

## Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)38.1**

**05.10.2018**

### Zu Artikel 2 Nummer 0 – neu – (§ 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Investitionsbewertungsrelationen:  
Keine aufschiebende Wirkung von  
Widerspruch und Klage gegen  
verpflichtende  
Kalkulationsbeteiligung)

Vor Artikel 2 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 eingefügt:

,0. In § 10 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt.‘

#### Begründung:

Zu Nummer 0 (§ 10 Absatz 2 Satz 1 KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch die Investitionsbewertungsrelationen auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu § 17b Absatz 3). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 festgelegten Abschläge zu tragen.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3.

## Änderungsanträge 2 und 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Abrechnungsbestimmungen der  
Vertragsparteien als Konkretisierung  
des Wirtschaftlichkeitsgebots;  
keine aufschiebende Wirkung von  
Widerspruch und Klage gegen  
verpflichtende  
Kalkulationsbeteiligung;  
Rechtsbereinigung;  
Ersatzvornahme Ausgliederung  
Pflegepersonalkosten)

Artikel 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

3. § 17b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Verfahrensweisen“ ein Semikolon und folgende Wörter eingefügt:

„insbesondere wirken sie mit den Abrechnungsbestimmungen darauf hin, dass die Voraussetzungen, unter denen bei Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen ist, diesen Vorgaben entsprechen“.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 und 5 werden aufgehoben.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Widerspruch und Klage gegen die Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“

- c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 6 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 6“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
  - bb) Folgender Satz wird angefügt:  
  
„Kommen Vereinbarungen nach Absatz 4 nicht oder nicht fristgerecht zustande, sind die Vorgaben nach Satz 1 bis 5 entsprechend anzuwenden.“

Begründung:

Zu Nummer 3 (§ 17b KHG)

Zu Buchstabe a (§ 17b Absatz 2 Satz 2 KHG)

Die Änderung von § 17b Absatz 2 Satz 2 präzisiert den Verhandlungsauftrag für die Vertragsparteien auf Bundesebene. Sie steht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Vorgabe von § 8 Absatz 5 Satz 3 – neu – des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach die Regelungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben insbesondere zu prüfen, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

Zu Buchstabe b (§ 17b Absatz 3 KHG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 KHG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die inhaltsgleich der Änderung des Gesetzentwurfs entspricht.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17b Absatz 3 Satz 6 – neu – KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Entgeltsysteme (DRG-System mit Pflegepersonalkosten, Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik, Investitionsbewertungsrelationen) auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden seit dem Jahr 2016 auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale (z. B. Trägerschaft, Leistungsbereiche) zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Eine repräsentative und unverzerrte Kalkulationsgrundlage ist von überragender Bedeutung für die Entwicklung und Weiterentwicklung von belastbaren Entgeltsystemen. Die Änderung gewährleistet, dass sich Krankenhäuser, die zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet wurden, nicht durch Widerspruch oder Klage einer Kalkulationsteilnahme entziehen können. Die Regelung beugt damit der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Änderungen zu § 10 Absatz 2 und § 17d Absatz 1). Zur Kalkulationsteilnahme

verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach Satz 4 festgelegten Abschläge zu tragen.

Zu Buchstabe c (§ 17b Absatz 7 KHG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17b Absatz 7 Satz 6 KHG)

Redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 3 Satz 4 und 5.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17b Absatz 7 Satz 7 KHG)

Pflegepersonalkosten sind – und bleiben auch zukünftig – Bestandteil des Vergütungssystems nach § 17b, so dass bei nach Absatz 4 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffenden nicht oder nicht fristgerecht getroffenen Entscheidungen eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Vorgaben von Absatz 7 Satz 1 bis 5 möglich ist. Mit dem neu angefügten Satz wird dieser Sachverhalt noch einmal klargestellt.

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 2 Nummer 4a – neu – (§ 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Pauschalierendes Entgeltsystem  
Psychiatrie und Psychosomatik:  
Keine aufschiebende Wirkung von  
Widerspruch und Klage gegen  
verpflichtende  
Kalkulationsbeteiligung)

Nach Artikel 2 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. In § 17d Absatz 1 Satz 7 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt.“

#### Begründung:

Zu Nummer 4a (§ 17d Absatz 1 KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch das nach § 17d KHG zu vereinbarende Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu § 17b Absatz 3). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 festgelegten Abschläge zu tragen.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3.

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 4 Nummer 3 – neu – (§ 18 Absatz 3 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung)

(Klarstellung, dass die vereinbarten  
Personalmittel zur Erreichung der  
Vorgaben der Psychiatrie-  
Personalverordnung einzusetzen  
sind)

In Artikel 4 wird folgende Nummer 3 angefügt:

3. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „dass die“ die Wörter „nach Satz 1“ und werden nach den Wörtern „Finanzierung von Personal“ die Wörter „zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung“ eingefügt.

#### Begründung:

Zu Nummer 3 (§ 18 Absatz 3 Satz 3 BPfIV)

Mit der Ergänzung des Satzes 3 wird klargestellt, dass eine Rückzahlung von Mitteln oder eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen ist, wenn die zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbarten Personalmittel vollständig für die Finanzierung von Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet worden sind. Ein zweckwidriger Einsatz von Mitteln, die für Personalkosten für Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbart wurden, liegt demgegenüber z. B. dann vor, wenn vom Krankenhaus Personalmittel für sonstige Personalbereiche außerhalb der Psychiatrie-Personalvorgaben oder für investive Zwecke eingesetzt werden.

## Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG)  
BT-Drs. 19/ .....

Zu Artikel 7 Nummer 8a - neu - (§ 109 SGB V)

(Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen)

In Artikel 7 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 8a eingefügt:

„8a. Dem § 109 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung gezahlter Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche nach Satz 1, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.““

### Begründung:

Für die Verjährung der Ansprüche der Krankenhäuser auf Zahlung der Vergütung für erbrachte Leistungen und der Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung überzahlter Vergütungen gilt mangels spezialgesetzlicher Regelungen die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren nach § 45 SGB I. Dies kann dazu führen, dass Krankenkassen in der Vergangenheit abgeschlossene Abrechnungsverfahren wieder aufgreifen und auf der Grundlage zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung innerhalb dieser Verjährungsfrist Rückforderungsansprüche in unter Umständen erheblicher Höhe geltend machen. Ergänzend zu den Änderungen in §§ 295 und 301 SGB V wird daher eine spezifische Verjährungsfrist für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen eingeführt, um die hierdurch hervorgerufenen Belastungen der Krankenhäuser zu verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beizutragen. Die Vermeidung der durch

Rückforderungsansprüche hervorgerufenen Rechtsunsicherheit trägt einem Anliegen des Bundesrats Rechnung.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist führt auch zu einer Angleichung der für Krankenhäuser und Krankenkassen geltenden Rechtslage. Auch vor Ablauf der Verjährungsfrist sind nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser nach der Rechtsprechung nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie nach Ablauf eines vollständigen Kalenderjahres nach Erteilung der ersten Schlussrechnung erfolgen, d. h. nach Ende des auf die erste Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres. Gegenwärtig können die Krankenkassen daher vier Jahre lang Erstattungsansprüche geltend machen können, nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser sind aber bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt ausgeschlossen.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist ist den Beteiligten auch zumutbar, da Krankenhäuser und Krankenkassen als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit auf Grund eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden sind, und daher für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen sind.

Auf Grund der Regelung in Satz 2 gilt die verkürzte Verjährungsfrist auch für Ansprüche, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Andernfalls könnte das Ziel der Regelung nur unvollkommen erreicht werden. Nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts wäre die verkürzte Verjährungsfrist mangels anderweitiger Übergangsregelungen erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zu berechnen. Lief jedoch die bislang geltende, längere Frist früher ab als die verkürzte Verjährungsfrist, wäre die Verjährung mit dem Ablauf der bisherigen Verjährungsfrist vollendet (vgl. Artikel 169 Absatz 2, Artikel 231 § 6 Absatz 2 EGBGB, Artikel 229 § 6 Absatz 4 EGBGB). Wenn die verkürzte Verjährungsfrist aufgrund dieser Regelung erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes am 1. Januar 2019 zu laufen begänne, könnte eine umfassende Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle nicht erreicht werden, denn bereits auf im Jahr 2016 entstandene Ansprüche hätte auch die verkürzte Verjährungsfrist keine Auswirkung mehr. Diese würden sowohl nach der bisherigen, vierjährigen Verjährungsfrist als auch nach der neuen, zweijährigen Verjährungsfrist erst am 31. Dezember 2020 verjähren. Vor diesem Hintergrund regelt Satz 2 in Abweichung von den Grundsätzen des intertemporalen Rechts, dass die Regelung zur Dauer und zum Beginn der verkürzten Verjährungsfrist auf sämtliche Ansprüche anwendbar ist, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden, nach alter Rechtslage aber noch nicht verjährt sind. Eine unzulässige Rückwirkung ist hierin nicht zu erblicken, da mit der Regelung ein nachträglicher Eingriff in abgeschlossene Sachverhalte nicht verbunden ist. Die Dauer der Verjährung vermag einen Vertrauensschutz nicht zu begründen, weil die Rechtsposition des Anspruchsinhabers vor dem Ablauf der Verjährungsfrist nicht gesichert ist. Die Erwar-



tung des Anspruchsinhabers, dass der Anspruch nicht vor dem Ablauf der zur Zeit seiner Entstehung geltenden Verjährungsfrist verjährt, ist rechtlich nicht geschützt (so schon RGZ 24, 266, 271).

## Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/ .....

Zu Artikel 7 Nummer 10a – neu – (§ 132d SGB V)

(Spezialisierte ambulante  
Palliativversorgung – SAPV)

Nach Artikel 7 Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

10a. § 132d wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

(2) Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmenden unabhängigen

Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Fall der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.“

- b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Empfehlungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „Rahmenverträgen nach Absatz 1“ ersetzt.’

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen. In der mittlerweile weitgehend abgeschlossenen Aufbauphase wurden die Verträge regelhaft im unmittelbaren, nicht formalisierten Dialog zwischen Kassen und Teams geschlossen. Das OLG Düsseldorf hat in 2016 (Beschluss des Vergabesenats des OLG Düsseldorf vom 15.6.2016 (Az. VII - Verg 56/15) entschieden, dass es sich bei Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, wenn bei der Zulassung zu diesem Vertragssystem keine im Vorhinein festgelegten Bedingungen gelten und eine Auswahl unter den interessierten Leistungserbringern vorgenommen wird.

Diese Entscheidung hat bei Leistungserbringern und Krankenkassen zu Verunsicherung geführt. Zum einen, weil die Betroffenen den administrativen Aufwand eines Ausschreibungsverfahrens scheuen, zum anderen, weil eine Gefährdung der qualitativ hochwertigen Versorgung befürchtet wird. Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Dies geschah in einem „open-House-Verfahren“, bei dem entweder jeder Leistungserbringer, der von den Krankenkassen einseitig festgelegte Voraussetzungen erfüllt, einen Vertrag erhält, oder im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens, bei dem die Zulassungsvoraussetzungen auf kollektiver Ebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den der Hospizarbeit und Palliativversorgung zuständigen Verbänden festgelegt werden. Beide Verfahren unterfallen, wenn bei ihnen keine Auswahl unter Leistungserbringern vorgenommen wird und sie folglich kein Exklusivrecht zur Versorgung vermitteln, nicht dem Vergaberecht.

Eine einseitige Vorgabe der Krankenkassen würde den speziellen vernetzten Strukturen in der SAPV nicht gerecht werden. Mit der Neufassung des § 132d wird daher das praktizierte offene Zulassungsverfahren gesetzlich abgesichert. Satz 1 regelt, dass die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Vertretern der Hospizarbeit und der SAPV auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag festgelegt werden. Der Rahmenvertrag ersetzt die bisherigen Rahmenempfehlungen nach Absatz 2. Entsprechend den in den bisherigen Rahmenempfehlungen getroffenen Vereinbarungen ist bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages zu berücksichtigen, dass die Versorgung der besonders vulnerablen Patientengruppe besondere Anforderungen an die Leistungserbringer stellt. Der Vertrag ist auf Bundesebene zu erarbeiten, damit bundesweit möglichst vergleichbare Versorgungsbedingungen entstehen. Die Vertragspartner haben bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In dem Vertrag sind auch die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Dabei ist ein ausreichender Spielraum für die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse auf Landesebene zu ermöglichen. Damit die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, sich um eine Zulassung zu bemühen, sind die Bedingungen des Rahmenvertrages in geeigneter Weise, z.B. auf den Internetseiten der Krankenkassen, bekannt zu machen. In Satz 6 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Rahmenvertrag festgelegten Voraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag einzeln oder gemeinsam mit den Leistungserbringern zu schließen. In diesem Versorgungsvertrag sind Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen, etwa regionalen Besonderheiten ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind. Um den besondere Versorgungsbedürfnissen von Kindern zu entsprechen, ist ein gesonderter Rahmenvertrag für Kinder zu entwickeln.

In Absatz 2 wird geregelt, dass der Inhalt der Verträge, sowohl der Rahmenverträge nach den Sätzen 1 und 2 als auch des besonderen Versorgungsvertrages nach Satz 6, falls keine Einigung zu Stande kommt, in dem beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt wird. Um langwierige Auseinandersetzungen zu verkürzen und einen vertragslosen Zustand zu verhindern, haben Klagen und Widersprüche gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung.

## **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 7 Nummer 10a – neu – (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Beauftragung des Gemeinsamen  
Bundesausschusses, die besonderen  
Aufgaben von Zentren zu konkretisie-  
ren)

In Artikel 7 wird nach Nummer 10 folgende Nummer 10a eingefügt:

,10a. § 136c wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und in diesem Zusammenhang jeweils zu erfüllende Qualitätsanforderungen. Die besonderen Aufgaben können sich insbesondere ergeben aus

- a) einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
- b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
- c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

Zu gewährleisten ist, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen dieses Gesetzbuches finanziert werden. § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.“

#### Begründung:

Zu Nummer 10a (§ 136c Absatz 5 SGB V)

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten als Voraussetzung für die Vereinbarung von krankenhaushausindividuellen Zuschlägen zu treffen (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, KHEntgG). Hierbei sollten vor allem die besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses abgegrenzt werden, die nicht bereits anderweitig vergütet werden. Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG getroffen werden mussten, haben nicht zur erforderlichen Klarstellung geführt, und bislang nicht ermöglicht, dass Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.

Vor diesem Hintergrund wird nach Satz 1 mit dem neuen Absatz 5 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 Festlegungen zur Konkretisierung von besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG zu treffen. Der Auftrag an den G-BA betrifft im Wesentlichen allein den Krankenhausbereich, so dass nach § 91 Absatz 2a Satz 1 für die Beschlussfassung alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite auf die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen werden.

Der Beschluss hat eine Abgrenzung der krankenhaushausplanerisch zu übertragenden besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses zu gewährleisten. Zugleich hat der G-BA bei der Konkretisierung auch die im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfüllenden Qualitätsanforderungen festzulegen. Qualitätsanforderungen können sich zum Beispiel auf Art und Anzahl von Fachabteilungen und interdisziplinäre Behandlungsteams beziehen, die Erreichung von Mindestfallzahlen oder Kooperationen mit anderen Einrichtungen vorgeben.

Der Gesetzestext übernimmt in Satz 2 die bisher in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG enthaltenen Ausführungen zu Sachverhalten, aus denen sich insbesondere die besonderen Aufgaben ergeben können.

Satz 3 beinhaltet die bislang in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zum Ausdruck gebrachte Anforderung, bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben eine Doppelfinanzierung auszuschließen.

Satz 4 stellt – wie bisher – klar, dass die Möglichkeit zur Vereinbarung von krankenhaushausindividuellen Entgelten bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unberührt bleiben.

Besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG setzen die Ausweisung oder Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Dementsprechend werden die Länder – entsprechend der gängigen Praxis – nach § 92 Absatz 7f Satz 1 im Wege eines Mitberatungsrechts im G-BA eingebunden. Der G-BA hat nach den Sätzen 5 und 6 den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

## Änderungsantrag 9a

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/ .....

Zu Artikel 7 Nummer 11 (§ 137i SGB V)

(Pflegepersonaluntergrenzen in  
pflegesensitiven Krankenhaus-  
bereichen)

Artikel 7 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

„11. § 137i wird wie folgt geändert:

1. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 1 oder Absatz 3“ die Wörter „oder nach § 137k Absatz 1 oder 2“ eingefügt.
- b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Absatz 1 oder Absatz 3“ die Wörter „oder nach § 137k Absatz 1 oder 2“ eingefügt.

2. Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a bis 4d eingefügt:

„(4a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 15. Februar 2019 auf seiner Internetseite für jedes Krankenhaus unter Nennung der Namen und der Institutionskennzeichen der Krankenhäuser und soweit möglich standortbezogen im Sinne des § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist,

1. die vom Krankenhaus verwendeten Namen der Fachabteilungen, die das Institut nach § 3 der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ermittelt hat,

2. sämtliche zu diesen Fachabteilungen gehörenden Stationen oder die Stationen, die in Summe die überwiegenden Anzahl an Fällen der jeweiligen Fachabteilung aufweisen sowie
3. die Stationen, auf denen Betten als intensivmedizinische Behandlungseinheiten nach der Rechtsverordnung nach Absatz 3 aufgestellt sind,
4. die vom Krankenhaus verwendeten Namen der Nachfolgeeinheiten der in den Nummern 1 bis 3 genannten Fachabteilungen und Stationen, wenn die betroffenen Leistungen auf Grund von Umbenennungen oder strukturellen Änderungen nicht mehr in diesen Fachabteilungen oder Stationen oder unter den im Jahr 2017 verwendeten Namen erbracht werden,
5. die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen und
6. den nach § 4 der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ermittelten Pflegeaufwand.

(4b) Für Krankenhäuser, die ihre Mitteilungspflichten nach § 5 Absatz 3 der Rechtsverordnung nach Absatz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren.

(4c) Die Krankenhäuser teilen den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 der Rechtsverordnung nach Absatz 3 nicht eingehalten worden sind. Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht erfolgen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und den jeweils zuständigen Landesbehörden einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 1. Die Vorgaben des Absatzes 4 bleiben unberührt.

(4d) Widerspruch und Klage gegen die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern und des Pflegeaufwands nach den §§ 3 bis 5 der Rechtsverordnung nach Absatz 3 und die auf dieser Grundlage anzuwendenden Pflegepersonaluntergrenzen haben keine aufschiebende Wirkung.“

3. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 3 oder nach § 137k Absatz 1 oder 2 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 oder nach § 137k Absatz 1 oder 2 bestimmter



Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer auf Grund dieser Vorschriften bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenze steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.“

4. In Absatz 6 Satz 1 werden nach Wörtern „Absatz 1 oder Absatz 3“ werden die Wörter „oder nach § 137k Absatz 1 oder 2“ und wird nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „letztmalig für das Jahr 2019“ eingefügt.“

#### Begründung:

##### Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die neue Regelung des § 137k.

##### Zu Nummer 2

##### Zu Absatz 4a

Die Regelung dient der Transparenz und dem Patientenschutz. Eine informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten, welches Krankenhaus aufgesucht werden soll, ist nur möglich, wenn sie über belastbare Informationen darüber verfügen, ob ein Krankenhaus wenigstens die Mindeststandards hinsichtlich seiner Ausstattung mit Pflegepersonal in pflegesensitiven Bereichen einhält. Aus diesem Grund ist die Veröffentlichung der Bezeichnungen der Fachabteilungen erforderlich, die als pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus identifiziert worden sind. Für die Entscheidung der Patientinnen und Patienten ist nicht maßgeblich, ob ein Krankenhaus als Ganzes die Vorgaben für eine qualitativ hochwertige Versorgung einhält, sondern ob dies für die konkrete Station gilt, auf der die Behandlung erfolgen soll.

##### Zu Absatz 4b

Durch die Regelung soll die zeitgerechte Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sichergestellt werden. Dies ist nur möglich, wenn die Krankenhäuser ihre Mitteilungspflichten erfüllen, damit ihre pflegesensitiven Bereiche identifiziert und auf dieser Grundlage Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden können. Würden die entsprechenden Mitteilungen nicht in der vorgesehenen Zeit erfolgen, könnte die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen auf unabsehbare Zeit verzögert werden.

#### Zu Absatz 4c

Hat ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten, hat es dies seinen Vertragspartnern und dem Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) quartalsweise mitzuteilen. Die Vertragspartner benötigen diese Information, weil an die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 5 Sanktionen zu knüpfen sind. Das InEK leitet diese Informationen an die Vertragspartner auf Bundesebene und an die zuständigen Landesbehörden weiter, damit diese gegebenenfalls Maßnahmen ergreifen können, um künftige Unterschreitungen der Pflegepersonaluntergrenzen zu vermeiden.

#### Zu Absatz 4d

Die Regelung dient dazu, die zeitgerechte Umsetzung der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sicherzustellen. Wenn Krankenhäuser die Ermittlung ihrer pflegesensitiven Bereiche, des Pflegeaufwands oder die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen mit der Begründung angreifen könnten, es handele sich um Verwaltungsakte, sodass Widerspruch und Klage aufschiebende Wirkung hätten, könnte die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen auf unabsehbare Zeit verzögert werden.

#### Zu Nummer 3

Die Vorschrift konkretisiert die Vorgaben für die Vertragsparteien auf Krankenhausebene, in welchem Umfang welche Sanktionen zu vereinbaren sind, wenn ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhält, ohne dass es hierfür das Vorliegen der Voraussetzungen einer Ausnahme- oder Übergangsregelung geltend machen kann. Zusätzlich zu der Vereinbarung von Vergütungsabschlüssen oder Verringerungen der Fallzahl können auch Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zum Personalaufbau vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, um eine Unterschreitung der Untergrenzen in Zukunft zu verhindern. Stellt sich im Lauf eines Jahres etwa heraus, dass die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen behoben ist, können die Vertragsparteien auch vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

#### Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die neue Regelung des § 137k. Im Übrigen entspricht die Änderung dem Gesetzentwurf.

## Änderungsantrag 9b

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG)  
BT-Drs. 19/ .....

Zu Artikel 7 Nummer 12a (§ 137k SGB V - neu - )

(Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen)

In Artikel 7 wird nach Nummer 12 folgende Nummer 12a eingefügt:

„12a. Nach § 137j wird folgender § 137k eingefügt:

„§ 137k

Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in  
Krankenhäusern

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen die in § 6 der Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen und vereinbaren mit Wirkung zum 1. Januar 2020 neue Pflegepersonaluntergrenzen. Darüber hinaus

1. vereinbaren sie bis zum 30. Juni 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie ,
2. legen sie bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar 2020 weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 30. Juni eines Jahres mit Wirkung für das Folgejahr, erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 vereinbaren.

Die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 bis 3 sind entsprechend des Pflegeaufwands der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern in Schweregradgruppen zu

differenzieren. In den Vereinbarungen nach den Sätzen 1 und 2 bestimmen die Vertragsparteien auch mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die Höhe und Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus Angaben, die für die Ermittlung eines pflegesensitiven Bereichs im Krankenhaus oder für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen erforderlich sind, nicht mitteilt Für die Festlegung von pflegeintensiven Bereichen eines Krankenhauses und für die Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 bis 3 gilt § 137i Absatz 1 Satz 2 bis 9 und Absatz 2 Satz 1 bis 3 und 5 entsprechend. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütungsabschläge nach Satz 4 in Verbindung mit § 137i Absatz 2 Satz 7 nicht bis zum 30. Juni 2019 zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

(2) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere

1. zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für die in dieser Rechtsverordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern,
2. zur Festlegung weiterer pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern und zugehöriger Pflegepersonaluntergrenzen,
3. zu den notwendigen Ausnahme- und Übergangsregelungen,
4. zu den von den Krankenhäusern mitzuteilenden Angaben und zu den von den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus Angaben, die für die Ermittlung eines pflegesensitiven Bereichs im Krankenhaus oder für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen erforderlich sind, nicht mitteilt,
5. zu den Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungen aus anderen Krankenhausbereichen.

Die Verordnungsregelungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5 sind erstmals bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020, die Verordnungsregelungen nach Satz 1 Nummer 2 sind bis zum 30. September eines Jahres mit Wirkung zum 1. Januar des Folgejahres, erstmals bis zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zu erlassen. Für die Vorbereitung der Rechtsverordnung gilt § 137i Absatz 3 Satz 2 bis 4 entsprechend.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum ... ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die nach Absatz 1 oder 2 zu treffenden

Vorgaben als Datengrundlage erforderlich sind. Soweit für die Herstellung der Datengrundlage nicht Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind, legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Satz 1 auch die Auswahl der Krankenhäuser und die von ihnen zu übermittelnden Daten fest. Die für die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten, die von den Krankenhäusern nicht bereits nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden, sind bis zum ... an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf maschinenlesbaren Datenträgern zu übermitteln. Das Institut bereitet diese Daten in einer Form auf, die eine stations- und schichtbezogene sowie nach Schweregradgruppen differenzierte Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen ermöglicht und stellt sie den Vertragsparteien nach Absatz 1 oder dem Bundesministerium für Gesundheit für die Erfüllung der Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 zur Verfügung.

(4) Widerspruch und Klage gegen die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern und des Pflegeaufwands und der auf dieser Grundlage anzuwendenden Pflegepersonaluntergrenzen sowie gegen die Entscheidungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Auswahl der Krankenhäuser nach Absatz 3 Satz 2 haben keine aufschiebende Wirkung.“

(5) Für die Erbringung des Nachweises des Erfüllungsgrades der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen, für die vom Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus zu veröffentlichenden Angaben und für die Folgen der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder 2 gilt § 137i Absatz 4, 4a, 4c und 5 entsprechend.

(6) Für die Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3 gilt § 137j Absatz 3 entsprechend.“

#### Begründung:

##### Zu Absatz 1

Die Regelung beauftragt die Vertragsparteien auf Bundesebene, die durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung im Wege der Ersatzvornahme festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen weiterzuentwickeln und um Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu ergänzen. Zu diesem Zweck haben sie zum einen die bereits festgelegten Untergrößen auf Grund zwischenzeitlich vorliegender aktuellerer Datengrundlagen zu überprüfen und gegebenenfalls deren Höhe anzupassen. Außerdem sind diese Untergrößen in einer ent-

sprechend dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelten Pflegeaufwand differenzierten Höhe festzulegen. Darüber hinaus haben die Vertragspartner Pflegepersonaluntergrenzen auch für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und der Herzchirurgie zu vereinbaren, für die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung noch keine Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden konnten. Auch diese Untergrenzen sind in einer entsprechend dem Pflegeaufwand zu differenzierten Höhe festzulegen. Schließlich haben sie in jährlichen Abständen weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus und die hierfür geltenden Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Diese neuen Pflegepersonaluntergrenzen sollen erstmals zum 1. Januar 2021 gelten.

Für die Vereinbarung der weiteren pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus und für die Festlegung und Anpassung von Pflegepersonaluntergrenzen sollen im Wesentlichen die gleichen Vorgaben gelten, die schon bei den Verhandlungen der Vertragspartner im Jahr 2018 Anwendung gefunden haben. Dies gilt insbesondere für den Geltungsbereich der Untergrenzen, die Einbindung der maßgeblichen Verbände und Medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie für den ständigen fachlichen Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

#### Zu Absatz 2

Die Regelung enthält – ebenso wie die Regelung in § 137i Absatz 3 – die Verpflichtung des Bundesministeriums für Gesundheit, im Fall einer vollständigen oder teilweisen Nichteinigung der Vertragsparteien in Bezug auf die Vereinbarungsaufträge nach Absatz 1, die entsprechenden Festlegungen im Wege der Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung vorzunehmen. Dabei hat das Bundesministerium für Gesundheit den gleichen Zeitrahmen einzuhalten wie die Vertragsparteien, damit eine Nichteinigung nicht zu Verzögerungen bei der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen führt.

#### Zu Absatz 3

Um die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen auf eine dauerhaft tragfähige Datengrundlage zu stellen, wird das InEK beauftragt, ein Datenkonzept zu entwickeln, das eine Beschreibung der erforderlichen Daten und des Verfahrens der Übermittlung dieser Daten enthält. Dieses Konzept kann auch vorsehen, dass nur Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern benötigt werden, um dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung zu tragen. In diesem Fall legt das Konzept auch fest, um welche Krankenhäuser es sich handelt. Die betroffenen Krankenhäuser haben die entsprechenden Daten an das InEK zu übermitteln, das sie in der erforderlichen Form den Vertragsparteien für die Vereinbarungen nach Absatz 1 oder dem Bundesministerium für Gesundheit für den Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 2 zur Verfügung stellt. Um welche Daten es sich im Einzelnen handelt, kann derzeit noch nicht umschrieben

werden. Da es sich aber nur um Daten handeln kann, die für die Erfüllung der Aufgaben der Vertragsparteien nach Absatz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 2 benötigt werden, ist dem Bestimmtheitsgrundsatz Rechnung getragen.

Zu Absatz 4

Die Regelung entspricht der Regelung des § 137i Absatz 4d und dient ebenso wie diese dazu, eine zeitnahe Umsetzung der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sicherzustellen.

Zu Absatz 5

Die Regelung erklärt die Regelungen des § 137i über den Nachweis des Erfüllungsgrads der Pflegepersonaluntergrenzen, über die Veröffentlichung der Einhaltung der Untergrenzen durch das InEK und über die Folgen der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen für entsprechend anwendbar.

Zu Absatz 6

Absatz 6 entspricht der Regelung des § 137j Absatz 3 und stellt sicher, dass das InEK die ihm für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen übertragenen Aufgaben in gleicher Weise zu erfüllen hat, als wenn sie ihm von den Vertragsparteien übertragen worden wären.

## **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
- BT-Drs. 19/XXXX -

### **Zu Artikel 7 Nummer 15a (§ 291 Absatz 2b SGB V)**

In Artikel 7 wird nach Nummer 15 folgende Nummer eingefügt:

,15a. § 291 Absatz 2b wird wie folgt geändert:

1. In Satz 14 wird die Angabe „1. Juli 2018“ durch die Angabe „1. Januar 2019“ ersetzt.
2. Folgende Sätze werden angefügt:

„Von der Kürzung nach Satz 14 ist bis zum 30. Juni 2019 abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt oder Zahnarzt oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. Januar 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Satz 3 erforderlichen Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben. Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind von der Kürzung nach Satz 14 bis zum 31. Dezember 2019 ausgenommen.“

### **Begründung zum Änderungsantrag 8:**

Zu Nummer 15a

Mit der Änderung des Datums in Satz 14 wird die bereits durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates verlängerte Frist gesetzlich nachvollzogen (Verordnung zur Verlängerung der Frist nach § 291 Absatz 2b Satz 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 13. November 2017, BGBl. I S.3774).

Satz 14 setzt den 1. Januar 2019 als Termin fest, ab dem die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte die Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten (Versichertenstammdatendienst) durchzuführen haben. Sofern ab diesem Zeitpunkt der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach Satz 14 pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis die Prüfung durchgeführt wird.



Der Anschluss der Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur (Rollout) und damit die Ausstattung der Praxen mit der für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderlichen Ausstattung hat im Dezember 2017 begonnen. Entgegen den ursprünglichen Annahmen hat die Entwicklung einer ausreichenden Angebots- und Wettbewerbssituation mehr Zeit in Anspruch genommen, so dass eine flächendeckende Anbindung aller zur Durchführung des Versichertenstammdatendienstes Verpflichteten nicht bis zum 1. Januar 2019 erreichbar ist. Daher ist die Kürzung der Vergütung für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes nach dem neuen Satz 16 dann nicht vorzunehmen, wenn die hierfür erforderliche Ausstattung der Praxis zwar nicht bis zum 1. Januar 2019 erfolgen konnte, sie aber bereits mit dem Anbieter vertraglich vereinbart worden ist. Der Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung mit einem Anbieter der erforderlichen Komponenten ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Absehen von der Kürzung ist zeitlich begrenzt bis zum 30. Juni 2019. Nach diesem Zeitpunkt greift die Sanktion nach Satz 14, solange der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird.

Der neue Satz 17 nimmt die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser (Krankenhausnotfallambulanzen) von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 31. Dezember 2019 aus. Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die Ausstattung der stationären Bereiche mit den erforderlichen Komponenten erfolgt gesondert. Für den Krankenhausbereich ist im Rahmen eines Gesamtkonzeptes vorgesehen, dass die Anbindung der Krankenhäuser im Jahre 2019 erfolgt. Da die für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderliche Ausstattung für ermächtigte Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, für ermächtigte Krankenhäuser und Notfallambulanzen in diesem Rahmen erfolgen soll und hierfür nicht vorab nicht integrierte Lösungen beschafft werden sollen, ist eine Anpassung der Fristen an die Planungen für den sonstigen Krankenhausbereich erforderlich.

## **Änderungsantrag 11a**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 7 Nummer 16a – neu – (§ 295 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Rückwirkende Klarstellungen zu den  
medizinischen Klassifikationen)

In Artikel 7 wird nach Nummer 16 folgende Nummer 16a eingefügt:

,16a. Dem § 295 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 2 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 4 Klarstellungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen.“

#### Begründung:

Zu Nummer 16a (§ 295 Absatz 1 SGB V)

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedureschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b. Um zu vermeiden, dass auf Grund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet werden, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Eine unzulässige Rückwirkung ist hiermit nicht verbunden. Durch die entsprechenden Klarstellungen werden abgeschlossene Abrechnungsverfahren lediglich auf eine rechtssichere Grundlage gestellt, es wird aber nicht nachträglich ändernd in bereits abgeschlossene Abrechnungsverfahren eingegriffen.

## **Änderungsantrag 11b**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

Zu Artikel 7 Nummer 17 Buchstabe a0 – neu – (§ 301 Absatz 2 des Fünften Buches  
Sozialgesetzbuch)

(Rückwirkende Klarstellungen zu den  
medizinischen Klassifikationen)

In Artikel 7 Nummer 17 wird folgender Buchstabe a0 eingefügt:

„a0) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei  
Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 1 und den  
Prozedureschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit  
vornehmen.“

### Begründung:

Zu Buchstabe a0 (§ 301 Absatz 2 SGB V)

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedureschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b. Um zu vermeiden, dass auf Grund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet werden, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Eine unzulässige Rückwirkung ist hiermit nicht verbunden. Durch die entsprechenden Klarstellungen werden abgeschlossene Abrechnungsverfahren lediglich auf eine rechtssichere Grundlage gestellt, es wird aber nicht nachträglich ändernd in bereits abgeschlossene Abrechnungsverfahren eingegriffen.

## **Änderungsantrag 12**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 9 Nummer 6 (§ 8 Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Abrechnungsbestimmungen  
zur Fallzusammenführung als  
abschließende Konkretisierung  
des Wirtschaftlichkeitsgebots)

In Artikel 9 Nummer 6 wird nach Buchstabe b folgender Buchstabe c angefügt:

,c) Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht erforderlich.“

### Begründung:

Die Ergänzung von § 8 Absatz 5 stellt klar, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) getroffenen Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Eine von den Regelungen der FPV abweichende oder darüber hinausgehende Argumentation zur Notwendigkeit einer Fallzusammenführung, die sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot stützt, ist damit nicht zulässig.

Ergänzend wird § 17b Absatz 2 Satz 2 KHG präzisiert, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere zu prüfen haben, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

## **Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 10 Nummer 1a – neu – (§ 5 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Folgeänderung zur Beauftragung  
des Gemeinsamen  
Bundesausschusses, die besonderen  
Aufgaben von Zentren zu  
konkretisieren)

In Artikel 10 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. § 5 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

#### Begründung:

Zu Nummer 1a (§ 5 Absatz 3 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten bis zum Jahresende 2019 zu konkretisieren. Der neu gefasste § 5 Absatz 3 ermöglicht, dass auf der Grundlage des G-BA Beschlusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch krankenhaushausindividuelle Vereinbarungen von Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten getroffen werden können. Bis zur Verabschiedung des Beschlusses gilt die auf der Grundlage des bisherigen § 9 Absatz 1a Nummer 2 von der Bundesschiedsstelle getroffene Festlegung fort.

Gelingt den Vertragsparteien eine Einigung über die Vereinbarung der Zuschläge und deren Höhe nicht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13.

Die bisher in Satz 2 formulierten Übergangsfristen entfallen wegen Zeitablaufs.

## **Änderungsantrag 14**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
BT-Drs. 19/.....

### Zu Artikel 10 Nummer 3 (§ 9 Absatz 1 und Absatz 1a des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Folgeänderung zur Konkretisierung  
der aus dem DRG-System auszuglie-  
dernden Pflegepersonalkosten;  
Folgeänderung zur Beauftragung des  
Gemeinsamen Bundesausschusses,  
die besonderen Aufgaben von Zen-  
tren zu konkretisieren)

Artikel 10 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrage unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ eingefügt.
- b) Absatz 1a Nummer 2 wird aufgehoben.“

#### Begründung:

Zu Nummer 3 (§ 9 KHEntgG)

Zu Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung, so dass diese Kostensteigerungen bei der Ermittlung der korrekten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen für die übrigen Beschäftigtengruppen nicht zu berücksichtigen sind, um verzerrte Ergebnisse zu vermeiden.

Zu Buchstabe b (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG)

Die bisherige Nummer 2 in § 9 Absatz 1a wird zum 1. Januar 2020 aufgehoben. Zugleich wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene zu konkretisieren (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Mit der Aufgabenübertragung an den G-BA sollen die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten konkret von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden, damit auf dieser Grundlage ab dem Jahr 2020 Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten und die Vorgaben des G-BA-Beschlusses erfüllen, regelhaft entsprechende Zuschläge vereinbaren können.

## Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

- BT-Drs. 19/4453 -

Zu Artikel 11 Nummer 11 (§ 45d SGB XI)

(Selbsthilfeförderung in der  
Pflegeversicherung)

Artikel 11 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

,11. § 45d wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „Je Versichertem werden 0,10 Euro je Kalenderjahr“ durch die Wörter „Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versichertem“ ersetzt und nach dem Wort „haben“ ein Semikolon und die Wörter „um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt“ eingefügt.
- b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt jeweils eine Förderung durch das Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft und wird in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versichertem als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 1 und 2, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen



Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; die Bewilligung der Fördermittel aus den nach Satz 7 zur Verfügung stehenden Mitteln darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen, nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden; die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.“

- c) In dem bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Selbsthilfegruppen“ die Wörter „im Sinne dieser Vorschrift“ und werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt. ‘

#### Begründung zum Änderungsantrag X:

##### **Zu Nummer 11**

##### **Zu Buchstabe a**

Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit Mitteln nach § 45d gefördert werden, von 50 Prozent auf 75 Prozent erhöht. Bei der bisherigen Zuschussgewährung in Höhe von 50 Prozent durch die Pflegeversicherung und 50 Prozent von Land oder kommunaler Gebietskörperschaft, ergab sich insgesamt ein Gesamtfördervolumen von ca. 16 Millionen Euro im Kalenderjahr. Um das Gesamtfördervolumen bei einer Zuschussgewährung durch die Pflegeversicherung in Höhe von 75 Prozent in gleicher Höhe aufrecht zu erhalten, werden die von der Pflegeversicherung nach § 45d Satz 1 je Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Mittel von 0,10 Euro auf 0,15 Euro je Versichertem erhöht, so dass die Pflegeversicherung anstelle von bislang ca. 8 Millionen Euro nunmehr maximal ca. 12 Millionen Euro im Jahr für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zur Verfügung stellt. Diese Fördermittel werden wie bisher nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe werden in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Maße abgerufen, in manchen Bundesländern werden diese Fördermittel bislang gar nicht genutzt. Im Hinblick auf die Bedeutung der Selbsthilfe, insbesondere zur Unterstützung und Information der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, ist eine bessere Ausnutzung der zur Verfügung gestellten Mittel jedoch wünschenswert.

Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit den Mitteln nach § 45d Satz 1 gefördert werden, daher von bisher 50 Prozent auf künftig regelmäßig 75 Prozent erhöht.

Für Zuschüsse als Anschubfinanzierung zur Gründung neuer Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stehen die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach § 45d außerdem in Zukunft auch zur Verfügung, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Hierfür können insgesamt Fördermittel in Höhe von je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versichertem verwendet werden. Die jeweilige Gewährung der Gründungszuschüsse erfolgt aus den nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilten Mitteln nach Satz 1. Um die Förderung bei einer Neugründung zu vereinfachen und das Bewilligungsverfahren zu beschleunigen, beantragen die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen die Gründungszuschüsse dabei unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

Darüber hinaus wird im Gesetz klargestellt, dass Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 2 Satz 3 auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden können, eingesetzte Mittel der Arbeitsförderung entsprechend § 45c Absatz 2 Satz 4 einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt sind und die Übertragbarkeitsregelungen des § 45c Absatz 6 grundsätzlich entsprechende Anwendung finden.

Hinsichtlich der Übertragung von Mitteln, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, wird jedoch eine besondere Regelung in § 45d eingeführt: Von diesen Mitteln wird ein Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem genutzt, um damit bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern. Da die bundesweite Tätigkeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen keinem bestimmten Bundesland und keiner bestimmten kommunalen Gebietskörperschaft zugeordnet werden kann, gestaltet sich die Förderung dieser Tätigkeiten im Rahmen des § 45d bislang schwierig. Deshalb erfolgt die Förderung insoweit künftig durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Bewilligung der Förderung aus den nach Satz 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung unmittelbar zu beantragen ist, kann dabei jeweils für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren erfolgen, um den bundesweit tätigen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen insoweit Planungssicherheit zu geben. Bei erneuter Antragstellung ist eine erneute Bewilligung von Fördermitteln möglich. Die Einzelheiten zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfe werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und

Pflegebedürftigen auf Bundesebene beschließt und die der Zustimmung der Länder und des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen, wobei das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erteilt, soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind. Dadurch dass der Betrag zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten aus dem Betrag herausgenommen wird, der von den Ländern auch nach der Übertragung auf das Folgejahr noch nicht genutzt worden ist, wird die Fördergrundlage für die Länder, die die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege traditionell in sehr hohem Maße ausschöpfen, nicht geschmälert. Zugleich ist es den Bundesländern, die diese Mittel bislang nur in geringem Maße nutzen, möglich, ihr Fördervolumen jederzeit zu erhöhen.

Soweit die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, den Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem übersteigen, können diese Fördermittel zudem weiterhin – wie in § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 geregelt – von den Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel auf das Folgejahr mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel zur Selbsthilfeförderung ausgeschöpft haben.

#### **Zu Buchstabe c**

Die bereits bislang im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zu dem bisherigen § 45d Satz 3 wird redaktionell leicht ergänzt und bildet nun den Buchstaben c.

## **Änderungsantrag 16**

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
- BT-Drs. 19/4453 -

### **Zu Artikel 11 Nummer 1 und Nummer 20a (§§ 114b und 114c SGB XI)**

**(Regelungen zur Einführung des neuen  
Qualitätssicherungssystems in der voll-  
stationären Pflege, redaktionelle Anpas-  
sung der Inhaltsübersicht)**

1. Artikel 11 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 114a werden folgende Angaben eingefügt:

„§ 114b Einführung des neuen Qualitätssicherungssystems im stationären Bereich durch die  
Pflegeselbstverwaltung

§ 114c Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität“.

b) Die Angabe zu § 133 wird wie folgt gefasst:

„§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren“.

c) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:

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

2. Artikel 11 Nummer 20a wird wie folgt gefasst:

Nach § 114a werden die folgenden § 114b und § 114c eingefügt:

**„§ 114b Einführung des neuen Qualitätssicherungssystems im stationären Bereich durch die  
Pflegeselbstverwaltung**

(1) Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag entsprechend dem in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1a festgelegten Verfahren Daten zu den darin bestimmten Qualitätsaspekten (Indikatorenergebnisse) zu er-

heben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Bis zum 30. September 2019 sollen alle vollstationären Einrichtungen die für die Datenübermittlung notwendige Registrierung bei der Datenauswertungsstelle vollzogen haben. Die erste Übermittlung von Daten soll für alle Einrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 erfolgen und bis zum 30. Juni 2020 abgeschlossen sein. Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben sicherzustellen, die der Datenstelle durch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI und durch die folgenden Absätze übertragen werden.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen ab dem 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 in den zugelassenen stationären Einrichtungen mindestens einmal und ab dem 01. Januar 2021 gemäß § 114 Absatz 2 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige nach dem neuen Prüfsystem. Die Richtlinien nach § 114c sind zu beachten. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für vollstationäre Einrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle übermittelten Informationen.

(3) Abweichend von § 114 Absatz 1 Satz 2 sind die Prüfungen nach dem neuen Prüfsystem grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Die Prüfungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn eine vollstationäre Einrichtung die Verpflichtung aus Absatz 1 Satz 1 nicht erfüllt hat, die Datenlieferung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. Anlassprüfungen erfolgen unangemeldet. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 114c Absatz 1.

(4) Die Ergebnisse der Prüfungen gemäß Absatz 2 und die Daten der Einrichtungen gemäß Absatz 1 werden ab Einführung des neuen Systems entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen mit Ausnahme der Ergebnisse der ersten Datenlieferung gemäß Absatz 1 Satz 3 veröffentlicht.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit dem neuen stationären Qualitätssystem. Der zweite Bericht beinhaltet eine Evaluation der in der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen. Die Evaluation ist von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen durchzuführen.

(6) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1.000 Euro für jede vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die Umstellung auf das neue indikatorengestützte Qualitätssystem, insbesondere die für die Indikatorenerhebung notwendigen Schulungen, zu unterstützen. Die Modalitäten der Auszahlung werden durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private

Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten; § 8 Absatz 9 und Absatz 10 gelten entsprechend.

### **§ 114c Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität**

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 30. September 2019 in Richtlinien fest, welche Kriterien für eine ab der zweiten Indikatorenerhebung einer Einrichtung mögliche Verlängerung des Prüfrhythmus von einem auf zwei Jahre in Abhängigkeit von dem Erfolg der Sicherstellung eines hohen Qualitätsniveaus der Einrichtung anzuwenden sind und welche Kriterien für die Durchführung unangemeldeter Prüfungen anzulegen sind. Grundlage für die Richtlinien sind die Empfehlungen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens der Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. Sept 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 1 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

(2) Die Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b hat den Landesverbänden der Pflegekassen oder einem von ihnen benannten Vertreter regelmäßig die aktuelle Kennzahl für eine über dem Bundesdurchschnitt liegende Ergebnisqualität zu übermitteln.

(3) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien treten am Tag nach ihrer Beschlussfassung in Kraft.“

#### **Begründung:**

##### **Zu Nr. 1**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 114b und § 114c.

## **Zu Nr. 2**

### **Zu § 114b**

#### **Zu Absatz 1**

Mit § 114b wird das gemäß § 113b Absatz 4 Nummer 1 und 2 wissenschaftlich entwickelte neue Qualitätssystem ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Das neue Qualitätssystem umfasst ein indikatorengestütztes Qualitätsmanagement, eine damit verbundene Umstrukturierung des Prüfgeschehens und ein neues Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das den sogenannten „Pflege-TÜV“ ersetzt.

Der Zeitraum vom 1. Oktober 2019 bis zum 30. Juni 2020 wird als Einführungsphase für die Indikatorenerfassung durch die vollstationären Pflegeeinrichtungen verbindlich festgelegt. Innerhalb dieses Zeitraums werden alle zugelassenen vollstationären Einrichtungen erstmalig verpflichtet, zu einem bestimmten Stichtag nach einem strukturierten Verfahren Indikatorenergebnisse, d.h. Daten zu ausgewählten Qualitätsaspekten, zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Anschließend beginnt der regelhafte halbjährliche Rhythmus der Datenerhebung und -übermittlung. Technische Voraussetzung für die Datenübermittlung ist die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle; diese soll bis zum 30. September 2019 von allen vollstationären Einrichtungen vollzogen sein.

Grundlage für das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung sind die Maßstäbe und Grundsätze für den stationären Bereich (MuG stationär) gemäß § 113 Absatz 1a, für die der Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2017 die Einleitung des Beteiligungsverfahrens beschlossen hat. Die Festlegungen in den MuG stationär basieren insbesondere auf den Ergebnissen des von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI durch den Qualitätsausschuss beauftragten Projekts zur Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 und 2 SGB XI. Die MuG sind für alle zugelassenen stationären Einrichtungen verbindlich. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) sowie solitäre Einrichtungen der Kurzzeitpflege gelten die gesetzliche Anforderungen nach Absatz 1 Sätze 1 bis 3 und die das indikatorengestützte Verfahren betreffenden Anforderungen der MuG stationär nicht.

Nach Auskunft der Selbstverwaltung über die derzeitigen Planungen ist die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 1. September 2019 eingerichtet. Sollte davon abweichend die Datenauswertungsstelle bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet sein, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben sicherzustellen, die der Datenstelle durch das SGB XI und durch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI übertragen werden.

#### **Zu Absatz 2**

Die im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens gewonnenen Qualitätsdaten dienen als Informationsgrundlage für die Qualitätsprüfungen und sind eine wesentliche Grundlage für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI.

Parallel zu der verpflichtenden Indikatorenerhebung durch die Einrichtungen stellen die Landesverbände der Pflegekassen die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige für die im stationären Bereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen ab dem 1. November 2019 auf das neue Prüfsystem um. Bis zum 31. Dezember 2020 soll jede zugelassene stationäre Einrichtung mindestens einmal geprüft sein. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für vollstationäre Einrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle übermittelten Informationen. Dazu gehören Informationen über die durch die Datenauswertungsstelle gezogene Stichprobe, das Ergebnis der technischen Plausibilitätsprüfung sowie ggfs. weitere Hinweise auf Qualitätsdefizite oder absehbaren Beratungsbedarf. Die von den vollstationären Einrichtungen nach dem in den MuG festgelegten strukturierten Verfahren erhobenen und an die Datenauswertungsstelle übermittelten Daten sind im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen (Verknüpfung internes Qualitätsmanagement und externe Prüfungen).

### **Zu Absatz 3**

Abweichend von § 114 Absatz 1 Satz 2 sind Regelprüfungen nach dem neuen indikatorengestützten Prüfsystem grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen.. Nach den Erfahrungen mit der Erprobung des neuen Konzepts wird durch die kurzfristige Ankündigung eine bessere organisatorische Vorbereitung der Prüfung ermöglicht. Angekündigt wird dabei lediglich der Termin der Prüfung. Hingegen erfolgt ausdrücklich keine Information über die in die Prüfung einbezogene Stichprobe von Pflegebedürftigen. Welche Bewohner in die Prüfung einbezogen werden sollen, wird der Einrichtung vielmehr erst nach dem Eintreffen der Prüfer mitgeteilt. Angesichts dieser Verfahrensweise und mit Blick auf die geringere Bedeutung der Pflegedokumentation bei den neuen Prüfungen wird die Gefahr von Manipulationen daher als gering eingeschätzt. Hingegen besteht bei kurzfristiger vorheriger Bekanntgabe des Prüftermins die Chance für einen besseren Organisationsablauf während der Prüfungen. Davon sollen alle an der Prüfung unmittelbar Beteiligten profitieren, auch die nicht in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen, deren Versorgung auf diese Weise besser sichergestellt werden kann.

Insoweit Regelprüfungen weiterhin auch unangekündigt erfolgen sollen, regelt das Nähere hierzu der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit in den Richtlinien nach § 114c Absatz 1.

Anlassprüfungen erfolgen wie bisher unangemeldet.

### **Zu Absatz 4**



Die Einführung des neuen Qualitätsdarstellungssystems erfolgt in Anlehnung an die Empfehlungen im Abschlussbericht der gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 und 2 SGB XI beauftragten Wissenschaftler stufenweise: Damit etwaige fachliche, methodische oder technische Probleme beim Start nicht mit negativen Konsequenzen für die Einrichtungen verbunden sind, wird festgelegt, dass erst ab der zweiten Indikatorenerfassung eine Veröffentlichung stattfindet. Bis dahin enthält die eigentlich aus drei Elementen bestehende Qualitätsberichterstattung zunächst nur die Ergebnisse der Prüfungen sowie die von den Einrichtungen übermittelten qualitätsrelevanten Informationen.

#### **Zu Absatz 5**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen mit dem neuen System zu berichten. Der erste Bericht soll insbesondere darüber informieren, ob die Einrichtungen ihrer Registrierungspflicht und ihren weiteren Mitwirkungspflichten zur Indikatorenerhebung nachgekommen sind. Zudem soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen darlegen, welche Konsequenzen die Landesverbände der Pflegekassen in Fällen fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der Einrichtungen gezogen haben (bspw. Vergütungskürzungen als vertragsrechtliche Strafe). Auf Basis des Berichts kann bewertet werden, ob die vorhandenen Instrumente ausreichen, um eine flächendeckende Teilnahme der Einrichtungen zu gewährleisten oder ob weitergehende Regelungen im Vertrags- oder Zulassungsrecht notwendig sind. Der zweite Bericht beinhaltet eine Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten neuen Bewertungssystematik. Ziel der Evaluation soll es sein, die ersten Praxiserfahrungen mit der neuen Systematik darzustellen und fachlich zu bewerten. Dabei soll die Frage im Mittelpunkt stehen, inwieweit die Bewertungssystematik in der Lage ist, tatsächliche Qualitätsunterschiede für die Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen.

#### **Zu Absatz 6**

Die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten gemäß Absatz 1 stellt insbesondere in der Einführungsphase eine Herausforderung für die vollstationären Pflegeeinrichtungen dar. Es wird notwendig sein, Schulungen für Mitarbeiter aller zugelassenen vollstationären Einrichtungen in Deutschland durchzuführen. Um die Einrichtungen bei der Umstellung auf das neue Qualitätssystem zu unterstützen, werden für jede Einrichtung im Jahr 2019 einmalig 1.000 Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Das nähere Verfahren der Förderung regeln die Landesverbände der Pflegekassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten der Förderung. § 8 Absatz 9 und Absatz 10 gelten entsprechend.

#### **Zu § 114c**

##### **Zu Absatz 1**

Um Anreize für die Einrichtungen zu setzen, sich um ein hohes Qualitätsniveau zu bemühen, soll zukünftig die Möglichkeit bestehen, den jährlichen Prüfrhythmus für Einrichtungen mit guten Qualitätsergebnissen zu verändern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird deshalb beauftragt, in

Richtlinien Kriterien für eine ab der zweiten Indikatorenerhebung möglichen Verlängerung des Prüfrythmus von einem auf zwei Jahre festzulegen. Der Abschlussbericht „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung zum indikatorengestützten Verfahren“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung enthält Empfehlungen zu einer Verlängerung des Prüfrythmus, die als maßgebliche Grundlage bei der Richtlinienerstellung zu berücksichtigen sind und die unter anderem auf eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität abstellen.

In den Richtlinien sind auch Regelungen zu den Kriterien zu treffen, nach denen abweichend von der Bestimmung in § 114b Absatz 3 Regelprüfungen unangemeldet erfolgen. Die Prüfungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn eine vollstationäre Einrichtung die Verpflichtung aus Absatz 1 Satz 1 nicht erfüllt hat, die Datenlieferung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. Bei der Festlegung der Kriterien für mangelnde Plausibilität und Unvollständigkeit der Daten ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen.

#### **Zu Absatz 2**

Eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität ist wesentliche Grundvoraussetzung für eine Verlängerung des Prüfrythmus. Um diesen Durchschnitt berechnen zu können, müssen alle Einrichtungen mindestens einmal geprüft sein. Die Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b wird beauftragt, den Landesverbänden der Pflegekassen oder einem von ihnen benannten Vertreter regelmäßig die aktuelle Kennzahl für eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität zu übermitteln. Maßgeblich ist der Bundesdurchschnitt, das gebietet der Gleichheitsgrundsatz.

#### **Zu Absatz 3**

Die Richtlinien treten am Tag nach ihrer Beschlussfassung in Kraft. Voraussetzung ist, dass sie vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt worden sind.

## **Änderungsantrag 17**

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)  
- BT-Drs. 19/4453 -

### **Zu Artikel 11 neue Nummer 21a (§ 144 Absatz 6 SGB XI) und zu Artikel 14 (Inkrafttreten)**

**(Übergangsregelung zum Richtlinienenerlass  
zu § 71 Absatz 4 SGB XI in der Fassung des  
Dritten Pflegestärkungsgesetzes)**

1. In Artikel 11 wird nach Nummer 21 folgende Nummer 21a eingefügt:

„21a. Dem § 144 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c in der Fassung des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I, Seite 3191) genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 1 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 1 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“

2. Artikel 14 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Außerkräfttreten“ angefügt.

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) § 144 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch tritt am 1. Januar 2020 außer Kraft.“

### **Begründung zum Änderungsantrag 3:**

#### **Zu Nummer 1**

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wird § 71 Absatz 4 SGB XI zum 1. Januar 2020 neu gefasst. Im Rahmen dieser Neufassung treten auch Bestimmungen in Kraft, die den Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichten, Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c SGB XI in der Fassung des Dritten Pflegestärkungsgesetzes genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind, zu erlassen. Diese Richtlinien sollen jedoch bereits spätestens bis zum 1. Juli 2019, also vor dem Inkrafttreten der Neufassung des § 71 Absatz 4 SGB XI erlassen werden, um eine ausreichende Vorbereitungszeit für deren Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten. Mit der vorliegenden Übergangsregelung wird daher in § 144 Absatz 6 SGB XI eine Rechtsgrundlage für den Erlass der Richtlinien geschaffen, die bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt. Abgesehen vom Zeitpunkt des Inkrafttretens sind die Bestimmungen zum Erlass der Richtlinien gemäß § 144 Absatz 6 SGB XI und gemäß der Neufassung des § 71 Absatz 4 SGB XI in der Fassung des Dritten Pflegestärkungsgesetzes inhaltlich identisch.

#### **Zu Nummer 2**

Im Rahmen der Übergangsregelung des neuen § 144 Absatz 6 SGB XI wird eine wirksame Rechtsgrundlage zum Erlass der Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c SGB XI in der Fassung des Dritten Pflegestärkungsgesetzes genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind, bereits zum 1. Januar 2019 geschaffen. Diese Übergangsregelung tritt am 1. Januar 2020 außer Kraft, da zu diesem Zeitpunkt die mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I, Seite 3191) vorgenommene Neufassung des § 71 Absatz 4 SGB XI in Kraft tritt, die die Regelungen zum Erlass der Richtlinien inhaltsgleich in § 71 Absatz 4 SGB XI beinhaltet.