zum 31.12.2020, Zwischenberichte vorgelegt.
Ziel:	Die Bundesregierung wird prüfen, ob und inwieweit die Fortführung und Erweiterung des Strukturfonds zu einer Strukturverbesserung führt. Zudem wird sie untersuchen, welcher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und die Verwaltung mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds verbunden ist und ob dieser in einem angemessenen Verhältnis zu der Zielsetzung der Regelung steht.
Kriterien:	Entwicklung der Krankenhaus- und Bettendichte im internationalen Vergleich. Auswirkungen auf die Zahl kleiner, wenig spezialisierter Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte u. ä.
Datengrundlage:	Datengrundlage der Krankenhäuser, der Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen u.a. Darüber hinaus werden die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten für den Zeitraum von 2020 bis 2024 zu berichten. Ein Zwischenbericht ist zum 31. August 2021 vorzulegen; der abschließende Bericht bis zum 31. August 2025.
Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II. Im Einzelnen

Mit dem Entwurf eines Pflegepersonalstärkungsgesetzes werden Maßnahmen vorgesehen, mit denen dem Pflegekräftemangel bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an guter Pflege wirksam begegnet werden können soll. Da der Pflegekräftemangel eine Vielzahl von Ursachen hat, setzt der Gesetzentwurf an einer Reihe von Handlungsschwerpunkten und Anreizen an, um die Personalausstattung durch attraktivere Arbeitsbedingungen und Bezahlung zu erhöhen und damit auch die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen, Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dies soll u.a. durch die Fortsetzung und Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds sowie weiteren Fördermaßnahmen erreicht werden.

Des Weiteren wird durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz das Infektionsschutzgesetz geändert, um den Gesundheitsschutz für nachziehende Familienangehörige zu verbessern und damit auch den öffentlichen Gesundheitsschutz sicherzustellen.

II.1 Erfüllungsaufwand

Das Ressort hat die Berechnungen zum Erfüllungsaufwand detailreich und nachvollziehbar vorgelegt.

Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht geringfügiger Aufwand, da sie ggf. erforderliche ärztliche Zeugnisse nach § 36 Infektionsschutzgesetz auf eigene Kosten einholen und vorlegen müssen.

Wirtschaft

Einmaliger Erfüllungsaufwand

Ab 2021 entfallen die Nachweispflichten sowie das Testat durch den Jahresabschlussprüfer für das Pflegestellen-Förderprogramm ab 2021, da mit der Einführung einer neuen und hausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung ein separates Pflegestellen-Förderprogramm nicht mehr erforderlich ist. Die Krankenhäuser werden dann um **2,3 Mio. Euro entlastet** (2 Stunden, 53,30 Euro/Stunde, 19.284 Personen; Sachkosten in Höhe von rund 245.000 Euro). Die Entlastung ist als einmalig zu werten, da das Pflegestellen-Förderprogramm zeitlich befristet ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Belastet werden die Krankenhäuser im Wesentlichen durch folgende Vorgaben:

Antragstellung für die Förderung nach § 8 SGB XI

- **542.000 Euro** für zusätzlichen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen – Sofortprogramm nach § 8 Abs. 6 SGB XI (90 Min. je Fall, 27,80 Euro/Stunde, 13.000 Einrichtungen).

- **1,440.000 Euro** Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege – 2019 bis 2024 nach § 8 Abs. 7 SGB XI (40 Min je Fall, m.D. 27,80 Euro/Stunde, 13.500 Einrichtungen x sechs Jahre).

Weitere **70.000 Euro** u.a. entstehen für die Vereinbarung über die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung des Nachweises im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung (32 Stunden, 65,40 Euro/Stunde, 30 Personen).

Jährlicher Erfüllungsaufwand

Die Krankenhäuser werden **jährlich** um rund **700.000 Euro** (2 Stunden, 53,30 Euro/Stunden, 6.428 Personen) durch die Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags **entlastet**, da die Höhe dieses Abschlages bzw. die Abschlagsdauer wie bisher nicht mehr mit den Kostenträgern und den Ländern verhandelt werden. Zudem **entfallen** rund **30.000 Euro** Aufwand für die Krankenhäuser durch den Wegfall des Nachweises für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der Tarifkostenrefinanzierung. Die bisheriger vollständige Tarifrefinanzierung für somatische Einrichtungen entfällt. Sie wird künftig im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt.

Belastet werden somatische Krankenhäuser künftig aufgrund der Verhandlungen auf Ortsebene und die entsprechenden Vorbereitungen für die Vereinbarung des Pflegebudgets. Das Ressort geht hier von **jährlich 260.000 Euro** aus (30 Min., 53,30 Euro/Stunde, 6.428 Personen).

Verwaltung (Bund, Länder/Kommunen, Selbstverwaltung)

Bund

Einmaliger Erfüllungsaufwand

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Für die Bundesverwaltung, insbesondere für das Bundesversicherungsamt (BVA), entsteht ein **einmaliger Erfüllungsaufwand** von **insgesamt 2,7 Mio. Euro** für die Fortführung der Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds (**2,5 Mio. Euro**) sowie für die Beauftragung einer Auswertung zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen (**250.000 Euro**). Das BVA schätzt anhand der bisherigen Erfahrungen für die Umsetzung des Fonds einen Personalmehraufwand von 38 Personenjahren für den gesamten Bearbeitungszeitraum. Der hier entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt.

Für die Selbstverwaltung des Bundes entsteht ein **einmaliger Erfüllungsaufwand** von insgesamt rund **300.000 Euro**. Die wesentlichen Kosten von 260.000 Euro entstehen zum einen für die Vorbereitenden Arbeiten (100.000 Euro) und für die Verhandlungen (9.000 Euro) der krankenhausindividuellen Vergütung von Pflegepersonalkosten selbst und zum anderen für die Vereinbarungen von Einzelheiten für einen Nachweis und ein Verfahren zur Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln im Zusammenhang mit der vollständigen Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal.

Jährlicher Erfüllungsaufwand

Das Regelungsvorhaben hat darüber hinaus nur geringe Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand der Bundesverwaltung und der Selbstverwaltung auf Bundesebene.

Länder, Kommunen (Selbstverwaltung)

Einmaliger Erfüllungsaufwand

Insgesamt entsteht für die Selbstverwaltung auf Landesebene ein **einmaliger Erfüllungsaufwand** von rund **1,9 Mio. Euro**. Der größte Erfüllungsaufwand von insgesamt 1,7 Mio. Euro entsteht durch die Bearbeitung der Förderanträge und die Auszahlung der Förderbeträge nach § 8 SGB XI

- Rund **250.000 Euro** für die Finanzierung zusätzlicher Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen – Sofortprogramm nach § 8 Abs. 6 SGB XI (25 Min. je Fall, g.D. 45,50 Euro/Stunde, 13,000 Fälle).

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- Rund **1,070.000 Euro** Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege – 2019 bis 2024 nach § 8 Abs. 7 SGB XI (22 Min je Fall, m.D. 36,00 Euro/Stunde, 13.500 Fälle).

- Rund **356.400 Euro** für die Digitalisierung in der Altenpflege u.a. – 2019 bis 2021 nach § 8 Abs. 8 SGB XI (22 Min. je Fall, m.D. 36,00 Euro/Stunde, 9.000 Fälle).

Zudem entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von **70.400 Euro** bei den 110 Pflegekassen für die Programmierung oder Anschaffung einer Software, um Mitteilungen über Leistungen, die pflegende Personen erhalten, an die Beihilfefestsetzungsstelle oder die Dienstherrn im automatisierten Verfahren übermitteln zu können. Weiterer Erfüllungsaufwand von rund **74.000** Euro entsteht u.a. für die Übermittlung von Daten in verschieden Zusammenhängen und die Vereinbarung der Vergütung für Beratungsbesuche mit Pflegediensten und deren Veröffentlichung.

Jährlicher Erfüllungsaufwand

Im Saldo entsteht für die Landesebene der Selbstverwaltung eine **Entlastung** von insgesamt rund **640.000 Euro.** Der Saldo setzt sich zusammen aus einer Entlastung von rund **850.000 Euro** und einer Belastung von **210.000 Euro**. Die Entlastung entsteht durch die Festschreibung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags. Die Höhe dieses Abschlages bzw. die Abschlagsdauer musste bisher jedes Jahr mit den Krankenhäusern verhandelt werden. Länder und Selbstverwaltungsebene der Länder werden hier um 2 Stunden je Fall entlastet. Insgesamt betrifft das 6.524 Personen (16 Länder, jeweiligen Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenkassen). 210.000 Mehraufwand entstehen den Kostenträgern auf Ortsebene für die zusätzliche Vereinbarung des Pflegebudgets ab 2020 (30 Min., 65,40 Euro/Stunde, für 6.428 Personen).

II.2 Weitere Kosten

Weitere Kosten entstehen für die private Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von **315 Mio. Euro einmalig** und **44 Mio. Euro jährlich**.

Der Private Krankenversicherung entstehen einmalig weitere Kosten von **251 Mio. Euro** bis zum Jahr 2022 für die anteilige Mitfinanzierung der sich aus dem Gesetz ergebenden Maßnahmen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Privaten Pflegeversicherung entstehen **einmalig bis zu 64 Mio. Euro** für die anteilige Mitfinanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen (2019-2021: bis zu 22 Mio. Euro) und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (2019-2024: bis zu 42 Mio. Euro).

Des Weiteren trägt die Private Pflegeversicherung **jährlich 44 Mio. Euro** für die anteilige Mitfinanzierung von 13.000 Pflegestellen.

II.3 ‚One in one out'-Regelung

Im Sinne der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „Out" von 470.000 Euro ab dem Jahr 2021 dar.

II.4 Evaluierung

Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds wird begleitend evaluiert. Dabei werden jährlich, erstmals zum 31.12.2020, Zwischenberichte vorgelegt. Die Bundesregierung wird prüfen, ob und inwieweit die Fortführung und Erweiterung des Strukturfonds zu einer Strukturverbesserung führt. Als Kriterien und Datengrundlage kommen hierbei insbesondere die Entwicklung der Krankenhaus- und Bettendichte im internationalen Vergleich unter dem Gesichtspunkt, inwieweit Regionen mit hoher Krankenhaus- und Bettendichte von einem Rückgang der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten betroffen sind. Auch die Auswirkungen auf die Zahl kleiner, wenig spezialisierter Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte u.ä. kommen in Betracht. Zudem wird die Bundesregierung untersuchen, welcher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft und die Verwaltung mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds verbunden ist und ob dieser in einem angemessenen Verhältnis zu der Zielsetzung der Regelung steht.

Des Weiteren werden die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten für den Zeitraum von 2020 bis 2024 zu berichten. Ein Zwischenbericht ist zum 31. August 2021 vorzulegen; der abschließende Bericht bis zum 31. August 2025.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

III. Ergebnis

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

Dr. Ludewig	Catenhusen
Vorsitzender	Berichterstatter

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 3

Stellungnahme
des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 17b Absatz 4 KHG)

   Der Bundesrat begrüßt die Zielrichtung des neu einzuführenden Pflegebudgets, durch das künftig die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser für das Pflegepersonal voll finanziert werden.

   Allerdings sollte sich die damit verbundene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem nicht als Beginn des grundsätzlichen Ausstiegs aus dem DRG-System und eine Entwicklung zum Selbstkostendeckungsprinzip erweisen. Das Fallpauschalensystem hat sich nach Auffassung des Bundesrates grundsätzlich bewährt, weil es Anreize zu einer wirtschaftlichen wie qualitätsvollen Versorgung sowie zur Umsetzung von Innovationen setzt. Es sollte in seinen Grundzügen beibehalten und fortentwickelt werden.

   Vielmehr sollten im verbliebenen DRG-System systemimmanente Anpassungen in Richtung einer stärkeren Orientierung an den tatsächlichen Kosten erfolgen, insbesondere sollte ein überdurchschnittliches Lohnniveau bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden können.

2. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 1, Satz 4, Satz 5 und Satz 6 KHG)

   In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 2 wie folgt zu ändern:

   a) In Satz 1 sind die Wörter „bis zu 95 Prozent des Anteils“ durch die Wörter „den Anteil“ zu ersetzen.

   b) Satz 4 ist wie folgt zu fassen:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„Vorhaben, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben) können gefördert werden.“

c) Satz 5 und 6 sind zu streichen.

Begründung:

Die kategorische Aufteilung der Mittel des Krankenhausstrukturfonds auf länderspezifische sowie länderübergreifende Vorhaben wird abgelehnt. Der Bedarf für Vorhaben, die sich auf mehrere Länder erstrecken wird mehrheitlich nicht gesehen, wie bereits die Anhörung am 12. Juli 2018 gezeigt hat. Länderübergreifende Anträge sollten dennoch ermöglicht werden, ohne jedoch vorab eine definitive Aufteilung der Mittel festzuschreiben.

3. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 3 KHG) und
Artikel 5 Nummer 4 (§14a – neu – KHSFV)

a) In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 2 Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 1 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind.“

b) In Artikel 5 Nummer 4 ist nach § 14 folgender § 14a einzufügen:

„§ 14a

Nachverteilung

1) (1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt, in welcher Höhe für die bis zum 31. Dezember 2022 eingegangenen Anträge höchstens Mittel aus dem Strukturfonds bereitzustellen sind. Unterschreitet der nach Satz 1 ermittelte Betrag den Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes nach § 12a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, steht der Unterschiedsbetrag zur Nachverteilung zur Verfügung (Nachverteilungsbetrag). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung erhöht sich der Betrag nach Satz 2 entsprechend. Das Bundesver-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sicherungsamt teilt den Ländern unverzüglich die Höhe des Nachverteilungsverfahrens mit.

2) (2) Der Nachverteilungsbetrag wird für die Förderung von Vorhaben verwendet, für die nach dem 1. September 2023 Anträge von den Ländern gestellt werden. Das Bundesversicherungsamt entscheidet über die Anträge, die zwischen dem 4. September 2023 und dem 6. September 2023 gestellt werden, und zahlt die Mittel aus, bis der Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes nach § 12a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgeschöpft ist. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend."

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht derzeit vor, dass die Fördermittel, die von den Ländern nicht bis spätestens dem 31. Dezember 2022 beantragt werden, zurück in den Gesundheitsfonds fließen. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass – anders als beim aktuellen Krankenhausstrukturfonds – kein Nachverteilungsverfahren vorgesehen ist.

Als Begründung wird angeführt, dass der mit einem Nachverteilungsverfahren verbundene Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zu den Beträgen, die im Rahmen der Nachverteilung des aktuellen Krankenhausstrukturfonds auf die Länder entfielen, stehe.

Die Argumentation ist mit Blick auf die vermeintlich geringe Auszahlungssumme nicht nachvollziehbar. Das Bundesversicherungsamt hat nach § 5 Absatz 1 KHSFV im Jahr 2017 einen Nachverteilungsbetrag in Höhe von 11,49 Millionen Euro ermittelt und dies den Ländern unverzüglich mitgeteilt. Dies mag zwar im Verhältnis zur Gesamtsumme des Strukturfonds in Höhe von 500 Millionen Euro gering erscheinen, jedoch ist der Betrag keinesfalls zu vernachlässigen.

Da insgesamt sechs Länder im Rahmen des Nachverteilungsverfahrens zehn Anträge mit einer Gesamtsumme von 72 Millionen Euro gestellt haben, wird deutlich, dass beim aktuellen Krankenhausstrukturfonds ein großer Bedarf bei einem Teil der Länder zu verzeichnen war.

Das Nachverteilungsverfahren stellt – den bisherigen Erfahrungen zufolge – eine geeignete Möglichkeit dar, etwaige Reserveprojekte mit in die Strukturfondsförderung einzubeziehen. Gerade vor dem Hintergrund der Öffnung des Strukturfonds hinsichtlich der Fördertatbestände ist zu erwarten, dass der Bedarf an Nachverteilungsmitteln in einigen Ländern weiter steigen dürfte.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

4. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 7 – neu – KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist dem § 12a Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

„Soweit ein Land einen Antrag stellt, bei dem der Betrag den diesem Land nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil übersteigt, wird vom Bundesversicherungsamt eine Zusicherung zur Gesamtfinanzierung einer Baumaßnahme bereits im ersten Jahr der Förderung erteilt.“

Begründung:

Im Fall von förderungsfähigen Vorhaben nach § 11 KHSFV, welche die Schließung von Standorten von Krankenhäusern und zum Beispiel den Zusammenschluss an einem neuen Standort vorsehen, ist für gewöhnlich ein vollständiger Neubau zu errichten, um eine entscheidende Strukturverbesserung und den Abbau von Doppelvorhaltungen zu erreichen. Ein vollständiger Neubau übersteigt in der Regel die dem jeweiligen Land jährlich aus dem Strukturfonds zur Verfügung stehenden Fördermittel. Um die Gesamtfinanzierung eines Großprojektes zu sichern, sollte ein mehrjähriger Förderrahmen für ein entsprechendes Projekt ermöglicht werden.

5. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a das Wort „jährlich“ durch das Wort „durchschnittlich“ zu ersetzen.

Begründung:

Nach dem Gesetzentwurf sind die Länder gehalten, in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich mindestens Haushaltsmittel in Höhe des Durchschnitts der in den Jahren 2015 bis 2017 veranschlagten Mittel für die Förderung von Krankenhausinvestitionen auszuweisen. Dies kann insbesondere für Länder mit verabschiedeten Doppelhaushalten für die Jahre 2018/2019 problematisch werden, wenn diese Vorgabe im Jahr 2019 nicht erreicht wird. Daher sollte es den Ländern gestattet sein, in einzelnen Jahren des Zeitraums 2019 bis 2022 geringere Mittel durch eine entsprechend höhere Veranschlagung in anderen Jahren auszugleichen. In einer Gesamtbetrachtung der Jahre 2019 bis 2022 ist auch auf diese Weise sichergestellt, dass die Komplementärfinanzierung der Länder für den Strukturfonds zusätzlich und nicht durch eine Absenkung der regulären Krankenhausinvestitionsförderung erfolgt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

6. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 sind in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a nach den Wörtern „ausgewiesenen Haushaltsmittel“ die Wörter „ohne Berücksichtigung der in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a genannten Mittel“ einzufügen.

Begründung:

Die für die Ko-Finanzierung von den Ländern aufgebrachten Haushaltsmittel in den Jahren 2016 bis 2018 für Maßnahmen nach § 12 KHG sollten nicht in die Berechnung der zusätzlichen Haushaltsmittel in den Jahren 2019 bis 2022 für Maßnahmen nach § 12a KHG einbezogen werden.

7. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1a – neu – KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Bei der Berechnung des Durchschnitts der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 ausgewiesenen Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a bleiben diejenigen Haushaltsmittel außer Betracht, die die Länder zur Komplementärfinanzierung des Strukturfonds nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 3 Buchstabe b erbracht haben.“

Begründung:

Die von den Ländern in den Jahren 2016 und 2017 erbrachten Mittel zur Kofinanzierung der ersten Auflage des Krankenhausstrukturfonds gehen nach der in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG vorgesehenen Regelung in die Berechnung des in den Jahren 2019 bis 2022 auf der Grundlage des Durchschnitts der Fördermittel der Haushalte 2015 bis 2017 bereitzustellenden Mindestbetrags ein. Damit müssen die Kofinanzierungsmittel aus den Jahren 2016 und 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 fortgeführt und zusätzliche neue Kofinanzierungsmittel erbracht werden. Dies führt in einem Kaskadeneffekt zu einer nicht sachgerechten doppelten Belastung der Länder.

Die von den Ländern im Jahr 2018 erbrachten Kofinanzierungsmittel fließen dagegen nicht in die Berechnung des von den Ländern bereitzustellenden Mindestbetrags ein. Eine solche unterschiedliche Behandlung der Kofinanzierungsmittel ist nicht gerechtfertigt.

Daher muss sichergestellt sein, dass die von den Ländern in den Jahren 2016 und 2017 erbrachten Ko-Finanzierungsmittel aus der Bemessungsgrundlage für die Ermittlung

der in den Haushaltsjahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Mindestbeträge auszusondern sind.

8. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1b – neu – KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 nach dem neuen Satz 1a folgender Satz einzufügen:

„Als Bemessungsgrundlage für die nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a bereitzustellenden Haushaltsmittel kann anstelle des Durchschnitts der Jahre 2015 bis 2017 ersatzweise der Durchschnitt aus mindestens drei Jahren im Zeitraum von 2013 bis 2017 zugrunde gelegt werden.“

Begründung:

Der Zeitraum 2015 bis 2017 für die Bemessung der von den Ländern zu veranschlagenden Mindestbeträge in den Haushalten 2019 bis 2022 ist im Hinblick auf die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds von vier Jahren zu knapp bemessen. Erforderlich ist eine Erweiterung beziehungsweise Flexibilisierung der Auswahl der Jahre, die für die Bemessung des zu veranschlagenden Mindestbeitrags heranzuziehen sind.

Dies ist sachgerecht vor dem Hintergrund der Laufzeit der Neuauflage des Krankenhausstrukturfonds über vier Jahre (Erstauflage 2016 war einmalig) und dem Umstand, dass der Bund entgegen der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz vom 21./22. Juni 2017 keine eigenen Haushaltsmittel einsetzt und sich der Mittel des Gesundheitsfonds (Krankenkassen) bedient. Anders als der Bund sind die Länder durch den Krankenhausstrukturfonds entsprechend belastet.

9. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 3 KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 3 Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung verpflichtet ist, so dass die förderfähigen Gesamtkosten in Höhe des Rückforderungsanspruches zu reduzieren sind.“

Begründung:

Nach dem Wortlaut dürfen Mittel aus dem Strukturfonds nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördern-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

den Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist. Diese Regelung ist nicht sachgerecht. Zudem würde damit für viele Vorhaben eine Förderung ausscheiden. Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung, dass lediglich im Umfang beziehungsweise bezüglich der Rückzahlungsverpflichtung keine Förderung über den Strukturfonds erfolgen kann, ein Rückforderungsanspruch eine Förderung aber nicht dem Grunde nach ausschließt. Das bedeutet, Verrechnungen ausstehender Rückforderungen innerhalb einer Förderung sollten möglich sein.

10. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 4a -neu- KHG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a nach Absatz 4 folgender Absatz 4a einzufügen:

3) „(4a) § 12 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass in der Rechtsverordnung auch das Nähere zur Förderung von Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden kann, soweit diese Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser oder zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe in den mit Hochschulkliniken notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g zum Gegenstand haben.“

Folgeänderung:

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 nach Absatz 3 folgender Absatz 3a einzufügen

4) „(3a) Die in Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b sowie in den Nummern 4 bis 6 genannten Vorhaben können auch dann gefördert werden, wenn an diesen Vorhaben Hochschulkliniken beteiligt sind.“

Begründung:

Eine sachliche Rechtfertigung dafür, die Universitätsklinika auch in Zukunft von der Förderfähigkeit aus dem Strukturfonds auszuschließen, ist nicht erkennbar. Mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird der bisherige Katalog der Förderzwecke erheblich erweitert. Mehrere dieser neuen Förderzwecke sind auch und gerade für die Universitätsklinika relevant. Dies gilt in besonderem Maße für die folgenden, neu mit dem PpSG eingeführten Förderzwecke:

– Bildung von Zentren für Seltene Erkrankungen
– Bildung integrierter Notfallstrukturen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

– Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen
– Verbesserung IT-Sicherheit

Der Ansatz des Gesetzentwurfs, nur Krankenhäuser als förderfähig zu qualifizieren, die von den Ländern über das KHG mit Investitionsmitteln ausgestattet werden, kann vor diesem Hintergrund nicht länger aufrechterhalten werden. Für die Förderfähigkeit im Strukturfonds darf es kein Kriterium (mehr) sein, aus welchem Titel oder welcher Produktgruppe im Landeshaushalt die Kofinanzierung gegebenenfalls erbracht wird. Mit Blick auf die neuen, für Universitätsklinika mindestens im selben Umfang wie für andere Krankenhäuser relevanten Förderzwecke müssen auch Maßnahmen durch den Strukturfonds kofinanziert werden können, deren Kofinanzierungsbeitrag in dem betreffenden Land aus dem Wissenschaftsetat erbracht wird.

Es erschließt sich nicht, warum beispielsweise eine Investitionsmaßnahme des Landes in die IT-Sicherheit oder den Aufbau eines Zentrums für Seltene Erkrankungen an einem nicht-universitären Haus durch den Strukturfonds kofinanziert werden könnte, die gleiche Investitionsmaßnahme an einem Universitätsklinikum aber nicht. Es liegen identische Sachverhalte vor. In beiden Fällen geht es um Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung, und in beiden Fällen ist grundsätzlich jeweils ausschließlich das Land für die Förderung zuständig, entweder im Rahmen der Krankenhausinvestitionsfinanzierung oder des Hochschulbaus. Sachgründe für eine Unterscheidung zwischen universitären und nicht-universitären Häusern liegen daher noch weniger als bisher vor.

Nicht unerwähnt bleiben darf die Tatsache, dass die Krankenhäuser vor dem Hintergrund des für alle Krankenhäuser gleichermaßen anzuwendenden Fallpauschalensystems in einem erheblichen Wettbewerb untereinander stehen.

11. Zu Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a_1 –neu – (§ 8 Absatz 2 Satz 1a – neu – KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 2 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a_1 einzufügen:

‚a_1) In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesversicherungsamt kann die Frist in begründeten Ausnahmefällen verlängern.“ ‘

Begründung:

Der Fristlauf zur Vorlage des Verwendungsnachweises beginnt mit Abschluss des Vorhabens. Dabei soll auf die Fertigstellung des Baus abgestellt werden.

Zu diesem Zeitpunkt dürften jedoch in einigen Fällen noch nicht alle notwendigen Rechnungen zur Erstellung des Verwendungsnachweises vorliegen. Darüber hinaus kann sich die Vorlage des Verwendungsnachweises durch den Träger zum Beispiel durch verspätete Rechnungsstellungen der beteiligten Firmen oder durch notwendige Mängelbehebungen zeitlich verzögern. Insbesondere bei großen Bauvorhaben ist die Vorlage eines geprüften Nachweises über die zweckentsprechende Verwendung durch

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

das Land innerhalb von 15 Monaten sehr ambitioniert.

Daher sollte dem Bundesversicherungsamt die Möglichkeit eingeräumt werden, in begründeten Ausnahmefällen eine Fristverlängerung zuzulassen.

12. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 2 und § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV)

Artikel 5 Nummer 4 ist wie folgt zu ändern:

a) § 11 Absatz 1 Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

„2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, standortübergreifend konzentriert werden, soweit in den beteiligten Krankenhäusern jeweils mindestens eine Abteilung betroffen ist und das Vorhaben insgesamt zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten oder zur Verminderung von Vorhaltungsaufwand führt,“

b) § 12 Absatz 1 Nummer 3 ist zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Koalitionsvertrag sieht eine Fortführung des Krankenhausstrukturfonds vor. Mit der Änderung des § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV wird eine deutliche Einschränkung der förderungsfähigen Vorhaben vorgenommen. Aus diesem Grund sollte die Spezifizierung in § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV durch die geltende Fassung des § 1 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV ersetzt werden.

Zu Buchstabe b:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV.

Mit dem Wegfall von § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV gilt für die Bemessung der förderungsfähigen Kosten für Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV der § 12 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV.

13. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b das Wort „gesamten“ zu streichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Die Formulierung des Gesetzentwurfs „... bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der akutstationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein, ...“ ist nicht schlüssig und widerspricht sich.

14. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 sind in § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Wörter „ , die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen,“ zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht derzeit nur eine Förderung der Verbesserung der IT-Sicherheit (Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen) an Krankenhäusern vor, die unter die BSI-Kritisverordnung fallen und damit jährlich mehr als 30 000 stationäre Behandlungsfälle ausweisen.

Diese Orientierung an der BSI-Kritisverordnung lässt außer Acht, dass jedes Plankrankenhaus für die Versorgung der Bevölkerung relevant ist. Gerade in ländlich geprägten Gebieten kann der Ausfall eines Grund- und Regelversorgungskrankenhauses massive Versorgungsdefizite zur Folge haben, die nicht ohne weiteres von umliegenden Häusern aufgefangen werden können. Somit ist es zwingend erforderlich, dass auch kleinere Häuser über zeitgemäße IT-Systeme verfügen. Es ist kein Grund ersichtlich, Häuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, von einer entsprechenden Förderung auszunehmen. Nur auf diese Weise gelingt es auch, mit dem Strukturfonds einen umfassenden Impuls zur Verbesserung der IT-Sicherheit in deutschen Krankenhäusern zu erreichen.

Die Förderung der Anpassung der Informationstechnik ist daher auf alle Krankenhäuser auszuweiten. Dabei können die Vorgaben des § 8a BSI-Gesetz entsprechend herangezogen werden.

15. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 4 KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 12 Absatz 1 Nummer 4 das Komma am Ende durch ein Semikolon zu ersetzen und folgende Wörter sind anzufügen:

„bei diesen Vorhaben können die Länder eine pauschalierte Förderung gewähren, wenn

eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen umgesetzt werden sollen:

a) flächendeckender Einsatz von Schutzsoftware gegen Malware und Phishing,

b) Einsatz von Vulnerability-Scannern zur Identifikation verwundbarer Endgeräte,

c) sichere Entsorgung gebrauchter oder defekter Datenträger, Drucker und Netzwerkkomponenten,

d) Investitionen einschließlich Baumaßnahmen zur Gewährleistung der physischen Datensicherheit (zum Beispiel IT-Sicherheitsräume, elektronische Zutrittsteuerungen);

für Vorhaben dieser Art können Mittel von insgesamt bis zu 20 Prozent des Fondsvolumens des Landes eingesetzt werden,“

Begründung:

Neben einer Erweiterung der Förderung von Maßnahmen zur IT-Sicherheit auf alle Krankenhäuser sollte zudem die Möglichkeit einer pauschalierten Ausreichung der Mittel hierfür eröffnet werden.

Im Unterschied zu regulären Bauinvestitionen zeichnet sich der Bereich der Digitalisierung dadurch aus, dass eine große Zahl an Einzelmaßnahmen mit zum Teil geringen Einzelvolumina erforderlich ist, um eine Gesamtmaßnahme zu realisieren (vielfältige Hard- und Software, zum Teil mit kleinen baulichen Anpassungen). Daher bietet sich als wesentlicher Beitrag zu einer mit zumutbarem Verwaltungsaufwand noch leistbaren Umsetzung die Ausschüttung der insoweit eingesetzten Gelder in pauschalierter Form an. Eine ausschließliche Einzelbewilligung ist für Länder mit einer großen Krankenhauszahl (vor allem neben den sonstigen durch den Strukturfonds ausgelösten Zusatzaufgaben) nicht zu bewältigen.

Die Vorteile einer pauschalierten Fördermöglichkeit im IT-Bereich liegen neben der unbürokratischen Umsetzung, der Entlastung des Prüfungsverfahrens und der größtmöglichen Flexibilität zudem darin, dass sie Verbesserungen auch in den Krankenhäusern ermöglicht, die bisher schon umfangreiche Investitionen in IT-Sicherheit und Digitalisierung getätigt haben. Zum anderen dürften sich über die Laufzeit des Strukturfonds weitere Investitionsnotwendigkeiten ergeben, die eine zielgerechte Verausgabung der Mittel ermöglichen.

Die zweckgebundene Pauschale sollte analog der bestehenden Jahrespauschalen zunächst allen Krankenhäusern für die Dauer der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds ausgezahlt werden.

Für die Zweckbindung dieser zusätzlichen Mittel wird den Krankenhäusern ein definierter Maßnahmenkatalog vorgegeben; dieser bildet die Grundlage für den zweckgebundenen Einsatz der Fondsmittel zum Ausbau der IT-Infrastruktur. Nicht in der Maßnahmenliste enthaltene Projekte (und damit auch umfassendere Maßnahmen insbesondere in den der BSI-Kritisverordnung unterliegenden Häusern) können im Rahmen der regulären Mittelbeantragung über einen Einzelantrag ermöglicht werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Einer pauschalierten Förderung zugängliche Maßnahmen könnten dabei bereits in der Verordnung selbst aufgelistet werden, wie zum Beispiel der flächendeckende Einsatz von Schutzsoftware gegen Malware und Phishing, der Einsatz von Vulnerability-Scannern zur Identifikation verwundbarer Endgeräte, die sichere Entsorgung gebrauchter oder defekter Datenträger, Drucker und Netzwerkkomponenten oder Investitionen einschließlich Baumaßnahmen zur Gewährleistung der physischen Datensicherheit (zum Beispiel IT-Sicherheitsräume, elektronische Zutrittsteuerungen).

Der Maßnahmenkatalog bildet dann auch die Grundlage der Prüfung im Rahmen des Verwendungsnachweisverfahrens; auf diese Weise ist die zweckgebundene Verwendung der Pauschale für entsprechende IT-Maßnahmen nachzuweisen.

Auch um eine Begrenzung der Gesamtausgaben für Digitalisierungsmaßnahmen sicherzustellen (Hauptziel des Fonds sollen nach wie vor strukturverbessernde Maßnahmen sein), sollte die maximale Höhe der pauschalen IT-Fördermittel aus dem Strukturfonds (zum Beispiel 20 bis 25 Prozent) vorab vom Bund festgelegt werden. Neben diesem maximalen Gesamtansatz für die pauschalierte Förderung von Digitalisierungsmaßnahmen bleiben Einzelzuweisungen von Fondsmitteln in diesem Bereich möglich.

Durch die Kombination von zweckgebundener Pauschale, definiertem Maßnahmenkatalog, Begrenzung des für die IT-Verbesserung verfügbaren Mittelanteils und konsequenter Verwendungsnachweisprüfung werden bloße „Mitnahmeeffekte“ vermieden.

16. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 sind in § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Wörter „nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ zu streichen und die Wörter „sobald diese zur Verfügung stehen“ durch die Wörter „die den gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen“ zu ersetzen.

Begründung:

In Anbetracht des inzwischen vorliegenden Referentenentwurfs eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes, der bereits erste Änderungen in § 291a SGB V vornimmt, und insbesondere eines angekündigten zweiten, umfassenden Entwurf eines Digitalisierungsgesetzes Ende des Jahres, das auch auf den Auftrag der Gematik Einfluss haben dürfte, sind die Fördervoraussetzungen zum jetzigen Zeitpunkt ergebnisoffener zu formulieren.

17. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren um Klarstellung, ob auch Netzwerkstrukturen, an denen neben Krankenhäusern auch ambulante oder pflegerische Einrichtungen beteiligt sind, von der Regelung umfasst sein sollen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

und ob auch deren Kosten gefördert werden können.

Begründung:

Nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV werden Vorhaben nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 KHG gefördert, wenn die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um telemedizinische Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung andererseits, zu schaffen.

Um telemedizinische Netzwerkstrukturen sektorenübergreifend zu schaffen und entsprechend der Regelung besondere medizinische Kompetenz auch für andere Beteiligte verfügbar zu machen, ist eine Klarstellung zugunsten einer Erweiterung auf ambulante oder pflegerische Einrichtungen und die Förderung von deren Kosten notwendig.

18. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 6 KHFSV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Angabe „§ 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g“ durch die Angabe „§ 2 Nummer 1a“ zu ersetzen.

Begründung:

Mit der Änderung soll die im Gesetzentwurf bereits bestimmte Ausweitung der Förderung von „Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten“ darüber hinaus auch für andere Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe (zum Beispiel Physiotherapeutinnen und -therapeuten) geöffnet werden. Dies ist erforderlich, um den bereits jetzt gesunkenen Schülerzahlen und dem einsetzenden flächendeckenden Fachkräftemangel im Bereich der Gesundheitsfachberufe entgegenzuwirken.

19. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 12 Absatz 1 Nummer 1 wie folgt zu fassen:

„1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen des Krankenhauses,“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

In § 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV erfolgt eine deutliche Begrenzung der förderfähigen Kosten auf einen Kostensatz je reduziertem Bett. Dabei ist insbesondere die Höhe des jeweiligen Kostenansatzes nicht plausibel. § 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV sollte der geltenden Fassung des § 2 Absatz 2 Nummer 1 KHSFV entsprechen.

20. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a und Buchstabe b KHFSV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 14 Absatz 2 Nummer 3 wie folgt zu ändern:

a) Buchstabe a ist zu streichen.

b) Die Buchstabenbezeichnung „b“ ist zu streichen und dem bisherigen Wortlaut ist das Wort „dass“ voranzustellen.

Begründung:

Der Nachweis, ob die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich beziehungsweise kartellrechtlich zulässig ist, behindert und verzögert die Umsetzung der notwendigen Änderungen im Krankenhausplan des jeweiligen Landes und der entsprechenden Planung der Baumaßnahmen erheblich. Die notwendige Einbeziehung des jeweils zuständigen Landesministeriums und des Bundeskartellamts stellt einen erheblichen Verwaltungsaufwand dar, der die termin- und fristgerechte Planung und das Ziel der Zusammenlegung von Kapazitäten gefährdet. So fallen beispielsweise Krankenhausverbünde, die in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan ihre Versorgungskapazitäten abgestimmt haben, nicht automatisch unter das Wettbewerbsrecht, wären aber bei einem entsprechenden Antrag aufwändig zu prüfen.

21. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 11 Buchstabe b, c und d KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 14 Absatz 2 Nummer 11 wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b ist das Komma am Ende durch das Wort „und“ zu ersetzen.

b) In Buchstabe c ist das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt zu ersetzen.

c) Buchstabe d ist zu streichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

§ 14 Absatz 2 Nummer 11 Buchstabe d KHSFV fordert von den Ländern bei länderübergreifenden Vorhaben bereits bei Antragstellung eine Erklärung, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen müssen.

Länder könnten im Rahmen der ihnen nach dem Königsteiner Schlüssel zugeordneten Mittel derartige Vorhaben beantragen. Zum Zeitpunkt der Beantragung kann aber in keinem Fall bereits eine Aussage darüber getroffen werden, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils noch nicht bekannte zurückzuzahlende Beträge aufbringen werden.

22. Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 17 Absatz 1 Nummer 3, 4 und 5 KHSFV)

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 17 Absatz 1 wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 3 ist das Komma am Ende durch das Wort „und“ zu ersetzen.

b) In Nummer 4 ist das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt zu ersetzen.

c) Nummer 5 ist zu streichen.

Begründung:

Aus dem Gesetzentwurf und der Begründung wird nicht klar, wie die Art und der Umfang der Unterlagen zu definieren sind. Auch die Quantifizierung und Qualifizierung bleibt unklar. Die Formulierung „aussagekräftige Unterlagen“ lässt einen erheblichen, nicht definierten Verwaltungsaufwand erwarten, der in keinem Verhältnis zu einer sinnhaften Evaluierung steht.

23. Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7, Nummer 8, Nummer 9 und Nummer 10 – neu – IfSG)

Artikel 6 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

‚1. § 23 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

b) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

c) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 angefügt:

„10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden.“ ‘

Begründung:

Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes nehmen im Rahmen der Aufzählung eine eigenständige Rolle ein. Sie sind mit den Einrichtungen in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 9 IfSG nur schwer vergleichbar und sollten daher in einer eigenen Nummer genannt werden.

Eine Einbeziehung von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 IfSG könnte fälschlicherweise einen Zusammenhang mit der Aufzählung in § 23 Absatz 5 Satz 1 IfSG herstellen, was unter allen Umständen zu vermeiden ist. Die im Entwurf gewählte Formulierung „einschließlich“ suggeriert nämlich, dass Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes grundsätzlich zu derartigen Einrichtungen gezählt werden können. Dies ist jedoch für § 23 Absatz 5 IfSG nicht der Fall und vom Gesetzgeber sicher nicht vorgesehen, da sie sonst der Überwachung nach § 23 Absatz 6 IfSG unterlägen.

24. Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a_0 – neu – und a_{01} –neu – (§ 36 Absatz 2 und Absatz 3 Satz 3 – neu – IfSG)

In Artikel 6 Nummer 2 sind dem Buchstaben a folgende Buchstaben a_0 und a_{01} voranzustellen:

a_0) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

5) „(2) Einrichtungen und Unternehmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, sowie nicht unter Absatz 1 oder § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende Einrichtungen, Wohngruppen und sonstige gemeinschaftliche Wohnformen zur Intensivpflege (ambulante Intensivpflegeeinrichtungen) können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.“

a_{01}) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Im Rahmen der Überwachung ambulanter Intensivpflegeeinrichtungen gelten

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zusätzlich § 16 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 entsprechend.“

Begründung:

Antibiotikaresistenzen erschweren zunehmend die Behandlung von bakteriellen Infektionskrankheiten und bedeuten für die Patienten oft längere Behandlungszeiten und zusätzliche Belastungen durch eine verzögerte oder nicht eintretende Heilung. Personen mit intensivpflegerischer Versorgung sind in besonderem Maße infektionsgefährdet für multiresistente Erreger (MRE). Risikofaktoren für MRE sind Abwehrschwäche, Multimorbidität, Hautläsionen und Wunden und der Einsatz von invasiven Hilfsmitteln (sogenannte Devices, zum Beispiel Blasenkatheter) und vorhergehende Krankenhausaufenthalte.

Kennzeichnend für ambulante Wohngruppen mit intensivpflegerischer Versorgung ist, dass regelmäßig Unterbringung sowie Versorgung und Pflegeleistungen von verschiedenen, unabhängigen Vertragsparteien erbracht werden, weshalb die Einrichtung insgesamt als privater Wohnraum gilt und nicht der Überwachung nach § 36 Absatz 1 und 2 IfSG unterliegt. Deshalb können diese Einrichtungen ohne Einwilligung der Bewohner nur bei entsprechenden Anhaltspunkten anlassbezogen nach §§ 16, 25 IfSG durch das Gesundheitsamt betreten werden. Soweit diese Einrichtungen jedoch intensivpflegerische Leistungen umfassen, erscheint auf Grund des infektionshygienischen Risikos dieser Leistungen die Möglichkeit einer anlasslosen infektionshygienischen Überwachung sinnvoll und geboten.

Die Gesundheitsämter können ohne einen Anhalt für Maßnahmen nach §§ 16, 25 IfSG nur Beratung auf freiwilliger Basis anbieten. Ein regelhafter Zugang zu etwa beatmeten Bewohnern ohne Einwilligung, um etwa die infektionshygienischen Anforderungen der Beatmungssituation prüfen zu können, ist damit nicht möglich.

Soweit intensivpflegerische Maßnahmen erfolgen – also pflegerische Maßnahmen bei Personen mit eingeschränkten, künstlich aufrechterhaltenen, bedrohten oder überwachungsbedürftigen Vitalfunktionen, insbesondere künstliche Beatmung – wird schwerwiegend in lebenswichtige Körperfunktionen eingegriffen. Hierzu benötigte Geräte verbleiben längere Zeit unmittelbar am oder im Körper der Betroffenen, kommen vielfach mit Körpersekreten in Kontakt und können potentiell von Krankheitserregern besiedelt werden. Dabei droht nicht nur die Erkrankung des Betroffenen, auch ein Weitertragen der Erreger aus der Einrichtung hinaus, etwa über das Pflegepersonal oder Besuch, ist leicht vorstellbar. Da intensivpflegerische Maßnahmen sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch ambulant betreuten Wohngemeinschaften identisch sind, ist es nicht nachvollziehbar, dass die stationären Pflegeeinrichtungen infektionshygienisch überwacht werden können, ambulant betreute Wohngemeinschaften mit gleichartigem Infektionsrisiko hingegen nicht. Handlungsbedarf besteht insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass betroffene Patienten mit Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung zunehmend unmittelbar aus dem Krankenhaus in ambulant betreuten Wohngemeinschaften verlegt werden mit der Gefahr der Einschleppung nosokomialer Erreger.

Die Änderung sieht daher vor, solche Einrichtungen, soweit sie intensiv-pflegerische Leistungen umfassen, der fakultativen infektionshygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter nach § 36 Absatz 2 IfSG zu unterwerfen und den Gesundheitsämtern

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

hierzu die Befugnis zu erteilen, auch Wohnräume zu betreten. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 GG) soll insoweit eingeschränkt werden.

Der Sachverhalt wurde innerhalb der Arbeitsgruppe Infektionsschutz (AGI) der AOLG bereits erörtert.

Im Hinblick auf die Überwachung von ambulanten Wohngruppen sollen gegenwärtig nur Wohnsituationen mit ambulanter (nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG fallender) intensivpflegerischer Betreuung erfasst werden. Denn eine Vergleichbarkeit zu Pflegeheimen im Sinne von § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG erscheint zum einen nicht klar abgrenzbar, da es auch sehr kleine, formal als Pflegeheime klassifizierte Einrichtungen gibt – etwa hinsichtlich des Leistungsangebotes und der Anzahl der Bewohner. Zum anderen birgt diese vor diesem Hintergrund und der unklaren künftigen Marktentwicklung das Risiko, beispielsweise bereits die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes durch zwei zusammen lebende pflegebedürftige Ehepaare im Eigenheim als "vergleichbar" mit zu erfassen. Maßgeblich sollte daher die ambulante "intensivpflegerische Versorgung" sein. Dieser Begriff wird in § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V verwendet im Zusammenhang mit besonders hohem Bedarf an pflegerischen Leistungen oder einer Bedrohung der Vitalfunktion – ohne jedoch dort abschließend definiert zu werden.

Der Begriff aus dem Leistungsrecht erscheint aber in der Praxis so weit etabliert, dass er ohne weitere Definition handhabbar erscheint. Soweit dennoch eine Definition in das IfSG aufgenommen werden soll, so wird hierfür die Formulierung "Intensivpflege umfasst alle pflegerischen Maßnahmen bei Personen mit eingeschränkten, künstlich aufrechterhaltenen, bedrohten oder überwachungsbedürftigen Vitalfunktionen." vorgeschlagen.

Die Formulierung sieht vor, dass das Gesundheitsamt zudem im Einzelfall immer von einer Überwachung Abstand nehmen kann, wenn objektiv keine nennenswerte infektionshygienische Gefahr besteht. Schließlich erscheint für die Überwachung ein Zutrittsrecht auch zu privaten Räumen sowie ein Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG sinnvoll. Ohne entsprechende Zutrittsrechte in den privaten Wohnraum, in dem die infektionshygienisch zu überwachende Intensivpflege stattfindet, liefe die Überwachung leer. Dies gilt insbesondere für ambulante, intensivpflegerisch betreute Wohngemeinschaften. Im Vergleich zu den Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG besteht bei ambulanten Intensivpflegeeinrichtungen – also Wohngemeinschaften mit intensivpflegerischen Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst – die Besonderheit, dass es nicht notwendigerweise Geschäfts- oder Betriebsräume beziehungsweise Unterlagen im Sinne des § 36 Absatz 3 IfSG gibt, welche im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung in einem ersten Schritt kontrolliert werden können und gegebenenfalls Tatsachen oder Annahmen im Sinne von § 16 Absatz 1 IfSG für anlassbezogene Maßnahmen als zweiten Schritt liefern können. Vielmehr könnte die Überwachung ohne Zutrittsrecht in solchen Fällen bereits im Treppenhaus enden. Als Standort entsprechender Ergänzungen und des Verweises auf § 16 Absatz 4 IfSG würde sich § 36 Absatz 3 IfSG anbieten. Das Betretungsrecht für privaten Wohnraum (unter Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG) sollte allerdings beschränkt bleiben auf die genannten Fälle der infektionshygienischen Überwachung von ambulanten (beziehungsweise nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 IfSG oder § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG fallenden) intensivpflegerischen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Einrichtungen. Eine Ausdehnung insbesondere auf jeden Fall der Überwachung ambulanter Pflegedienste im Sinne von § 36 Absatz 1 Nummer 7 IfSG würde mittelbar auch alle zu Hause gepflegten Personen der infektionshygienischen Überwachung unterwerfen und erscheint daher zu weit und nicht verhältnismäßig, da keine entsprechenden infektionshygienischen Gefahren, deren Verhinderung als Rechtfertigungsgrund in Betracht käme, ersichtlich sind. Auch bezüglich der übrigen Ziffern des § 36 Absatz 1 IfSG erscheint gegenwärtig ein Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG für den Vollzug nicht zwingend geboten, da bislang durch Ausweitung der Routineüberwachung des § 36 Absatz 1 IfSG bei Auffälligkeiten in den öffentlichen (Betriebs-) Räumen unter Rückgriff auf anlassbezogene Maßnahmen nach § 16 Absatz 1 IfSG auch für private Wohnräume der Vollzug ausreichend sichergestellt werden konnte. Soweit in der bestehenden Aufzählung von der Überwachung unterliegenden Räumlichkeiten in § 36 Absatz 3 IfSG privater Wohnraum ausgenommen ist, kann dieser gleichfalls durch Verweis auf § 16 IfSG, konkret § 16 Absatz 2 Satz 1 IfSG, mit einbezogen werden.

25. Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe b bis e (§ 36 Absätze 6 bis 9 IfSG),
Nummer 3 (§ 69 Absatz 1 Nummer 11 IfSG) und
Nummer 4 (§ 73 Absatz 1a Nummer 19 IfSG)

Artikel 6 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 2 sind die Buchstaben b bis e zu streichen.

b) Nummer 3 ist zu streichen.

c) Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Der bisherige Absatz 6 des § 36 IfSG sollte erhalten bleiben. Hiernach erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Verordnungsermächtigung für die Zeugnisvorlage zum Ausschluss von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten bei Personen, die nach Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind. Über eine solche Verordnung des Bundes wären nötigenfalls die nun vorgesehenen Untersuchungen zu regeln, sofern seitens des Robert-Koch-Instituts derartige Maßnahmen empfohlen werden. Dies ist bislang nicht erfolgt und wird auch nicht als zielführend angesehen.

Eine zusätzliche Verordnungsermächtigung für die Länder ist vor diesem Hintergrund nicht erforderlich. Es ist nicht ersichtlich, dass es in einzelnen Ländern bestimmte Gruppen von Personen mit einem besonderen Risiko gibt, die in anderen Ländern nicht vorkommen. Eine länderspezifische Sonderregelung ist daher nicht angezeigt, sondern sorgt für Rechtsunsicherheit und eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung in Bezug auf den Eingriff in Persönlichkeitsrechte.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

26. Zu Artikel 7 Nummer 4a – neu – (§ 23 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 1a – neu – und Absatz 5 Satz 1a – neu – bis Satz 1e – neu – SGB V) und Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 40 Absatz 3 Satz 1a – neu – SGB V)

Artikel 7 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 4 ist folgende Nummer 4a einzufügen:

‚4a. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung unabhängig davon, ob die Leistungen nach Absatz 1 und 2 ausreichen.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese Behandlung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

b) In Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Im Fall ihrer stationären Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des Elften Buches. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung der erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 1b. Um das Ziel der Vorsorgeleistung zu erreichen oder

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zu sichern, haben pflegende Angehörige Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.“ ‘

b) In Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa ist den neu einzufügenden Sätzen folgender Satz voranzustellen:

„Um das Ziel der Rehabilitationsleistung zu erreichen oder zu sichern, haben pflegende Angehörige Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht bisher vor, dass pflegende Angehörige einen Rechtsanspruch auf stationäre Rehabilitation erhalten. Dies ist ebenso zu begrüßen wie der Verzicht auf die Voraussetzung einer zuvor durchgeführten ambulanten Krankenbehandlung oder einer ambulanten Rehabilitation.

Nicht nachvollzogen werden kann jedoch, warum der neue Rechtsanspruch und der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen nur für Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 SGB V und nicht auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V gelten soll.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) 2013 wurde in § 23 Absatz 5 SGB V eingefügt, dass die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen seien. Dies hat sich ebenso wie beim § 40 SGB V als unzureichend, weil wirkungslos, herausgestellt. Analog zum Anspruch auf stationäre Rehabilitation ist auch ein Anspruch auf stationäre Vorsorge (inklusive Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen) erforderlich.

Dies bildet für pflegende Angehörige konsequent nach, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter (Mutter-Kind- beziehungsweise Vater-Kind-Maßnahmen) sowohl für stationäre Vorsorge als auch für stationäre Rehabilitation geregelt ist.

Der im Gesetzentwurf im Fall einer stationären Rehabilitation vorgesehene Anspruch pflegender Angehöriger auf Versorgung der Pflegebedürftigen (Bewilligung und Erbringung der Leistungen durch die Krankenkasse, Erstattung durch die Pflegekasse) wird ebenfalls auf die stationäre Vorsorge übertragen.

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, pflegenden Angehörigen den Zugang zu stationären Maßnahmen zu erleichtern. Um angesichts der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger die tatsächliche Inanspruchnahme von stationären medizinischen Vorsorge- beziehungsweise Rehabilitations-Leistungen im Sinne der §§ 23 und 40 SGB V zu verbessern, ist eine vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung erforderlich.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beratung und Betreuung haben sowohl im Vorfeld als auch im Nachgang von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen eine wichtige therapieunterstützende Bedeutung. So können Zugangshürden beseitigt und pflegende Angehörige individuell gezielt auf eine Maßnahme vorbereitet werden. Im Anschluss daran gilt es, einen Therapieerfolg in den Pflegealltag zu übertragen und unter anderem durch Nachsorgeangebote am Wohnort nachhaltig zu sichern.

Für diese Aufgaben bietet sich insbesondere an das bundesweite dezentrale Netz von Kurberatungsstellen des Müttergenesungswerks (Trägergruppen: Wohlfahrtsverbände), dessen Arbeit sich seit einigen Jahren auch auf pflegende Angehörige neu ausgerichtet hat. Hierbei handelt es sich um ein bisher nicht öffentlich gefördertes niederschwelliges Beratungsangebot mit ganzheitlichem und präventivem Ansatz. Die Kurberatungsstellen des Müttergenesungswerks sind häufig eine erste Anlauf- und Clearingstelle.

Diese wichtige Versorgungsstruktur ist für pflegende Angehörigen mit ihrem spezifischen Beratungs- und Betreuungsbedarfs im Zusammenhang mit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen wohnortnah zu sichern und noch stärker nutzbar zu machen. Um dies zu gewährleisten, ist es erforderlich, für diesen Personenkreis einen Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen als gesetzliche Leistung einzuführen.

27. Zu Artikel 7 Nummer 10 (§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V) und Artikel 11 Nummer 17 (§ 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI)

a) In Artikel 7 Nummer 10 sind in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 die Wörter „in unterversorgten ländlichen Räumen“ zu streichen.

b) In Artikel 11 Nummer 17 sind in § 89 Absatz 3 Satz 3 die Wörter „in unterversorgten ländlichen Räumen“ zu streichen.

Begründung:

Eine Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten ist nicht nur in unterversorgten ländlichen Räumen notwendig. Ferner gibt der Gesetzentwurf keine Kriterien vor, wann von „unterversorgten ländlichen Räumen“ auszugehen ist. Ein Rückgriff auf die Regelungen der nach Arztgruppen differenzierten ärztlichen Bedarfsplanung im Sinne von § 100 SGB V ist abzulehnen, weil ärztliche Unterversorgung und die Versorgung mit ambulanten Pflegediensten nicht notwendig miteinander korreliert. Die Abgabe von Rahmenempfehlungen für die Vergütung von längeren Wegezeiten sollte daher nicht auf unterversorgte ländliche Räume beschränkt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

28. Zu Artikel 7 Nummer 12 (§ 137j SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren bei der Regelung des Pflegepersonalquotienten und der Verordnungsermächtigung die Berücksichtigung folgender Aspekte zu prüfen:

a) Die Einführung des Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V verfolgt auch das Ziel der Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität. Dazu erscheint es nicht hinreichend, beim Pflegepersonalquotienten allein auf eine Untergrenze abzustellen, bei deren Unterschreitung eine patientengefährdende pflegerische Versorgung vermutet wird. Vielmehr sollte neben dieser Untergrenze eine zweite Grenze benannt werden, mit der vor dem Hintergrund der nach § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz anzustrebenden qualitativ hochwertigen Versorgung zumindest eine durchschnittliche pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann. Denn nach § 70 Absatz 1 Satz 2 SGB V muss die Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Daran anknüpfend müsste die an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtete Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zu dem Pflegepersonalquotienten in der Weise angepasst werden, dass auch das Nähere zur Festlegung des Werts für eine durchschnittliche Personalausstattung zu regeln und bei den Sanktionen zu berücksichtigen ist, dass es zwei Grenzen gibt, die in einem gestuften System beide Sanktionen auslösen können.

b) Nach § 137j Absatz 1 Satz 1 SGB V wird erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus ein Pflegepersonalquotient ermittelt, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Wo die für diese Ermittlung anzusetzenden Zahlen herkommen, ergibt sich aus der Begründung zu § 137j SGB V. Danach soll sich der Pflegeaufwand aus der Summe der Bewertungsrelationen nach dem Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands ergeben. Gemeint sein dürfte hier der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellte Pflegelastkatalog – Version 0.99 – beziehungsweise eine Weiterentwicklung dieses Katalogs. Der Pflegelastkatalog bezieht sich auf die „Pflege am Krankenbett“, er bezieht also Pflege, die nicht „am Bett“ erbracht wird, nicht ein. Für die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst soll die Datenübermittlung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 2 Buchstabe e Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) maßgeblich sein. Danach haben die Krankenhäuser die Anzahl der im „Pflegedienst“ beschäftigten Personen zu

übermitteln. Was mit Pflegedienst gemeint ist, wird weder in § 21 KHEntgG noch in § 137j SGB V oder seiner Begründung erläutert. Deshalb sollte in geeigneter Form klargestellt werden, dass zum Pflegedienst im Sinne von § 137j SGB V nicht das im medizinisch-technischen Dienst oder im Funktionsdienst eingesetztes Pflegepersonal gehört. Andernfalls würde der Pflegepersonalquotient der Krankenhäuser auf der Grundlage von Zahlen mit unterschiedlichem Bezugspunkt ermittelt werden.

c) Wissenschaftliche Evidenz für die Qualität der Patientenversorgung aufgrund der pflegerische Besetzung auf der Station liegt nur für examiniertes Pflegepersonal vor, nicht für die Zahl der auf der Stationen für die Pflege insgesamt eingesetzte Gesamt-Vollkräftezahl (also auch geringer qualifiziertes oder angelerntes Personal). Insofern wird zusätzlich zu Buchstabe b vorgeschlagen, bei dem Pflegepersonalquotienten ausschließlich examiniertes Pflegepersonal zu berücksichtigen. Dafür hat jedes Krankenhaus für die Ausgestaltung des Zählers des Quotienten dem InEK die Zahl des in der Versorgung „am Bett“ tätigen examinierten Pflegepersonals zu übermitteln. Diese Zahl muss schon jetzt von den Krankenhäusern, die das Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 KHEntgG in Anspruch nehmen, erhoben werden. Laut Auskunft des InEK wäre es möglich, für den Nenner des Quotienten den Pflegelastkatalog entsprechend so zu modifizieren, dass nur examinierte Pflegekräfte berücksichtigt werden.

d) Nach § 137j Absatz 2 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit unter anderem ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den ab dem Budgetjahr 2020 von den Vertragsparteien auf Krankenhausebene zu vereinbarenden Sanktionen bei Nichteinhaltung der Untergrenze zu regeln. Der Bundesrat geht davon aus, dass in der Rechtsverordnung vorrangig Leistungseinschränkungen bei Unterschreiten der Untergrenzen vorgesehen werden, um ein angemessenes Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegelast herzustellen. Da dies Auswirkungen auf die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und damit auf die Krankenhausplanung der Länder haben kann, ist zugleich zu normieren, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde bei Leistungseinschränkungen entsprechend der Regelung in § 110 Absatz 2 SGB V ein Vetorecht hat, soweit sie darlegen kann, dass die Kapazitäten für die Versorgung unverzichtbar sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

29. Zu Artikel 8 Nummer 1 (§ 8 Absatz 10 KHEntgG)

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren, den ab dem 1. Januar 2020 geplanten gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags abzuwenden und die bislang im Rahmen des Pflegezuschlags vorgesehenen Mittel in den Landesbasisfallwert einzurechnen.

Begründung:

Mit der Neuregelung des § 8 Absatz 10 KHEntgG durch den Artikel 8 Nummer 1 PpSG wird der Pflegezuschlag (500 Millionen Euro/Jahr) ab dem 1. Januar 2020 aufgehoben.

Hintergrund dieser Änderung ist der Gedanke, dass mit der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG eine verbesserte Anreizwirkung zur Einstellung von Pflegepersonal geschaffen wird, als es bislang über den Pflegezuschlag gelang, da – anders als beim bisherigen Pflegezuschlag – eine Zweckbindung der Mittel vorgesehen ist.

Der Bundesgesetzgeber hat mit der Einführung des Pflegezuschlags seinerzeit den Willen gehabt, eine dauerhafte Zurverfügungstellung der Finanzmittel zu gewährleisten, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Krankenhäuser mit den ihnen durch den Pflegezuschlag zuteilwerdenden Mitteln entsprechend kalkulieren.

Die mit der Neuregelung einhergehende Zweckbindung der Mittel durch das Pflegebudget könnte zu dem gewünschten Erfolg führen, dennoch auch ungewollte Finanzierungslücken in anderen Bereichen der Krankenhäuser verursachen, die die Personalsituation weiterer, im Krankenhaus notwendiger Berufsgruppen beeinträchtigen könnte.

Eine Einrechnung des bisherigen Pflegezuschlags in den Landesbasisfallwert ist deshalb sachgerecht, weil der Grundgedanke des Pflegezuschlags, der Anreizmechanismus zur Einstellung von Pflegepersonal, durch den § 6a KHEntgG obsolet wird, durch den Wegfall des Pflegezuschlags jedoch Finanzierungslücken in anderen Bereichen entstehen können, die anderweitig nicht aufgefangen werden dürften.

30. Zu Artikel 9 Nummer 4 (§ 6a Absatz 2 Satz 6 KHEntgG)

In Artikel 9 Nummer 4 sind in § 6a Absatz 2 Satz 6 nach dem Wort „ergreift“ die Wörter „oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt“ einzufügen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass ab dem Jahr 2020 umgesetzte Innovationen, die zu einer Entlastung der Pflege führen, im Pflegebudget erhöhend berücksichtigt werden können, reicht nicht aus. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass zum Zeitpunkt des Umstiegs bereits bestehende pflegeentlastende Maßnahmen budgeterhöhend ebenfalls berücksichtigt werden können. Ansonsten würden Kliniken, die bereits intensive Maßnahmen zur Entlastung der Pflege ergriffen haben, benachteiligt.

31. Zu Artikel 9 Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG)

In Artikel 9 Nummer 7 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

‚aa) Der Nummer 5 wird folgender Halbsatz angefügt:

„für Krankenhäuser, die weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ein erheblich verringerter Abschlag vorzusehen.“ ‘

Begründung:

Das PpSG sollte genutzt werden, um absehbare Versorgungsprobleme im Ge-folge der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 19. April 2018 getroffenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu verhindern.

Die Regelung des G-BA vom 19. April 2018 sieht zwingend Abschläge auch für Krankenhäuser vor, die zwar weiter an der Notfallversorgung teilnehmen, aber die Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung nicht erfüllen. Es ist zu befürchten, dass sehr viele dieser Krankenhäuser sich unter diesen Umständen aus der Notfallversorgung zurückziehen werden. Selbst wenn diese Häuser bisher aufgrund ihrer Größe oder Leistungsstruktur nur in geringerem Umfang an der Notfallversorgung beteiligt waren, würde ihr Wegfall die verbleibenden Notfallkrankenhäuser zusätzlich belasten, was nicht zuletzt angesichts der personell sehr angespannten Situation besonders in Ballungsräumen Versorgungsprobleme befürchten lässt. Der gesetzliche Rahmen für die Vereinbarung der Selbstverwaltung sollte daher vorgeben, dass die Abschlagshöhe für Krankenhäuser erheblich zu vermindern ist, wenn diese die Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung nicht erfüllen, aber weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen.

32. Zu Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG)

In Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb ist § 10 Absatz 5 Satz 2 wie

folgt zu fassen:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst und den übrigen ärztlichen und nichtärztlichen Personalbereich 100 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt.“

Begründung:

Die unbedingt erforderlichen Maßnahmen für die Beschäftigten im Pflegedienst dürfen nicht zu einer Schlechterstellung der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus führen. Es muss verhindert werden, dass ein Ungleichgewicht in der tariflichen Entwicklung eintritt. Auch bei anderen Berufsgruppen im Krankenhaus ist teilweise bereits ein Fachkräftemangel zu verzeichnen und den Krankenhäusern muss auch dort die Möglichkeit von angemessenen Vergütungssteigerungen ermöglicht werden; insbesondere da die Herauslösung der Pflegekosten Auswirkungen auf die anderen Kostenblöcke des Krankenhauses haben wird, da der Bereich der fixen Kosten in den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) deutlich niedriger sein wird als bisher. Insofern sind keine Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Finanzierung von Tarifsteigerungen der anderen Berufsgruppen aus den Erlösen gegeben.

33. Zu Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a_0 – neu – (Inhaltsübersicht) und Nummer 3a – neu – (§ 18d – neu – SGB XI)

Artikel 11 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 1 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a_0 voranzustellen:

‚a_0) Nach der Angabe zu § 18c wird folgende Angabe zu § 18d eingefügt:

„§ 18d Prüfung der strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“ ‘

b) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer 3a einzufügen:

‚3a. Nach § 18 c wird folgender § 18d eingefügt:

„§ 18d

Prüfung der strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

6) (1) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Beteiligung der Länder

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

eine Anpassung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung mit der Zielsetzung, dass sich Versorgungskonzepte verstärkt an den Bedarfen und der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen orientieren. Hierbei sind eine mögliche Aufhebung der Sektorengrenzen zu prüfen und die Problembeschreibungen und Empfehlungen aus dem Bericht zur „Bereinigung von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher (SGB V) und pflegerisch-betreuerischer (SGB XI) Versorgung“ systematisch aufzuarbeiten.

7) (2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. März 2021 Vorschläge für die strukturelle Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zu veröffentlichen.“ ‘

Begründung:

Derzeit unterscheiden sich die Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung in der Langzeitpflege stark danach, ob der Pflegebedürftige ambulant oder stationär versorgt wird. Insbesondere seit den Pflegestärkungsgesetzen stehen bei ambulanter Versorgung insgesamt deutlich mehr Leistungen zur Verfügung.

Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung passt oft nicht zur Lebenswirklichkeit und zum Bedarf vieler Pflegebedürftiger. Gerade neue Wohnformen, die durchaus gewollt sind, lassen sich häufig nicht klar einem der beiden Bereiche zuordnen.

In der Praxis ist eine sogenannte Ambulantisierung zu beobachten, die Zweifel daran aufkommen lässt, ob die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei dessen Versorgung wirklich im Mittelpunkt steht.

Bei einer strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung sind auch die Schnittstellen zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung insbesondere bei den Themen medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und Zuständigkeit für geriatrische Rehabilitation systematisch aufzuarbeiten.

Eine solche grundsätzliche Prüfung kann mit einer Prüfung der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung einhergehen, die angesichts der sich abzeichnenden Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung unvermeidbar ist.

Der Prüfauftrag nimmt das im Koalitionsvertrag vereinbarte Vorhaben einer grundsätzlichen Verbesserung der Pflege in Angriff und entspricht einem Beschluss der 94. Arbeits- und Sozialministerkonferenz.

34. Zu Artikel 11 Nummer 3

Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich Maßnahmen, den beruflich Pflegenden Schichtarbeit, Arbeit an Wochenenden oder in der Nacht zu erleichtern. Insofern unterstützt der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bundesrat die in Artikel 11 des Gesetzentwurfs enthaltene Intention der Bundesregierung, in den Jahren 2019 bis 2024 Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.

Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die geplante Teilfinanzierungsverantwortung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Schritt in die falsche Richtung ist, da es sich bei den beabsichtigten Maßnahmen um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, deren Finanzierung nicht allein den Beitragszahlern der Pflegeversicherung auferlegt werden darf.

Der Bundesrat fordert daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass die aus dem Ausgleichsfonds verausgabten Mittel jährlich nachschüssig, beginnend mit dem Jahr 2020 für die im Jahr 2019 entstandenen Ausgaben, durch entsprechende Ausgleichszahlungen des Bundes aus Steuermitteln an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vollständig ausgeglichen werden.

Begründung:

Grundsätzlich werden alle Maßnahmen begrüßt, die beruflich Pflegenden Schichtarbeit, Arbeit an Wochenenden oder in der Nacht erleichtern. Dies kann auch ein Beitrag sein, dem Fachkraftmangel zu begegnen. Jedoch gibt es auch eine Vielzahl anderer Berufsgruppen, die ähnlichen Bedingungen ausgesetzt und deren Tätigkeit ebenfalls für das Gemeinwohl unverzichtbar sind. Insofern wird die notwendige Unterstützung dieser Menschen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen und die vorgesehene Übertragung einer Teilfinanzierungsverantwortung bis maximal 7 500 Euro pro Pflegeeinrichtungen auf die Pflegeversicherung – und damit auf deren Beitragszahler – insofern als versicherungsfremde Aufgabe angesehen, die aus Finanzierungsaufwendungen aus Bundesmitteln ausgeglichen werden müssen. Auch vor dem Hintergrund der seitens der Bundesregierung für das Jahr 2019 angekündigten deutlichen Beitragserhöhungen in der Pflegeversicherung wäre ein Ausgleich aus Bundesmitteln zielführend.

Die vorgeschlagene Maßnahme zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen entspricht gängiger Praxis bei anderen Sozialversicherungsträgern, zum Beispiel der Kranken- oder der Rentenversicherung.

35. Zu Artikel 11 Nummer 7a – neu – (§ 40 Absatz 2 Satz 1 SGB X)

In Artikel 11 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7a einzufügen:

‚7a. In § 40 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „45“ ersetzt.‘

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) wurde der ursprünglich für 2017 vorgesehene nächste Prüfungszeitpunkt mit einer möglichen Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2018 auf das Jahr 2020 verlegt, so dass die nächste Leistungsanpassung demnach erst zum 1. Januar 2021 anstünde.

Die Verlegung des Prüfungszeitpunktes erfolgte mit der Begründung, dass anstehende Anpassungen bereits in die Leistungsverbesserungen durch das PSG II zum 1. Januar 2017 eingeflossen sind.

Der Wert der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel ist im Gegensatz zu zahlreichen anderen Leistungen mit dem PSG II jedoch nicht erhöht worden. Hier erfolgte die letzte und seit Einführung der Pflegeversicherung einzige Erhöhung mit dem Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) zum 1. Januar 2015.

Damit pflegebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben und ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können, wird der Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 45 Euro monatlich angehoben – einschließlich der nach § 30 vorzunehmenden Dynamisierung. Nachdem die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zum 1. Januar 2015 weit überdurchschnittlich erhöht wurden, erscheint hier ein Abwarten bis zur nächsten Leistungsanpassung vertretbar.

36. Zu Artikel 11 Nummer 17 Buchstabe a – neu – und Buchstabe b (§ 89 Absatz 3 Satz 2 und Satz 3 SGB XI)

Artikel 11 Nummer 17 ist wie folgt zu fassen:

‚17. § 89 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Die Vergütungen haben“ die Wörter „ eine Bezahlung von Gehältern in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gesondert“ und nach den Wörtern „zu berücksichtigen“ das Wort „sowie“ eingefügt.

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„... < wie Vorlage > ...“ ‘

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde die Finanzierung von Tariflöhnen durch die Kostenträger erleichtert. Die Bezahlung von tarifvertraglich oder kirchenarbeitsrechtlich vereinbarten Gehältern darf seitdem durch die Kostenträger nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Nachdem diese Regelung in privatwirtschaftlich geführten Pflegeeinrichtungen ohne unmittelbare Tarifbindung nicht griff und um einen Gleichklang der leistungsgerechten Bezahlung zwischen Pflegekräften in tarifgebundenen und nichttarifgebundenen Pflegeeinrichtungen herzustellen, wurde mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz geregelt, dass auch die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe von Tariflöhnen von den Kostenträgern als wirtschaftlich anerkannt werden muss. Hierdurch sollten insbesondere nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtungen ermutigt werden, Einzelverhandlungen zu führen, um die Löhne ihrer Mitarbeiter bis auf Tarifniveau steigern zu können.

Nach den ersten Erfahrungen haben diese Regelungen zu nur teils und nur geringfügig höheren Vergütungen der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI bei Verträgen gemäß § 89 SGB XI für Pflegedienste, die bei Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege organisiert sind, gegenüber entsprechenden Verträgen für Pflegedienste, die bei Interessenvertretungen privater Anbieter organisiert sind, geführt.

Gerade in der ambulanten Versorgung haben die bisherigen Regelungen nicht zu einer flächendeckenden Anhebung der Gehälter von Pflegefachkräften auf das Niveau der Entlohnung vergleichbarer Fachkräfte geführt.

Eine verpflichtende Differenzierung in den Verträgen nach § 89 SGB XI sowohl beim Punktwert des Komplexleistungssystems, als auch bei der Vergütung nach Zeit und bei der Vergütung von Pauschalen danach, ob der Träger eines Pflegedienstes Gehälter in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen beziehungsweise entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zahlt oder nur dahinter zurück bleibt, soll die Bereitschaft für flächendeckende Tarifverträge erhöhen, zumindest eine flächendeckenden Anhebung der Gehälter von Pflegefachkräften auf das Niveau der Entlohnung vergleichbarer Fachkräfte erreichen.

Die notwendigen Nachweise für eine entsprechende Bezahlung sind durch Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI auf die entsprechende Geltung des § 84 Absatz 7 SGB XI sichergestellt.

37. Zum Gesetzentwurf allgemein

a) Der Bundesrat begrüßt, das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

b) Der Bundesrat macht darauf aufmerksam, dass auch die Versorgung durch Hebammen und Entbindungspfleger vor vergleichbaren Problemen steht wie die Pflege: In Deutschland kommen mehr als 98 Prozent der Kinder im Krankenhaus zur Welt, zudem steigen seit einiger Zeit die Geburtenzahlen wieder deutlich an. Jedoch hat fast jedes zweite Krankenhaus mit einer Geburtshilfeabteilung Schwierigkeiten, offene Hebammenstellen zu besetzen. Es gibt zu wenige Hebammen-Planstellen in den Kreißsälen, um eine angemessene Hebammenbetreuung während der Geburt sicherzustellen. Zusätzlich können im Durchschnitt schon jetzt in jedem Kreißsaal 1,6 Hebammen-Planstellen nicht besetzt werden.

c) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren, vor dem Hintergrund der unter Buchstabe b aufgeführten Punkte, eine Erweiterung des Gesetzesvorhabens um die Hebammenstellen und Hebammenpersonalkosten zu prüfen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob und wie:

– die geplante vollständige Refinanzierung jeder zusätzlichen und jeder aufgestockten Pflegestelle am Bett ebenso für die Hebammenstellen im Kreißsaal ermöglicht werden kann;

– die angestellten Hebammen in die für die Pflege vorgesehene vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen einbezogen werden können;

– die für das Jahr 2020 vorgesehene Bereinigung der DRG um die Pflegepersonalkosten und die Einführung neuer Pflegebudgets, mit der den Krankenhäusern die tatsächlichen Kosten der Pflege erstattet werden sollen, in analoger Weise auch auf den Hebammenbereich übertragen werden kann;

– der Auftrag an die Vertragspartner sowie an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, bis zum Jahr 2020 die Grundlagen für und die Umsetzung eines neuen Finanzierungskonzeptes zu erarbeiten, um die Hebammen erweitert werden kann.

Begründung:

Vor dem Hintergrund der benannten Probleme in der stationären Hebammenversorgung würde eine Ausweitung der geplanten Regelungen auf angestellte Hebammen zu einer nachhaltig spürbaren Entlastung und Sicherstellung der Versorgung in der Geburtshilfe führen, da hieraus unmittelbar der Anreiz einer vermehrten Einstellung von Hebammen und damit ein besserer Betreuungsschlüssel für die werdenden Mütter folgt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

38. Die Pflegekräfte in den Rehabilitationseinrichtungen sind ähnlichen Belastungen ausgesetzt wie Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Der vorliegende Gesetzentwurf trägt jedoch nur der Stärkung der bedarfsgerechten Ausstattung der medizinischen Behandlungspflege in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen Rechnung. Es steht zu befürchten, dass sich in der Folge die Personalprobleme in den Rehabilitationseinrichtungen durch Abwanderung der Pflegekräfte in Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen noch verschärfen werden. Vor diesem Hintergrund sollten die Rehabilitationseinrichtungen im „Sofortprogramm Pflege“ ebenfalls Berücksichtigung finden.

39. Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Regelungen des PpSG zur Finanzierung des Pflegepersonals, zur Förderung der IT-Modernisierung, zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zur Beteiligung an der Ausbildung der Pflegekräfte sinngemäß auf Rehabilitationskliniken übertragen werden können, um eine Benachteiligung gegenüber Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Wettbewerb um Pflegekräfte und Auszubildende zu vermeiden.

Begründung:

Das vorgeschlagene Gesetz bringt massive Nachteile für Rehaeinrichtungen.

a) Benachteiligung bei der Finanzierung von Pflegekräften

Ab Januar 2019 können in stationären Pflegeeinrichtungen 13 000 Pflegekräfte neu eingestellt werden. Jede zusätzliche oder aufgestockte Stelle für Pflegekräfte in Krankenhäusern wird voll von der Krankenversicherung finanziert. Darüber hinaus werden die Tarifsteigerungen in der Krankenhauspflege vollständig von den Kostenträgern übernommen (rückwirkend ab dem Jahr 2018). Bundesweit sind 38 000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Der Wettbewerb könnte erheblich verzerrt werden, wenn das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen bevorzugt.

Die Rehakliniken sind im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt. Dabei ist auch dort der Pflegenotstand angekommen. Die verschärfte Wettbewerbsverzerrung kann dazu führen, dass Personal von den Rehakliniken abgeworben wird, oder Pflegekräfte aus den Rehakliniken freiwillig abwandern. Die Rehakliniken könnten ihre Konkurrenzfähigkeit verlieren.

Es sollte auch für Pflegekräfte in Rehaeinrichtungen finanzielle Unterstützung geben. Der Verlust von Pflegekräften in der Rehabilitation würde die Anschlussversorgung für Krankenhauspatienten gefährden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

b) Unterstützung der Modernisierung der IT-lnfrastruktur

Die Pflegeversicherung unterstützt nach dem vorliegenden Gesetzentwurf über eine 40-prozentige Kofinanzierung einmalig die Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu 12 000 Euro.

Ziel ist eine Entlastung der Pflegekräfte. Insgesamt können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30 000 Euro je Einrichtung finanziert werden. Auch die Rehakliniken sollten in diese Förderung einbezogen werden.

c) Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Der Bund verpflichtet die Krankenkassen, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich speziell für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Der derzeit für diese Leistungen gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird auf 3,15 Euro angehoben. Diese Verpflichtung ist auch auf die betriebliche Gesundheitsförderung in Rehakliniken auszuweiten. Auch Pflegekräfte in Rehakliniken sind psychisch und physisch belastet.

d) Erhöhung der Ausbildungsträger für Pflegekräfte

Bundesweit sind 38 000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Der vorliegende Gesetzentwurf zielt darauf ab, mehr Pflegestellen zu schaffen. Aus diesem Grund muss auch die Zahl der Ausbildungsträger erhöht werden. Die Ausbildung wurde im Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehakliniken sind darin als Ausbildungsträger nicht genannt.

Sie können allerdings im Rahmen weiterer Einsätze ausbilden (§ 7 Absatz 2 PflBG).

Im Laufe der Umsetzung der Reform sollte geprüft werden, ob Rehabilitationsklinken als Ausbildungsträger einbezogen werden können.

40. <u>Zur Sicherstellung einer weiterhin flächendeckenden qualitativ hochwertigen Schlaganfallversorgung der Patientinnen und Patienten:</u>

a) Der Bundesrat macht darauf aufmerksam, dass durch die Umsetzung der aktuellen Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 19. Juni 2018, Az.: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R, eine Gefährdung der flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung – insbesondere in den Flächenländern – zu befürchten steht.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, Maßnahmen zu prüfen, die eine qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung auch in den Flächenländern weiterhin nachhaltig sicherstellen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob eine – und gegebenenfalls eine wie geartete – Anpassung oder Änderung der Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) zur neurologischen Komplexbehandlung (OPS 8-981 und 8-98b) durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), einer Behörde im Geschäftsbereich des Bundeministeriums für Gesundheit (BMG), die notwendige Rechtsklarheit und Rechtssicherheit für die Abrechenbarkeit der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und damit Sicherung der flächendeckenden Leistungserbringung durch die Kliniken gewährleistet.

Begründung:

Das Bundessozialgericht hat mit den Urteilen vom 19. Juni 2018, Az: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R, Festlegungen zum Mindestmerkmal des OPS der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls getroffen, die sich auf die Neudefinition und Bewertung des Merkmals der „Transportzeit“ beziehen. Es steht zu befürchten, dass die Umsetzung dieser Urteile aufgrund ihrer Erlösrelevanz die flächendeckende, qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung – insbesondere in den Flächenländern – gefährdet.

Einzelne Krankenkassen zahlen die Leistungen der neurologischen Komplexbehandlungen – obwohl die schriftlichen Urteilsbegründungen noch nicht vorliegen – bereits jetzt nur noch unter Vorbehalt der Rückforderung beziehungsweise Stornierung und Verrechnung. Die leistungserbringenden Krankenhäuser sind aufgrund der Rückforderungsproblematik gezwungen, bilanzielle Rückstellungen zu bilden und es tritt eine Verunsicherung ein, wie in Zukunft diese für die Patienten überaus wichtigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können.

Die Anpassung und Änderung der OPS liegt in der Zuständigkeit des DIMDI.

Der Bundesrat bittet daher um die genannten Überprüfungen, um eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall auch weiterhin in allen Ländern nachhaltig sicherzustellen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.