

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

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

– Drucksache 19/4453 –

Gegenäußerung der Bunderegierung

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

Zu Nummer 1 Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 17b Absatz 4 KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Bundesregierung stimmt der Stellungnahme insoweit zu, als sich das DRG-System grundsätzlich bewährt hat. Bei Diskussionen über die Berücksichtigung eines überdurchschnittlichen Lohnniveaus bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte wurde bisher stets auf das Pflegepersonal abgestellt. Einem überdurchschnittlich hohen Lohnniveau in der Pflege wird ab dem Jahr 2020 durch die Berücksichtigung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten im Pflegebudget Rechnung getragen.

Zu Nummer 2 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 1, Satz 4, Satz 5 und Satz 6 KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Nach Auffassung der Bundesregierung besteht Anpassungsbedarf in Bezug auf die Krankenhausstrukturen nicht nur innerhalb der einzelnen Länder, sondern auch länderübergreifend. Die Regelung verfolgt den Zweck, dass die Länder bei ihren Förderentscheidungen auch solche Vorhaben in den Blick nehmen, die sich über die Landesgrenzen hinaus erstrecken. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass die Ländergrenzen oftmals nicht den Einzugsbereichen der Krankenhäuser entsprechen (vgl. Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, S. 171, Rn. 223). Dem von Länderseite vorgebrachten Anliegen ist bereits dadurch Rechnung getragen worden, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Zuweisung von 10 Prozent des Fördervolumens auf länderübergreifende Förderprojekte auf 5 Prozent abgesenkt worden ist.

Zu Nummer 3 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 3 KHG) und Artikel 5 Nummer 4 (§ 14a – neu – KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Der Verzicht auf ein Nachverteilungsverfahren dient der Verschlankung des Verwaltungsverfahrens. Im Rahmen der bisherigen Durchführung des Krankenhausstrukturfonds betrug der im Nachverteilungsverfahren zur Verfügung stehende Betrag rund 2,3 Prozent der Fördermittel. Mit der Durchführung des Nachverteilungsverfahrens

war gleichzeitig ein erheblicher Verwaltungsaufwand verbunden. Außerdem ist der Förderzeitraum koalitionsvertraglich auf vier Jahre begrenzt. Darüber hinausgehender Förderbedarf wird im Rahmen der Diskussion um die künftige Weiterentwicklung der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich zu berücksichtigen sein.

Zu Nummer 4 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 2 Satz 7 – neu – KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Aus Sicht der Bundesregierung ist eine solche Regelung nicht erforderlich. Dem Anliegen kann im Rahmen des geltenden Rechts Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 5 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Regelung des Gesetzentwurfs zielt darauf ab, dass die Länder ab dem Jahr 2019 in jedem Jahr mindestens das durchschnittliche Förderniveau der Jahre 2015 bis 2017 aufrechterhalten. Angesichts der defizitären Förderpraxis der Länder und der damit verbundenen Gefahr des schleichenden Substanzverzehr an den Krankenhäusern ist dies erforderlich, damit die vorgesehenen Maßnahmen gegen eine weitere Absenkung der bisherigen Förderniveaus umgehend greifen. Dagegen würde die vorgeschlagene Änderungsformulierung etwa erlauben, dass die Länder ihr bisheriges Förderniveau in den Jahren 2019 und 2020 weiter absenken, um diese Absenkung durch erhöhte Förderbeträge in den Jahren 2021 und 2022 auszugleichen.

Zu Nummer 6 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Aus Sicht der Bundesregierung würde das Anliegen des Bundesrats durch den Formulierungsvorschlag nicht umgesetzt werden. Die Pflicht der Länder zur Bereitstellung von Kofinanzierungsmitteln zum Krankenhausstrukturfonds 2016 ist in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 3 Buchstabe b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vorgesehen. Dagegen nimmt der Formulierungsvorschlag des Bundesrats auf § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG Bezug. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zur Empfehlung Nummer 7 verwiesen.

Zu Nummer 7 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1a – neu – KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die im Rahmen der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds aufgebrachten Kofinanzierungsmittel der Länder sind als Beitrag der Länder zu einem schrittweisen Aufwuchs des Gesamtfördervolumens in die Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Jahre 2015 bis 2017 einzubeziehen. Angesichts einer bestehenden Investitionslücke von mindestens 2,6 Milliarden Euro (vgl. Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung vom 6. Dezember 2017, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich) erscheint die Einbeziehung der für den bisherigen Krankenhausstrukturfonds aufgebrachten Kofinanzierungsmittel der Länder in die Bemessungsgrundlage sachgerecht.

Zu Nummer 8 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 1b – neu – KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Regelung des Gesetzentwurfs zielt darauf ab, dass die Länder ab dem Jahr 2019 in jedem Jahr mindestens das durchschnittliche Förderniveau der Jahre 2015 bis 2017 aufrechterhalten. Angesichts der defizitären Förderpraxis der Länder und der damit verbundenen Gefahr des schleichenden Substanzverzehr an den Krankenhäusern ist es aber erforderlich, dass die vorgesehenen Maßnahmen gegen eine weitere Absenkung der bisherigen Förderniveaus umgehend greifen. Dagegen führt die vorgeschlagene Änderungsformulierung zu einer aus Sicht der Bundesregierung ungewollten Flexibilität bei der Festlegung des aufrechtzuerhaltenden Förderniveaus und damit zur Gefahr der Absenkung des Fördervolumens unter den Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2017.

Zu Nummer 9 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 3 Satz 3 KHG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrats prüfen.

Zu Nummer 10 Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 12a Absatz 4a – neu – KHG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Grundlage der Förderung aus dem Krankenhausstrukturfonds ist die Fördersystematik des KHG. Hochschulkliniken, die nach den landesrechtlichen Vorschriften über den Hochschulbau gefördert werden, können nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 KHG nicht gefördert werden. Eine Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Förderung wäre auch nicht sachgerecht, da die Investitionsförderung von Hochschulkliniken seit 2007 in der alleinigen Verantwortung der Länder steht, die hierfür jährlich Kompensationszahlungen aus dem Bundeshaushalt erhalten haben. Eine zusätzliche Förderung aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds kommt daher nicht in Betracht. Darüber hinaus wären die Länder bei Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Förderung mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds analog der Regelung zu den sonstigen Krankenhäusern zu verpflichten, in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für den Hochschulbau in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der 2015 bis 2017 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht. Wegen der finanzierungsrechtlichen Besonderheiten von Hochschulkliniken wäre die Einhaltung dieser Verpflichtung durch die Länder nur schwer überprüfbar.

Zu Nummer 11 Zu Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a1 –neu – (§ 8 Absatz 2 Satz 1a – neu – KHSFV)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrats prüfen.

Zu Nummer 12 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 2 und § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Der Bedarf an der Durchführung von Konzentrationsmaßnahmen ist bereits durch die bisherige Ausgestaltung des Krankenhausstrukturfonds in erheblichem Umfang gedeckt worden. Schon in der Begründung zur Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) hat der Verordnungsgeber verdeutlicht, dass mit der Konzentrationsförderung insbesondere das Ziel der Zusammenfassung komplexer Versorgungsangebote verbunden ist, zum Beispiel in Schlaganfall-, Perinatal- oder Schädel-Hirn-Verletztenzentren (BR-Drs. 532/15, Seite 11). Die im Regierungsentwurf vorgesehene Regelung bietet nun erstmals auch einen wichtigen finanziellen Anreiz zur Fokussierung der Konzentrationsförderung auf Vorhaben von herausgehobener struktureller Bedeutung und damit zur weiteren Verbesserung der bestehenden Versorgungsstrukturen. Vor diesem Hintergrund sollen Konzentrationsvorhaben, die der Bildung von Zentren für seltene, schwerwiegende und komplexe Erkrankungen förderlich sind oder innerhalb von Krankenhausverbünden im Rahmen einer dauerhaften Kooperation zwischen den beteiligten Krankenhäusern vollzogen werden, sowohl mit einer Schließungskostenförderung als auch mit einer Baukostenförderung unterstützt werden. Gleiches gilt für den Umfang nach besonders bedeutsame Konzentrationsvorhaben, bei denen es zur Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts kommt. Wie aus § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV in der Fassung des Gesetzentwurfs hervorgeht, ist eine Förderung von Konzentrationsvorhaben, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, nicht ausgeschlossen. Auch diese Konzentrationsvorhaben können mit Schließungspauschalen gefördert werden.

Zu Nummer 13 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die im Gesetzentwurf enthaltene Formulierung dient der Klarstellung, dass im Fall einer Neuausrichtung eines ganzen Krankenhauses hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten umzustrukturieren ist. Damit werden diejenigen Vorhaben angesprochen, in denen ein Bündel an Einzelmaßnahmen zur Erreichung einer insgesamt sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur als einheitliche und förderfähige Umwandlungsmaßnahme zu qualifizieren ist. In diesem Fall sind sämtliche Umstrukturierungsmaßnahmen auch dann förderfähig, wenn sie nicht unmittelbar an den vorhandenen,

akutstationären Versorgungsstrukturen ansetzen, etwa die Einrichtung von ambulanten Versorgungsstrukturen oder Koordinierungs- und Beratungszentren. Ein Widerspruch im Gesetzestext ist daher nicht erkennbar.

Zu Nummer 14 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Gemäß § 8a Absatz 1 Satz 1 des BSI-Gesetzes sind allein die Betreiber Kritischer Infrastrukturen verpflichtet, angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit der von ihnen betriebenen Kritischen Infrastrukturen maßgeblich sind. Aufgrund der begrenzten Mittel des Krankenhausstrukturfonds sollen daher in die Strukturfondsförderung nur solche Krankenhäuser einbezogen werden, die aufgrund der rechtlichen Verpflichtung nach § 8a Absatz 1 des BSI-Gesetzes in besonderem Maße von dem Erfordernis funktionierender IT-Sicherheitsstrukturen betroffen sind. Im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung ausreichender Investitionsfördermittel obliegt es den Ländern, Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit auch in den übrigen Krankenhäusern zu fördern.

Zu Nummer 15 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 4 KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Entgegen dem Vorschlag des Bundesrats kommt eine Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheitsstruktur nur für Betreiber Kritischer Infrastrukturen in Betracht. Da sich die Förderung somit auf vergleichsweise wenige Krankenhäuser beschränkt, ist ein unzumutbarer Verwaltungsaufwand im Rahmen der Einzelbewilligung nicht erkennbar. Schließlich ist eine Vorabprüfung der Förderfähigkeit und der Höhe der im Einzelfall förderungsfähigen Kosten im Rahmen des Einzelbewilligungsverfahrens durch das Bundesversicherungsamt erforderlich, um eine zweckgerechte Mittelverwendung von vornherein zu gewährleisten und Rückforderungen aufgrund zweckwidriger Mittelverwendung möglichst weitgehend zu vermeiden. Bei Umsetzung des Vorschlags zur Ausreichung von Förderpauschalen mit lediglich nachgelagerter Verwendungsnachweisprüfung würde dieses Ziel nicht erreicht.

Zu Nummer 16 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

An der sicheren Anbindung der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur ist unverändert festzuhalten.

Zu Nummer 17 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds sind Kosten, die auf andere als die in § 9 KHG genannten Fördertatbestände entfallen, nicht förderungsfähig (§ 12 Absatz 1 Satz 3 KHG in Verbindung mit § 2 Absatz 1 KHSFV). Da nach § 9 KHG nur Investitionskosten von Krankenhäusern gefördert werden, können auch im Zusammenhang mit der Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen nur Investitionskosten von Krankenhäusern aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden.

Zu Nummer 18 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 11 Absatz 1 Nummer 6 KHFSV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Ziel des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ist es, eine spürbare Entlastung im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege herbeizuführen. Entsprechend ist die Förderung von Ausbildungsstätten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auf die in der Krankenpflege Tätigen beschränkt. Dagegen hat der Gesetzentwurf nicht eine umfassende Verbesserung der Personalsituation auch in anderen Gesundheitsberufen zum Ziel.

Zu Nummer 19 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Bundesregierung wird prüfen, ob die Pauschalbeträge, mit denen der Abbau von Krankenhausbetten gefördert werden kann, erhöht werden können. Im Übrigen lehnt sie den Antrag ab. Mit der Schließung eines nicht mehr bedarfsgerechten Krankenhauses oder eines nicht mehr bedarfsgerechten Krankenhausstandorts kann ein weiterreichender Beitrag zur Strukturverbesserung geleistet werden als mit einer Stilllegung nur einzelner Krankenhausbetten. Sowohl nach Auffassung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, S. 219, Rn. 319) als auch des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (01/2018), Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, S. 20 f.) besteht in Deutschland ein Überversorgung mit kleinen und mittleren Krankenhäusern. Daher solle eine Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte vorangetrieben werden. Dem tragen die Regelungen des Gesetzentwurfs Rechnung.

Zu Nummer 20 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a und Buchstabe b KHFSV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds sollen nur wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben gefördert werden. Eine Strukturverbesserung kann nur erreicht werden, wenn die geförderten Vorhaben dauerhaft Bestand haben. Könnte ein gefördertes Vorhaben aufgrund einer Wettbewerbsklage nicht umgesetzt werden, wären die Fördermittel verloren. Auf die Prüfung der wettbewerbsrechtlichen Zulässigkeit eines Vorhabens kann daher nicht verzichtet werden.

Zu Nummer 21 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 14 Absatz 2 Nummer 11 Buchstabe b, c und d KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Regelung ist erforderlich, damit beim Bundesversicherungsamt bei der Bewilligung von Fördermitteln für länderübergreifende Vorhaben Klarheit darüber besteht, gegenüber welchen der beteiligten Länder in welchem Umfang Rückforderungsansprüche geltend zu machen sind, wenn ein zur Rückzahlung von Fördermitteln verpflichtender Tatbestand eingetreten ist. Die Frage, in welchem Verhältnis sich die beteiligten Länder an der Rückzahlung beteiligen, kann ohne weiteres schon bei der Antragstellung vereinbart werden.

Zu Nummer 22 Zu Artikel 5 Nummer 4 (§ 17 Absatz 1 Nummer 3, 4 und 5 KHSFV)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Zur Evaluierung der Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds gehört auch, ob der mit der Durchführung des Fonds verbundene Erfüllungsaufwand für die Länder und die Krankenhausträger in einem angemessenen Verhältnis zu der angestrebten Strukturverbesserung führt. Belastbare Aussagen sind hierzu nur auf der Grundlage aussagekräftiger Unterlagen möglich.

Zu Nummer 23 Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7, Nummer 8, Nummer 9 und Nummer 10 – neu – IfSG)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 24 Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a0 – neu – und a01 – neu – (§ 36 Absatz 2 und Absatz 3 Satz 3 – neu – IfSG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu Nummer 25 Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe b bis e (§ 36 Absätze 6 bis 9 IfSG), Nummer 3 (§ 69 Absatz 1 Nummer 11 IfSG) und Nummer 4 (§ 73 Absatz 1a Nummer 19 IfSG)

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung des Bundesrates nicht, eine zusätzliche Ermächtigung für die Länder zum Erlass einer Rechtsverordnung für die Vorlage von Gesundheitszeugnissen und bei Nichtvorlage für die Verpflichtung zur Duldung von ärztlichen Untersuchungen von einreisenden Personen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, sei nicht erforderlich. Eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage des geltenden § 36 Absatz 6 IfSG bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Da sich die Länder bislang jedoch nicht darauf verständigen konnten, welche Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation zur Vorlage eines Zeugnisses und bei Nichtvorlage zur Duldung einer Gesundheitsuntersuchung verpflichtet werden sollen, erscheint es sinnvoll, ergänzende Regelungen durch die für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen Länder zuzulassen. Dies entspricht einem durchgängigen Grundprinzip des Infektionsschutzgesetzes. Zum Beispiel findet sich auch in § 15 Absatz 3 IfSG die Ermächtigung an die Länder, besondere Meldepflichten für ihr Gebiet festzulegen oder in § 20 Absatz 7 IfSG die Ermächtigung an die Länder, Impfpflichten für ihr Gebiet einzuführen.

Zu Nummer 26 Zu Artikel 7 Nummer 4a – neu – (§ 23 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 1a – neu – und Absatz 5 Satz 1a – neu – bis 1e – neu – SGB V) und Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 40 Absatz 3 Satz 1a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Eine Änderung des § 23 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entsprechend der Änderung des § 40 Absatz 2 SGB V, nach der der Vorrang ambulanter Leistungen am Wohnort vor der Inanspruchnahme wohnortferner stationärer Rehabilitationsleistungen aufgehoben wird, ist nicht erforderlich. Auch die ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V werden bereits wohnortfern erbracht, so dass die der Änderung des § 40 SGB V zugrunde liegenden Erwägungen einer erleichterten Inanspruchnahme stationärer Leistungen als wohnortferner Leistung keine Rolle spielen.

Zu Nummer 27 Zu Artikel 7 Nummer 10 (§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V) und Artikel 11 Nummer 17 (§ 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI)

Der Vorschlag wird geprüft. Bereits jetzt ist es möglich, entsprechende Pauschalen zu vereinbaren, die besondere Gegebenheiten abbilden. Ziel des Gesetzentwurfs ist es zunächst, die ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum zu stärken und den dortigen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Ob eine Ausweitung auf andere Bereiche sachgerecht ist, wird geprüft.

Zu Nummer 28 Zu Artikel 7 Nummer 12 (§ 137j SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Benennung einer zweiten Untergrenze beim sogenannten Ganzhausansatz, mit der vor dem Hintergrund der nach § 1 KHG anzustrebenden qualitativ hochwertigen Versorgung gefordert wird, zumindest eine durchschnittliche pflegerische Versorgung sicherzustellen, ist nicht sachgerecht.

Es existiert keine geeignete Grundlage, auf der eine solche zweite Untergrenze zur Sicherstellung einer durchschnittlichen pflegerischen Versorgung festgelegt werden könnte, denn es ist nicht ersichtlich, in welcher Höhe ein Grenzwert festzulegen wäre, der eine durchschnittliche pflegerische Versorgung abbildet. Die vorgesehene Einführung einer Untergrenze auf Ganzhausbene stellt vielmehr einen Einstieg in die vergleichende Betrachtung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser dar und ist insofern eine Ergänzung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen. Vor diesem Hintergrund wären eine zweite Untergrenze zur Festlegung durchschnittlicher Pflege und damit eine weitere Begrifflichkeit verbunden mit weiteren gestuften Sanktionen bei Nichteinhaltung unnötig bürokratisch und aufwendig hinsichtlich der Umsetzung in den Krankenhäusern.

Zu Buchstabe b

Es ist zutreffend, dass der nach § 137j SGB V zu ermittelnden Pflegequotient das Verhältnis zwischen Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses bezogen auf die in diesem Haus anfallende Pflegelast („Pflegeaufwand“) den Dienst am Krankenbett abbilden soll. Die Bundesregierung prüft, inwieweit eine Spezifizierung des Pflegedienstes erforderlich ist, um eine zielgerichtete Bestimmung des Pflegepersonalquotienten zu ermöglichen.

Zu Buchstabe c

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Bundesregierung lehnt den Antrag in diesem Punkt als nicht sachgerecht ab. Die Beschränkung auf examinierte Pflegekräfte bei der Anwendung der Untergrenze auf der Ganzhausebene wäre nicht kompatibel mit dem Verständnis der „Pflege am Bett“, die beim Pflegebudget und bei den Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen verwendet wird. Zudem entspricht die Beschränkung auf examinierte Pflegekräfte nicht der Realität in den Krankenhäusern.

Zu Buchstabe d

Die Bundesregierung wird prüfen, wie ein Sanktionssystem, das auch die Möglichkeit der Vereinbarung von Leistungseinschränkungen vorsieht, im Einzelnen ausgestaltet werden kann. Dabei geht sie davon aus, dass die Vertragspartner bei der Vereinbarung von Leistungseinschränkungen sicherstellen, dass keine für die Versorgung unverzichtbaren Kapazitäten betroffen sind. Die Regelung eines Vetorechts des für die Krankenhausplanung zuständigen Landes ist daher nicht erforderlich.

Zu Nummer 29 Zu Artikel 8 Nummer 1 (§ 8 Absatz 10 KHEntgG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, neben der Einführung des Pflegebudgets auf den gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags zu verzichten.

Zu Nummer 30 Zu Artikel 9 Nummer 4 (§ 6a Absatz 2 Satz 6 KHEntgG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, auch die Fortsetzung von bereits ergriffenen pflegeentlastenden Maßnahmen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets zu berücksichtigen.

Zu Nummer 31 Zu Artikel 9 Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass eine gesetzliche Differenzierung der Höhe der Abschläge im gestuften System der Notfallversorgung, dessen Vorgaben im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 definiert sind, nicht erforderlich ist. Der Beschluss, der auf eine sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und eine zielgenaue Finanzierung abzielt, sieht klare Vorgaben für die Differenzierung der Höhe der Zuschläge, nicht jedoch für die Höhe der Abschläge vor. Unabhängig davon haben die Bundesländer in eng begrenzten Ausnahmefällen – beispielsweise bei regionalen Besonderheiten – die Möglichkeit, Krankenhäuser als Spezialversorger auszuweisen (vgl. § 26 Absatz 2 Nummer 3 des G-BA-Beschlusses). Diese gelten dann als besondere Einrichtungen und nehmen budgetneutral an der Notfallversorgung teil.

Zu Nummer 32 Zu Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Ziel des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ist es, eine spürbare Verbesserung der Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege herbeizuführen. Entsprechend sollen Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der Krankenpflege voll refinanziert werden. Dagegen zielt der Gesetzentwurf nicht auf eine umfassende Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen des Krankenhauses ab.

**Zu Nummer 33 Zu Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a0 – neu –
(Inhaltsübersicht) und Nummer 3a – neu – (§ 18d – neu – SGB XI)**

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Im Zuge der Umsetzung des Koalitionsvertrages prüft die Bundesregierung auch aktuelle Vorschläge zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Dies geschieht im Rahmen der jeweils aktuellen Gesetzgebungsvorhaben und auch darüber hinaus. Dabei werden auch Fragen des Verhältnisses der Sektoren ambulant und stationär sowie die Ausgestaltung von Schnittstellen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund hält die Bundesregierung es nicht für notwendig, hierzu einen förmlichen Gesetzesauftrag im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu verankern.

Zu Nummer 34 Zu Artikel 11 Nummer 3

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf dienen dazu, die Zahl der Beschäftigten in der Pflege zu erhöhen und bei Teilzeitbeschäftigten eine Erhöhung der Arbeitszeit zu erleichtern. Vor dem Hintergrund der aktuellen und künftig drohenden Engpässe bei Pflegefachkräften stehen diese Maßnahmen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Deshalb ist eine Finanzierung aus Beitragsmitteln gerechtfertigt.

Zu Nummer 35 Zu Artikel 11 Nummer 7a – neu – (§ 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Die Bundesregierung lehnt die Forderung des Bundesrates, den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel von 40 auf 45 Euro zu erhöhen, ab: Wie die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes wurde auch dieser Leistungsbetrag bereits mit dem Ersten Pflegegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2015 von 31 Euro deutlich überproportional erhöht (von vorher 31 auf nun 40 Euro, also um 29 Prozent). Darüber hinaus wurde der Kreis der Personen, die einen Anspruch auf diese Leistung haben, mit dem Zweiten Pflegegestärkungsgesetz deutlich erweitert.

Eine Erhöhung außerhalb der gesetzlich vorgesehenen Überprüfung und Dynamisierung der Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung nach § 30 SGB XI ist nicht erforderlich und im Hinblick auf die zuletzt vorgenommenen Ausweitungen dieses Leistungsanspruchs auch nicht angemessen.

**Zu Nummer 36 Zu Artikel 11 Nummer 17 Buchstabe a – neu – und Buchstabe b
(§ 89 Absatz 3 Satz 2 und Satz 3 SGB XI)**

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht:

Seit dem Inkrafttreten des Dritten Pflegegestärkungsgesetz 2017 wird in der ambulanten Pflege bei den Vergütungen nach § 89 SGB XI durchaus von vereinbarten Erhöhungen aus den Ländern berichtet. Nach der gesetzlichen Regelung in § 89 SGB XI ist bei Abschluss der Vergütungsvereinbarung die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als elementarer Bestandteil der Aufwendungen der Pflegedienste zu berücksichtigen. Zudem ist das Thema der „Entlohnungsbedingungen in der Pflege/flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen“ Gegenstand der Gespräche der Arbeitsgruppe 5 in der Konzierten Aktion Pflege.

**Zu Nummer 37 Zum Gesetzentwurf allgemein
[Erweiterung des Gesetzesvorhabens um die Hebammenstellen
und Hebammenpersonalkosten]**

Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit Maßnahmen zur Verbesserung der Hebammenbetreuung bei Geburten im Krankenhaus gefördert werden können.

Zu Nummer 38 Berücksichtigung der Rehabilitationseinrichtungen

Die Bundesregierung prüft, ob weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind.

Zu Nummer 39 Prüfung der Übertragbarkeit der Regelungen des PpSG zur Finanzierung des Pflegepersonals, zur Förderung der IT-Modernisierung, zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zur Beteiligung an der Ausbildung der Pflegekräfte auf Rehabilitationskliniken

Die Bundesregierung prüft, ob weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sind.

Zu Nummer 40 Zur Sicherstellung einer weiterhin flächendeckenden qualitativ hochwertigen Schlaganfallversorgung der Patientinnen und Patienten

Die Bundesregierung stellt zum Beschluss des Bundesrates fest:

Die bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls maßgebliche Transportzeit wird im Operationen- und Prozedurenschlüssel für das Jahr 2019 dahingehend präzisiert, dass es auf die Zeit ankommt, die der Patient oder die Patientin im Transportmittel verbringt. Abweichende Auslegungen, die auf den Zeitraum ab der Feststellung einer Verlegungsnotwendigkeit bis zu einem möglichen Behandlungsbeginn abzielen und die nach der Einschätzung des Bundesrates zu einer Gefährdung der flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Schlaganfallversorgung führen können, haben damit im Wortlaut des einschlägigen Operationen- und Prozedurenschlüssels keine Grundlage mehr. Darüber hinaus wird geprüft, ob und inwieweit ergänzende gesetzliche Regelungen erforderlich sind.

