

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

Inhalt	Seite
Vorbemerkungen	3
Artikel 1 und 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	6
§ 12a Absatz 1 Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nr. 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	6
§ 17a Absatz 1 § Finanzierung von Ausbildungskosten: Aussetzen der Anrechnungsschlüssel in der (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegehilfe.....	6
Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	8
§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	8
§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung	9
§ 20d Nationale Präventionsstrategie.....	9
§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	10
§ 87 Absatz 2a Erweiterung der Videosprechstunden.....	10
§ 119b Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen	11
§ 132a Absatz 1 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen	13
§ 132a Absatz 1 SGB V i. V. mit § 89 Absatz 3 SGB XI Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum	15

Artikel 10 und 11: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	18
§ 8 Absatz 5 Finanzierung einer fachlich unabhängigen Institution aus Mitteln des Ausgleichsfonds (Datenauswertungsstelle).....	18
§ 8 Absatz 6 SGB IX i. V. mit § 37 Absatz 2a SGB V Finanzierung zusätzlicher Stellen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege	18
§ 8 Absatz 7 Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.....	21
§ 8 Absatz 8 Förderung des Entlastungspotentials digitaler Anwendung in der Pflege	22
§ 33 Leistungsvoraussetzung.....	25
§ 37 Absatz 3 Neuregelungen zur Vergütung der Beratungseinsätze i.V. mit § 106a Mitteilungspflicht und i. V. mit § 146 (neu) Übergangs- und Überleitungsregelungen	25
§ 37 Absatz 4 Einwilligung in Beratungsbesuche i.V. mit § 106 a Mitteilungspflicht	27
§ 37 Absatz 5 Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche.....	28
§ 38 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen.....	28
§ 133 Rechtsform Pflegevorsorgefonds	30

Vorbemerkungen

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bedanken sich für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) Stellung zu nehmen können. Sie machen davon gerne Gebrauch und nehmen gemeinsam im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) Stellung. Dabei beschränken wir uns im Wesentlichen auf die Teile des Gesetzes, welche die Altenpflege und Häusliche Krankenpflege betreffen.

Die Intention des vorliegenden Gesetzesentwurfs, eine spürbare Verbesserung im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen und damit auch die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen zu verbessern, wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrt grundsätzlich begrüßt. Dreh- und Angelpunkt eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes muss die Verbesserung der Arbeitssituation in der Langzeitpflege und in der Häuslichen Krankenpflege sein, die seit Jahren durch eine nicht mehr tragbare Arbeitsverdichtung geprägt ist. Der zentrale Schlüssel hierzu ist eine Verbesserung der Personalsituation und eine Reduktion der Arbeitsverdichtung. Die vorgesehenen Maßnahmen einer zusätzlichen Personalgewinnung in der stationären Langzeitpflege können dazu nur ein erster Schritt sein. Sie sind nicht ausreichend, um den Pflegenotstand wirksam zu beheben. Denn es ist weiterhin kein Gesamtkonzept oder ein Masterplan erkennbar, mit dem die Versorgungs- und Betreuungssituation von Pflegebedürftigen nachhaltig verbessert wird. Im Rahmen der Konzertierte Aktion muss ein stimmiger Masterplan aufgestellt werden, mit dem mittelfristig 100.000 zusätzliche Pflegekräfte gewonnen werden können. Dazu gehört die Schaffung von Rahmenbedingungen für gute Arbeit, eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte und mehr Zeit für Pflege, Betreuung und Gespräche.

Die Kosten dieser Verbesserungen dürfen nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen. Eine substantielle Entlastung würde eine vollständige Zuordnung der Finanzverordnung für die medizinische Behandlungspflege in die Krankenversicherung darstellen. Damit würde die Benachteiligung der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen gegenüber den zu Hause gepflegten Menschen aufgehoben, denn heute müssen die Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen die medizinische Behandlungspflege aus eigener Tasche bezahlen bzw. sie wird subsidiär durch die Sozialhilfe übernommen. Verschiedene Berechnungen der letzten Jahre haben ergeben, dass die Vollfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege einen Umfang von mindestens ca. 3 Mrd. Euro kosten würde. Folglich stellt die hier vorgeschlagene Regelung erst einen ersten Teilschritt. In einem nächsten dringlich erforderlichen Schritt müssen die Kosten für die medizinische Behandlungspflege vollständig der Finanzverantwortung der Krankenversicherung zugeordnet werden. Daneben möchten wir zu bedenken geben: Würden nicht nur die jetzt geplanten 640 Mio. Euro, sondern die mindestens 3 Mrd. Euro, für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert, könnten fast 50.000 zusätzliche Stellen neu geschaffen werden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege merken kritisch an, dass der Referentenentwurf ein substantielles Ungleichgewicht zwischen den Maßnahmen zur Personalverbesserung in der Altenpflege, der häuslichen Krankenpflege und denen im Krankenhaus aufweist. Nach dem Entwurf wird im Krankenhaus zukünftig jede zusätzliche Stelle in der Pflege finanziert. In stationären Pflegeeinrichtungen werden dem Verteilungsschlüssel in § 8 Absatz 6 entsprechend lediglich bis zu 2 Pflegestellen – und dies auch nur für Einrichtungen ab 121 Plätzen – refinanziert. Hier werden ungleiche Voraussetzungen geschaffen, die eine Pflegepersonal-Abwanderung in die Krankenhäuser begünstigen könnten, da im Krankenhausbereich ggf. bessere Rahmenbedingungen vorgehalten werden können.

Im Krankenhausbereich werden auch alle Tarifikostensteigerungen refinanziert, was wir begrüßen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich seit Jahren für eine Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege einschließlich der Anerkennung der Tarifsteigerungen ein. Wir appellieren an den Gesetzgeber, diesen Schritt mit dem Pflegesofortprogramm endlich zu vollziehen. Des Weiteren fordern die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, im Gesetzentwurf klarzustellen, dass die Anrechnung von Auszubildenden auf den Personalschlüssel zumindest im ersten Ausbildungsjahr nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der ambulanten und stationären Altenpflege entfallen muss. Wir setzen uns darüber hinaus dafür ein, dass die Anrechnung von Auszubildenden auf den Personalschlüssel generell entfällt, denn Auszubildende sind Lernende und keine voll einsetzbaren Arbeitskräfte.

Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass der Entwurf den ambulanten Bereich der Altenpflege gegenüber dem stationären Bereich zu wenig in den Blick nimmt. So ist es nicht nachvollziehbar, warum Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nur den stationären Einrichtungen zugutekommen sollen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen auch im ambulanten Bereich hier dringlichen Handlungsbedarf. Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und die Senkung des Krankenstands, die als Ziel der Nationalen Präventionsstrategie vereinbart werden sollen, stellen für ambulante Pflegedienste ebenfalls ein zentrales Thema dar.

Darüber hinaus ist die systematische Nichtberücksichtigung der Häuslichen Krankenpflege nach den §§ 37 und 132 SGB V im Referentenentwurf scharf zu kritisieren. Die häusliche Krankenpflege stellt ein zentrales Element in der ambulanten pflegerischen Krankversorgung dar. Sie ist systemisch in alle Regelungen des vorliegenden Referentenentwurfs einzubeziehen. Dazu gehört auch die uneingeschränkte Anerkennung der tariflichen Vergütung in § 132a SGB V.

Zu begrüßen ist, dass der Referentenentwurf der Forderung der Freien Wohlfahrtspflege nach einer anderen Vergütungsregelung der Beratungseinsätze der Pflegedienste nach § 37 Absatz 3 Rechnung trägt.

Positiv zu würdigen ist im Weiteren die Anschubfinanzierung für die digitale Transformation in der Altenpflege. Durch den klugen Einsatz moderner digitaler Technologien können Pflegekräfte in ihrem verdichteten Arbeitsalltag entlastet werden und somit wieder mehr Zeit für die Betreuung der pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung haben. Gleichzeitig merken wir an, dass der vorgesehene Förderzeitraum von

2019-2021 für eine solche Anschubfinanzierung wesentlich zu kurz bemessen ist, um den gewaltigen Prozess der digitalen Modernisierung bewältigen zu können. Hier benötigen die Einrichtungen und Dienste eine längerfristige Unterstützung, wie sie für den Krankenhausbereich in § 12a KHG ohne eine zeitliche Beschränkung vorgesehen ist.

Der Referentenentwurf sieht auch Maßnahmen zur dringend erforderlichen Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Der Ansatz, zu diesem Zweck die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V verpflichtend auszugestalten, kann jedoch dieses Problem nicht heilen und verfehlt das Ziel im Kern. In den stationären Einrichtungen mangelt es vor allem an einer guten fachärztlichen Versorgung, die mit Kooperationsverträgen mit Ärztinnen und Ärzten, die in die Einrichtungen kommen, nicht gelöst werden können. Eine fachärztliche Behandlung erfordert zumeist den Einsatz von Instrumenten, die nur in der Facharztpraxis vorhanden sind. Auch können Fachärztinnen und -ärzte in der Einrichtung vor Ort die hygienischen Anforderungen an die Behandlung, nicht herstellen bzw. erfüllen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen deshalb vor, die Rahmenbedingungen für den Transport der Patientinnen und Patienten in die Arztpraxen zu entbürokratisieren und Begleitsdienste zu finanzieren.

Artikel 1 und 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 12a Absatz 1 Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nr. 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Investitionskosten für die Pflegeschulen fördern und Anschubfinanzierung der Pflegeschulen sicherstellen

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen die Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung, da die Krankenhäuser aktuell vor einem großen Investitionsstau stehen. In der Vergangenheit kam es daher oftmals vor, dass die innerhalb der DRG-Fallpauschalen enthaltenen kalkulatorischen Pflegekosten zur Finanzierung von Investitionen verwendet wurden – zulasten der Pflegepersonalausstattung. Als eine von mehreren förderungsfähigen Maßnahmen werden in § 12a Absatz 1 KHG und § 11 Absatz 1 Nr. 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung auf die „Schaffung [oder Erweiterung] zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten nach § 2 Absatz 1a Buchstabe e bis g“ verwiesen.

Dringend erforderlich ist die Refinanzierung der Investitionskosten der Pflegeschulen. Dies kann u.E. mit dem § 12a nicht erreicht werden, da sich die förderungsfähigen Tatbestände hier vorrangig auf bauliche Maßnahmen beschränken.

In § 27 Absatz 1 PflBG ist enthalten, dass die Investitionskosten der Pflegeschulen nicht zu den Ausbildungskosten gehören. Da die Pflegeschulen neben dem Ausbildungsbudget keine anderen Erträge und Einnahmen haben, ist eine zusätzliche Finanzierung ihrer Investitionskosten jedoch unabdingbar.

Darüber hinaus entstehen den Pflegeschulen im Rahmen der Umstellung auf die neue Pflegeausbildung einmalige Mehraufwendungen, für die eine Anschubfinanzierung benötigt wird. **Aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege ist die Finanzierung der Investitionskosten sowie eine Anschubfinanzierung der Pflegeschulen dringend geboten, um keine Ausbildungskapazitäten in der Pflege zu verlieren. Des Weiteren ist eine Förderung von baulichen Maßnahmen zur Erweiterung von bestehenden oder der Schaffung von neuen Ausbildungskapazitäten auch im Bereich der Altenpflege wünschenswert.**

§ 17a Absatz 1 § Finanzierung von Ausbildungskosten: Aussetzen der Anrechnungsschlüssel in der (Kinder-)Krankenpflege und Krankenpflegehilfe

Keine Anrechnung der Auszubildenden auf den Personalschlüssel in der Altenpflege

Die Änderung in § 17a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sieht vor, dass die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung in der (Kinder-)Krankenpflege und der Kinderkrankenpflegehilfe ab 01.01.2019 nur noch für das zweite und dritte Aus-

bildungsjahr auf die Stelle einer examinierten Pflegefachperson angerechnet werden müssen. Dies bedeutet faktisch die Aussetzung der jeweiligen Anrechnungsschlüssel für das erste Ausbildungsjahr, was von den Verbänden der BAGFW grundsätzlich begrüßt wird. Im Gesamtkontext des Gesetzesentwurfs wurde jedoch, analog zu der Förderung der Ausbildungsstrukturen, auch hier der Bereich der Altenpflege nicht bedacht.

Das Pflegeberufegesetz, welches in seinen wesentlichen Teilen zum 01.01.2020 in Kraft tritt, sieht allerdings die Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenplan nicht nur in der Akutpflege, sondern auch in der ambulanten und stationären Langzeitpflege vor.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern somit die durch das Pflegeberufegesetz intendierte Gleichstellung aller Versorgungsbereiche auch im Hinblick auf das Aussetzen der Anrechnungsverhältnisse umzusetzen. Es sind daher die entsprechenden Vorschriften zu ergänzen, die das Aussetzen der Anrechnungsschlüssel in dem ersten Ausbildungsjahr für die ambulante und stationäre Langzeitpflege zum Gegenstand haben.

Wünschenswert wäre allerdings das vollständige Aussetzen der Anrechnungsverhältnisse über den gesamten Ausbildungsverlauf, da die Auszubildenden in erster Linie als Lernende des Pflegeberufs zu betrachten sind, einem Berufsstand, der eine systemrelevante Schlüsseldienstleistung vorhält. Die Auszubildenden sollten daher weniger unter der Prämisse der betrieblichen Verwertbarkeit betrachtet werden, sondern vielmehr vor dem Hintergrund des Beitrags zu der gesamtgesellschaftlichen Wertschöpfung, die durch die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualifizierten medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung hervorgebracht wird.

Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Keine Verschiebung der Mindestausgaben für Prävention zugunsten der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Verbände der BAGFW kritisieren die Veränderung in der Gewichtung der Mindestausgabe von 7 Euro für die Prävention zu Gunsten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die hohen Arbeitsbelastungen, unter denen viele Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen leiden, sind nach Auffassung der BAGFW nicht allein durch betriebliche Präventionsmaßnahmen zu reduzieren. Hierzu bedarf es vor allem deutlicher Veränderungen in den Rahmenbedingungen für die Dienste und Einrichtungen. Wir weisen zudem darauf hin, dass die Unfallversicherung der Sozialversicherungszweig ist, der sich umfassend mit Fragen der betrieblichen Prävention beschäftigt. Die gesetzliche Unfallversicherung ist zudem seit dem Jahr 1996 mit einem „erweiterten Präventionsauftrag“ versehen, der über den klassischen Arbeitsschutz deutlich hinausgehend gesundheitsfördernd ausgerichtet ist. Nach der Reform des Jahres 2013 umfasst die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz zudem psychische Belastungen.

Eine Vorrangstellung der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber nicht-betrieblichen Settings können die Verbände der BAGFW nicht unterstützen. Der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern im Bereich der Pflege ist nur eines von mehreren legitimen Zielen von Prävention. Die Verbände der BAGFW sehen einen wesentlichen Schwerpunkt der Prävention in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensbedingungen in den verschiedenen Settings.

Aus Sicht der BAGFW ist es zudem nicht nachvollziehbar, warum nur Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen, nicht jedoch ambulante Pflegedienste, die Häusliche Krankenpflege und Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation gefördert werden sollen.

Statt einer stärkeren Gewichtung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Verantwortung der Krankenkassen - die wichtig bleibt - zu Lasten anderer Settings, regen die in der BAGFW kooperierenden Verbände an, dass – in Umsetzung von § 20b Absatz 2 SGB V – die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Unfallversicherung verbessert wird. Dazu müssen die in § 20b Absatz 2 genannten Arbeitsgemeinschaften gebildet werden.

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Bildung von regionalen Koordinierungsstellen nach § 20b Absatz 3 SGB V ist nach Informationsstand der BAGFW bisher kaum zustande gekommen. Dies ist nachzuholen.

So begrüßenswert es ist, dass Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung von den regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen beraten und unterstützt werden sollen, so fragwürdig ist die Beschränkung auf diese Einrichtungen. Gründe hierfür sind nicht ersichtlich. Es sollte auch bedacht werden, dass die verwendeten Sozialversicherungsbeiträge sich aus den Löhnen und Gehältern der Beschäftigte aller Branchen speisen.

Lösungsvorschlag

Streichung der Neuregelungen der §§ 20a und 20b.

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

Erweiterung der Ziele auf die ambulanten Pflegeeinrichtungen, die Häusliche Krankenpflege sowie die ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen

Die BAGFW begrüßt, dass die Ziele der Nationalen Präventionsstrategie auf die Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und die Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in der Pflege ausgeweitet werden sollen. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum nur stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen in die Nationale Präventionsstrategie einbezogen werden sollen. Der Krankenstand in der Pflege ist sowohl in ambulanten wie in stationären Einrichtungen gegenüber anderen Berufsgruppen deutlich erhöht. Nach Angaben der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) besteht für die Beschäftigten in der Pflege ein erhöhtes Risiko physischer und psychischer Beeinträchtigungen. Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische Belastungen wie Schlafstörungen, Depression bis hin zu Burn-out-Syndromen sind dabei die am häufigsten auftretenden Gesundheitsrisiken. Verbesserungen sind somit auch im Bereich der betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich, wie z.B. der Einsatz und die Akzeptanz von Hilfsmitteln zur körperlichen Entlastung, die Einhaltung von Ruhepausen oder Coachings zur Konfliktlösung. Nach Angaben des Gesundheitsatlas 2017 der BKK liegt der Krankenstand der Arbeitnehmer/innen in stationären Pflegeeinrichtungen bei durchschnittlich 24 Tagen im Vergleich zu allen anderen Beschäftigten, die im Durchschnitt 16 Tage krank sind.

Die Verbände der BAGFW fordern, auch die ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die ambulanten Pflegedienste und die Häusliche Krankenpflege in die Nationale Präventionsstrategie einzubeziehen.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige ist sachgerecht

Mit § 40 Absatz 2 werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von pflegenden Angehörigen dahingehend erweitert, dass eine stationäre Rehabilitation unabhängig von dem nach Absatz 1 geltenden Vorrang der ambulanten Rehabilitation möglich wird. Die BAGFW begrüßt die Neuregelung, da dadurch pflegende Angehörige darin unterstützt werden, rehabilitative Leistungen in einem von der oftmals belastenden Alltagspraxis gelösten Setting in Anspruch zu nehmen. Bereits nach geltendem Recht kann dies auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung geschehen, mit der ein Vertrag nach § 111a SGB V besteht. Bislang wurde diese Möglichkeit allerdings nur wenig in Anspruch genommen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände erhoffen sich durch die neue Bestimmung, dass mehr pflegende Angehörige mit rehabilitativem Bedarf diese stationären Leistungen in Anspruch nehmen. Dazu ist es aber auch erforderlich, dass die Krankenkassen eine entsprechende Information und Beratung ihrer Versicherten sowie die Zuweisungen zu den Rehabilitationseinrichtungen sicherstellen.

Nicht nachvollzogen werden kann, warum die Neuregelung 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 PNG wurde auch im § 23 Absatz 5 SGB V vorgegeben, dass die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen seien.

Die Verbände der BAGFW fordern deshalb, dass auch beim Anspruch auf stationäre medizinische Vorsorge der Vorrang ambulanter Maßnahmen für pflegende Angehörige ausgenommen wird. So würde für pflegende Angehörige nachvollzogen, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter gleichermaßen für die stationäre Vorsorge wie auch für die stationäre Rehabilitation geregelt und in ähnlich belastender Alltagssituation begründet ist.

§ 87 Absatz 2a Erweiterung der Videosprechstunden

Die Verbände der BAGFW begrüßen, dass die Einengung der Videosprechstunde auf bestimmte Indikationen, Krankheitsbilder und Fachgruppen künftig entfallen soll und den Ärztinnen und Ärzten nun ein weites Ermessen eröffnet wird, in welchen Fällen Videosprechstunden für die Versorgung der Patientinnen und Patienten sinnvoll sind. Es ist besonders positiv zu bewerten, dass bei den zu treffenden Neuregelungen der Videosprechstunden den Belangen pflegebedürftiger Menschen besonders Rechnung getragen wird. Modellprojekte, bei denen Videosprechstunden in Pflegeheimen angeboten werden, wie z.B. „Medizin und Mehr“ (MuM) in der Region Osnabrück, haben gezeigt, dass sich dieses Instrument bewährt hat, so z.B. bei der Überprüfung der Medikation, der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen oder der Wundkontrolle. Die Videosprechstunde kann somit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen leisten.

Des Weiteren zeichnen sich durch die Videosprechstunde Kosteneinsparungen ab. So konnten beispielsweise bei der Wundkontrolle 25.000 Euro an Transportkosten für den Transport von Betroffenen in Praxen und Wundzentren eingespart werden.

Gerade pflegebedürftige Menschen werden für die Durchführung der Videosprechstunde technische Assistenz benötigen. Darüber hinaus wird bei diesem Personenkreis für die Diagnosestellung und die Sicherstellung der weiteren Behandlung Unterstützung von Pflegepersonen bzw. Pflegepersonal erforderlich sein, sei es im häuslichen Bereich oder in stationären Pflegeeinrichtungen. Das zeigt auch das Modellprojekt MuM. Auch die Gesetzesbegründung geht davon aus, dass im Rahmen von Videosprechstunden häufig Fallkonferenzen zwischen medizinischem und pflegerischem Personal erforderlich sind. Der Referentenentwurf sieht vor, dass es für diese Fallkonferenzen Vergütungszuschläge für die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des EBM geben soll.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, dass auch Pflegefachkräfte für die Teilnahme an solchen Fallkonferenzen angemessen vergütet werden müssen und dass entsprechende Zuschläge für Pflegepersonal aus dem SGB V refinanziert werden müssen. Dies ist im Gesetzentwurf zwingend nachzubessern.

§ 119b Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

Verpflichtende Regelung zum Abschluss von Kooperationsverträgen kann dringend erforderliche fachärztliche Versorgung im Pflegeheim nicht verbessern

Der Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Vertragsärztinnen und -ärzten und vollstationären Pflegeeinrichtungen ist nur sehr begrenzt geeignet, um die mangelhafte (fach-)ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zu verbessern. Die „Muss“-Regelung des § 119b SGB V-RefE, die den stationären Pflegeeinrichtungen nach den vorausgegangenen „Kann-“, (PNG) und „Soll“-Regelungen (HPG) nunmehr eine unabweisbare Pflicht zum Abschluss solcher Verträge auferlegt, lehnen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege jedoch entschieden ab. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen muss in stationären Einrichtungen ebenso wie in der eigenen Häuslichkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegen. Die Formulierung in § 119b Absatz 1 Satz 1, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen von der Pflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsverträgen gemäß § 75 Absatz 1 SGB V unberührt bleibt, wird durch die Neuregelung des RefE geradezu ad absurdum geführt. **Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, die Initiative zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung eindeutig den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuweisen.** Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtungen, bei Nichtvermittlung von Verträgen mit Vertragsärztinnen und -ärzten, selbst einen Heimarzt / eine Heimarztin anzustellen, löst das Problem der mangelhaften ärztlichen Versorgung ebenfalls

nicht, denn ein Heimarzt / eine Heimärztin kann in der Regel nur eine spezifische Arztgruppe vertreten, wie z.B. die Allgemeinmedizin oder die Innere Medizin.

Des Weiteren weisen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf das Grundproblem hin, dass vor allem die fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen defizitär ist. So mangelt es vor allem an der zugehenden Versorgung durch Fachärzte und Fachärztinnen der Urologie, Gynäkologie, HNO-Heilkunde, Psychiatrie und Neurologie sowie Augenheilkunde. Diese kann auch mit einer Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen nicht bzw. nur in sehr begrenztem Maße geheilt werden, denn für die Behandlung der fachärztlichen medizinischen Probleme der Patientinnen und Patienten bedarf es in der Regel des Einsatzes von Instrumenten, die nicht mobil, sondern nur vor Ort in der Facharztpraxis eingesetzt werden können. Für viele notwendige Behandlungen bestehen zudem Anforderungen an hygienische Bedingungen, welche der Facharzt / die Fachärztin in einer Pflegeeinrichtung vor Ort nicht herstellen bzw. gewährleisten kann, wie z.B. bei Zahnextraktionen. **Die dringend notwendige Verbesserung der fachärztlichen Versorgung erfordert daher den Transport des Patienten oder der Patientin in die Praxis. In vielen Fällen wird dafür auch eine Begleitperson erforderlich sein. Die Regelungen zum Krankentransport nach § 60 SGB V sind zu vereinfachen.** So soll die Genehmigung des Krankentransports durch die Krankenkasse nach § 60 Absatz 1 Satz 4 SGB V für pflegebedürftige Menschen ab dem Pflegegrad 2 entfallen.

Die Vertragsärztinnen und -ärzte erhalten für die ärztliche Versorgung in der Pflegeeinrichtung einen Vergütungszuschlag gemäß § 87 Absatz 2 Satz 3, 2. Hs. Nr.1 und 2 SGB V. Der zusätzliche Aufwand der stationären Pflegeeinrichtung bleibt hingegen bislang unberücksichtigt. Da der Aufwand im Rahmen der ärztlichen Versorgung erfolgt, setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege dafür ein, dass die Koordinationstätigkeit der Pflegefachkräfte in der Einrichtung nach § 119b Absatz 1 Satz 8 RefE durch einen Vergütungszuschlag aus dem SGB V refinanziert wird. Sollte eine Refinanzierung aus dem SGB XI erfolgen, ist sicherzustellen, dass die pflegebedürftigen Menschen bzw. der Sozialhilfeträger mit diesem Zuschlag nicht belastet werden.

Die Neuregelung des § 119b Absatz 1 Satz 8 RefE, dass die Koordination durch eine verantwortliche Pflegefachkraft erfolgen soll, lehnen die Verbände der BAGFW ab, denn die Regelung widerspricht pflegefachlichen Konzepten, z.B. der personenzentrierten Bezugspflege. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die elektronische Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch für die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten ausgebaut und für die Kooperationsverträge nach § 119b nutzbringend eingesetzt werden soll. Speziell für die Kooperationsverträge sollen bis zum 30. Juni 2019 zwischen dem GKV und der KBV bzw. KZBV Anforderungen vereinbart werden, zu denen die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ins Benehmen zu setzen sind. Da die Pflegeeinrichtungen vom elektronischen Datenaustausch im Zusammenhang mit den Kooperationsverträgen unmittelbar betroffen sind, ist es erforderlich, dass die Vereinbarung nicht nur im „Benehmen“, sondern im „Einvernehmen“ mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen getroffen wird.

Gemäß der Begründung zum RefE ist das Ziel der Regelung, dass sich die Telematikinfrastruktur (TI) nach § 291a SGB V zur zentralen Kommunikationsinfrastruktur im Gesundheitswesen entwickelt. Die Einbindung der Pflege in die Telematikinfrastruktur entspricht einer Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und ist sehr zu begrüßen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass der neue § 119b Absatz 2a rechtssystematisch insgesamt eine schwierige Konstruktion darstellt, da er das generelle Ziel der Anbindung der Pflege an die TI mit der spezifischen Regelung zu den Kooperationsverträgen im stationären Bereich vermischt. Diese Vermischung unterschiedlicher Ziele zeigt auch Satz 2 des Absatzes 2a, nach welchem auch ambulante Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken und Heil- und Hilfsmittelerbringer in die Definition von technischen Anforderungen eingebunden werden können. Unklar ist zudem, welche Akteure von der in Satz 2 genannten „für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ umfasst sein sollen.

Lösungsvorschlag

In § 119b Absatz 1 sind die Sätze 1 und 2 wie folgt zu formulieren:

„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend.“

Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes / einer Heimarztin im Falle des Nichtzustandekommens eines Vertragsabschlusses entfällt. In § 119b Absatz 1 sind die Sätze 3 und 4 daher zu streichen.

§ 119b Absatz 1 Satz 8 (Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft) ist zu streichen.

In § 119 Absatz 2a Satz 1 ist das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ zu ersetzen.

§ 132a Absatz 1 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen

Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege

Der vorgelegte Referentenentwurf für das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz zielt auf die vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal im Krankenhaus durch die Krankenversicherung. Dies wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege ausdrücklich begrüßt. Neben dem Krankenhausbereich ist aber auch eine vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen in der Häuslichen Krankenpflege erforderlich.

Bereits mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen wurde eine Neuregelung in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 eingeführt. Ausweislich der Gesetzesbegründung war damals intendiert, dass die angemessene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen sichergestellt sein muss. Diese Zielsetzung begrüßte die BAGFW.

Seit Jahren klappt jedoch eine erhebliche Differenz zwischen den von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen und den Personalkosten, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege aufgrund der tatsächlichen tariflichen Steigerungen refinanzieren müssen. Die Krankenkassen verweisen dabei immer wieder auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Absatz 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, trägt die BAGFW zwar grundsätzlich mit. Gleichzeitig muss es Leistungserbringern jedoch möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Absatz 1 SGB V). Daher muss auch die Leistungsvergütung angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde bereits im Ersten Pflegestärkungsgesetz in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGFW die mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen verbundene Neuregelung, dass Tariflöhne oder entsprechende Arbeitsvergütungen nicht tarifgebundener Leistungserbringer nachgewiesen werden müssen und es dazu eine entsprechende Transparenzvorgabe geben muss, ausdrücklich. Die Nachweispflicht stellt jedoch keinen Selbstzweck dar. Den Nachweis zu führen macht nur Sinn, wenn gleichzeitig bei Vergütungsverhandlungen anerkannt ist, dass die Zahlung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten stets als Kriterium wirtschaftlichen Handelns gilt. Dies ist im Gesetzestext *expressis verbis* zu verankern und § 132a Absatz 4 ist entsprechend zu ergänzen.

In § 132a Absatz 4 ist unseres Erachtens des Weiteren dringend zu streichen, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind. Unabdingbar ist, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; dies jedoch steht bereits in § 132a Absatz 4 Satz 6. Die Formulierung „preisgünstig“ findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die pflegerische Tätigkeit setzt ebenso wie die ärztliche Tätigkeit hohe Qualitätsstandards voraus, an welche die Berufsausübung gebunden ist. Es ist nicht geboten, die entsprechende Leistungserbringung an das Qualitätskriterien außer Acht lassende Merkmal der Preisgünstigkeit zu binden. Das Wort „preisgünstig“ ist ersatzlos aus § 132a Absatz 4 Satz 5 zu streichen.

Lösungsvorschlag:

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. **Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten. (...)**“

§ 132a Absatz 1 SGB V i. V. mit § 89 Absatz 3 SGB XI Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum

Der Referentenentwurf sieht eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raume durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten vor, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Hierzu soll ein unbürokratisch zu gewährender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festgelegt werden. Dieser Zuschlag ist auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung in § 89 Absatz 3 SGB XI zu berücksichtigen.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Absicht des Gesetzgebers für die geplante Änderung synchronisierte unbürokratische Regelungen in § 132a SGB V und § 89 SGB XI zu treffen. Die Synchronisierung der leistungserbringungsrechtlichen Regelungen in der Kranken- und Pflegeversicherung entspricht den Versorgungsrealitäten der Versicherten und den Strukturen der ambulanten Pflegediensten/Sozialstationen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

Wir halten es einerseits für sinnvoll, dass bundesweite Regelungen in den Empfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zu treffen sind. Andererseits sollte es den Ländern aber auch ermöglicht werden, bereits jetzt angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten vorzusehen. Da die Verhandlungen auf Bundesebene erfahrungsgemäß längere Zeit in Anspruch nehmen und es bereits vor dem 30. Juni 2019 Handlungsbedarf gibt, sollte dringend vermieden werden, dass die Regelungskompetenz für die Bundesebene zu einem Aussetzen oder einer Verzögerung der Verhandlungen auf der Landes- /Dienstebene führt.

Die geplante Neuregelung sieht vor, dass zum einen die Selbstverwaltung auf der Bundesebene das Nähere zum örtlichen Geltungsbereich und zur Höhe des Zuschlags bestimmen soll und hierzu Kriterien definieren. Laut Begründung werden beispielsweise als maßgebliche Anhaltszahlen die geringe Bevölkerungsdichte oder Feststellungen zu unterversorgten Gebieten angesehen. Zum anderen haben aber die Vertragspartner auf der Landes- oder Dienstebene möglicher Weise vorhandene Empfehlungen des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses (§ 8a Absatz 2 SGB XI) bzw. regionaler Ausschüsse (§ 8a Absatz 3 SGB XI) einzubeziehen. Dies könnte durchaus zu Kompetenzstreitigkeiten führen, so dass die Umsetzung der geplanten Regelungen nicht bürokratiearm gestaltet werden kann und dadurch verzögert wird.

In verschiedenen Bundesländern gibt es bisher in der häuslichen Krankenpflege nach SGB V bzw. in der ambulanten Pflege nach SGB XI keine adäquat honorierten Wegezeiten. Die Erhebungen der Wohlfahrtsverbände in Niedersachsen haben beispielsweise gezeigt, dass die Wegepauschalen in der Häuslichen Krankenpflege in Niedersachsen unterfinanziert sind und eine 40 % Erhöhung der Wegepauschale erforderlich ist. Leistungsgerechte Wegepauschalen müssen die alle anderen Leistungen im SGB XI und SGB V auf der Grundlage einer Kostenkalkulation erfolgen, dabei müssen die Tarife anerkannt werden. **Eine leistungsgerechte Honorierung der Wegezeiten ist allgemein zu begrüßen und entspricht unserer langjährigen Forderung. Sie ist generell und nicht nur im ländlichen Raum erforderlich, um das Ziel einer Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege zu befördern.**

Insgesamt ist es sehr bedauerlich, dass die Häusliche Krankenpflege nicht systematisch in die Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes einbezogen ist. Dies ist nachzuholen.

Die Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege erfordert mehr als nur einen angemessenen Zuschlag für längere Wegezeiten im ländlichen Raum.

Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände bedarf es des Weiteren einer Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insgesamt und nicht nur im ländlichen Raum. Hierzu zählt ein ganzes Bündel an Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, wie beispielsweise:

- o die Anerkennung der Tarife in der Häuslichen Krankenpflege (s. oben),
- o eine leistungsgerechte Finanzierung der Pflegesachleistungen nach dem SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V.
- o flächendeckende Regelungen zu den Wegezeiten und Einsatzpauschalen sowohl im Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V als auch in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI,
- o die Erweiterungen der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege bspw. um ein Aufnahmegespräch/Erstgespräch und die fallbezogene Koordination
- o die Reduktion der Arbeitsverdichtung in der ambulanten Altenpflege- und Krankenpflege durch ein Personalsofortprogramm für die ambulante Pflege.

Daneben sind spezifische Regelungen für den ländlichen Raum zu treffen. Hierbei stellt die geplante Regelung zu einem angemessenen Zuschlag für längere Wegezeiten

ten im ländlichen Raum einen ersten kleinen, aber notwendigen Einstieg in ein erforderliches Paket an Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege dar.

Artikel 10 und 11: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 5 Finanzierung einer fachlich unabhängigen Institution aus Mitteln des Ausgleichsfonds (Datenauswertungsstelle)

Gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 PSG II wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt, im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution einzurichten, die die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten im Rahmen eines indikatorengestützten Verfahrens zur Qualitätsprüfung und -darstellung nach § 113b Absatz 4 Nr. 1 SGB XI zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auswertet. Nicht gesetzlich geregelt war dabei bisher die Finanzierung der Arbeit der Institution. Mit der Einfügung von Absatz 5 im § 8 wird eine wichtige Regelungslücke geschlossen, da bisher die Finanzierung der fachlich unabhängigen Institution (Datenauswertungsstelle) ungeklärt war. Die BAGFW begrüßt daher ausdrücklich die hier geplante gesetzliche Regelung, ohne welche eine Umsetzung des indikatorengestützten Verfahrens der Qualitätsdarstellung und -prüfung nicht möglich wäre als einen der zentralen Bausteine zu dessen Umsetzung.

Die Beauftragung erfolgt entsprechend § 113b SGB XI im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens. Daher ist zwingend sicherzustellen, dass der im Zuschlag enthaltene Finanzrahmen des Bieters auch durch den Ausgleichsfonds vollumfänglich refinanziert wird.

Das Verfahren der Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel durch eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI mit dem BVA zu regeln, ist sachgerecht. Entsprechend § 113b sollten die Vertragsparteien nach § 113 die Entscheidung über die Finanzierung der Datenauswertungsstelle durch den Qualitätsausschuss treffen.

Lösungsvorschlag:

§ 113b Absatz 1 Satz 3 ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 5 und 8 sowie nach § 7 Absatz 5 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.“

§ 8 Absatz 6 SGB IX i. V. mit § 37 Absatz 2a SGB V Finanzierung zusätzlicher Stellen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege

Die Finanzierung der zusätzlichen Stellen bildet einen Einstieg in die notwendige Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V.

Mit dem neuen Absatz 6 soll ein Kernelement des Sofortprogramms für die stationäre Langzeitpflege zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege umgesetzt werden. Die Neuregelung sieht eine Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Pflegekräften vor.

Gerade mit Blick auf die Eigenanteile der Betroffenen ist positiv hervorzuheben, dass die Regelung in § 8 Absatz 6 ohne finanzielle Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern seit Jahren, dass die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen vollständig aus dem SGB V refinanziert wird. Mit dem Sofortprogramm wird ein erster Teilschritt in diese Richtung vollzogen.

Der nach § 37 Absatz 2a des SGB V jährlich durch die Krankenkassen (unter Beteiligung der privaten Pflegeversicherung) zu zahlende Betrag an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung von 640 Millionen Euro errechnet sich lt. Begründung des Referentenentwurfs unter Zugrundelegung von durchschnittlich 50.000 Euro Kosten je Pflegefachkraft. Verschiedene Berechnungen der letzten Jahre haben ergeben, dass die Vollfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege einen Umfang von mindestens 3 Mrd. Euro kosten würde.

Einen weiteren Verweis auf „Pflegefachkraft“ lässt der Referentenentwurf vermissen. In § 8 Absatz 6 SGB XI sowie in der Begründung wird konsequent darauf verzichtet, das Sofortprogramm ausschließlich mit Pflegefachkräften in Verbindung zu bringen. Die BAGFW bittet hier dringend um Klarstellung.

Unabhängig davon ist es sehr wahrscheinlich, dass die Pflegeeinrichtungen zur Realisierung der Regelung Stellenanteile aufstocken. Es muss gewährleistet sein, dass dies auch flexibel praktiziert werden kann. So soll es auch möglich sein, dass eine Einrichtung die in Satz 5 Nummer 1-4 genannten, gestaffelten Stellenanteile nicht auf Anhieb besetzen kann. Des Weiteren muss es auch möglich sein, dass Einrichtungen mit mehr als 120 Plätzen auch mehr als die max. vorgesehenen zwei Vollzeitstellen entsprechend des Intervalls von 0,5 VZ-Stellen auf 40 Plätze aufstocken können. Insgesamt fehlt eine Begründung, warum das Intervall von einer halben Stelle pro 40 Plätze als Berechnungsgrundlage für die zusätzlichen Stellen gewählt wurde.

Um unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden, sollte sichergestellt werden, dass sich der gesetzlich vorgesehene Schlüssel auf die vorhandenen und belegbaren Pflegeplätze bezieht und nicht auf die tagesaktuelle Auslastung mit ggf. entsprechenden Schwankungen. Zu klären wäre weiter, dass ggf. aufgrund von Personalmangel stillgelegte Pflegeplätze später noch einbezogen werden können, wenn die Stilllegung wieder aufgehoben werden konnte.

Zu begrüßen ist auch, dass die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch erhalten, auf Antrag schnell und unbürokratisch diese zusätzlichen Pflegekräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen. Offen bleibt noch, in welchen Verfahren die Vergütungszuschläge kalkuliert werden. Es muss gewährleistet sein, dass die Vergütung der zusätzlichen Pflegekräfte gemäß den jeweiligen tariflichen

Regelungen bzw. der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entsprechend § 84 Absatz 2 i.V. mit Absatz 4 SGB XI nicht als unwirtschaftlich abgelehnt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundes- Bundesländern einheitlich und praktikabel zu regeln. Und, um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen, was begrüßt wird. Die Regelungen, die der GKV-Spitzenverband zur Antragstellung und zum Zahlungsverfahren zu treffen hat, sind im Gesetz mit einer zeitlichen Frist zu versehen, damit die Einrichtungen zeitnah zum Inkrafttreten des Gesetzes am 1.1.2019 von der Regelung Gebrauch machen können. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Finanzierung der zusätzlichen Stellen bereits ab Antragsstellung möglich ist und auch Sach- und Verwaltungskostenanteile mitfinanziert und nicht nur die reinen Personalkosten der Stellen. Die Regelungen des GKV-Spitzenverbands sind dem BMG zur Genehmigung vorzulegen. Die BAGFW schlägt ein analoges Verfahren nach § 43b SGB XI vor.

Letztlich muss gewährleistet sein, dass Einrichtungen in einer der Stellenaufstockung nachfolgenden Pflegesatzvereinbarung gem. § 84 Absatz 5 SGB XI den Personalschlüssel im Umfang der erfolgten Aufstockung nicht absenken.

Lösungsvorschlag

- In der Begründung ist zu konkretisieren, dass zur Umsetzung der Regelung Stellenanteile auch aufgestockt werden können.
- In § 8 Absatz 6 Satz 5 soll zusätzlich geregelt werden, dass Einrichtungen mit mehr als 120 Plätzen die Möglichkeit erhalten, einen Vergütungszuschlag für mehr als 2 Vollzeitstellen entsprechend des Intervalls von 0,5 VZ-Stelle auf 40 Plätze zu erhalten.
- Die Stellen sind nach Anzahl der Pflegebedürftigen unabhängig vom Pflegegradmix und außerhalb des Pflegesatzverfahrens analog der Regelung zu § 43b SGB XI in Verbindung mit den §§ 84 und 85 SGB XI zu berechnen. Ebenfalls im Sinne einer bürokratiearmen Umsetzung ist ein vereinfachtes Antrags- und Nachweisverfahren zu wählen. Hier bietet sich in Anlehnung an die Anlage 1 Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017.
- In § 8 Absatz 6 muss auf die Anwendung von § 84 Absatz 2 SGB i.V. mit Absatz 4 SGB XI verwiesen werden, damit gewährleistet ist, dass die Vergütung der zusätzlichen Pflegekräfte gemäß den jeweiligen tariflichen Regelungen bzw. der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entsprechend nicht als unwirtschaftlich abgelehnt wird.

§ 8 Absatz 7 Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2019 bis 2024 Mittel in Höhe von 10 Mio. für die bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zur Verfügung gestellt werden. Nach dem Gesetzeswortlaut können sowohl ambulante als auch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen die Fördersumme in Höhe von bis zu 7.500 Euro jährlich in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass maximal 13.000 Einrichtungen gefördert werden können, mithin also nur die Hälfte aller ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen in Deutschland. Es ist sicherzustellen, dass jede Pflegeeinrichtung den Zuschuss in Anspruch nehmen kann. Mithin wäre die Summe aus dem Ausgleichsfonds also zu verdoppeln.

Der Referentenentwurf umfasst aus Sicht der BAGFW alle relevanten Bereiche, die zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Pflegekräften beitragen, indem sowohl individuelle Maßnahmen wie Kinderbetreuung und die Sicherstellung der Pflege der eigenen Angehörigen am Wochenende, in Randzeiten oder während der Nachtschichten als auch strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung des Personalmanagements von der Förderfähigkeit umfasst sind. Dazu zählt die Schaffung attraktiver Arbeitszeitmodelle, welche die Selbständigkeit und Handlungsautonomie der Pflegekräfte erhöhen, eine Verbesserung der Dienst- und Schichtpläne zur Förderung einer ausgewogenen Gestaltung von Arbeit und Freizeit sowie ganz wesentlich auch die Etablierung einer wertschätzenden Unternehmenskultur und die Stärkung von Management- und Führungskompetenzen. Wir weisen darauf hin, dass die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend sein wird, wenn damit beispielsweise der Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten in trügereigenen Strukturen gefördert werden soll. **Es sollte daher eine flexible Verwendung der Fördermittel in Höhe von jährlich 7.500 Euro über den gesamten Förderzeitraum von 5 Jahren vorgesehen werden können.** Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass alle investiven Ausgaben, z.B. für die Angebote der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, nicht im Pflegesatz geltend gemacht werden können. Daher bleibt die Ko-Finanzierung von 50 Prozent, die von den Einrichtungen aufzubringen ist, ungeklärt. Es ist daher zu befürchten, dass die Fördermöglichkeiten im investiven Bereich nicht in Anspruch genommen werden. Den für die Verteilung der Fördermittel gewählten Ansatz einer Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen und der Pflegebedürftigen auf Länderebene erachten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege für zu kompliziert. Die Fördermittel sollten schnell und unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden. **Daher schlagen wir eine Verteilung der Fördermittel gemäß dem Königsteiner Schlüssel vor;** dieser kommt beispielsweise auch bei der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts nach § 45c SGB XI zur Anwendung. **Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, sollten zudem in das Folgejahr übertragen werden können.** Anträge sollten auch rückwirkend zum Inkrafttreten des Gesetzes gestellt werden können, da die Förderrichtlinien erst zum 31. März 2019 verabschiedet werden sollen.

§ 8 Absatz 8 Förderung des Entlastungspotentials digitaler Anwendung in der Pflege

Die Chancen der Digitalisierung in der Pflege können nur unter Partizipation aller relevanten Akteure und mit einer längerfristigen Förderphase nachhaltig und im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer sinnvoll genutzt werden.

Zur Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege fördert die Pflegeversicherung bis zum Jahr 2021 durch Zuschüsse anteilig entsprechende digitale Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen. Die Verbände der BAGFW begrüßen die Förderung von digitalen Lösungen in der Altenpflege. Allein das Vorhandensein von Pflegesoftware kann einen Wettbewerbsvorteil für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen darstellen, da dadurch nicht nur vorhandenes Personal entlastet, sondern auch zusätzliche Anreize bei der Personalakquise geschaffen werden können. Die Förderung digitaler Lösungen im Bereich der Altenpflege ist nach Auffassung der BAGFW deshalb eine zwingend notwendige Maßnahme, um zur Aufwertung des Berufes beizutragen und im Wettbewerb um Auszubildende bestehen zu können. Zudem vermag der kluge Einsatz moderner Technologien Pflegekräften im verdichteten Arbeitsalltag wieder mehr Zeit für die Pflegebedürftigen zu schaffen. Vor allem aber, ist zu erwarten, dass digitale Anwendungen einen (messbaren) Nutzen für die pflegebedürftigen Menschen selbst erzeugen können.

Um die maximale Fördersumme zu erhalten, ist ein Investitionsvolumen von 30.000 Euro pro Organisation notwendig. **Zur nachhaltigen Nutzung der Potenziale, welche die Digitalisierung für ambulante und stationäre Einrichtungen bietet und zur technischen und digitalen Aufwertung der Altenpflege erscheint die in Aussicht gestellte Fördersumme vor dem Hintergrund der Variationsbreite der benötigten Anschaffungen und dem in den ambulanten und stationären Einrichtungen vorherrschenden Investitionsstau jedoch als zu gering bemessen.** So umfassen digitale und technische Anwendungen eine große Bandbreite an verschiedenen Produktgruppen, angefangen bei elektronischen Dokumentations- und Kommunikationssystemen, über vernetzte Technologien im Sinne von „Active Assisted Living“ oder „Mensch Technik Interaktion“ bis hin zu Pflegerobotik, die sich wiederum durch unterschiedliche Zielsetzungen und Aufgabenstellungen auszeichnen.

Um die Digitalisierung in der Pflege nachhaltig voranzutreiben, müssen Investitionen in all diesen Bereichen getätigt werden und nicht nur in einem spezifischen Bereich. Hinzu kommt, dass die Einbindung von digitaler und technischer Ausrüstung in die Strukturen und Prozesse der Organisationen nicht mit der Anschaffung endet, sondern damit erst beginnt. Investitionen in digitale und technische Anwendungen übersteigen häufig die Summe von 30.000 Euro, da ein aufwendiger Organisationsentwicklungsprozess angestoßen wird, der über die einmalige Anschaffung eines Gerätes mit entsprechenden Lizenzen hinausgeht. Es müssen ebenso die Aufwendungen für Schulungen, Aus- und Weiterbildungen, Systempflege und -wartung, Administration sowie für fachliche Begleitung eingerechnet werden. Insofern geht mit der Implementierung von digitalen und technischen Investitionen nicht nur eine Entlastung einher, sondern gerade zu Beginn auch ein zusätzlicher Aufwand.

Aus Sicht der in der BAGFW sind daher umfangreiche Organisationsentwicklungsmaßnahmen notwendig, um die Anwendungen zu bedienen, umfangreiche digitale und technische Kompetenzen zu entwickeln, aber auch den mit der „digitalen Revolution“ einhergehenden Kulturwandel konstruktiv-kritisch zu begleiten. **Die BAGFW spricht sich daher für eine Erhöhung des Förderbetrages auf ein bedarfsgerechtes Niveau aus und regt zusätzlich die Berücksichtigung der im Zusammenhang mit der Implementierung stehenden Mehraufwendungen an.**

Weiterhin gilt es, die zeitlich viel zu begrenzte Limitierung des Zuschusses auf das Jahr 2021 aufzulösen und eine längere Förderphase z.B. bis zum Jahre 2028 vorzusehen, da gerade im Zusammenhang mit Weiterentwicklungen und Updates der Hard- und Software kontinuierliche Kosten anfallen können; insbesondere vor dem Hintergrund des Erwerbs von Lizenzen. Die oftmals nur sehr kurze Halbwertszeit von digitalen und technischen Anschaffungen gilt es daher entsprechend weiterführend zu berücksichtigen. Eine längere Inanspruchnahme von Fördergeldern ist aus unserer Sicht auch deshalb notwendig, um digitale Lösungen nachhaltig und mit Erfolg in Organisationsstrukturen zu integrieren. Anderenfalls bleibt es bei einer lediglich punktuellen und eher symbolischen Finanzierung, die allenfalls die Interessen der Digital-Industrie bedient. Es gilt jetzt, die digitale Transformation der Dienste und Einrichtungen der Pflege anzuschieben und offensiv und innovativ zu gestalten. Bei einer maximalen Ausschöpfung der Fördersumme von 12.000 Euro verbleibt immer noch ein Eigenanteil von 18.000 Euro für die Einrichtungen. **In ihrer gesamten Wirkung darf die Anschubfinanzierung nicht zu einer Erhöhung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten führen.**

Die Regelung sieht vor, dass die digitalen Anwendungen insbesondere beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren, bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Ärztinnen und stationären Pflegeeinrichtungen sowie bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege gefördert werden. Die Beurteilung von vernetzten digitalen und technologiebasierten Lösungen in der Pflege auf ihre nachhaltige Wirkung auf den Pflegeprozess und die Stärkung des Pflegepersonals nach überprüfbaren Kriterien steht erst am Anfang. Die in der BAGFW organisierten Verbände weisen darauf hin, dass die Anschaffung von digitalen Lösungen ohne dass daraus für das Pflegepersonal und die pflegebedürftigen Menschen nach festgelegten Kriterien überprüfbare Vorteile entstehen, nicht Absicht dieser Regelung sein kann. Die ePflege-Studie des BMG (2017) hat gezeigt, dass die Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologie-Anwendungen häufig an den Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer, d. h. der Pflegekräfte und der pflegebedürftigen Leistungsempfänger, vorbeigeht. Die Erfahrung zeigt, dass zuweilen teure digitale Investitionen getätigt werden, die dann nicht zum Einsatz kommen, weil die Nutzerinnen und Nutzer nicht richtig einbezogen wurden. **Mit der Förderung muss daher ein partizipativer Ansatz in den Schulungen der Aus-, Weiter- und Fortbildung verbunden sein mit dem Ziel der Prüfung, inwieweit die förderfähigen Maßnahmen wirklich zu einer Entlastung der Pflegekräfte und zur Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen beitragen können. Die beispielhafte Aufzählung der förderfähigen Maßnahmen muss deshalb nach unserer Auffassung im Gesetzestext konkretisiert und erweitert werden.**

Ferner ist die tatsächliche Wirksamkeit vieler digitaler und technischer Produkte nicht erwiesen, was aber eine Grundvoraussetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und § 29 SGB XI darstellt und zu Recht die Voraussetzung für eine Finanzierung durch die sozialen Sicherungssysteme bildet. Denn genau wie bei Arzneimitteln sollten auch im Bereich der Digitalisierung – zumindest bei solchen Produkten, die einen medizinisch-pflegerischen Nutzen am Menschen versprechen – nur solche Produkte finanziert werden, die einen nachgewiesenen Nutzen haben. **Hier bedarf es daher begleitend einer entsprechenden Förderung von Forschungsprojekten.**

Ziel der Förderung ist laut der Regelung die Entlastung der Pflegekräfte. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege gehen davon aus, dass die Entlastung der Pflegekräfte den Pflegebedürftigen im Sinne von mehr Zeit für Pflege, Betreuung und Beziehungsarbeit zu Gute kommen soll, was wir ausdrücklich begrüßen. Nichtsdestotrotz sind digitale und technische Anwendungen alleine nicht in der Lage, einem humanistisch geprägten Verständnis von Pflege entsprechen zu können. Aus Sicht der BAGFW sollte sich der digitale Wandel daher grundsätzlich auf das Unterstützen und nicht das Ersetzen von pflegerischen Dienstleistungen beziehen, da ansonsten die Gefahr einer Enthumanisierung der Pflege – und damit eine erhebliche Beeinträchtigung der Daseinsvorsorge – besteht.

Ebenso ist nicht alles, was technisch möglich ist, auch gesellschaftlich wünschenswert, insbesondere vor dem Hintergrund einer humanistischen Ethik, die die Würde des Individuums in den Vordergrund stellt. Aktuell werden digitale Produkte oft am Markt vorbei entwickelt, was häufig auch durch das fehlende Verständnis für pflegerische Theorien, Erfahrungen, Aufgaben, und Prozesse der hier dominierenden Akteure bedingt ist. Diesen angebotsinduzierten Top-down Prozess gilt es daher durch einen nachfrage- bzw. bedarfsorientierten Bottom-up Prozess abzulösen. **Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang die Etablierung von partizipatorischen Entwicklungsprozessen, in die alle relevanten Akteure mit einbezogen werden sollten, konkret in Form eines Runden Tisches „Digitalisierung in der Pflege“, um ethische, technische, qualitative und finanzielle Aspekte zu beraten und Empfehlungen auszusprechen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände fordern daher eine stetige Beteiligung an diesem Verfahren.**

Anträge sollten auch rückwirkend zum Inkrafttreten des Gesetzes gestellt werden können, da die Förderrichtlinien erst zum 31. März 2019 verabschiedet werden sollen.

§ 33 Leistungsvoraussetzung

Die in Absatz 1 Satz 3 vorgeschlagene Änderung der Formulierung dient der Klarstellung des Sachverhalts.

§ 33 SGB XI regelt zudem, dass Leistungen auch befristet gewährt werden können. In diesem Zusammenhang weisen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf das Problem hin, dass pflegebedürftigen Menschen nach Aufenthalt im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung in der Regel nur ein vorläufiger Pflegegrad nach Aktenlage zugeordnet wird. Dies ist in der Regel Pflegegrad 2.

Der vorläufige Pflegegrad entspricht häufig nicht der tatsächlichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit und Fähigkeiten/ dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten. Dies führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen, sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste.

Diese Zuordnung schafft beispielsweise dann Probleme, wenn ein pflegebedürftiger Mensch nach Krankenhausaufenthalt noch nicht zuhause gepflegt werden kann, sondern in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gepflegt werden muss, weil der pflegerische Aufwand zu hoch ist. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich daher seit Jahren dafür ein, dass bei verkürzten Fristen kein vorläufiger Pflegegrad gewährt wird, sondern die Zuordnung zu einem konkreten Pflegegrad entsprechend des tatsächlichen Aufwands erfolgt. Alternativ soll in diesen Fällen auch regelhaft die Zuordnung zu Pflegegrad 4 vorgenommen werden können. Die Zuordnung sollte unter Zuhilfenahme der Befristungsregelung des § 33 Absatz 1 Sätze 4 und 5 befristet werden.

Lösungsvorschlag

In § 18 Absatz 3 soll Satz 6 daher wie folgt gefasst werden:

„In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 vorliegt. Es muss eine Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 erfolgen. Diese Zuordnung ist nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 und 5 zu befristen.“

§ 37 Absatz 3 Neuregelungen zur Vergütung der Beratungseinsätze i.V. mit § 106a Mitteilungspflicht und i. V. mit § 146 (neu) Übergangs- und Überleitungsregelungen

Die Vergütungssätze für die Beratungsbesuche sollen zukünftig nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden. Diese Neuregelung begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich. Der Vereinbarungsauftrag des § 89 SGB XI wird damit hinsichtlich der Vergütung für Beratungsbesuche erweitert. Über den Verweis auf § 89 SGB XI ist zum einem die ge-

gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung über die Schiedsstellen nach § 76 SGB XI gewährleistet und zum anderen indirekt sichergestellt, dass die Vergütungssätze für alle Kostenträger verbindlich sind.

Die Änderung in § 37 Absatz 3 Satz 5 SGB XI verweist zwar auf die entsprechende Anwendung des § 89 SGB XI. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände halten es dennoch für erforderlich auch in § 89 durch eine entsprechend Einfügung in Absatz 1 auf die Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI zu verweisen, um die Regelungskompetenz zur Vereinbarung der Vergütungssätze in § 89 SGB XI eindeutig zu statuieren

Durch die Streichung des bisherigen Satzes 5 „Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro“ und die Zuordnung zum Vereinbarungsauftrag nach § 89 SGB XI wird ist es möglich, dass eine wirtschaftliche und leistungsgerechte Vergütung verhandelt werden, bei der auch die tarifliche Vergütung bzw. Vergütung nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Damit wird die gesetzliche Möglichkeit eröffnet, dass die Vergütung der Beratungsbesuche den steigenden Qualitätsanforderungen an die Beratungsbesuche entspricht.

Durch die Streichung von Satz 5 wird auch auf die bisherigen pflegegradgruppenbezogene Vergütungsstruktur verzichtet. Die Vertragspartner nach § 89 SGB XI 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.

Um die Vergütungsneuregelung zeitnah umzusetzen, bedarf es der Aufnahme von Anhaltswerten in die Gesetzesbegründung zu Artikel 11 Nr. 4. Hierzu schlagen wir die folgenden Anhaltswerte vor. Die Beratungsdauer umfasst nach dem Potsdamer Projekt im Gesamtdurchschnitt 41 Minuten pro Besuch, unsere Erfahrungswerte liegen bei ca. 45 Minuten pro Besuch. Hinzu kommen noch Wegezeiten sowie Vor- und Nachbereitungszeiten. Folglich kann im Durchschnitt von einer Dauer von einer Stunde pro Beratungsbesuch ausgegangen werden. Bei den Beratungsbesuchen sind erfahrene Pflegefachkräfte mit einer Beratungsqualifikation einzusetzen. Wir gehen hier von einer Zugrundelegung von durchschnittlich 50.000 bis 55.000 Euro Kosten je Pflegefachkraft, abhängig vom zugrundeliegenden Tarifwerk, kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sowie anderen arbeitsvertraglichen Regelungen und dem jeweiligen Bundesland/Geltungsbereich aus.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten es ebenfalls für sachgerecht und begrüßen, dass die Pflegekassen im Land in Anlehnung an die vereinbarten Vergütungssätze nach § 89 SGB XI mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres die Vergütungen für durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen oder Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften. durchgeführte Beratungsbesuche festlegen. Dies dient auch dem Bürokratieabbau.

Der gesetzliche Auftrag an die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b SGB XI bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen, gilt weiterhin. Hierzu liegt eine noch nicht in Kraft getretene Entscheidung des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege vor. Diesen Empfehlungen stimmen wir inhaltlich zu; sie sind aber nicht im Rahmen der noch bis mindestens zum 31.12.2019 geltenden gesetzlich festgelegten Vergütungshöhe wirtschaftlich und leistungsgerecht zu erbringen. Hinzu kommt, dass die Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 5 bereits zum 01.01.2019 in Kraft treten soll.

Die Neuregelung der Vergütung Beratungsbesuche soll dagegen erst zum 01.01.2020 in Kraft treten. Diese halten wir nicht für sachgerecht und fordern, dass die Neuregelungen zur Vergütung der Beratungsbesuche in § 37 Absatz 3 und die damit korrespondierenden Regelungen in § 106a und in § 146 neu bereits zum 01.01.2019 in Kraft treten, damit es nicht zu Verwerfungen zwischen den inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen an die Beratungsbesuche und deren Vergütung kommt.

Lösungsvorschlag

Artikel 11, Nr. 3 Nr. 4, Nr.5 und Nr. 6 treten ebenso wie Artikel 10 bereits zum **01.01.2019 in Kraft.**

§ 37 Absatz 4 Einwilligung in Beratungsbesuche i.V. mit § 106 a Mitteilungspflicht

Durch die Einfügung der neuen Sätze 2 und 3 in § 37 Absatz 4 (und die entsprechenden Ergänzungen in § 106a) soll es zukünftig möglich sein, dass die Beratungsperson, die die Beratungsbesuche durchführt, der zuständigen Pflegekasse bzw. dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen mitteilt, dass nach ihrer Überzeugung eine weitergehende Beratung durch die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen angezeigt ist. Die Pflegekasse kann dann auf die Versicherte / den Versicherten zugehen und ihr / ihm ein Beratungsangebot machen, dass diese/r auch ablehnen kann.

Wir halten diese Regelung für sachgerecht, da sie einerseits einer Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dienen kann und andererseits die /der Pflegebedürftige die ihr / ihm von der Pflegekasse angebotene Beratung auch ablehnen kann.

§ 37 Absatz 5 Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche

Durch eine Ergänzung in § 37 Absatz 5 sollen die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert werden, indem festgelegt wird, dass die Empfehlungen wenigstens Ausführungen zu Beratungsstandards, zur Qualifikation der Beraterinnen, zur Bewertung der Erkenntnisse aus der jeweiligen Beratung durch die Pflegekassen, zur Aufbereitung und standardisierten Dokumentation sowie zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall enthalten sollen.

Diese Konkretisierung ist aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege zwar zu begrüßen, sie geht aber nicht weit genug. Nach Auffassung der BAGFW muss die standardisierte Dokumentation auch das bisher in § 37 Absatz 4 Satz 2 SGB XI geregelte einheitliche Formular zur Mitteilung der Ergebnisse des Beratungsbesuche an die Pflegekasse umfassen, um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten. Es ist eine Verschränkung zwischen Absatz 5 und Absatz 2 Satz 2 erforderlich.

Lösungsvorschlag

§ 37 Absatz 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung **entsprechend den Empfehlungen nach Absatz 5.**“

§ 38 Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen

Die BAGFW begrüßt die Klarstellung, dass sich die Tätigkeit der Präsenzkraft in ambulant betreuten Wohngruppen u.a. auf die Unterstützung bei der Haushaltsführung bezieht. Dazu zählt beispielsweise auch die Organisation der Haushaltskasse der Wohngruppenmitglieder.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände weisen auf drei weitere Probleme aus der Umsetzungspraxis des § 38a SGB XI hin, die mit dem neuen Gesetzentwurf beseitigt werden sollen:

1. Wenn die Mieter einer ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, eine Präsenzkraft zu stellen, wird ihnen der Wohngruppenzuschlag verweigert mit Verweis darauf, dass mit Beauftragung eines Dienstes der Wortlaut des Gesetzes nicht erfüllt sei, wonach die Bewohner der Wohngruppe eine Person – nicht einen Dienst – beauftragen müssen.
2. Die Formulierung „Anbieter der Wohngruppe“ nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zur Ablehnung der Zahlung des Wohngruppenzuschlags. Der Anbieter einer Wohngruppe kann nur der Vermieter sein, nicht ein Pflegedienst. In Nummer 4 wird jedoch der Nachweis gefordert, dass der „Anbieter der Wohngruppe“ keine Leistungen erbringt, welche den Umfang ei-

ner vollstationären Pflege annehmen. Der Pflegedienst ist jedoch selbst nur Gast in der Wohngruppe und erbringt – von außen kommend – die von den Bewohnern der ambulanten Wohngruppe beauftragten Pflegesachleistungen. Da er nur ambulant tätig wird und nach Durchführung der pflegerischen Leistungen die ambulante Wohngruppe wieder verlässt, ist bereits deutlich, dass er keine Leistungen im Umfang der vollstationären Pflege erbringt. Der Nachweis, dass keine vollstationäre Pflege erbracht wird, erübrigt sich somit qua Leistungsform. Die in Nummer 4 vorgenommene Negativdefinition, dass eine vollstationäre Pflege nicht vorliegt, wenn „die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung (...) (der) eigenen Ressourcen und (...) des sozialen Umfelds“ der Bewohnerinnen und Bewohner gegeben ist, erachten wir als problematisch. Auch in der vollstationären Pflege ist die aktive Einbringung der pflegenden Angehörigen erforderlich. Sozialraumorientierung ist ebenfalls eine Schlüsselkategorie der vollstationären Pflege. Insgesamt hält die BAGFW Nummer 4 für verfehlt. Nummer 4 ist daher zu streichen.

Des Weiteren lehnen die Verbände der BAGFW die Regelung zur gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflege und der Leistung nach § 38a nach § 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI ab. Hintergrund der Regelung dürften bekannt gewordene Fälle sein, nach denen vollstationäre Einrichtungen in ambulante Wohngruppen umgewandelt wurden und die Pflege u.a. durch ein Angebot der Tagespflege im selben Haus sichergestellt wurde. Die BAGFW lehnt eine solche missbräuchliche Umwandlung von Wohn- und Pflegeformen grundsätzlich ab. Das Argument des Missbrauchs kann jedoch nicht dazu führen, dass Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppe eingezogen sind und somit eine neue Häuslichkeit gewählt haben, anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben und gepflegt werden. Der Wohngruppenzuschlag kann auch nicht für Tagespflege zweckentfremdet werden, denn er darf nur zur Finanzierung der Präsenzkraft verwendet werden, welche jedoch ausdrücklich nicht pflegen darf, sondern unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung (!) allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichten soll. Daraus folgt, dass es auch keinen Grund gibt zu prüfen, ob die pflegerische Versorgung in der WG durch teilstationäre Leistungen abgedeckt ist oder nicht. Völlig sachfremd ist zudem die Prüfung dieses Sachverhalts durch den MDK. Aus den genannten Gründen ist § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 letzter Satz ersatzlos zu streichen.

Lösungsvorschlag

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände lehnen eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts hinsichtlich der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege durch Menschen, die in ambulanten Wohngruppen leben, ab und fordern daher die Streichung des § 38a Absatz 1 Satz 2.

Der Begriff „Anbieter der Wohngruppe“ in § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zu nicht nachvollziehbaren Leistungsausschlüssen. Nummer 4 ist daher vollständig zu streichen.

Präsenzkräfte werden zumeist von Pflegediensten gestellt. Das sieht auch die Gesetzesbegründung zu § 38a ausdrücklich vor. „Personen“ im Sinne des § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 können sowohl juristische als auch natürliche Personen sein. Daher sollen in Nummer 3 vor dem Wort „Person“ die Wörter „natürliche oder juristische“ eingefügt werden.

§ 133 Rechtsform Pflegevorsorgefonds

Das Bundesversicherungsamt wird als Rechtsvertreter des Sondervermögens des Pflegevorsorgefonds mit der Neuregelung konkret benannt. Dies ist aufgrund der Funktionen, die das Bundesversicherungsamt in Bezug auf die Kontrolle von Anlagevermögen und aufgrund seiner sonstigen Sachkompetenzen ausübt, sachgerecht.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen im Übrigen die Funktion des Pflegevorsorgefonds kritisch. Sie fordern, den Pflegevorsorgefonds umzuwidmen, da die mit seiner Einführung intendierte Funktion, die Beitragsentwicklung in der Pflegeversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung abzufedern, nicht erreicht werden kann.

In der derzeitigen langanhaltenden Niedrigzinsphase sind für den Pflegevorsorgefonds sogar Negativzinsen zu zahlen. Seine Funktion, einen Beitrag zur nachhaltigen Demographie festen Finanzierung der Pflegeversicherung zu leisten, kann er daher nicht erfüllen. Mit den jährlich zur Verfügung stehenden Mitteln des Fonds in Höhe von 1,2 Mrd. Euro könnten ca. 20.000 zusätzliche Vollzeitstellen für Pflegefachkräfte finanziert werden, ohne die Leistungsempfänger mit zusätzlichen Kosten zu belasten.

Berlin, 06.07.2018

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Nora Roßner (nora.rossner@caritas.de)

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

Der Paritätische bedankt sich für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) Stellung nehmen zu können. Wir nehmen zu den die Altenpflege und Häusliche Krankenpflege betreffenden Einzelregelungen gemeinsam mit den Wohlfahrtsverbänden im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) Stellung.

Wir nutzen hiermit die Gelegenheit, um im Allgemeinen unsere Forderungen zum Reformbedarf in der Pflege zur Finanzierung und zu angrenzenden Bereichen darzustellen.

Wir anerkennen die Bemühungen dieses Sofortprogramms. Nach unserer Auffassung bedarf darüber hinaus eines Gesamtkonzeptes, um den Pflegenotstand wirksam zu beheben. Es muss ein stimmiger Masterplan aufgestellt werden, mit dem mittelfristig 100.000 zusätzliche Pflegekräfte gewonnen werden können. Dazu gehören bessere Arbeitsbedingungen, eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte und mehr Zeit für Pflege, Betreuung und Gespräche – die Arbeitsverdichtung muss wieder rückgängig gemacht werden. Es muss eine geschlossene Kette von Prävention, Aktivierung und komplementären Leistungen (z.B. Tagespflege) ermöglicht werden. Wenn dies alles gegeben ist, kann auch das neue Pflegeverständnis richtig umgesetzt werden.

Kritisch gesehen wird zudem, dass der angrenzende Bereich der Eingliederungs- und Behindertenhilfe nicht mit bedacht wird. Auch wenn das BMG hier nicht der alleinige Adressat ist, regen wir an, ein Personal-Stärkungsprogramm für Heilerziehungspfleger/innen aufzusetzen. In diesem Bereich herrscht ein ebenso großer Fachkräftemangel wie im Bereich der Alten- und Krankenpflege. Verbesserungen für das Personal in der Pflege können direkt zu Lasten der Personalsituation in der Eingliederungshilfe gehen.

Ungeachtet dessen greift die Konzertierte Aktion Pflege schon die richtigen Themen auf. Was jedoch ausgeblendet wird ist die Tatsache, dass auch die angekündigte Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung von 0,3 Prozentpunkten nicht ausreichen wird, um die Probleme in der Pflege zu lösen. Betroffene dürfen nicht belastet werden.

Im Gegenteil, insgesamt ist die finanzielle Belastung der Betroffenen deutlich und schnell zu senken, denn es wird für die Betroffenen auch ohne die Forderungen nach mehr Personal und besserer Bezahlung immer schwieriger, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte Pflege aus den Teilleistungen der Pflegeversicherung und aus

eigenen Mitteln finanziell sicherzustellen. D.h., der Zugang zu einer selbstbestimmten umfassenden und guten professionellen pflegerischen Versorgung ist auch maßgeblich abhängig vom Einkommen und Vermögen der Pflegebedürftigen und Angehörigen.

Der relative Anteil der Pflegeversicherungsleistungen an den reinen pflegebedingten Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen betrug für:

- PS 1 im Jahre 1999 = rd. 88% und im Jahre 2013 = rd. 72%
- PS 2 im Jahre 1999 = rd. 89 % und im Jahre 2013 = rd. 68%
- PS 3 im Jahre 1999 = rd. 72% und im Jahre 2013 = rd. 65%¹.

Auch wenn wir mittlerweile ein System mit Pflegegraden haben, ist noch im Pflegestufensystem erkennbar gewesen, wie stark der Deckungsgrad der Pflegeversicherungsleistungen abgenommen hat. Das Bild würde noch dramatischer ausfallen, wenn es eine deutliche Erhöhung von Personalschlüsseln gegeben hätte und die Löhne mit der Preisentwicklung Schritt gehalten hätten. Dazu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im stationären Bereich sowie Investitionskosten. Der Mittelwert der Eigenanteile von Pflegeheimbewohnern liegt mittlerweile deutlich über 50 % der Gesamtkosten².

Wer die Mittel nicht selber aufbringen kann ist auf Sozialhilfe angewiesen. Auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII ist jeder Sechste, der Pflege erhält, angewiesen. Pflege stellt ein Armutsrisiko dar³.

Die Finanzierungsgrundlagen zu reformieren und die Eigenanteile zu begrenzen, muss zwangsläufig Teil eines Konzepts sein, um die Personalsituation und die Versorgung endlich zu verbessern. Der Paritätische Gesamtverband sieht in der Finanzierung der Pflege ein Schlüsselthema. Viele interessante Vorschläge beleben in diesen Wochen und Monaten die Diskussion – es sind Konzepte für eine echte Teilkaskoversicherung bis hin zur Pflege-Vollversicherung. Vermutlich sind aber zeitaufwändige Zwischenschritte notwendig, um so weitreichende Veränderungen umzusetzen.

Daher fordern wir kurzfristige Maßnahmen, um die finanzielle Belastung der Betroffenen schnell zu senken und wir möchten auf die Notwendigkeit der Verbreiterung der Einnahmebasis der Pflegeversicherung und die Nutzung anderer Finanzmittel hinweisen:

¹ Siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE / BT-Drs.18/5803.

² Siehe BARMER-GEK Pflegereport 2012.

³ Betrachtet man nur die Pflegeheimbewohner, sind dort 30 % auf Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe angewiesen. Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>

Pflegeversicherung übernimmt 85 % der pflegebedingten Kosten

Die Pflegeversicherung soll nach Auffassung des Paritätischen als kurzfristige Maßnahme grundsätzlich 85% der Kosten für pflegebedingte Aufwände ambulant und stationär übernehmen, so dass die Eigenanteilsquote in allen Pflegegraden 15% beträgt. Je nach Einkommensstärke wird ergänzend Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII geleistet. Für den ambulanten Bereich bedeutet dies eine Veränderung des Leistungsprinzips, weil immer Eigenanteile anfallen würden und nicht erst dann, wenn die Sachleistungen ausgeschöpft sind. Der Eigenanteil vermindert sich oder soll komplett wegfallen, wenn pflegende Angehörige oder vergleichbar Nahestehende weiterhin Pflege und Betreuung sicherstellen. Dies würde im ambulanten Bereich ein völlig neues Zusammenspiel aus familialer und professioneller Pflege ermöglichen, welches sich eher am Bedarf und weniger an einer fixen Geld- oder Sachleistungshöhe orientiert. Das Prinzip wäre auch im vollstationären Bereich denkbar. Insgesamt würden damit die Grenzen zwischen ambulant und stationär aufgebrochen. Die Möglichkeiten der Tages- und Kurzzeitpflege sollten weiterhin neben der „ambulanten“ Versorgung erhalten bleiben. Ebenso sollte es weiterhin möglich sein, ausschließlich Pflegegeld zu beziehen. Der Einzug eines Deckungsgrades von 85% wäre auch finanzierbar, wie anhand anderer Vorschläge bereits aufgezeigt wurde. So hat der Bremer Pflegeversicherungsforscher Prof. Dr. Heinz Rothgang jüngst die Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ erforscht und kommt zum Ergebnis, dass es zur Reduktion der Beitragssätze durch Berücksichtigung aller Einkommensarten in der Beitragsbemessung käme und somit eine Solidarische Pflegeversicherung auch Spielräume für Leistungsausweitung eröffnet⁴. Insgesamt soll die Begrenzung auf einen Eigenanteil von 15 % als Übergangslösung bzw. Zwischenschritt verstanden werden, um systematisch einen vollständigen Umbau der Pflegeversicherung hin zu einer echten Teil- oder Vollkaskoversicherung auf den Weg zu bringen.

Solidarische Bürgerversicherung

Der Ausbau der Pflegeversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung ist aus Sicht des Paritätischen zwingend erforderlich. Er ist verbunden mit einer Abkehr von der bestehenden, lohneinkommensfixierten und deshalb konjunkturabhängigen Beitragsbemessung und eine Orientierung an der einkommenssteuerlichen Leistungsfähigkeit: Dem wachsenden Stellenwert zusätzlicher Einkommensquellen neben Lohn und Rente wird damit Rechnung getragen. Auf diese Weise wird die Pflegefinanzierung auf eine breitere und gleichzeitig stabilere Basis gestellt. Zudem wäre eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung vorzunehmen. Dies generiert

⁴ Siehe Rothgang: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, 2017. Der gleiche Autor kommt in einer weiteren Studie für die Initiative Pro Pflegereform zum Ergebnis, dass selbst eine Vollversicherung mit einer Erhöhung von 0,7 Prozentpunkten Beitragssatz möglich wäre (Rothgang: „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, Abbau von Sektorgrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur“, 2017).

dringend benötigte Mehreinnahmen und durch diesen Schritt wird der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont.

Weitere Bausteine müssen einbezogen werden: Wir fordern, dass die Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen endlich durch die Krankenkassen erfolgt. Dazu wird in der BAGFW-Stellungnahme zum PpSG entsprechend ausgeführt. Ein deutliches Finanzvolumen für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben ist mit dem Pflegevorsorgefonds gegeben. Die Nutzung dieser Mittel ist dafür umzuwidmen. Aus Sicht des Paritätischen muss es zudem eine verbindliche Übernahme der Investitionskosten durch die Länder geben. Mit Einführung der Pflegeversicherung haben die Länder das Versprechen abgegeben, dass sie im Gegenzug zur Entlastung bei der Sozialhilfe, die Investitionskosten der Einrichtungen finanzieren. Dieses Versprechen ist nicht eingehalten worden. Wird es endlich umgesetzt, erhalten die Länder ihrerseits dadurch ein Mittel zur Steuerung der Versorgungsstrukturen.

Berlin, den 06. Juli 2018

Thorsten Mittag

Gesundheit, Teilhabe und Dienstleistungen

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – 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. Eine Folge 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 Verbesserungen 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 wird durch eine entsprechende Änderung des Infektionsschutzgesetzes der Gesundheitsschutz für nachziehende Familienangehörige verbessert und zugleich der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt.

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 Pflegestelle finanziert. Bereits ab dem Jahr 2018 werden Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte von den Kostenträgern vollständig refinanziert. Die Finanzierung durch die Kostenträger bei erhöhtem Bedarf der Krankenhäuser an Pflegepersonal wird ebenso verbessert wie die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen. Die strukturverbessernden Wirkungen des fortgeführten Krankenhausstrukturfonds können dazu beitragen, die Zahl ausgebildeter Pflegekräfte zu vergrößern und das vorhandene Pflegepersonal effizienter einzusetzen. Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser wird auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2020 umgestellt.

Im Bereich der Altenpflege erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung zusätzlich Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert werden. 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 Ärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen wird durch verbindliche Kooperationsverträge gestärkt. Hierfür soll zudem ein technischer Standard für die

digitale Kommunikation entwickelt werden, darüber hinaus werden Sprechstunden per Video ausgebaut. Pflegende Angehörige erhalten einen verbesserten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Die betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege wird gestärkt. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf werden für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt.

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 einer Konzentrierten Aktion Pflege Maßnahmen entwickelt und erörtert werden, die die Situation in der Langzeitpflege bedarfsgerecht verbessern.

Durch die neu geschaffenen Untersuchungsmöglichkeiten im Infektionsschutzgesetz wird der Infektionsschutz für Familienangehörige, die zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzberechtigten nachziehen, verbessert. Zugleich wird dadurch die öffentliche Gesundheit gestärkt.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Mit der Verlängerung 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 vier Milliarden Euro bereitgestellt, das je zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist.

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

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2021 auf bis zu 16 Millionen Euro ansteigen werden. Die Mehrausgaben werden in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund sieben Millionen Euro, im Jahr 2019 von rund 1,2 Milliarden Euro, im Jahr 2020 von rund 1,5 Milliarden Euro und im Jahr 2021 von rund 1,7 Milliarden Euro. Einen wesentlichen Anteil daran machen die jährlichen Kosten ab 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 zwei Milliarden 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 250 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 270 Millionen Euro und im Jahr 2021 von rund 260 Millionen Euro.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft sowohl Belastungen als auch Entlastungen. Der einmalige Erfüllungsaufwand beläuft sich für die Wirtschaft auf rund 2,2 Millionen Euro und für die Verwaltung auf rund 1,9 Millionen Euro, außerdem entsteht dem Bundesversicherungsamt ein vorübergehender Personalmehraufwand für die gesamte Bearbeitungszeit des Krankenhausstrukturfonds in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro. Hinsichtlich des laufenden Erfüllungsaufwandes ergeben sich dauerhafte Entlastungen in Höhe von rund 2,8 Millionen Euro für die Wirtschaft und rund 674 000 Millionen Euro für die Verwaltung.

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 entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 2,2 Millionen Euro. Rund 1,4 Millionen Euro davon entfallen auf die Beantragung der Zuschüsse zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege.

Jährlich werden in der Summe Entlastungen erreicht, die sich ab dem Jahr 2021 auf rund 2,8 Millionen Euro jährlich belaufen. Dabei handelt es sich um eine Entlastung im Sinne der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung.

Rund 2,3 Millionen Euro entfallen auf geänderte Vorgaben für die Erbringung von Nachweisen im Zusammenhang mit dem Pflegestellen-Förderprogramm.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Von den vorgenannten Entlastungen entfallen rund 2,2 Millionen Euro auf Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,5 Millionen Euro. Davon entfallen rund 2,8 Millionen Euro auf die Bundesverwaltung und rund 1,7 Millionen Euro auf die Selbstverwaltung. Für die Verwaltung der Länder entsteht kein einmaliger Erfüllungsaufwand. Rund 2,5 Millionen des einmaligen Erfüllungsaufwandes 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 658 000 Euro jährlich. Diese entfällt überwiegend auf die Selbstverwaltung, für die Verwaltung der Länder kommt es zu einer geringfügigen Belastung. 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.

F. Weitere Kosten

Private Krankenversicherung

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2018 auf bis zu eine Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 85 Millionen Euro, im Jahr 2020 auf rund 110 Millionen Euro und im Jahr 2021 auf rund 125 Millionen Euro.

Private Pflege-Pflichtversicherung

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 Mehraufwendungen in den Jahren 2019 bis 2021 von insgesamt bis zu 30 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 10 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024.

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

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – 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. 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 ab dem Jahr 2019 nach Maßgabe des § 271 Absatz 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weitere Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 500 Millionen Euro jährlich bis zu einer Höhe von zwei Milliarden Euro zugeführt. § 12 Absatz 1 Satz 2, 3 und 6 gilt entsprechend. Über die in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbünden, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten nach § 2 Absatz 1a Buchstabe e bis g gefördert werden.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der annualisierten Aufwendungen nach § 12 Absatz 2 Satz 6 und abzüglich der Aufwendungen nach § 14 Absatz 2 Nummer 3, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich 90 Prozent des Anteils zur Förderung 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, können diese Mittel noch bis zum 31. Dezember 2022 beantragt werden. Mittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds. Mit dem Betrag, der über den den Ländern nach Satz 1 zustehenden Anteil der Fördermittel hinausgeht, können länder-

übergreifende Vorhaben gefördert werden. Soweit diese Mittel bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds.

(3) § 12 Absatz 2 gilt mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 tritt an die Stelle des 1. Januar 2016 der 1. Januar 2019,
2. der in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 genannte aus Haushaltsmitteln aufzubringende Anteil des Landes muss mindestens 25 Prozent der förderungsfähigen Kosten betragen,
3. in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a tritt an die Stelle der dort genannten Verpflichtungen des antragstellenden Landes die Verpflichtung, 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,
4. in § 12 Absatz 2 Satz 2 ist auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel abzustellen,
5. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen abweichend von § 12 Absatz 2 Satz 3 auch dann nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund anderer zu fördernder Maßnahmen als einer Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist,
6. in § 12 Absatz 2 Satz 4 ist auf den in Absatz 2 Satz 1 genannten Betrag abzustellen.

Die Voraussetzungen nach Satz 1 gelten entsprechend für die Förderung länderübergreifender Vorhaben.

(4) § 12 Absatz 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass in der Rechtsverordnung auch das Nähere zur Förderung von Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden kann, soweit diese die Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit von Hochschulkliniken oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe in den mit Hochschulkliniken verbundenen Ausbildungsstätten zum Gegenstand haben.

(5) § 13 gilt entsprechend.“

2. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Für die Förderung nach § 12a gilt Absatz 1 entsprechend mit folgenden Maßgaben:

1. die in Absatz 1 Satz 2 genannten Daten sind nur dem Bundesversicherungsamt zur Verfügung zu stellen, das diese an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weiterleitet,
2. die Zwischenberichte nach Absatz 1 Satz 3 sind erstmals zum 31. Dezember 2020 vorzulegen,

3. die Aufwendungen für die Auswertung werden aus dem Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 gedeckt.“
3. In § 17b Absatz 3 werden die Sätze 4 und 5 aufgehoben.
4. Dem § 17c Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
„Bei vorliegender Einwilligung 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, soweit nicht das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung eine krankenhausesindividuelle 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 tagesbezogene Pflegeentgelte“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17a Absatz 1 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 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 im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.“
 - b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „decken“ 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 werden nach dem Wort „Vergütungssystem“ ein Komma und die Wörter „soweit nicht Absatz 4 Abweichendes bestimmt“ 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 Vorgaben nach Satz 1 und 2 sind von den Krankenhäusern für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Auf der Grundlage von hochgerechneten Daten des ersten Halbjahres 2019 sind die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vermindern und auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Die ausgegliederten Pflegepersonalkosten nach Satz 1 sind bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen, der jährlich weiter zu entwickeln ist. 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.“

- c) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Absätzen 1 bis 3“ durch die Wörter „Absätzen 1 bis 4“ 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 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden nach den Wörtern „ausgebildet werden,“ die Wörter „im zweiten und dritten 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:

„Sofern der Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ergibt, dass Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, ist in der Vereinbarung die Rückzahlung dieser Mittel zu regeln.“
 - b) In Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

„3. erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

Artikel 5

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV), 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 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 mit der Auswertung beauftragte Stelle“ gestrichen.

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

- c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 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 Informationen an die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle.“

3. Nach § 10 wird folgender Teil 2 eingefügt:

„Teil 2

Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 11

Förderungsfähige Vorhaben

(1) Ein Vorhaben, auch soweit es sich um ein länderübergreifendes Vorhaben im Sinne von § 12a Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes handelt, wird gefördert, wenn

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, standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere soweit
 - 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,
 - 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 vollständige 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, wenn mindestens die Hälfte seiner stationären Versorgungskapazitäten von der Umwandlung betroffen ist,
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 des § 8a des IT-Sicherheitsgesetzes anzupassen, oder

- b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung zu schaffen, die vorhandene Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nutzen,
- 5. es die Bildung eines integrierten Notfallzentrums zum Gegenstand hat,
 - 6. Ausbildungskapazitäten in Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstaben e bis g des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschaffen oder erweitert werden.

(2) Die in Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a und Nummer 6 genannten Vorhaben können auch dann gefördert werden, wenn an diesen Vorhaben Hochschulkliniken beteiligt sind.

(3) § 1 Absatz 2 und 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass der nach § 1 Absatz 2 maßgebliche Zeitpunkt für den Beginn eines Vorhabens der 1. Januar 2019 ist. Eine Förderung ist ausgeschlossen, soweit für einen der betroffenen Krankenhaus-träger ein Insolvenzantrag gestellt worden ist.

§ 12

Förderungsfähige Kosten

- (1) Gefördert werden können,
 - 1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit
 - a) 1 500 Euro je Bett bei 11 bis 30 Betten,
 - b) 2 000 Euro je Bett bei 31 bis 60 Betten,
 - c) 2 750 Euro je Bett bei 61 bis 90 Betten,
 - d) 4 000 Euro je Bett bei über 90 Betten;
- bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,
- 2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3, 5 und 6 die Kosten für die Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen; soweit Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die Voraussetzungen der Buchstaben a bis c nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend,
 - 3. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- und kommunikationstechnischer Anlagen sowie für die erforderlichen baulichen Maßnahmen; die Kosten für bauliche Maßnahmen dürfen zehn Prozent der beantragten Fördermittel nicht übersteigen.

(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) § 3 Absatz 1, 2 und 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Veröffentlichung nach § 3 Absatz 1 zum Stand 1. Oktober 2018 vorzunehmen ist und die Schätzung nach § 3 Absatz 2 bis zum Ende des ersten Quartals 2019 vorzunehmen und auf den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2022 zu beziehen ist.

(2) 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 Einzelvorhaben:

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

§ 14

Antragstellung

(1) § 4 Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 31. Juli 2017 der 31. Dezember 2022 tritt, und für die Ermittlung des Anteils nach § 3 Absatz 1 der 1. Oktober 2018 maßgeblich ist.

(2) § 4 Absatz 2 gilt mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 treten an die Stelle der Verpflichtungen der Länder nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
2. in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 tritt an die Stelle des § 1 Absatz 1 Nummer 1 § 11 Absatz 1 Nummer 1,
3. in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 tritt an die Stelle des § 1 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b.

(3) Über die in § 4 Absatz 2 genannten Unterlagen hinaus sind dem Bundesversicherungsamt folgende Unterlagen vorzulegen:

1. die Erklärung, dass Gegenstand der Förderung ein neues, selbständiges Vorhaben ist,
2. die Erklärung, dass für keinen der beteiligten Krankenhausträger ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt worden ist,

3. bei Vorhaben nach § 11 Nummer 2 Buchstabe a die Bestätigung, dass für die betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten Mindestmengen oder Mindestfallzahlen bestehen,
4. bei Vorhaben nach § 11 Nummer 2 Buchstabe b die Bestätigung, dass es sich bei den betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten um solche zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt,
5. bei Vorhaben nach § 11 Nummer 2 Buchstabe c die Bestätigung, dass die beteiligten Krankenhäuser im Rahmen eines Krankenhausverbunds dauerhaft zusammenarbeiten,
6. bei Vorhaben nach § 11 Nummer 4 Buchstabe a die Bestätigung, dass die vorgesehenen Maßnahmen erforderlich sind, um die Informationstechnik des Krankenhauses an die Vorgaben des § 8a des IT-Sicherheitsgesetzes anzupassen,
7. bei Vorhaben nach § 11 Nummer 4 Buchstabe b die Bestätigung, dass die vorhandenen Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genutzt werden.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Anträge auf Förderung länderübergreifender Vorhaben.

§ 15

Anwendbare Vorschriften

Die §§ 6 bis 10 gelten entsprechend auch für Anträge auf Förderung länderübergreifender Vorhaben und mit der Maßgabe, dass in § 8 Absatz 1 Satz 1 an die Stelle des 1. April 2017 der 1. April 2020 tritt.“

4. Der bisherige § 11 wird § 16.

Artikel 6

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetzes 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. § 36 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Lunge“ die Wörter „oder auf eine andere von der zuständigen Behörde zugelassene Untersuchungsmethode“ eingefügt.
 - bb) In Satz 4 werden die Wörter „dass nach sonstigen Befunden“ durch die Wörter „mit dem durch eine andere von der zuständigen Behörde zugelassene Untersuchungsmethode nachgewiesen wird, dass“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Für Ausländer, die nach dem Inkrafttreten dieser Vorschrift in die Bundesrepublik eingereist sind und

1. die im Rahmen des Familiennachzugs zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzberechtigten einen Aufenthaltstitel erhalten haben oder

2. einen Asylantrag nach § 14 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Asylgesetz beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge gestellt haben,

gilt Absatz 4 mit der Maßgabe entsprechend, dass der zuständigen Behörde innerhalb einer von ihr zu setzenden Frist nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ein ärztliches Zeugnis vorzulegen ist, soweit nicht bereits nach Absatz 5 entsprechende Untersuchungen durchgeführt wurden.

Die zuständige Behörde kann Näheres zu den Erfordernissen des ärztlichen Zeugnisses vorsehen und insbesondere anordnen, dass dieses nur von Personen aus bestimmten Herkunftsländern vorzulegen ist oder sich dieses auch auf weitere übertragbare Krankheiten zu erstrecken hat.

Soweit ein solches Zeugnis nicht vorgelegt werden kann, sind die Personen verpflichtet, entsprechende ärztliche Untersuchungen zu dulden; Absatz 4 Satz 4 und Absatz 5 Satz 5 gelten entsprechend. Die zuständige Behörde kann anordnen, dass die ärztlichen Untersuchungen im medizinisch erforderlichen Ausmaß jeweils im Abstand von mindestens einem Jahr zu wiederholen sind.“

2. In § 73 Absatz 1a Nummer 19 wird nach der Angabe „oder 3“ ein Komma und die Angabe „Absatz 5a Satz 3 oder aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 6“ eingefügt.

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 2 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen wenden von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabenrichtwert] jeweils für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabenrichtwert] für Leistungen nach § 20b auf.“

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbracht werden, wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 3 für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“

- c) In Satz 4 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1 bis 3“ ersetzt.
2. § 20b Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Unternehmen“ die Wörter „und insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches,“ eingefügt.
- b) In Satz 3 und 4 werden jeweils nach dem Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und der Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.
3. In § 20d Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
- „Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches.“
4. § 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. Hierzu erhebt der Spitzenverband Bund der 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.
5. § 40 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.“
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Krankenkasse erbringt stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig von Absatz 1; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“
6. § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 werden wie folgt gefasst:
- „Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist eine Regelung zu treffen nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die bisherige Vorgabe von Indikatoren 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.“

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

„Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit nach Satz 1.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a und 2b angefügt:

„(2a) Für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch in der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 gelten Anforderungen, die von den Vertragsparteien nach Absatz 2 erstmals bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren sind und bezüglich derer das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene herzustellen ist. In den Anforderungen nach Satz 1 können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. In den Anforderungen nach Satz 1 sollen die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a SGB V berücksichtigt werden, sobald sie für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen.

(2b) Telemedizinische Dienste wie Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.“

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz 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 und berichten der Bundesregierung über die Ergebnisse im Abstand von drei Jahren, erstmalig bis zum 30. Juni 2019.“

8. In § 132a Absatz 1 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 5 ist den besonderen Anforderungen einer flächendeckenden Versorgung im ländlichen Bereich Rechnung zu tragen, dabei sind insbesondere angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten vorzusehen und erstmalig bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren.“

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

10. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

- b) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 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. Solange der Anteil noch nicht feststeht, kann das Bundesversicherungsamt einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung der Beträge und zur Abrechnung bestimmt das Bundesversicherungsamt.“

11. § 271 Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

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

12. § 301 wird wie folgt geändert:

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

„(2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern bei Krankenhausbehandlung unverzüglich nach Anzeige der Aufnahme durch das Krankenhaus einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln.“

- b) In Absatz 3 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „den Absätzen 1 und 2a“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz 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. Nach § 3 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. ein von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 gemeinsam vereinbartes Pflegebudget nach § 6a.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2a wird aufgehoben.
b) Der bisherige Absatz 2b wird Absatz 2a.
c) Der neue Absatz 2a wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden“ durch die Wörter „ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent anzuwenden (Fixkostendegressionsabschlag)“ ersetzt.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- cc) In den neuen Sätzen 2 und 3 werden jeweils die Wörter „oder Satz 2“ gestrichen.
- dd) Der neue Satz 6 wird aufgehoben.
- ee) In dem bisherigen Satz 7 werden die Wörter „darüber hinaus“ gestrichen.
- ff) Der neue Satz 7 wird aufgehoben.
- d) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.
- e) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 1 Absatz 1 Krankenpflegegesetz“ durch die Wörter „§ 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes“ und werden die Wörter „2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert“ durch die Wörter „ab 2019 vollständig finanziert“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 2 bis 4 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Dazu vereinbaren die Vertragsparteien 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 den am 31. Dezember 2018 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollkräfte“ ersetzt.
 - dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 bis 5“ durch die Wörter „Sätzen 2 bis 4“ ersetzt.
 - ee) Im neuen Satz 8 wird der Satzteil nach dem Semikolon wie folgt gefasst:

„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 9 eingefügt:

„Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen,

 1. einmalig 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 Vollkräfte,

2. 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 Vollkräfte, und
3. über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“

gg) Satz 12 wird wie folgt gefasst:

„Die vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Mittel gehen für das Jahr der erstmaligen Anwendung des Pflegebudgets nach § 6a im Pflegebudget auf.“

f) 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. Dazu können die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,1 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,2 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit die Vereinbarung von Maßnahmen nach Satz 1 dies erfordert. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen nach Satz 1 zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen; Absatz 8 Satz 6 bis 8 gilt entsprechend. Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über Art und Anzahl der geförderten Maßnahmen. Absatz 8 Satz 11 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend.“

g) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Mittel nach den vorgenannten Sätzen sind zu vermindern, soweit Pflegepersonalkosten dem Pflegebudget nach § 6a unterliegen.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Bei Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme erstmals für das Jahr 2018 um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten Erhöhungsrate für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflege-satzzeitraums abzuwickeln ist; eine Begrenzung der Erhöhung der Erlös-summe nach Satz 4 gilt insoweit nicht.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Höhe der Erlössumme ist zu vermindern, soweit Pflegepersonalkosten dem Pflegebudget nach § 6a unterliegen.“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Auf Verlangen der besonderen Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.“

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

„§ 6a

Vereinbarung eines Pflegebudgets

(1) Zur Finanzierung der Kosten, die dem einzelnen Krankenhaus für Pflegeleistungen nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entstehen, die in der Patientenversorgung erbracht werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 ein Pflegebudget. Ausgenommen hiervon sind die im Erlösbudget nach § 4 und in der Erlössumme nach § 6 berücksichtigten Entgelte, die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern; Absatz 2 Satz 3 und 4 bleiben unberührt.

(2) Das Pflegebudget für das Jahr 2020 wird auf der Ausgangsgrundlage der Summe der Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 des Krankenhauses für Pflegeleistungen im Vorjahr ermittelt; die Vorgaben nach § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind zu beachten. Zusätzlich sind die für das Jahr 2020 zu erwartenden Veränderungen, insbesondere bei der Zahl und beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie Kostenentwicklungen, zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets geht die Summe der krankenhausspezifisch vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 in dem Pflegebudget auf. Entsprechendes gilt anteilig für Mittel nach § 4 Absatz 9, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt. Eine Fehlschätzung der Pflegepersonalkosten sowie der nach Satz 2 zu berücksichtigenden Änderungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2021 als Berichtigung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2020 zu berücksichtigen. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten gelten als wirtschaftlich im Sinne des § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zu verwenden. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets in den Folgejahren sind die Sätze 1 bis 2 und 5 bis 8 entsprechend anzuwenden.

(3) Für die Vereinbarung des Pflegebudgets hat das Krankenhaus die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Zudem hat das Krankenhaus für die Vereinbarung jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Nach Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien nach § 11 zudem jährlich eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Die Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.

(4) Die Abzahlung des nach Absatz 3 vereinbarten Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Dieser wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr dividiert wird. Der für das jeweilige Jahr geltende 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 Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz Nummer 6a von dem nach Absatz 3 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.“

5. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 6 folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung,“.

b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „5 und 6“ durch die Angabe „5, 6 und 6a“ ersetzt und wird nach der Angabe „§ 6“ die Angabe „und § 6a“ eingefügt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 wird angefügt:

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

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 10 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „allgemeinen“ gestrichen und werden nach den Wörtern „bezogen wird“ das Semikolon und die Wörter „ab dem Jahr 2019 erhöht sich die Fördersumme von 500 Millionen Euro um den Betrag der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8“ gestrichen.

bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:

- aaa) Im Satzteil vor dem Semikolon wird das Wort „**allgemeinen**“ gestrichen und werden nach den Wörtern „mit dem Krankenhaus“ die Wörter „**abzüglich der ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik**“ eingefügt.
- bbb) Im Satzteil nach dem Semikolon werden nach den Wörtern „mit dem Krankenhaus“ die Wörter „**abzüglich der ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik**“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

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

7. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

„2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung der 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 wie folgt gefasst:

„7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4, den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrates sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, inwieweit die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen haben,“.

dd) Nach Nummer 7 werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

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

9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2020 umsetzen.“

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) 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 nach Maßgabe des Satzes 5 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 Tarifrata berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrata nach Satz 2 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; dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge einschließlich Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen maßgeblich.“

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

b) 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“ und wird die Angabe „§ 6 Absatz 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Sofern der Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ergibt, dass Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, ist in der Vereinbarung die Rückzahlung dieser Mittel zu regeln.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ angefügt.

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

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

11. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 10“ das Komma und die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen und werden nach der Angabe „§ 6“ ein Komma und die Wörter „des Pflegebudgets nach § 6a“ eingefügt.
- b) In Absatz 4 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.

12. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „einschließlich der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 6a“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Können die Entgelte nach § 6a auf Grund 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 den Wörtern „nach § 5 Absatz 4“ die Wörter „und der vereinbarten und abgerechneten Bewertungsrelationen des Pflegeerlöskatalogs sowie der Zahlungen zum Ausgleich für Fehlschätzungen nach § 6a Absatz 2“ eingefügt.
 - bbb) In Buchstabe e werden nach dem Wort „Personen“ die Wörter „aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen jeweils“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 2 Buchstabe e werden nach den Wörtern „behandelnden Fachabteilungen“ 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.

Artikel 9

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 7 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. In § 6 Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „2018 um 40 Prozent den für § 10 Absatz 5 Satz 5 festgelegten Anteilswert der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen“ durch die Wörter „2020 um den nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ermittelten Anteilswert“ ersetzt.

2. In § 9 Absatz 1 Nummer 7 werden nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und die Wörter „die Ermittlung des Anteilswerts für die Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz 5 unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung über das Pflegebudget zu finanzieren sind“ eingefügt.
3. § 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“ durch die Wörter „den nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ermittelten Anteilswert“ ersetzt.
 - b) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung“ eingefügt.

Artikel 10

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 ff.) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“
2. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 9 angefügt:

„(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 zu beauftragenden, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die notwendigen Zuwendungen sind an die Institution zu zahlen. Die Auszahlungen erfolgen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung.

(6) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten als Ergänzung zur Pflegevergütung nach dem achten Kapitel abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege. Damit werden die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflegeeinrichtung insgesamt gestärkt. Die Gewährung des Vergütungszuschlags setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5

Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht. Die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel der Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und der privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 werden vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet. Der Anspruch beläuft sich für die Einrichtungen auf die Kosten für zusätzlich

1. eine halbe Stelle bei bis zu 40 Plätzen,
2. eine Stelle bei 41 bis 80 Plätzen,
3. 1,5 Stellen bei 81 bis 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei über 120 Plätzen.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere für die Antragstellung sowie für seine Mitglieder das Zahlungsverfahren. Dabei hat die Auszahlung des gesamten Zuschlags einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. 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 einschließlich der 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 mit dem Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen für Leitungskräfte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Eine Förderung der in Satz 2 genannten Maßnahmen durch die Pflegeversicherung kann bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen; höchstens ist ein jährlicher Zuschuss von 7 500 Euro pro Pflegeeinrichtung möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Die nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen und der Zahl der Pflegebedürftigen auf die Länder aufgeteilt werden. 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 die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Satz 2 genannten Zwecke. 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 8 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 die Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen bereitgestellt, insbesondere beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren, bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären

Pflegeeinrichtungen sowie bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege. Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen können durch einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12°000 Euro durch eine Anteilsfinanzierung in Höhe von 40 Prozent gefördert werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses für die in Satz 1 genannten Zwecke. 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 5 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 jeweils mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich zur Finanzierung der Aufgaben gemäß Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der 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.“

3. 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.

4. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 4 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Sofern die pflegebedürftige Person die Einwilligung nach Satz 1 nicht erteilt und nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt ist, übermittelt die Beratungsstelle diese Einschätzung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung anzubieten.“

- b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

1. zu Beratungsstandards,
2. zur Qualifikation der Berater,
3. zur Bewertung der Erkenntnisse aus der jeweiligen Beratung durch die Pflegekassen einschließlich ihrer Aufbereitung und standardisierten Dokumentation sowie
4. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.“

5. 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.
6. Dem § 44 Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„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 Beihilfestellen und Dienstherren automatisch und gleichzeitig bei allen Meldungen an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgen. Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherren nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen diese Mitteilungen 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 vorliegt.“
7. In § 45a Absatz 1 Satz 5 werden nach den Wörtern „zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger“ die Wörter „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ eingefügt.
8. § 45b Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„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 Nummern 1 bis 4 genannten Leistungsart die Aufwendungen jeweils entstanden sind.“
 - b) Der neue Satz 4 wird Absatz 1 Satz 5 und in dem Satz wird die Angabe „Absatz 1“ gestrichen.
9. In § 45d Satz 3 werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt.
10. Nach § 46 Absatz 2 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist.“
11. In § 55 Absatz 3a Nummer 2 werden nach dem Wort „Eheschließung“ die Wörter „oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz“ eingefügt.
12. § 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) Nach den Wörtern „den hinterbliebenen Ehegatten“ werden jeweils die Wörter „oder den hinterbliebenen Lebenspartner“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 3 werden nach dem Wort „geschlossen“ die Wörter „oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz begründet“ eingefügt.

13. In § 78 Absatz 4 werden im ersten Halbsatz die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3“ gestrichen und der zweite Halbsatz wird wie folgt neu gefasst:

„die Verordnung geht den Richtlinien gemäß § 40 Absatz 5 Satz 3 vor, im Übrigen bleiben diese unberührt“.

14. In § 89 Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches für angemessene Zuschläge zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit längeren Wegezeiten sind zu berücksichtigen.“

15. § 106a wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zugelassene Pflegeeinrichtungen, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Pflegeeinsätze 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 oder der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln.“

- b) Dem bisherigen Wortlaut wird folgender Satz angefügt:

„Sofern die pflegebedürftige Person die Einwilligung nach Satz 1 nicht erteilt und nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt ist, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung anzubieten.“

16. Der § 133 wird wie folgt gefasst:

„Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Die Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds wird vom Bundesversicherungsamt ausgeübt. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn.“

Artikel 11

Weitere 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 10 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 145 folgende Angabe eingefügt:

„§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3“.

2. § 28 Absatz 1 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

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

3. In § 30 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ gestrichen.
4. § 37 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „eigenen Häuslichkeit durch“ und den Wörtern „sofern dies durch“ die Wörter „eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ durch die Wörter „einen zugelassenen Pflegedienst“ ersetzt.
 - b) Satz 5 wird durch die folgende Sätze ersetzt:

„Die Höhe der Vergütung vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 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 2021 die Verbände der Pflegekassen im Land verbindlich in Anlehnung an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres und veröffentlichen die Festlegung.“
 - c) In dem bisherigen Satz 6 werden das Semikolon und der zweite Halbsatz gestrichen.
 - d) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 bis 6“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 8“ ersetzt.
5. In § 106a Satz 1 wird das Wort „Pflegeeinrichtungen“ durch das Wort „Pflegedienste“ ersetzt.
6. Nach § 145 wird folgender § 146 angefügt:

„§ 146

Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

Bis zur erstmaligen Vereinbarung einer Vergütung für Beratungseinsätze oder deren Festlegung durch die Verbände der Pflegekassen im Land nach § 37 Absatz 3 Sätze 5 bis 7, gelten für die beratende Stelle die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Sätze 5 und 6 in der Fassung vom 31. Dezember 2019. Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab diesem Zeitpunkt als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Absatz 7.“

Artikel 12

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der nachfolgenden Absätze am 1. Januar 2019 in Kraft.
- (2) Artikel 2 tritt am xx.xx.2018 [Tag nach dem Kabinettsbeschluss] in Kraft.

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

(4) Artikel 9 und Artikel 11 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.

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. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Eine Folge 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 Verbesserungen 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.

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 krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden,
- 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 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 digitale Anschaffungen 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,
- die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht wird und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden; zudem werden Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung weiter ausgebaut.

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.

Durch eine entsprechende Änderung des Infektionsschutzgesetzes soll der Gesundheitsschutz für nachziehende Familienangehörige verbessert 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 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 krankenspezifischen 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 krankenspezifischen Kosten. Die vereinbarten Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Sofern auf der Grundlage eines Nachweises festgestellt wird, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, sind diese zurückzuzahlen. Zur Umsetzung der krankenspezifischen 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 auszubilden.
- Ausbildungsvergütungen sind für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe zu bezahlen, wenn mit dem Krankenhaus eine Ausbildungsvergütung vereinbart wurde.
- 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.

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 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 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.

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 Abs. 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 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Ver-

besserung 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,XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabenrichtwert] jährlich je Versicherten wird um 1 Euro auf 3,XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabenrichtwert] erhöht. Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhält die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen einen Schub, der mit 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. Durch die neu geschaffenen Untersuchungsmöglichkeiten im Infektionsschutzgesetz wird der Infektionsschutz für Familienangehörige, die zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzberechtigten nachziehen, verbessert. Zugleich wird dadurch die öffentliche Gesundheit gestärkt.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG. Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelungen der Krankenhauspflegegesetze 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 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.

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 unvermeidbare 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.

3. 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 75 Prozent der privaten Krankenversicherung und 25 Prozent 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 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2019, in Höhe von rund 1,9 Milliarden Euro im Jahr 2020 und in Höhe von rund 2,1 Milliarden Euro im Jahr 2021. Darüber hinaus werden für den Krankenhausstrukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 insgesamt bis zu vier Milliarden Euro bereitgestellt, die je zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV aufzubringen sind.

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

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 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 15 Millionen Euro, im Jahr 2020 auf rund 20 Millionen Euro und im Jahr 2021 auf rund 25 Millionen Euro. Hiervon entfallen 30 Prozent auf den Bund, also jeweils zwischen fünf und zehn Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2021.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2021 auf bis zu 16 Millionen Euro ansteigen werden. Die Mehrausgaben werden in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen.

Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für den Bundeshaushalt aus einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen Mehraufwendungen von rund zwei Millionen Euro jährlich. Davon entfallen jeweils rund 30 Prozent auf die unmittelbare Bundesverwaltung und das Bundeseisenbahnvermögen und rund 40 Prozent auf die Postbeamtenversorgungskasse. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

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

Bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen ergeben sich für die öffentlichen Haushalte der Länder und Gemeinden im Bereich der Beihilfe Mehrausgaben von rund vier Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

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 1,2 Milliarden Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 1,5 Milliarden Euro und im Jahr 2021 von rund 1,7 Milliarden Euro. Für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds können aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab 2019 bis zu 500 Millionen Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren abgerufen werden, 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.

Das Pflegestellen-Förderprogramm wird bedarfsgerecht weiterentwickelt, indem jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird. Im Jahr 2016 (letztes verfügbares Datenjahr) 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 im Jahr 2020 auf rund 440 Millionen Euro und erreichen im Jahr 2021 Mehrausgaben in Höhe von rund 660 Millionen Euro.

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. Die Krankenhäuser können bis zu einer gesetzlich festgelegten Obergrenze erforderliche Aufwendungen hierfür für einen Übergangszeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken. Für die GKV ergeben sich jährliche Mehrausgaben in Höhe von bis zu 70 Millionen Euro.

Mit der vollständigen Refinanzierung von Tarifierhöhungen für Pflegekräfte entstehen für Tarifierhöhungen oberhalb der Obergrenze Mehrausgaben für die GKV. Da die Tarifkostenrefinanzierung für Pflegepersonal rückwirkend ab dem Jahr 2018 gelten wird, entstehen der GKV 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 Tarifraten 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. So werden die im Jahr 2020 anfallenden basiswirksamen Mehrausgaben auch im Jahr 2021 entstehen. Sollten die Tarifierhöhungen die Obergrenze überschreiten, wäre mit weiteren, zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifizierbaren, Mehrausgaben zu rechnen. Strukturelle Tarifierhöhungen sind nicht quantifizierbar und wurden insoweit in den geschätzten Mehrausgaben nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus wird mit der Einführung einer krankenhausindividuellen Vergütung von Pflegepersonalkosten eine weitere Verbesserung für die Pflege im Krankenhaus erreicht. Soweit zukünftig die krankenhausindividuell entstehenden Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung die über das heutige Vergütungssystem abgerechneten Pflegeerlöse übersteigen, kann es für die Kostenträger zu Mehrausgaben kommen. Im umgekehrten Fall können Minderausgaben entstehen. Da weder die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffende Definition der betroffenen Pflegepersonalbereiche und –kosten noch die Pflegepersonalkosten jedes einzelnen Krankenhauses zum jetzigen Zeitpunkt bekannt sind, können potenziell entstehende Minder- oder Mehrausgaben nicht quantifiziert werden.

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 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 Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich.

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 250 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 270 Millionen Euro und im Jahr 2021 von rund 260 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.

Ebenfalls aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden für Maßnahmen 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.

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.

4. Erfüllungsaufwand

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

4.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

4.2 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 auch die Nachweisverpflichtungen für das Pflegestellen-Förderprogramm, die unter den Bürokratiekosten aufgeführt sind.

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. 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 zu nicht quantifizierbaren Einsparungen beim Erfüllungsaufwand kommen.

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

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 für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 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 und Parallelisierung der Meldungen an Beihilfestellen und Dienstherren sowie an die Träger der Rentenversicherung.

4.2.1 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 Tarifierfinanzierung 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 - BPfIV) 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 Tarifierfinanzierung 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.

Auch die für das Krankenhausstrukturgesetz quantifizierten Belastungen für die Erbringung von Nachweisen im Zusammenhang mit dem Pflegestellen-Förderprogramm führen ab dem Jahr 2021 zu Entlastungen in Höhe von ca. 2,3 Millionen Euro.

Die Zusammenstellung der Unterlagen im Vorfeld der Verhandlungen des Pflegebudgets und die Erbringung der Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus dem Pflegebudget und aus den vereinbarten Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf führt zu weiterem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 90 000 Euro. Für die Nachweise ergeben sich Synergieeffekte durch ähnlich lautende 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.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

4.3.1 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 im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes ermittelten jährlichen Belastungen für die Erstellung eines Berichts ab dem Jahr 2021 zu jährlichen Entlastungen in Höhe von rund 26 000 Euro für die Krankenkassen auf der Ortsebene und den GKV-Spitzenverband führen.

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 Erhöhungsrage 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 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 ab dem Jahr 2020 ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500 Euro. Dem zu erstellenden Bericht gehen Datenlieferungen der einzelnen Krankenkassen voraus. Dafür ist mit einem jährlichen Mehraufwand in Höhe von rund 3 500 Euro zu rechnen.

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 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.

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)

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. 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.

11. 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 890 000 Euro.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. Leistungen für Pflegepersonen (§ 44 Absatz 5 Sätze 6 und 7 SGB XI)

Es entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 70 400 Euro für die 110 Pflegekassen für die Programmierung oder Anschaffung von Software zur Automatisierung und Parallelisierung der Meldungen an Beihilfestellen und Dienstherrn sowie an die Träger der Rentenversicherung.

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

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

4.3.2 Erfüllungsaufwand für den Bund

Für das Bundesministerium für Gesundheit entsteht ein dauerhafter Erfüllungsaufwand für die Laufzeit des Strukturfonds auf Grund 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 Bundesversicherungsamts 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 Bundesversicherungsamt geringfügige, nicht bezifferbare Mehrausgaben in Abhängigkeit von der Häufigkeit von Vertretungsanlässen.

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

4.3.3 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 zum Infektionsschutzgesetz entstehen Kosten für die Länder. Ärztliche Untersuchungen durch den ÖGD stehen im Ermessen der Länder, die dann die Kosten nach § 69 IfSG tragen. Auch die Anwendung weiterer Untersuchungsmethoden steht im Ermessen der Länder. Da somit auf der Länderebene ein weiter

Ermessensspielraum besteht, ist der dadurch ggf. entstehende Aufwand nicht quantifizierbar.

5. 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 321 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 85 Millionen Euro im Jahr 2019, auf rund 110 Millionen Euro im Jahr 2020 und auf rund 125 Millionen Euro im Jahr 2021.

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 Mehraufwendungen in den Jahren 2019 bis 2021 insgesamt bis zu 30 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 10 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024.

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

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Der fortgeführte Strukturfonds soll ebenso wie der mit dem Krankenhausstrukturgesetz gebildete Strukturfonds hinsichtlich der strukturverbessernden Wirkungen der Förderung überprüft werden. Das BVA hat hierzu eine begleitende Auswertung in Auftrag zu geben.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

(§ 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 2 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 Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen, der Bildung zentralisierter Notfallstrukturen, der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe. 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 stehen in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich jeweils 500 Millionen Euro, abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamts für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds und abzüglich der Aufwendungen für die Auswertung der Wirkungen der Förderung für die Förderung von Vorhaben der Länder zur Verfügung. Die Aufwendungen des BVA für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds 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 zehn Prozent der zur Verfügung stehenden Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden sind. Die Umsetzung strukturverbessernder Vorhaben soll nicht deshalb scheitern, dass sich die beteiligten Krankenhäuser in unterschiedlichen Ländern befinden. Auf diesen Teil der Fördermittel können alle Länder gleichermaßen zugreifen. 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. 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 wieder dem Gesundheitsfonds zugeführt wird.

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 auf Grund 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. 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 eine Bezugnahme auf diese Vorschrift entbehrlich.

Zu Absatz 4

Durch die entsprechende Anwendbarkeit des § 12 Absatz 3 KHG wird klargestellt, dass in der Verordnung auch die Kriterien für die Förderung der in § 12a Absatz 1 Satz 2 genannten neuen Förderzwecke zu regeln sind.

Die Regelung erweitert außerdem die Ermächtigungsgrundlage für die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung dahingehend, dass in der Verordnung auch die Förderung bestimmter Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden kann. Hierbei handelt es sich zum einen um Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Hochschulkliniken. Dies ist sachgerecht, da die Hochschulkliniken Kritische Infrastrukturen im Sinne des IT-Sicherheitsgesetzes darstellen und daher auf Grund der Vorgaben dieses Gesetzes verpflichtet sind, ihre informationstechnische Ausstattung an den Stand der Technik anzupassen. Zum anderen kann die Erweiterung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe auch insoweit gefördert werden, als die Ausbildungsstätten mit Hochschulkliniken verbunden sind. Hierdurch kann die Zielsetzung einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung umfassender erreicht werden. Im Übrigen bleibt es dabei, dass Vorhaben von Hochschulkliniken nicht aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden können, da diese nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 KHG bereits nach den landesrechtlichen Vorschriften über den Hochschulbau gefördert werden.

Zu Absatz 5

Die Auswahl der zu fördernden Vorhaben soll im gleichen Verfahren erfolgen wie bisher.

Zu Nummer 2

(§ 14)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 2.

Zu Buchstabe b

Die Regelung enthält die notwendigen Anpassungen an den neuen Förderzeitraum. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird geregelt, dass die für die Auswertung der Wirkungen der Förderung erforderlichen Daten von den Ländern dem BVA zu übermitteln sind, das diese gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weiterleitet.

Zu Nummer 3

(§ 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 dieser ebenfalls aufgehoben wird.

Zu Nummer 4

(§ 17c)

Die Pflegesätze sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Insofern 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 Pflegepersonal-kostenvergütung durch § 17b Absatz 4, die über § 6a KHEntgG für die Höhe von mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten des Pflegeerlöskatalogs eine krankenhausesindividuelle 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

(§ 28)

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

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1

(§ 17a)

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 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 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.

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

Im Wege der Rechtsbereinigung wird bei den neu gefassten Sätzen 3 und 4 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

(§ 17b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer geänderten Pflegepersonal-kostenvergütung durch Absatz 4.

Zu Buchstabe b

Absatz 4 beauftragt die Vertragspartner auf Bundesebene 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 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.

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 von den Krankenhäusern rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 für die Abgrenzung der Kosten und Leistungen anzuwenden sind. Diese Regelung ist erforderlich, damit das InEK die Daten für das erste Halbjahr 2019 vollständig von den Krankenhäusern erhält. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sind die von den Kalkulationskrankenhäusern an das InEK zu liefernden Kostendaten heranzuziehen. Die Kostendaten für das Pflegepersonal sind weiterhin, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu liefern.

Nach Satz 4 bildet das hochgerechnete erste Halbjahr 2019 die Datengrundlage, um bei der Kalkulation des DRG-Systems im Jahr 2019 die Bewertungsrelationen des DRG-Systems erstmals für das erste Anwendungsjahr 2020 zu mindern. 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 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. 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.

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 teilstationären Belegungstag beruht, auszuweisen ist. Der Katalog ist jährlich weiter zu entwickeln, da die Höhe der aus dem DRG-Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten Veränderungen unterliegt.

Nach Satz 6 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 die Vorgaben nach Absatz 2 u. a. zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung, zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit sowie zu den Veröffentlichungspflichten.

Zu Buchstabe c

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

Zu Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Wegfall des Anrechnungsschlüssels für das erste Ausbildungsjahr in der Krankenpflegehilfe. Es wird gewährleistet, dass die entsprechende Änderung des Artikels 2 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb für die Krankenpflegehilfe am 2. Januar 2019 auch dauerhaft Eingang in das KHG findet.

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

(§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 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 Erhöhungsrates 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

(§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 Tarifierfinanzierung 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

(vor § 1)

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

Zu Nummer 2

(§ 8)

Zu Buchstabe a

Das Verfahren der Übermittlung der für die Auswertung der Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds 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

(nach § 10)

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

Zu Nummer 4

§ 11

Zu Absatz 1

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 1a 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 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 Neugeborenen 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 Transplantationszentren, 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.

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 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 IT-Sicherheitsgesetzes 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. Die telemedizinischen Netzwerkstrukturen werden nur gefördert, wenn sie Dienste der Telematikinfrastruktur nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen und für die Nutzung telemedizinischer Anwendungen geeignet sind. Hierdurch werden Insellösungen verhindert und Effizienzgewinne durch eine gemeinsame Infrastruktur ermöglicht. 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, das 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.

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.

Die Kriterien für die Förderungsfähigkeit gelten auch für die in § 12a Absatz 2 Satz 4 KHG genannten länderübergreifenden Vorhaben.

Zu Absatz 2

Die Regelung setzt die Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage durch § 12a Absatz 4 KHG in der Weise um, dass die dort genannten Vorhaben von Hochschulkliniken in den Katalog der förderungsfähigen Vorhaben aufgenommen werden. Hierbei handelt es sich zum einen um Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Hochschulkliniken. Da alle Hochschulkliniken die Voraussetzungen einer Kritischen Infrastruktur erfüllen, gelten für sie die aus dem IT-Sicherheitsgesetz resultierenden Verpflichtungen zur Anpassung der informationstechnischen Ausstattung an den Stand der Technik gleichermaßen wie für andere Krankenhäuser, die als Kritische Infrastrukturen anzusehen sind. In Bezug auf die Erfüllung dieser gesetzlichen Verpflichtungen besteht daher kein Unterschied zwischen Hochschulkliniken und anderen Krankenhäusern.

Außerdem ist auch die Erweiterung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds förderungsfähig, wenn die Ausbildung in Ausbildungsstätten erfolgt, die mit Hochschulkliniken verbunden sind. Dies trägt der Zielsetzung einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung Rechnung.

Zu Absatz 3

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. Nicht gefördert werden können Vorhaben, wenn für einen der beteiligten Krankenhausträger ein Insolvenzantrag gestellt worden ist, da bei Vorliegen eines Insolvenzantrags der mit der Förderung verfolgte Zweck struktureller Verbesserungen nicht mehr erreicht werden kann.

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 und zur Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegepersonal. Soweit ein Konzentrationsvorhaben die Voraussetzungen des § 11 Absatz 1 Nummer 2

nicht erfüllt, richtet sich die Höhe der förderungsfähigen Kosten nach Absatz 1. Das bedeutet, dass solche Vorhaben mit den dort 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 gefördert.

Nummer 3 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.

Zu Absatz 2

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

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Rechtslage zu den Verwaltungsaufgaben des BVA und passt sie an die geänderten Förderzeiträume an.

Zu Absatz 2

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 § 14

Zu Absatz 1

Absatz 1 übernimmt die bisherige Rechtslage zur Antragstellung und passt sie an die geänderten Förderzeiträume an.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Rechtslage zu den einem Antrag beizufügenden Unterlagen und passt sie an die entsprechenden Bezugsvorschriften an.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, welche weiteren Unterlagen, insbesondere auf Grund der Erweiterung der Förderzwecke, einem Antrag beizufügen sind. Die Nummern 1 und 2 tragen den bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung und vereinfachen die Durchführung des Verfahrens.

Zu Absatz 4

Die verfahrensrechtlichen Regelungen zur Antragstellung gelten für Anträge auf Förderung länderübergreifender Vorhaben entsprechend.

Zu § 15

Die Vorschriften der §§ 6 bis 10 der Krankenhausstrukturfondsverordnung gelten auch für die Förderung ab dem Jahr 2019.

Zu Nummer 4 (§ 16 neu)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der §§ 11 bis 15.

Zu Artikel 6 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Während zuziehende Personen, die in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften (für Ausländer) unterkommen, gemäß § 62 des Asylgesetzes oder nach § 36 Absatz 4 und 5 des Infektionsschutzgesetzes einer Gesundheitsuntersuchung (mindestens auf Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose) unterzogen werden können, ist dies bei Personen, die von Anfang dezentral untergebracht werden, nicht der Fall.

Über die Neuregelung in § 36 Absatz 5a des Infektionsschutzgesetzes soll, dem Wunsch aus den Ländern entsprechend, ermöglicht werden, dass auch Familienangehörige, die zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzberechtigten nachziehen und unbegleitete, minderjährige Asylsuchende, die nicht in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden, entsprechend Absatz 4 ein ärztliches Zeugnis über das Nichtvorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorlegen müssen und entsprechende Untersuchungen zu dulden haben.

Nachziehende Familienangehörige werden regelmäßig dezentral untergebracht. Sie kommen jedoch aus den gleichen Gebieten wie Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge und subsidiär Schutzberechtigte und waren daher (abgesehen von möglichen zusätzlichen Risiken auf einer Fluchtroute) den gleichen Infektionsrisiken in ihren Heimatländern ausgesetzt. Insoweit soll zum Schutz der öffentlichen Gesundheit eine Lücke geschlossen werden. Auch wenn die Heimatländer der entsprechenden Personengruppen nicht zwangsläufig Hochrisikogebiete für bestimmte übertragbare Krankheiten sind, ist jedoch davon auszugehen, dass in Ländern, aus denen Asylsuchende und deren Familien nach Deutschland ziehen durch die schwierigen Zustände vor Ort (insbesondere mangelhafte Gesundheitsversorgung), regelmäßig ein erhöhtes Infektionsrisiko für bestimmte übertragbare Krankheiten besteht. So hat sich etwa gezeigt, dass bei Tuberkulose 2016 rund drei Viertel der in Deutschland registrierten Erkrankungsfälle bei Patienten vorlagen, die aus dem Ausland stammen und die meisten gemeldeten Fälle bei Personen aus Somalia, Eritrea, Afghanistan und Syrien auftraten. Unter anderem aus diesen Ländern stammte 2016 zugleich die Mehrzahl der Familienangehörigen, die zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzberechtigten nachgezogen sind. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der gemeldeten Tuberkulose-Fälle der letzten Jahre ist auf Gesundheitsuntersuchungen (nach § 62 des Asylgesetzes und § 36 des Infektionsschutzgesetzes) bei entsprechenden Ausländern zurückzuführen. Zugleich hat der Gesetzgeber bereits in der Vergangenheit typisierend in § 62 des Asylgesetzes und § 36 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes zum Ausdruck gebracht, dass diese Gruppe von Personen im Gegensatz zu anderen Personen, die aus denselben Ländern stammen, insbesondere wenn sie in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit gesundheitlich untersucht werden sollen. Die Erwerbsmigration aus den Hauptherkunftsländern des Familiennachzugs zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten ist äußerst gering. So haben nur 0,0025 Prozent der in Deutschland aufhältigen Ausländer aus

Somalia, 0,02 Prozent der Ausländer aus Eritrea, 0,06 Prozent der Ausländer aus Afghanistan und 0,24 Prozent der Ausländer aus Syrien eine Aufenthaltserlaubnis zu Erwerbszwecken.

Zu Nummer 1

(§ 36 IFSG)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Künftig soll es der zuständigen Behörde nach § 54 IfSG möglich sein, (auf Grundlage von Empfehlungen des RKI und von Fachgesellschaften) anzuordnen, dass das vorzulegende ärztliche Zeugnis sich nicht mehr ausschließlich auf eine erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen muss, sondern auch andere Untersuchungsmethoden zulässig sein können. Damit können in Zukunft auch latente Infektionen (also akut nicht ansteckungsfähige, aber ggf. im Laufe des Lebens sich zu aktiven Infektionen entwickelnde) Lungentuberkulosen nachgewiesen und ggf. behandelt werden. Denkbar ist auch, dass eine Röntgenuntersuchung nur in bestimmten Fällen notwendig sein soll (etwa wenn das Ergebnis einer anderen Untersuchung auf eine Lungentuberkulose hindeutet).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe aa.

Zu Buchstabe b

(Zu § 36 Absatz 5a neu)

Durch die Einfügung eines Absatz 5a wird vorgesehen, dass grundsätzlich auch Familienangehörige, die zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten nachziehen und die nicht in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften zu wohnen haben entsprechend Absatz 4 ein ärztliches Zeugnis über das Nichtvorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorlegen müssen, soweit nicht bereits nach Absatz 5 entsprechende Untersuchungen durchgeführt wurden (Satz 1). In Einzelfällen können auch die von der hiesigen Regelung erfasste Familienangehörige und unbegleitete, minderjährige Asylsuchende in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern und Flüchtlingen aufgenommen werden, dann kann eine Untersuchung auf Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose bereits auf Basis dieser Regelung stattfinden. Es sollen nur Personen erfasst werden, die nach dem Inkrafttreten dieser Regelung in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind. Die Länder bestimmen nach § 54 IfSG die zuständigen Behörden, die auch berechtigt sein sollen, den Zeitraum zu bestimmen, in dem ein solches ärztliches Zeugnis vorzulegen ist.

Nach Absatz 5a Satz 2 kann die zuständige Behörde (unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Fachgesellschaften und des Robert Koch-Instituts) Näheres zu den Erfordernissen des ärztlichen Zeugnisses vorsehen und insbesondere auch anordnen, dass dieses nur von Personen aus bestimmten Herkunftsländern vorzulegen ist oder sich das Zeugnis auch auf weitere übertragbare Krankheiten zu erstrecken hat.

Absatz 5a Satz 3 sieht vor, dass soweit ein entsprechendes ärztliches Zeugnis nicht vorgelegt werden kann, entsprechende ärztliche Untersuchungen zu dulden sind. Für diese Untersuchungen gelten Absatz 4 Satz 4 (Ausnahmen für Schwangere und Minderjährige) und Absatz 5 Satz 5 (Ausschluss der aufschiebenden Wirkung) entsprechend. Diese Untersuchungen können sich auf den Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose beziehen, aber auch auf weitere übertragbare Krankheiten, auf die sich das Zeugnis nach Satz 2 zu erstrecken hat. Nach Satz 4 kann die zuständige Behörde anordnen, dass die

ärztlichen Untersuchungen im medizinisch erforderlichen Ausmaß jeweils im Abstand von mindestens einem Jahr zu wiederholen sind.

Eine solche Regelung erlaubt es den Ländern, ebenso wie bisher im Rahmen von § 62 des Asylgesetzes oder AsylG von Absatz 4 und 5, das Verwaltungsverfahren weitgehend selbst zu bestimmen. Gesundheitsuntersuchungen werden nicht vorgeschrieben, es handelt nur um eine Duldungsermächtigung, nach denen die betroffenen Personen, falls die Länder Gesundheitsuntersuchungen durchführen, sich solchen auch unterziehen müssen.

Zu Nummer 2

(§ 73 IFSG)

Folgeänderung zu Nummer 1 Buchstabe b.

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

(§ 20)

Zu Buchstabe a

Der Mindestausgabenwert, den die Krankenkassen für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b jährlich je Versicherten aufzuwenden haben, wird auf 3,XX Euro [zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabenrichtwert] erhöht.

Zu Buchstabe b

Die Krankenkassen werden verpflichtet, von dem Betrag nach Satz 2 mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, 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

(§ 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 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 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches legen, um so ihrem Auftrag zur verstärkten Unterstützung dieser Einrichtungen nachkommen zu können.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen stellen sicher, dass an der Beratung und Unterstützung durch die regionalen Koordinierungsstellen neben den örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Träger von Krankenhäusern und für die Träger der (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände beteiligt werden.

Zu Nummer 3

(§ 20d)

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 Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 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.

Zu Nummer 4

(§ 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 gesetzlichen Krankenversicherung.

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 5

(§ 40)

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 eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Leistungen durchgeführt worden sind. In einer stationären Rehabilitation können bestehende Gesundheitsprobleme auch unter Berücksichtigung einer belastenden Pflegesituation umfassend behandelt werden.

Zu Buchstabe a

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 2 aufgenommen, der den Leistungsanspruch für pflegende Angehörige näher bestimmt.

Zu Buchstabe b

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-Neuausrichtungsgesetz 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 im 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 erwerbstätige pflegende Angehörige auch weiterhin die gesetzliche Rentenversicherung zuständiger Träger für medizinische Rehabilitationsleistungen bleibt.

Zu Nummer 6

(§ 87 Absatz 2a)

Ziel der gesetzlichen Regelung ist, Videosprechstunden als telemedizinische Leistung allgemein 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 Indikationen (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. Der in der Begründung zum bisherigen § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 SGB V enthaltene Auftrag, dass der Bewertungsausschuss geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder und Fachgruppen festlegt, entfällt. Es wird grundsätzlich in das Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes gelegt, bei welchen Indikationen 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 erlangen. Dabei muss den besonderen Bedürfnissen und Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung entsprochen werden. So ist bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, beschützenden Einrichtungen und Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung bei einem Hausbesuch häufig auch die Pflegekraft mit anwesend. In der Folge findet dadurch oft auch eine Fallkonferenz 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 SGB V 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.

Von der Erweiterung der Videosprechstunden sollen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein. Die Besonderheiten in der Versorgung und auch der Berufsordnung sind dabei zu berücksichtigen. Danach kann eine ergänzende krankheitsbezogene Einbindung von Videosprechstunden in die persönliche Versorgung vor Ort, wie sie z. B. auch heute bereits über Telefonate erfolgt, angemessen sein.

Zu Nummer 7

(§ 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 bestehende 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.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2a:

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, zugleich für den Spitzenverband der Pflegekassen, vereinbart. 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.

Zu Absatz 2b:

Telemedizinische Dienste wie Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden. Mit der Regelung in § 87 Absatz 2a 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 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 8

(§ 132a)

Zu einer Verbesserung der ländlichen Versorgung gehört eine bessere Honorierung der Wegezeiten, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb ist ein unbürokratisch zu gewährender zusätzlicher Wegekostenzuschlag, der den entsprechenden Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 festzulegen. Die Regelung ist bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren.

Zwar haben die Kranken- und Pflegekassen 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 Honorierung von Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen in die gemeinsamen Rahmenempfehlungen aufzunehmen. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene bestimmt das Nähere zum örtlichen Geltungsbereich und zur Höhe des Zuschlags. Die Kriterien sind durch die Selbstverwaltung genauer zu definieren, maßgeblich sind u.a. Anhaltszahlen für geringe Bevölkerungsdichte, Feststellungen zu unterversorgten Gebieten. Hierbei haben die Vertragspartner auch Empfehlungen des sektorübergreifenden Landespflegeausschusses (§ 8a Absatz 2 SGB XI) bzw. regionaler Ausschüsse (§ 8a Absatz 3 SGB XI) einzubeziehen.

Zu Nummer 9

(§ 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 10

(§ 221)

Zu Buchstabe a

Die Streichung trägt den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds Rechnung. Da die Inanspruchnahme der Mittel des Krankenhausstrukturfonds im Zeitablauf sehr ungleichmäßig war, tritt künftig an die Stelle eines festen Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Festlegung dieses Anteils durch das BVA (vgl. zu Buchstabe b).

Zu Buchstabe b

Die neuen Sätze 5 bis 7 regeln das Verfahren der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Krankenhausstrukturfonds analog der Regelung in Satz 4 für die Beteiligung der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Innovationsfonds.

Zu Nummer 11

(§ 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 12

(§ 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). 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 der Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige angewiesen. Die Praxis zeigt, dass diese Informationsgrundlage vielfach nicht belastbar und fehleranfällig ist. 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.

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 ist für die Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels zum Pflegegrad zu verwenden. Auf diese Weise wird auch gewährleistet, dass belastbare Daten zum Pflegegrad 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 bei der Ausgestaltung der Datenübermittlung nach Absatz 3 zum frühestmöglichen Zeitpunkt das Nähere zur Form der in Absatz 2a vorgesehenen unverzüglichen Übermittlungspflicht der Pflegegrade nach SGB XI zu vereinbaren.

Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(§ 3)

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

Zu Nummer 2

(§ 4)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

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 im Jahr 2015 durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit Wirkung ab dem Jahr 2017 durch den sogenannten Fixkostendegressionsabschlag ersetzt. Die Regelungen zum Mehrleistungsabschlag in Absatz 2a werden deshalb wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Der bisherige Absatz 2b wird Absatz 2a.

Zu Buchstabe c

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 d

Mit dem KHSBG 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 e

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-prozentigen 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. Die Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Regelung zur Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

Zu Doppelbuchstabe aa

Satz 1 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 Kranken-

pflegegesetz gehören. Zukünftig wird dieser Kreis auch auf Pflegepersonal mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes erweitert. Damit wird dem Pflegeberufgesetz 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.

Zudem wird mit Satz 1 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 krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuell vereinbarter Betrag ist kumulativ in den Folgejahren um zusätzliche, in den Jahren 2019 und danach vereinbarte Beträge für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die Pflege am Bett zu erhöhen. Durch die Änderung wird in Verbindung mit der Streichung von § 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 Falle 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 geminderteren 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 verhindern. Die 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 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 Vollkräfte 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.

Zu Buchstabe f

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.

Nach Satz 2 ist die jährliche Gesamtförderung für entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bezogen auf das einzelne Krankenhaus auf 0,1 Prozent des Gesamtbetrags nach § 4 Absatz 3 Satz 1, also der Summe aus Erlösbudget nach § 4 und Erlössumme nach § 6 Absatz 3, begrenzt.

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 während des Förderzeitraums das verfügbare Fördervolumen des jeweiligen Kalenderjahres bis zu einer Obergrenze von 0,2 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 ergriffen hat 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 die Zusatzentgelte sowie auf krankenhausspezifisch vereinbarte 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 Mitteln gelten die Sätze 6 bis 8 des Absatzes 8 entsprechend.

Das Krankenhaus 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 8 dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2020, einen Bericht über Art und Anzahl der zur Verbesserung von Familie und Beruf geförderten Maßnahmen vorzulegen.

Nach Satz 9 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 g

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Präzisierung ist erforderlich, da die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) 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

Die Mittel des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 sind insoweit zu kürzen, als es sich um Pflegepersonalkosten handelt, die über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 3

(§ 6)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der vollständigen Tarifierfinanzierung 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 krankenhaushausindividuell vereinbart wird, bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Dies betrifft speziell besondere Einrichtungen. Um eine vollständige Tarifierfinanzierung 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 Tarifierfinanzierung keine Anwendung. Für Mittel, die für eine vollständige Tarifierfinanzierung 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 Tarifierfinanzierung 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 Erhöhungsrage entspricht bei somatischen Krankenhäusern einer vollständigen Tarifierfinanzierung beim Pflegepersonal und einer - bereits bislang geltenden - hälftigen Tarifierfinanzierung 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 Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal und die weiterhin hälftige Tarifierfinanzierung für das übrige Personal gibt § 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 Krankenhausstrukturgesetz 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 z. B. von besonderen Einrichtungen beabsichtigt. Die klarstellende Regelung entspricht insoweit dem gesetzlich Gewollten und 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 des Krankenhauses außerhalb der Erlössumme vergütet werden.

Zu Nummer 4

(§ 6a - neu -)

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.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 ist die Summe der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung, die auf Basis der bundeseinheitlichen Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene auszugliedern sind, Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des ersten Pflegebudgets für das Jahr 2020. Dabei sind die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 KHG zur sachgerechten Zuordnung der über das Pflegebudget zu finanzierenden Pflegepersonalkosten von den Krankenhäusern und den anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu beachten.

Gegenüber dem Vorjahr für das Jahr 2020 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. Tarifierhöhungen.

Die bisher im Rahmen des Pflegestellten-Förderprogramms nach § 4 Absatz 8 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel gehen nach Satz 3 in dem Pflegebudget auf. Nach Satz 4 sind 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. Eine Mittelüberführung ist nicht für die Mittel des Pflegezuschlags nach § 8 Absatz 10 vorgesehen. Durch die umfassende Finanzierung von Pflegepersonalkosten durch das Pflegebudget und dessen Zweckbindung wird die gewünschte Anreizwirkung für die Einstellung von mehr Pflegepersonal zielgenauer erreicht.

Sofern die Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung des Pflegebudgets von einer Fehlschätzung der Pflegepersonalkosten und der nach Satz 2 für das Jahr 2020 zu erwartenden kostenwirksamen Veränderungen ausgehen, ist nach Satz 5 eine falsche Basis des Pflegebudgets 2020 im Folgejahr zu berichtigen und zusätzlich in Form einer Ausgleichszahlung zu berücksichtigen.

Nach Satz 6 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, sind nach Satz 7 die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten als wirtschaftlich anzusehen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird daher unabhängig von der Höhe der geltend gemachten Kosten nicht verletzt.

Die Mittel des Pflegebudgets sind nach Satz 8 vom Krankenhaus zweckgebunden zur Finanzierung der Kosten von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu verwenden. Soweit ein Krankenhaus dieser Anforderung nicht entspricht, sind die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel nach Absatz 3 Satz 4 zurückzuzahlen. Die Rückzahlung erfolgt über die Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums.

Satz 9 gibt vor, dass für die Vereinbarung des Pflegebudgets in den Folgejahren mit Ausnahme der für das Jahr 2020 geltenden einmaligen Sonderregelungen der Sätze 3 und 4 entsprechend vorzugehen ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trifft Vorgaben für die Unterlagen, die für die Verhandlung des Pflegebudgets vom Krankenhaus den anderen Vertragspartnern nach § 11 vorzulegen sind. Die Vorgaben werden nach Satz 5 durch die von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu vereinbarenden näheren Einzelheiten zu den vorzulegenden Unterlagen präzisiert und ergänzt.

Nach Satz 1 hat das Krankenhaus zur Vorbereitung der Verhandlungen des Pflegebudgets auf maschinenlesbaren Datenträgern Daten zur jahresdurchschnittlichen 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. Soweit dies zur sachgerechten Beurteilung der Pflegepersonal- und Kostensituation des Krankenhauses erforderlich ist und der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen steht, können die anderen Vertragsparteien nach § 11 gemeinsam zudem weitere Unterlagen und Auskünfte vom Krankenhaus fordern.

Die erforderlichen 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 gän-

gigen 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 ersten Anwendungsjahr des Pflegebudgets den Kostenträgern zudem jährlich ein Testat des Wirtschaftsprüfers über die jahresdurchschnittliche Zahl der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, über die Pflegepersonalkosten sowie über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen.

Da die Mittel des Pflegebudgets nach Absatz 2 Satz 7 vom Krankenhaus zweckgebunden zur Finanzierung der Kosten von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu verwenden sind, gibt Satz 4 vor, dass nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen sind. Damit wird gewährleistet, dass die für Pflegepersonal bereitgestellten Mittel zweckentsprechend und nicht etwa für investive oder andere Zwecke eingesetzt werden.

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 für das Vereinbarungsjahr das vereinbarte Pflegebudget durch die auf der Grundlage des Pflegeerlöskatalogs ermittelte Summe der voraussichtlichen Bewertungsrelationen des Krankenhauses dividiert. Damit 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 Kalenderjahrs 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 Nummer 5

(§ 7)

Zu Buchstabe a und zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 6

(§ 8)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung von 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 Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 3 wird die sprachliche Eingrenzung auf „allgemeine“ Krankenhäuser gestrichen, da die Begrifflichkeit im Krankenhausfinanzierungsrecht nicht einschlägig ist. Zudem wird die Vorgabe zur Überführung der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellten-Förderprogramms gestrichen. Damit wird gewährleistet, dass die krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellten-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.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird eine Klarstellung in der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags, der mit dem KHSG eingeführt wurde, 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. In ihren somatischen Fachabteilungen rechnen auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach den Vorgaben des KHEntgG ab. Insofern ist auch in diesen Einrichtungen der Pflegezuschlag in Anwendung zu bringen. Da dies der Berechnungssystematik in § 8 Absatz 10 nicht eindeutig zu entnehmen ist, erfolgt eine entsprechende Klarstellung in den Sätzen 3 und 4. So wird in den Sätzen 3 und 4 jeweils die Eingrenzung auf „allgemeine“ Krankenhäuser gestrichen. Zudem werden in der Statistik ausgewiesene Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und in der Psychosomatik bei der Berechnung der Personalkosten für das Pflegepersonal durch eine entsprechende Änderung des Satzes 4 nicht berücksichtigt. Zugleich wird sichergestellt, dass der Pflegezuschlag auch den somatischen Fachabteilungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu Gute kommt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung von 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 wurden, ist dagegen der Pflegezuschlag weiterhin zu bezahlen. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a erfolgt nicht. Hintergrund ist, dass durch die umfassende Finanzierung von Pflegepersonalkosten durch das Pflegebudget und dessen Zweckbindung die bislang mit dem Pflegezuschlag verfolgte Anreizwirkung für die Einstellung von mehr Pflegepersonal zielgenauer erreicht wird.

Zu Nummer 7

(§ 9)

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 zudem 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 werden im Zusammenhang mit der vollständigen Tarifierfinanzierung von Löhnen und Gehältern für das Pflegepersonal die Vereinbarungsgegenstände der Vertragsparteien auf Bundesebene erweitert. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Finanzmittel, die ein Krankenhaus auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung 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 Tarifrater 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.

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.

Zu Doppelbuchstabe dd

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 zweckentsprechender 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 Krankenhäusern 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 krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Pflegebudgets nach § 6a werden die Vertragsparteien auf Bundesebene durch Nummer 9 beauftragt, sich bis Ende Februar 2019 auf die Benennung 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 in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausesindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellten-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

(§ 10)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in Satz 1 sieht vor, dass erstmals für die Auswirkungen von Tarifsteigerungen des Jahres 2018 eine vollständige Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal Anwendung findet.

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.

Die vollständige Tarifierfinanzierung 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 Tarifierfinanzierung in §§ 6, 9 und 11 sowie §§ 3 und 11 BPfIV.

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

Satz 3 fasst die Einzelheiten für die Ermittlung der Tarifrater, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren ist, neu. Bei der bisherigen, nach ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal differenzierenden Bestimmung der maßgeblichen Tarifverträge, die Grundlage für die Ermittlung der Tarifrater sind, wurde das Pflegepersonal mit den übrigen nichtärztlichen Beschäftigten zusammengefasst. Da die Tarifierfinanzierung 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 Tarifierfinanzierung 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 Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von einem Drittel auf 40 Prozent. Der Anteil der Erhöhungsrates 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 Buchstabe b

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

Zu Nummer 9

(§ 11)

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 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 Budgetvereinbarung 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).

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 auf Grund 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 auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung 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

(§ 12)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der 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

(§ 14)

Es handelt sich zum einen um Folgeänderungen 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 voraussichtlich 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 der Pflegebudgets, die zukünftig ebenfalls durch die zuständige Landesbehörde zu genehmigen sind.

Zu Nummer 12

(§ 15)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebudgets. Auch die tagesbezogenen Entgelte, die zukünftig zur Abzahlung des Pflegebudgets erhoben und gezahlt werden, werden grundsätzlich vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Auch die übrigen in diesem Absatz enthaltenen Vorschriften gelten für die Entgelte, die sich aus der Einführung der Pflegebudgets ergeben, entsprechend.

Zu Buchstabe b

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

(§ 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 krankenhausesindividueller 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 Inten-

sivbehandlung. 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.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen, die im Zusammenhang mit Änderungen durch das PsychVVG beim neuen pauschalierenden Entgeltsystem für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen erforderlich sind.

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 aber 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 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

(§ 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 von Pflegebudgets nicht mehr bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die bei Leistungen der Erlössumme nach § 6 anfallen, zu berücksichtigen. Hierdurch ändert sich der Anteil der Erhöhungsrates, um den die Erlössumme anzuheben ist, von bislang 40 Prozent auf einen von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrates. 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 in der Patientenversorgung über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 2

(§ 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 Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert bzw. die Erlössumme anzuheben ist, von 40 Prozent auf den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrates. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu

berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifierfinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals in der Patientenversorgung über das Pflegebudget finanziert werden.

Zu Nummer 3

(§ 10)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der 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 Tarifierfinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von 40 Prozent auf den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrates. Für die übrigen Personalgruppen, also für die Ärzte und das nichtärztliche Personal ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung, bleiben die bisherigen Regelungen der Tarifierfinanzierung inhaltsgleich bestehen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebudgets nach § 6. Durch die jährliche Vereinbarung der 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 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

(§ 1 Absatz 7)

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 vorliegende Änderung wird klargestellt, dass eingetragene Lebenspartner dauerhaft sowohl mit verschiedengeschlechtlichen als auch mit gleichgeschlechtlichen Ehepartnern gleich gestellt sind und bleiben. Durch die Änderung in der Grundvorschrift des § 1 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 2

(§ 8 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.

(§ 8 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 Pflegekräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen: Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils eine halbe Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen eine Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen eineinhalb Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen zwei Pflegestellen zusätzlich. Voraussetzung ist hierbei, dass es sich um zusätzliches Pflegepersonal handelt, welches 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.

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 einheitlich und praktikabel zu regeln. 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 zugrundeliegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen Verbesserung in der vollstationären Pflege wirksam umzusetzen, sind für die Anforderungen an die Antragstellung einfache Belege für die vorgesehene Personalstellenerweiterung vorzusehen.

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.

(§ 8 Absatz 7)

Professionelle Pflege macht vielfach auch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich. 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

Pflege, Familie 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 für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf aus dem Ausgleichsfonds jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen; förderfähig sind dabei sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. 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 familienorientierter 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 und der Zahl der Pflegebedürftigen 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). Dies kann durch einen jeweils federführend benannten Landesverband geschehen.

Der Höchstförderwert je Einrichtung beträgt 7⁵⁰⁰ Euro. Förderfähig sind auf Antrag Maßnahmen im genannten Sinne, zu denen von den Pflegeeinrichtungen selbst eine Eigenleistung erfolgt. Die Förderung durch die Pflegeversicherung kann 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.

(§ 8 Absatz 8)

Um das Entlastungspotential digitaler Anwendungen für die professionelle Pflege zu unterstützen, wird im Zeitraum 2019 bis 2021 je ambulanter bzw. stationärer Einrichtung ein einmaliger Zuschuss als Anteilsfinanzierung gewährt. Der maximale Förderbetrag beträgt 12 000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Investition. Antragsberechtigt sind stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind einmalig Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung zum Beispiel zur Erleichterung der Pflegedokumentation oder bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen (einschließlich Videosprechstunden), beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren und bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege. Die Investitionen dienen der Entlastung der Pflegefachkräfte. 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 gemeinsam mit dem Verband 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. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen. Die Bearbeitung der Anträge (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen; dies kann durch einen als federführend benannten Landesverband geschehen.

(§ 8 Absatz 9)

Die Regelung sieht eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an den Aufgaben 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 Aufgaben gemäß Absatz 6 beisteuern, siehe die Begründung zu Absatz 6.

Zu Nummer 3

(§ 33 Absatz 1 Satz 3)

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 4

Zu Buchstabe a

(§ 37 Absatz 4 Sätze 3 und 4 neu)

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 kann dann auf die Betroffenen zugehen und in dem Fall, in dem eine Beratung abgerufen wird, versuchen, etwaige Anpassungen der Leistungen zu erörtern und einzuleiten.

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

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.

Zu Buchstabe b

(§ 37 Absatz 5)

Mit der Regelung sollen die Anforderungen an die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 besser als bisher verdeutlicht werden. Durch die Ergänzung des Absatzes⁵ werden die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung daher konkretisiert. In der Hauptsache betrifft dies die Anforderungen an die Beratung und an die Qualifikation der Berater sowie die Pflicht der Pflegekassen zur Bewertung der Erkenntnisse aus der Beratung einschließlich deren Aufbereitung und standardisierten Dokumentation. 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 Nummer 5

(§ 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3)

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 6

(§ 44 Absatz 5)

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:

1. Versicherungsnummer, soweit bekannt,

2. Familien- und Vornamen,
3. Geburtsdatum,
4. Staatsangehörigkeit,
5. Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pflege Tätigkeit,
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, welcher 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 angeordnet. Durch die jetzt vorgesehene Ergänzung wird dem Rechnung getragen. Dies wird verknüpft mit der Einführung einer Schadensersatzpflicht zugunsten der Träger der Rentenversicherung.

Die Neuregelung bezieht sich nur auf Meldevorgänge im Hinblick auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen.

Zu Nummer 7

(§ 45a Absatz 1 Satz 5)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 45a vereinheitlicht wird.

Zu Nummer 8

(§ 45b Absatz 2)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung dient dazu, die Voraussetzungen für eine differenzierte statistische Erfassung der Nutzung des Entlastungsbetrags zu schaffen. Die Nutzung des Entlastungsbetrags nach § 45b soll in der statistischen Auswertung bei den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, auch danach unterschieden werden können, für welche der in Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 genannten Leistungsarten 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 von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI

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 Weise sein, in der die Angabe gemacht werden kann. Entscheidend ist, dass die Angabe der Leistungsart im oben genannten Sinne der Nummern 1, 2, 3 oder 4 des Absatz 1 Satz 3 eindeutig erfolgt und für den Leistungsträger, bei dem die Belege eingereicht werden, ohne Weiteres erkennbar 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.

Zu Buchstabe b

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 Nummer 9

(§ 45d Satz 3)

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 10

(§ 46 Absatz 2 Satz 7 - neu)

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.

Zu Nummer 11

(§ 55 Absatz 3a Nummer 2)

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 Lebenspartnerschaftsgesetz im Rahmen der Vorschrift ebenso zu behandeln ist wie der Zeitpunkt der Schließung einer Ehe.

Zu Nummer 12

(§ 56)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 56 vereinheitlicht wird. Da durch den neuen Absatz 7 des § 1 für das Elfte Buch 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 Lebenspartnerschaftsgesetz ebenso zu behandeln ist wie eine Eheschließung.

Zu Nummer 13

(§ 78 Absatz 4)

Die Festbeträge nach Absatz 3 sind entfallen, daher ist der Verweis auf diese zu streichen.

Es wird klargestellt, dass die Verordnung nach § 78 Absatz 4, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 40 Absatz 5 Satz 3 erstellten Richtlinien nur im von der Verordnung geregelten Bereich verdrängt. Der ursprüngliche Verweis auf § 40 Absatz 5 war aufgrund einer zurückliegenden Gesetzesänderung nicht mehr passend, da dessen ursprüngliche Regelung ersetzt wurde.

Zu Nummer 14

(§ 89 Absatz 3)

Zu einer Verbesserung der ländlichen Versorgung gehört auch im Bereich des Pflegeversicherungsrechts eine bessere Honorierung der Wegezeiten, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Deshalb ist ein unbürokratisch zu gewährender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegen, der auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.

Zu Nummer 15

(§ 106a)

Zu Buchstabe a

In der Neufassung wird der Begriff „Einverständnis“ durch den Begriff „Einwilligung“ ersetzt, um eine Anpassung an den Sprachgebrauch zu erreichen. Darüber hinaus wird die Befugnis zur Übermittlung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen auch an die Beihilfefestsetzungsstellen datenschutzrechtlich abgesichert.

Zu Buchstabe b

Siehe hierzu die Begründung zu der inhaltlich gleichen Änderung des § 37 Absatz 4.

Zu Nummer 16

(§ 133 neu)

Bezüglich der Zuordnung der Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds ist es zu Unklarheiten bei der Auslegung der bisherigen Regelung gekommen. Entsprechend wird der Rechtsvertreter des Pflegevorsorgefonds konkret benannt. Das Bundesversicherungsamt ist aufgrund seiner fachlichen Nähe zur Anlagepolitik und seiner spezifischen Kompetenzen zur Marktbeobachtung zur Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds besonders geeignet.

Zu Artikel 11 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

(Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Übernahme der Überschrift des neuen § 146 in die Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2

(§ 28 Absatz 1 Nummer 9)

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 des SGB XI 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 Nummer 3

(§ 30 Absatz 2)

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 4

(§ 37 Absatz 3)

Zu Buchstabe a

(§ 37 Absatz 3 Satz 1)

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 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 Übergangsvorschrift nach § 146 Satz 2 sicher, dass sie als anerkannte Beratungsstellen anzusehen sind.

Zu Buchstabe b

(§ 37 Absatz 3 Sätze 5 bis 7)

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 niedergelegt sind. Vor diesem Hintergrund sollen die Vergütungssätze nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden. Der Vereinbarungsauftrag des § 89 wird damit hinsichtlich der Vergütung für Beratungsbesuche erweitert. Dies ermöglicht es, hierfür leistungsgerechte Vergütungen zu vereinbaren. Über den Verweis auf § 89 ist auch die gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung über die Schiedsstellen nach § 76 ermöglicht. Durch die entsprechende Anwendung des § 89, der seinerseits unter anderem auf § 85 Absätze 3 bis 7 verweist, ist sichergestellt, dass die Vergütungssätze für alle Kostenträger verbindlich sind.

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 in Anlehnung an die vereinbarten Vergütungssätze mit Wirkung für alle Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jeweils für die Dauer eines Jahres die Vergütungen fest und veröffentlichen diese. Hierdurch soll weiterer Aufwand zur Festlegung der Vergütungssätze für diese Stellen vermieden werden. Die Vergütungssätze, die für die Pflegeeinrichtungen ausgehandelt werden, müssen wirtschaftlich und leistungsgerecht sein, sodass eine Anknüpfung zur Festlegung der Vergütung für die gleiche Beratungsleistung angemessen ist. Diese Regelung soll erst im Jahre 2021 zur Anwendung kommen, weil erst im Laufe des Jahres 2020 Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen werden können, an die sich die Feststellung 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 Buchstabe c

(§ 37 Absatz 3 Satz 6 alt)

Die Vereinbarungspartner vereinbaren nach der neuen Regelung Vergütungssätze für Beratungsbesuche einschließlich des Pflegegrades 1. Dies macht einen Verweis auf die Vergütungssätze anderer Pflegegrade entbehrlich.

Zu Buchstabe d

(§ 37 Absatz 3 Satz 7 alt)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze 5 bis 7.

Zu Nummer 5

(§ 106a)

In der Regelung wird der Begriff „Pflegeeinrichtungen“ durch den Begriff „Pflegedienste“ ersetzt. Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 37 Absatz 3 Satz 1.

Zu Nummer 6

(§ 146 - neu)

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 2019 gesetzlich festgelegten Vergütungssätze in dieser Phase nach Satz 1 der Übergangsvorschrift fort.

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 Satz 2 sichergestellt werden, dass diese Einrichtungen die Beratung auch künftig durchführen können, wenn sie nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2019 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 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt, soweit nichts anders bestimmt ist, zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 2 tritt am Tag nach dem Kabinettschluss 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.

Zudem ist dies mit Blick auf die Änderungen bei der Ausbildungsfinanzierung in § 17a KHG erforderlich: 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 Pflegeberufgesetzes, 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. Andererseits 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.

Zu Absatz 3

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 4

Artikel 9 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 Tarifikostenrefinanzierung für das Pflegepersonal vor dem Hintergrund angepasst, dass Tarifikostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung ab dem Jahr 2020 vollständig im Pflegebudget zu berücksichtigen sind.

Hinsichtlich Artikel 11, also der weiteren Änderung des SGB XI, bestimmt Absatz 4, 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.

Außerdem wird sichergestellt, dass die Änderungen zu §§ 30 Absatz 2 Satz 1, 37 Absatz 3 sowie zu § 146 SGB XI erst zum 1. Januar 2020 in Kraft treten, um den Vertragsparteien hinreichend Zeit zu geben, vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI vorzubereiten. Dementsprechend ist auch die Angabe zu § 146 erst zum 1. Januar 2020 in die Inhaltsübersicht des SGB XI aufzunehmen. In diesem Zusammenhang ist auch die weitere Änderung des § 106a zu sehen, der aus redaktionellen Gründen zum 1. Januar 2020 an die zu diesem Datum in Kraft tretende Änderung des § 37 Absatz 3 anzupassen ist.