

21.09.18

Stellungnahme

des Bundesrates

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

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

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

Der Bundesrat begrüßt die Zielrichtung des neu einzuführenden Pflegebudgets, durch das künftig die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser für das Pflegepersonal voll finanziert werden.

Allerdings sollte sich die damit verbundene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem nicht als Beginn des grundsätzlichen Ausstiegs aus dem DRG-System und eine Entwicklung zum Selbstkostendeckungsprinzip erweisen. Das Fallpauschalensystem hat sich nach Auffassung des Bundesrates grundsätzlich bewährt, weil es Anreize zu einer wirtschaftlichen wie qualitätsvollen Versorgung sowie zur Umsetzung von Innovationen setzt. Es sollte in seinen Grundzügen beibehalten und fortentwickelt werden.

Vielmehr sollten im verbliebenen DRG-System systemimmanente Anpassungen in Richtung einer stärkeren Orientierung an den tatsächlichen Kosten erfolgen, insbesondere sollte ein überdurchschnittliches Lohnniveau bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden können.

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

In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Wörter „bis zu 95 Prozent des Anteils“ durch die Wörter „den Anteil“ zu ersetzen.
- b) Satz 4 ist wie folgt zu fassen:
„Vorhaben, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben) können gefördert werden.“
- c) Satz 5 und 6 sind zu streichen.

Begründung:

Die kategorische Aufteilung der Mittel des Krankenhausstrukturfonds auf länderspezifische sowie länderübergreifende Vorhaben wird abgelehnt. Der Bedarf für Vorhaben, die sich auf mehrere Länder erstrecken wird mehrheitlich nicht gesehen, wie bereits die Anhörung am 12. Juli 2018 gezeigt hat. Länderübergreifende Anträge sollten dennoch ermöglicht werden, ohne jedoch vorab eine definitive Aufteilung der Mittel festzuschreiben.

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

- a) In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 2 Satz 3 wie folgt zu fassen:
„Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 1 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind.“
- b) In Artikel 5 Nummer 4 ist nach § 14 folgender § 14a einzufügen:

„§ 14a

Nachverteilung

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt, in welcher Höhe für die bis zum 31. Dezember 2022 eingegangenen Anträge höchstens Mittel aus dem Strukturfonds bereitzustellen sind. Unterschreitet der nach Satz 1 ermittelte Betrag den Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes

nach § 12a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, steht der Unterschiedsbetrag zur Nachverteilung zur Verfügung (Nachverteilungsbetrag). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung erhöht sich der Betrag nach Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt teilt den Ländern unverzüglich die Höhe des Nachverteilungsverfahrens mit.

(2) Der Nachverteilungsbetrag wird für die Förderung von Vorhaben verwendet, für die nach dem 1. September 2023 Anträge von den Ländern gestellt werden. Das Bundesversicherungsamt entscheidet über die Anträge, die zwischen dem 4. September 2023 und dem 6. September 2023 gestellt werden, und zahlt die Mittel aus, bis der Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes nach § 12a Absatz 3 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgeschöpft ist. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht derzeit vor, dass die Fördermittel, die von den Ländern nicht bis spätestens dem 31. Dezember 2022 beantragt werden, zurück in den Gesundheitsfonds fließen. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass – anders als beim aktuellen Krankenhausstrukturfonds – kein Nachverteilungsverfahren vorgesehen ist.

Als Begründung wird angeführt, dass der mit einem Nachverteilungsverfahren verbundene Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zu den Beträgen, die im Rahmen der Nachverteilung des aktuellen Krankenhausstrukturfonds auf die Länder entfielen, stehe.

Die Argumentation ist mit Blick auf die vermeintlich geringe Auszahlungssumme nicht nachvollziehbar. Das Bundesversicherungsamt hat nach § 5 Absatz 1 KHSFV im Jahr 2017 einen Nachverteilungsbetrag in Höhe von 11,49 Millionen Euro ermittelt und dies den Ländern unverzüglich mitgeteilt. Dies mag zwar im Verhältnis zur Gesamtsumme des Strukturfonds in Höhe von 500 Millionen Euro gering erscheinen, jedoch ist der Betrag keinesfalls zu vernachlässigen.

Da insgesamt sechs Länder im Rahmen des Nachverteilungsverfahrens zehn Anträge mit einer Gesamtsumme von 72 Millionen Euro gestellt haben, wird deutlich, dass beim aktuellen Krankenhausstrukturfonds ein großer Bedarf bei einem Teil der Länder zu verzeichnen war.

Das Nachverteilungsverfahren stellt – den bisherigen Erfahrungen zufolge – eine geeignete Möglichkeit dar, etwaige Reserveprojekte mit in die Strukturfondsförderung einzubeziehen. Gerade vor dem Hintergrund der Öffnung des Strukturfonds hinsichtlich der Fördertatbestände ist zu erwarten, dass der Bedarf an Nachverteilungsmitteln in einigen Ländern weiter steigen dürfte.

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

In Artikel 2 Nummer 1 ist dem § 12a Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

„Soweit ein Land einen Antrag stellt, bei dem der Betrag den diesem Land nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil übersteigt, wird vom Bundesversicherungsamt eine Zusicherung zur Gesamtfinanzierung einer Baumaßnahme bereits im ersten Jahr der Förderung erteilt.“

Begründung:

Im Fall von förderungsfähigen Vorhaben nach § 11 KHSFV, welche die Schließung von Standorten von Krankenhäusern und zum Beispiel den Zusammenschluss an einem neuen Standort vorsehen, ist für gewöhnlich ein vollständiger Neubau zu errichten, um eine entscheidende Strukturverbesserung und den Abbau von Doppelvorhaltungen zu erreichen. Ein vollständiger Neubau übersteigt in der Regel die dem jeweiligen Land jährlich aus dem Strukturfonds zur Verfügung stehenden Fördermittel. Um die Gesamtfinanzierung eines Großprojektes zu sichern, sollte ein mehrjähriger Förderrahmen für ein entsprechendes Projekt ermöglicht werden.

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

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a das Wort „jährlich“ durch das Wort „durchschnittlich“ zu ersetzen.

Begründung:

Nach dem Gesetzentwurf sind die Länder gehalten, in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich mindestens Haushaltsmittel in Höhe des Durchschnitts der in den Jahren 2015 bis 2017 veranschlagten Mittel für die Förderung von Krankenhausinvestitionen auszuweisen. Dies kann insbesondere für Länder mit verabschiedeten Doppelhaushalten für die Jahre 2018/2019 problematisch werden, wenn diese Vorgabe im Jahr 2019 nicht erreicht wird. Daher sollte es den Ländern gestattet sein, in einzelnen Jahren des Zeitraums 2019 bis 2022 geringere Mittel durch eine entsprechend höhere Veranschlagung in anderen Jahren aus-

zugleichen. In einer Gesamtbetrachtung der Jahre 2019 bis 2022 ist auch auf diese Weise sichergestellt, dass die Komplementärfinanzierung der Länder für den Strukturfonds zusätzlich und nicht durch eine Absenkung der regulären Krankenhausinvestitionsförderung erfolgt.

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

In Artikel 2 Nummer 1 sind in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a nach den Wörtern „ausgewiesenen Haushaltsmittel“ die Wörter „ohne Berücksichtigung der in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a genannten Mittel“ einzufügen.

Begründung:

Die für die Ko-Finanzierung von den Ländern aufgebrauchten Haushaltsmittel in den Jahren 2016 bis 2018 für Maßnahmen nach § 12 KHG sollten nicht in die Berechnung der zusätzlichen Haushaltsmittel in den Jahren 2019 bis 2022 für Maßnahmen nach § 12a KHG einbezogen werden.

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

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Bei der Berechnung des Durchschnitts der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 ausgewiesenen Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a bleiben diejenigen Haushaltsmittel außer Betracht, die die Länder zur Komplementärfinanzierung des Strukturfonds nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 3 Buchstabe b erbracht haben.“

Begründung:

Die von den Ländern in den Jahren 2016 und 2017 erbrachten Mittel zur Kofinanzierung der ersten Auflage des Krankenhausstrukturfonds gehen nach der in § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG vorgesehenen Regelung in die Berechnung des in den Jahren 2019 bis 2022 auf der Grundlage des Durchschnitts der Fördermittel der Haushalte 2015 bis 2017 bereitzustellenden Mindestbetrags ein. Damit müssen die Kofinanzierungsmittel aus den Jahren 2016 und 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 fortgeführt und zusätzliche neue Kofinanzierungsmittel erbracht werden. Dies führt in einem Kaskadeneffekt zu einer nicht sachgerechten doppelten Belastung der Länder.

Die von den Ländern im Jahr 2018 erbrachten Kofinanzierungsmittel fließen dagegen nicht in die Berechnung des von den Ländern bereitzustellenden Mindestbetrags ein. Eine solche unterschiedliche Behandlung der Kofinanzierungsmittel ist nicht gerechtfertigt.

Daher muss sichergestellt sein, dass die von den Ländern in den Jahren 2016 und 2017 erbrachten Ko-Finanzierungsmittel aus der Bemessungsgrundlage für die Ermittlung der in den Haushaltsjahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Mindestbeträge auszusondern sind.

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

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a Absatz 3 nach dem neuen Satz 1a folgender Satz einzufügen:

„Als Bemessungsgrundlage für die nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a bereitzustellenden Haushaltsmittel kann anstelle des Durchschnitts der Jahre 2015 bis 2017 ersatzweise der Durchschnitt aus mindestens drei Jahren im Zeitraum von 2013 bis 2017 zugrunde gelegt werden.“

Begründung:

Der Zeitraum 2015 bis 2017 für die Bemessung der von den Ländern zu veranschlagenden Mindestbeträge in den Haushalten 2019 bis 2022 ist im Hinblick auf die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds von vier Jahren zu knapp bemessen. Erforderlich ist eine Erweiterung beziehungsweise Flexibilisierung der Auswahl der Jahre, die für die Bemessung des zu veranschlagenden Mindestbeitrags heranzuziehen sind.

Dies ist sachgerecht vor dem Hintergrund der Laufzeit der Neuauflage des Krankenhausstrukturfonds über vier Jahre (Erstauflage 2016 war einmalig) und dem Umstand, dass der Bund entgegen der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz vom 21./22. Juni 2017 keine eigenen Haushaltsmittel einsetzt und sich der Mittel des Gesundheitsfonds (Krankenkassen) bedient. Anders als der Bund sind die Länder durch den Krankenhausstrukturfonds entsprechend belastet.

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

In Artikel 2 Nummer 1 ist § 12a Absatz 3 Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung verpflichtet ist, so dass die förder-

fähigen Gesamtkosten in Höhe des Rückforderungsanspruches zu reduzieren sind.“

Begründung:

Nach dem Wortlaut dürfen Mittel aus dem Strukturfonds nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land aufgrund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist. Diese Regelung ist nicht sachgerecht. Zudem würde damit für viele Vorhaben eine Förderung ausscheiden. Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung, dass lediglich im Umfang beziehungsweise bezüglich der Rückzahlungsverpflichtung keine Förderung über den Strukturfonds erfolgen kann, ein Rückforderungsanspruch eine Förderung aber nicht dem Grunde nach ausschließt. Das bedeutet, Verrechnungen ausstehender Rückforderungen innerhalb einer Förderung sollten möglich sein.

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

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 12a nach Absatz 4 folgender Absatz 4a einzufügen:

„(4a) § 12 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass in der Rechtsverordnung auch das Nähere zur Förderung von Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden kann, soweit diese Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser oder zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe in den mit Hochschulkliniken notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g zum Gegenstand haben.“

Folgeänderung:

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 nach Absatz 3 folgender Absatz 3a einzufügen

„(3a) Die in Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b sowie in den Nummern 4 bis 6 genannten Vorhaben können auch dann gefördert werden, wenn an diesen Vorhaben Hochschulkliniken beteiligt sind.“

Begründung:

Eine sachliche Rechtfertigung dafür, die Universitätsklinik auch in Zukunft von der Förderfähigkeit aus dem Strukturfonds auszuschließen, ist nicht erkennbar. Mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird der bisherige Katalog der Förderzwecke erheblich erweitert. Mehrere dieser neuen Förderzwecke sind auch und gerade für die Universitätsklinik relevant. Dies gilt in besonderem Maße für die folgenden, neu mit dem PpSG eingeführten Förderzwecke:

- Bildung von Zentren für Seltene Erkrankungen
- Bildung integrierter Notfallstrukturen
- Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen
- Verbesserung IT-Sicherheit

Der Ansatz des Gesetzentwurfs, nur Krankenhäuser als förderfähig zu qualifizieren, die von den Ländern über das KHG mit Investitionsmitteln ausgestattet werden, kann vor diesem Hintergrund nicht länger aufrechterhalten werden. Für die Förderfähigkeit im Strukturfonds darf es kein Kriterium (mehr) sein, aus welchem Titel oder welcher Produktgruppe im Landeshaushalt die Kofinanzierung gegebenenfalls erbracht wird. Mit Blick auf die neuen, für Universitätsklinik mindestens im selben Umfang wie für andere Krankenhäuser relevanten Förderzwecke müssen auch Maßnahmen durch den Strukturfonds kofinanziert werden können, deren Kofinanzierungsbeitrag in dem betreffenden Land aus dem Wissenschaftsetat erbracht wird.

Es erschließt sich nicht, warum beispielsweise eine Investitionsmaßnahme des Landes in die IT-Sicherheit oder den Aufbau eines Zentrums für Seltene Erkrankungen an einem nicht-universitären Haus durch den Strukturfonds kofinanziert werden könnte, die gleiche Investitionsmaßnahme an einem Universitätsklinikum aber nicht. Es liegen identische Sachverhalte vor. In beiden Fällen geht es um Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung, und in beiden Fällen ist grundsätzlich jeweils ausschließlich das Land für die Förderung zuständig, entweder im Rahmen der Krankenhausinvestitionsfinanzierung oder des Hochschulbaus. Sachgründe für eine Unterscheidung zwischen universitären und nicht-universitären Häusern liegen daher noch weniger als bisher vor.

Nicht unerwähnt bleiben darf die Tatsache, dass die Krankenhäuser vor dem Hintergrund des für alle Krankenhäuser gleichermaßen anzuwendenden Fallpauschalensystems in einem erheblichen Wettbewerb untereinander stehen.

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

In Artikel 5 Nummer 2 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a₁ einzufügen:

,a₁) In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesversicherungsamt kann die Frist in begründeten Ausnahmefällen verlängern.“ ‘

Begründung:

Der Fristlauf zur Vorlage des Verwendungsnachweises beginnt mit Abschluss des Vorhabens. Dabei soll auf die Fertigstellung des Baus abgestellt werden.

Zu diesem Zeitpunkt dürften jedoch in einigen Fällen noch nicht alle notwendigen Rechnungen zur Erstellung des Verwendungsnachweises vorliegen. Darüber hinaus kann sich die Vorlage des Verwendungsnachweises durch den Träger zum Beispiel durch verspätete Rechnungsstellungen der beteiligten Firmen oder durch notwendige Mängelbehebungen zeitlich verzögern. Insbesondere bei großen Bauvorhaben ist die Vorlage eines geprüften Nachweises über die zweckentsprechende Verwendung durch das Land innerhalb von 15 Monaten sehr ambitioniert.

Daher sollte dem Bundesversicherungsamt die Möglichkeit eingeräumt werden, in begründeten Ausnahmefällen eine Fristverlängerung zuzulassen.

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

Artikel 5 Nummer 4 ist wie folgt zu ändern:

a) § 11 Absatz 1 Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

„2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, standortübergreifend konzentriert werden, soweit in den beteiligten Krankenhäusern jeweils mindestens eine Abteilung betroffen ist und das Vorhaben insgesamt zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten oder zur Verminderung von Vorhaltungsaufwand führt,“

b) § 12 Absatz 1 Nummer 3 ist zu streichen.

Begründung:Zu Buchstabe a:

Der Koalitionsvertrag sieht eine Fortführung des Krankenhausstrukturfonds vor. Mit der Änderung des § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV wird eine deutliche Einschränkung der förderungsfähigen Vorhaben vorgenommen. Aus diesem Grund sollte die Spezifizierung in § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV durch die geltende Fassung des § 1 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV ersetzt werden.

Zu Buchstabe b:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV.

Mit dem Wegfall von § 12 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV gilt für die Bemessung der förderungsfähigen Kosten für Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV der § 12 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV.

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

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b das Wort „gesamten“ zu streichen.

Begründung:

Die Formulierung des Gesetzentwurfs „... bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der akutstationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein, ...“ ist nicht schlüssig und widerspricht sich.

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

In Artikel 5 Nummer 4 sind in § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Wörter „ , die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen,“ zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht derzeit nur eine Förderung der Verbesserung der IT-Sicherheit (Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen) an Krankenhäusern vor, die unter die BSI-Kritisverordnung fallen und damit jährlich mehr als 30 000 stationäre Behandlungsfälle ausweisen.

Diese Orientierung an der BSI-Kritisverordnung lässt außer Acht, dass jedes Plankrankenhaus für die Versorgung der Bevölkerung relevant ist. Gerade in ländlich geprägten Gebieten kann der Ausfall eines Grund- und Regelversorgungskrankenhauses massive Versorgungsdefizite zur Folge haben, die nicht ohne weiteres von umliegenden Häusern aufgefangen werden können. Somit ist es zwingend erforderlich, dass auch kleinere Häuser über zeitgemäße IT-Systeme verfügen. Es ist kein Grund ersichtlich, Häuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, von einer entsprechenden Förderung auszunehmen. Nur auf diese Weise gelingt es auch, mit dem Strukturfonds einen umfassenden Impuls zur Verbesserung der IT-Sicherheit in deutschen Krankenhäusern zu erreichen.

Die Förderung der Anpassung der Informationstechnik ist daher auf alle Krankenhäuser auszuweiten. Dabei können die Vorgaben des § 8a BSI-Gesetz entsprechend herangezogen werden.

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

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 12 Absatz 1 Nummer 4 das Komma am Ende durch ein Semikolon zu ersetzen und folgende Wörter sind anzufügen:

„bei diesen Vorhaben können die Länder eine pauschalierte Förderung gewähren, wenn eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen umgesetzt werden sollen:

- a) flächendeckender Einsatz von Schutzsoftware gegen Malware und Phishing,
- b) Einsatz von Vulnerability-Scannern zur Identifikation verwundbarer Endgeräte,
- c) sichere Entsorgung gebrauchter oder defekter Datenträger, Drucker und Netzwerkkomponenten,
- d) Investitionen einschließlich Baumaßnahmen zur Gewährleistung der physischen Datensicherheit (zum Beispiel IT-Sicherheitsräume, elektronische Zutrittssteuerungen);

für Vorhaben dieser Art können Mittel von insgesamt bis zu 20 Prozent des Fondsvolumens des Landes eingesetzt werden,“

Begründung:

Neben einer Erweiterung der Förderung von Maßnahmen zur IT-Sicherheit auf alle Krankenhäuser sollte zudem die Möglichkeit einer pauschalierten Ausreichung der Mittel hierfür eröffnet werden.

Im Unterschied zu regulären Bauinvestitionen zeichnet sich der Bereich der Digitalisierung dadurch aus, dass eine große Zahl an Einzelmaßnahmen mit zum Teil geringen Einzelvolumina erforderlich ist, um eine Gesamtmaßnahme zu realisieren (vielfältige Hard- und Software, zum Teil mit kleinen baulichen Anpassungen). Daher bietet sich als wesentlicher Beitrag zu einer mit zumutbarem Verwaltungsaufwand noch leistbaren Umsetzung die Ausschüttung der insoweit eingesetzten Gelder in pauschalierter Form an. Eine ausschließliche Einzelbewilligung ist für Länder mit einer großen Krankenhauszahl (vor allem neben den sonstigen durch den Strukturfonds ausgelösten Zusatzaufgaben) nicht zu bewältigen.

Die Vorteile einer pauschalierten Fördermöglichkeit im IT-Bereich liegen neben der unbürokratischen Umsetzung, der Entlastung des Prüfungsverfahrens und der größtmöglichen Flexibilität zudem darin, dass sie Verbesserungen auch in den Krankenhäusern ermöglicht, die bisher schon umfangreiche Investitionen in IT-Sicherheit und Digitalisierung getätigt haben. Zum anderen dürften sich über die Laufzeit des Strukturfonds weitere Investitionsnotwendigkeiten ergeben, die eine zielgerechte Verausgabung der Mittel ermöglichen.

Die zweckgebundene Pauschale sollte analog der bestehenden Jahrespauschalen zunächst allen Krankenhäusern für die Dauer der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds ausgezahlt werden.

Für die Zweckbindung dieser zusätzlichen Mittel wird den Krankenhäusern ein definierter Maßnahmenkatalog vorgegeben; dieser bildet die Grundlage für den zweckgebundenen Einsatz der Fondsmittel zum Ausbau der IT-Infrastruktur. Nicht in der Maßnahmenliste enthaltene Projekte (und damit auch umfassendere Maßnahmen insbesondere in den der BSI-Kritisverordnung unterliegenden Häusern) können im Rahmen der regulären Mittelbeantragung über einen Einzelantrag ermöglicht werden.

Einer pauschalierten Förderung zugängliche Maßnahmen könnten dabei bereits in der Verordnung selbst aufgelistet werden, wie zum Beispiel der flächendeckende Einsatz von Schutzsoftware gegen Malware und Phishing, der Einsatz von Vulnerability-Scannern zur Identifikation verwundbarer Endgeräte, die sichere Entsorgung gebrauchter oder defekter Datenträger, Drucker und Netzwerkkomponenten oder Investitionen einschließlich Baumaßnahmen zur Gewährleistung der physischen Datensicherheit (zum Beispiel IT-Sicherheitsräume, elektronische Zutrittssteuerungen).

Der Maßnahmenkatalog bildet dann auch die Grundlage der Prüfung im Rahmen des Verwendungsnachweisverfahrens; auf diese Weise ist die zweckgebundene Verwendung der Pauschale für entsprechende IT-Maßnahmen nachzuweisen.

Auch um eine Begrenzung der Gesamtausgaben für Digitalisierungsmaßnahmen sicherzustellen (Hauptziel des Fonds sollen nach wie vor strukturverbessernde Maßnahmen sein), sollte die maximale Höhe der pauschalen IT-

Fördermittel aus dem Strukturfonds (zum Beispiel 20 bis 25 Prozent) vorab vom Bund festgelegt werden. Neben diesem maximalen Gesamtansatz für die pauschalisierte Förderung von Digitalisierungsmaßnahmen bleiben Einzelzuweisungen von Fondsmitteln in diesem Bereich möglich.

Durch die Kombination von zweckgebundener Pauschale, definiertem Maßnahmenkatalog, Begrenzung des für die IT-Verbesserung verfügbaren Mittelanteils und konsequenter Verwendungsnachweisprüfung werden bloße „Mitnahmeeffekte“ vermieden.

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

In Artikel 5 Nummer 4 sind in § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Wörter „nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ zu streichen und die Wörter „sobald diese zur Verfügung stehen“ durch die Wörter „die den gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen“ zu ersetzen.

Begründung:

In Anbetracht des inzwischen vorliegenden Referentenentwurfs eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes, der bereits erste Änderungen in § 291a SGB V vornimmt, und insbesondere eines angekündigten zweiten, umfassenden Entwurf eines Digitalisierungsgesetzes Ende des Jahres, das auch auf den Auftrag der Gematik Einfluss haben dürfte, sind die Fördervoraussetzungen zum jetzigen Zeitpunkt ergebnisoffener zu formulieren.

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

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren um Klarstellung, ob auch Netzwerkstrukturen, an denen neben Krankenhäusern auch ambulante oder pflegerische Einrichtungen beteiligt sind, von der Regelung umfasst sein sollen und ob auch deren Kosten gefördert werden können.

Begründung:

Nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b KHSFV werden Vorhaben nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 KHG gefördert, wenn die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um telemedizinische Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt-

und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung andererseits, zu schaffen.

Um telemedizinische Netzwerkstrukturen sektorenübergreifend zu schaffen und entsprechend der Regelung besondere medizinische Kompetenz auch für andere Beteiligte verfügbar zu machen, ist eine Klarstellung zugunsten einer Erweiterung auf ambulante oder pflegerische Einrichtungen und die Förderung von deren Kosten notwendig.

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

In Artikel 5 Nummer 4 ist in § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Angabe „§ 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g“ durch die Angabe „§ 2 Nummer 1a“ zu ersetzen.

Begründung:

Mit der Änderung soll die im Gesetzentwurf bereits bestimmte Ausweitung der Förderung von „Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten“ darüber hinaus auch für andere Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe (zum Beispiel Physiotherapeutinnen und -therapeuten) geöffnet werden. Dies ist erforderlich, um den bereits jetzt gesunkenen Schülerzahlen und dem einsetzenden flächendeckenden Fachkräftemangel im Bereich der Gesundheitsfachberufe entgegenzuwirken.

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

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 12 Absatz 1 Nummer 1 wie folgt zu fassen:

„1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen des Krankenhauses,“

Begründung:

In § 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV erfolgt eine deutliche Begrenzung der förderfähigen Kosten auf einen Kostensatz je reduziertem Bett. Dabei ist insbesondere die Höhe des jeweiligen Kostenansatzes nicht plausibel. § 12 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV sollte der geltenden Fassung des § 2 Absatz 2 Nummer 1 KHSFV entsprechen.

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

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 14 Absatz 2 Nummer 3 wie folgt zu ändern:

- a) Buchstabe a ist zu streichen.
- b) Die Buchstabenbezeichnung „b“ ist zu streichen und dem bisherigen Wortlaut ist das Wort „dass“ voranzustellen.

Begründung:

Der Nachweis, ob die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich beziehungsweise kartellrechtlich zulässig ist, behindert und verzögert die Umsetzung der notwendigen Änderungen im Krankenhausplan des jeweiligen Landes und der entsprechenden Planung der Baumaßnahmen erheblich. Die notwendige Einbeziehung des jeweils zuständigen Landesministeriums und des Bundeskartellamts stellt einen erheblichen Verwaltungsaufwand dar, der die termin- und fristgerechte Planung und das Ziel der Zusammenlegung von Kapazitäten gefährdet. So fallen beispielsweise Krankenhausverbünde, die in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan ihre Versorgungskapazitäten abgestimmt haben, nicht automatisch unter das Wettbewerbsrecht, wären aber bei einem entsprechenden Antrag aufwändig zu prüfen.

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

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 14 Absatz 2 Nummer 11 wie folgt zu ändern:

- a) In Buchstabe b ist das Komma am Ende durch das Wort „und“ zu ersetzen.
- b) In Buchstabe c ist das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt zu ersetzen.
- c) Buchstabe d ist zu streichen.

Begründung:

§ 14 Absatz 2 Nummer 11 Buchstabe d KHSFV fordert von den Ländern bei länderübergreifenden Vorhaben bereits bei Antragstellung eine Erklärung, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen müssen.

Länder könnten im Rahmen der ihnen nach dem Königsteiner Schlüssel zugeordneten Mittel derartige Vorhaben beantragen. Zum Zeitpunkt der Beantragung kann aber in keinem Fall bereits eine Aussage darüber getroffen werden, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils noch nicht bekannte zurückzuzahlende Beträge aufbringen werden.

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

In Artikel 5 Nummer 4 ist § 17 Absatz 1 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 3 ist das Komma am Ende durch das Wort „und“ zu ersetzen.
- b) In Nummer 4 ist das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt zu ersetzen.
- c) Nummer 5 ist zu streichen.

Begründung:

Aus dem Gesetzentwurf und der Begründung wird nicht klar, wie die Art und der Umfang der Unterlagen zu definieren sind. Auch die Quantifizierung und Qualifizierung bleibt unklar. Die Formulierung „aussagekräftige Unterlagen“ lässt einen erheblichen, nicht definierten Verwaltungsaufwand erwarten, der in keinem Verhältnis zu einer sinnhaften Evaluierung steht.

23. Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7,

Nummer 8,

Nummer 9 und

Nummer 10 – neu – IfSG)

Artikel 6 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

1. § 23 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
- b) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- c) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 angefügt:
 - „10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden.“ ‘

Begründung:

Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes nehmen im Rahmen der Aufzählung eine eigenständige Rolle ein. Sie sind mit den Einrichtungen in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 9 IfSG nur schwer vergleichbar und sollten daher in einer eigenen Nummer genannt werden.

Eine Einbeziehung von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 IfSG könnte fälschlicherweise einen Zusammenhang mit der Aufzählung in § 23 Absatz 5 Satz 1 IfSG herstellen, was unter allen Umständen zu vermeiden ist. Die im Entwurf gewählte Formulierung „einschließlich“ suggeriert nämlich, dass Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes grundsätzlich zu derartigen Einrichtungen gezählt werden können. Dies ist jedoch für § 23 Absatz 5 IfSG nicht der Fall und vom Gesetzgeber sicher nicht vorgesehen, da sie sonst der Überwachung nach § 23 Absatz 6 IfSG unterlägen.

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

In Artikel 6 Nummer 2 sind dem Buchstaben a folgende Buchstaben a₀ und a₀₁ voranzustellen:

a₀) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Einrichtungen und Unternehmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, sowie nicht unter Absatz 1 oder § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende Einrichtungen, Wohngruppen und sonstige gemeinschaftliche Wohnformen zur Intensivpflege (ambulante Intensivpflegeeinrichtungen) können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.“

a₀₁) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Im Rahmen der Überwachung ambulanter Intensivpflegeeinrichtungen gelten zusätzlich § 16 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 entsprechend.“

Begründung:

Antibiotikaresistenzen erschweren zunehmend die Behandlung von bakteriellen Infektionskrankheiten und bedeuten für die Patienten oft längere Behandlungszeiten und zusätzliche Belastungen durch eine verzögerte oder nicht eintretende Heilung. Personen mit intensivpflegerischer Versorgung sind in besonderem Maße infektionsgefährdet für multiresistente Erreger (MRE). Risiko-

faktoren für MRE sind Abwehrschwäche, Multimorbidität, Hautläsionen und Wunden und der Einsatz von invasiven Hilfsmitteln (sogenannte Devices, zum Beispiel Blasenkatheter) und vorhergehende Krankenhausaufenthalte.

Kennzeichnend für ambulante Wohngruppen mit intensivpflegerischer Versorgung ist, dass regelmäßig Unterbringung sowie Versorgung und Pflegeleistungen von verschiedenen, unabhängigen Vertragsparteien erbracht werden, weshalb die Einrichtung insgesamt als privater Wohnraum gilt und nicht der Überwachung nach § 36 Absatz 1 und 2 IfSG unterliegt. Deshalb können diese Einrichtungen ohne Einwilligung der Bewohner nur bei entsprechenden Anhaltspunkten anlassbezogen nach §§ 16, 25 IfSG durch das Gesundheitsamt betreten werden. Soweit diese Einrichtungen jedoch intensivpflegerische Leistungen umfassen, erscheint auf Grund des infektionshygienischen Risikos dieser Leistungen die Möglichkeit einer anlasslosen infektionshygienischen Überwachung sinnvoll und geboten.

Die Gesundheitsämter können ohne einen Anhalt für Maßnahmen nach §§ 16, 25 IfSG nur Beratung auf freiwilliger Basis anbieten. Ein regelhafter Zugang zu etwa beatmeten Bewohnern ohne Einwilligung, um etwa die infektionshygienischen Anforderungen der Beatmungssituation prüfen zu können, ist damit nicht möglich.

Soweit intensivpflegerische Maßnahmen erfolgen – also pflegerische Maßnahmen bei Personen mit eingeschränkten, künstlich aufrechterhaltenen, bedrohten oder überwachungsbedürftigen Vitalfunktionen, insbesondere künstliche Beatmung – wird schwerwiegend in lebenswichtige Körperfunktionen eingegriffen. Hierzu benötigte Geräte verbleiben längere Zeit unmittelbar am oder im Körper der Betroffenen, kommen vielfach mit Körpersekreten in Kontakt und können potentiell von Krankheitserregern besiedelt werden. Dabei droht nicht nur die Erkrankung des Betroffenen, auch ein Weitertragen der Erreger aus der Einrichtung hinaus, etwa über das Pflegepersonal oder Besuch, ist leicht vorstellbar. Da intensivpflegerische Maßnahmen sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch ambulant betreuten Wohngemeinschaften identisch sind, ist es nicht nachvollziehbar, dass die stationären Pflegeeinrichtungen infektionshygienisch überwacht werden können, ambulant betreute Wohngemeinschaften mit gleichartigem Infektionsrisiko hingegen nicht. Handlungsbedarf besteht insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass betroffene Patienten mit Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung zunehmend unmittelbar aus dem Krankenhaus in ambulant betreuten Wohngemeinschaften verlegt werden mit der Gefahr der Einschleppung nosokomialer Erreger.

Die Änderung sieht daher vor, solche Einrichtungen, soweit sie intensivpflegerische Leistungen umfassen, der fakultativen infektionshygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter nach § 36 Absatz 2 IfSG zu unterwerfen und den Gesundheitsämtern hierzu die Befugnis zu erteilen, auch Wohnräume zu betreten. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 GG) soll insoweit eingeschränkt werden.

Der Sachverhalt wurde innerhalb der Arbeitsgruppe Infektionsschutz (AGI) der AOLG bereits erörtert.

Im Hinblick auf die Überwachung von ambulanten Wohngruppen sollen gegenwärtig nur Wohnsituationen mit ambulanter (nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG fallender) intensivpflegerischer Betreuung erfasst werden. Denn eine Vergleichbarkeit zu Pflegeheimen im Sinne von § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG erscheint zum einen nicht klar abgrenzbar, da es auch sehr kleine, formal als Pflegeheime klassifizierte Einrichtungen gibt – etwa hinsichtlich des Leistungsangebotes und der Anzahl der Bewohner. Zum anderen birgt diese vor diesem Hintergrund und der unklaren künftigen Marktentwicklung das Risiko, beispielsweise bereits die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes durch zwei zusammen lebende pflegebedürftige Ehepaare im Eigenheim als "vergleichbar" mit zu erfassen. Maßgeblich sollte daher die ambulante "intensivpflegerische Versorgung" sein. Dieser Begriff wird in § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V verwendet im Zusammenhang mit besonders hohem Bedarf an pflegerischen Leistungen oder einer Bedrohung der Vitalfunktion – ohne jedoch dort abschließend definiert zu werden.

Der Begriff aus dem Leistungsrecht erscheint aber in der Praxis so weit etabliert, dass er ohne weitere Definition handhabbar erscheint. Soweit dennoch eine Definition in das IfSG aufgenommen werden soll, so wird hierfür die Formulierung "Intensivpflege umfasst alle pflegerischen Maßnahmen bei Personen mit eingeschränkten, künstlich aufrechterhaltenen, bedrohten oder überwachungsbedürftigen Vitalfunktionen." vorgeschlagen.

Die Formulierung sieht vor, dass das Gesundheitsamt zudem im Einzelfall immer von einer Überwachung Abstand nehmen kann, wenn objektiv keine nennenswerte infektionshygienische Gefahr besteht. Schließlich erscheint für die Überwachung ein Zutrittsrecht auch zu privaten Räumen sowie ein Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG sinnvoll. Ohne entsprechende Zutrittsrechte in den privaten Wohnraum, in dem die infektionshygienisch zu überwachende Intensivpflege stattfindet, liefe die Überwachung leer. Dies gilt insbesondere für ambulante, intensivpflegerisch betreute Wohngemeinschaften. Im Vergleich zu den Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG besteht bei ambulanten Intensivpflegeeinrichtungen – also Wohngemeinschaften mit intensivpflegerischen Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst – die Besonderheit, dass es nicht notwendigerweise Geschäfts- oder Betriebsräume beziehungsweise Unterlagen im Sinne des § 36 Absatz 3 IfSG gibt, welche im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung in einem ersten Schritt kontrolliert werden können und gegebenenfalls Tatsachen oder Annahmen im Sinne von § 16 Absatz 1 IfSG für anlassbezogene Maßnahmen als zweiten Schritt liefern können. Vielmehr könnte die Überwachung ohne Zutrittsrecht in solchen Fällen bereits im Treppenhaus enden. Als Standort entsprechender Ergänzungen und des Verweises auf § 16 Absatz 4 IfSG würde sich § 36 Absatz 3 IfSG anbieten. Das Betretungsrecht für privaten Wohnraum (unter Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG) sollte allerdings beschränkt bleiben auf die genannten Fälle der infektionshygienischen Überwachung von ambulanten (beziehungsweise nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 IfSG oder § 36 Absatz 1 Nummer 2 IfSG fallenden) intensivpflegerischen Einrichtungen. Eine Ausdehnung insbesondere auf jeden Fall der Überwachung ambulanter Pflegedienste im Sinne von § 36 Absatz 1 Nummer 7 IfSG würde mittelbar auch alle zu Hause gepflegten Personen der infektionshygienischen Überwachung unterwerfen und erscheint daher zu weit

und nicht verhältnismäßig, da keine entsprechenden infektionshygienischen Gefahren, deren Verhinderung als Rechtfertigungsgrund in Betracht käme, ersichtlich sind. Auch bezüglich der übrigen Ziffern des § 36 Absatz 1 IfSG erscheint gegenwärtig ein Verweis auf § 16 Absatz 4 IfSG für den Vollzug nicht zwingend geboten, da bislang durch Ausweitung der Routineüberwachung des § 36 Absatz 1 IfSG bei Auffälligkeiten in den öffentlichen (Betriebs-) Räumen unter Rückgriff auf anlassbezogene Maßnahmen nach § 16 Absatz 1 IfSG auch für private Wohnräume der Vollzug ausreichend sichergestellt werden konnte. Soweit in der bestehenden Aufzählung von der Überwachung unterliegenden Räumlichkeiten in § 36 Absatz 3 IfSG privater Wohnraum ausgenommen ist, kann dieser gleichfalls durch Verweis auf § 16 IfSG, konkret § 16 Absatz 2 Satz 1 IfSG, mit einbezogen werden.

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

Artikel 6 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 sind die Buchstaben b bis e zu streichen.
- b) Nummer 3 ist zu streichen.
- c) Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Der bisherige Absatz 6 des § 36 IfSG sollte erhalten bleiben. Hiernach erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Verordnungsermächtigung für die Zeugnisvorlage zum Ausschluss von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten bei Personen, die nach Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind. Über eine solche Verordnung des Bundes wären nötigenfalls die nun vorgesehenen Untersuchungen zu regeln, sofern seitens des Robert-Koch-Instituts derartige Maßnahmen empfohlen werden. Dies ist bislang nicht erfolgt und wird auch nicht als zielführend angesehen.

Eine zusätzliche Verordnungsermächtigung für die Länder ist vor diesem Hintergrund nicht erforderlich. Es ist nicht ersichtlich, dass es in einzelnen Ländern bestimmte Gruppen von Personen mit einem besonderen Risiko gibt, die in anderen Ländern nicht vorkommen. Eine länderspezifische Sonderregelung ist daher nicht angezeigt, sondern sorgt für Rechtsunsicherheit und eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung in Bezug auf den Eingriff in Persönlichkeitsrechte.

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

Artikel 7 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nach Nummer 4 ist folgende Nummer 4a einzufügen:

„4a. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung unabhängig davon, ob die Leistungen nach Absatz 1 und 2 ausreichen.“

- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese Behandlung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

- b) In Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Im Fall ihrer stationären Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Die Krankenkasse bewilligt und erbringt die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des Elften Buches. Hierzu fordert die Krankenkasse von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung der erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 1b. Um das Ziel der Vorsorgeleistung zu erreichen oder zu sichern, haben pflegende Angehörige Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung

durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.“ ‘

- b) In Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa ist den neu einzufügenden Sätzen folgender Satz voranzustellen:

„Um das Ziel der Rehabilitationsleistung zu erreichen oder zu sichern, haben pflegende Angehörige Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht bisher vor, dass pflegende Angehörige einen Rechtsanspruch auf stationäre Rehabilitation erhalten. Dies ist ebenso zu begrüßen wie der Verzicht auf die Voraussetzung einer zuvor durchgeführten ambulanten Krankenbehandlung oder einer ambulanten Rehabilitation.

Nicht nachvollzogen werden kann jedoch, warum der neue Rechtsanspruch und der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen nur für Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 SGB V und nicht auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V gelten soll.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) 2013 wurde in § 23 Absatz 5 SGB V eingefügt, dass die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen seien. Dies hat sich ebenso wie beim § 40 SGB V als unzureichend, weil wirkungslos, herausgestellt. Analog zum Anspruch auf stationäre Rehabilitation ist auch ein Anspruch auf stationäre Vorsorge (inklusive Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen) erforderlich.

Dies bildet für pflegende Angehörige konsequent nach, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter (Mutter-Kind- beziehungsweise Vater-Kind-Maßnahmen) sowohl für stationäre Vorsorge als auch für stationäre Rehabilitation geregelt ist.

Der im Gesetzentwurf im Fall einer stationären Rehabilitation vorgesehene Anspruch pflegender Angehöriger auf Versorgung der Pflegebedürftigen (Bewilligung und Erbringung der Leistungen durch die Krankenkasse, Erstattung durch die Pflegekasse) wird ebenfalls auf die stationäre Vorsorge übertragen.

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, pflegenden Angehörigen den Zugang zu stationären Maßnahmen zu erleichtern. Um angesichts der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger die tatsächliche Inanspruchnahme von stationären medizinischen Vorsorge- beziehungsweise Rehabilitations-Leistungen im Sinne der §§ 23 und 40 SGB V zu verbessern, ist eine vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung erforderlich.

Beratung und Betreuung haben sowohl im Vorfeld als auch im Nachgang von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen eine wichtige therapieunterstützende Bedeutung. So können Zugangshürden beseitigt und pflegende Angehörige individuell gezielt auf eine Maßnahme vorbereitet werden. Im Anschluss daran gilt es, einen Therapieerfolg in den Pflegealltag zu übertragen und unter anderem durch Nachsorgeangebote am Wohnort nachhaltig zu sichern.

Für diese Aufgaben bietet sich insbesondere an das bundesweite dezentrale Netz von Kurberatungsstellen des Müttergenesungswerks (Trägergruppen: Wohlfahrtsverbände), dessen Arbeit sich seit einigen Jahren auch auf pflegende Angehörige neu ausgerichtet hat. Hierbei handelt es sich um ein bisher nicht öffentlich gefördertes niederschwelliges Beratungsangebot mit ganzheitlichem und präventivem Ansatz. Die Kurberatungsstellen des Müttergenesungswerks sind häufig eine erste Anlauf- und Clearingstelle.

Diese wichtige Versorgungsstruktur ist für pflegende Angehörigen mit ihrem spezifischen Beratungs- und Betreuungsbedarfs im Zusammenhang mit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen wohnortnah zu sichern und noch stärker nutzbar zu machen. Um dies zu gewährleisten, ist es erforderlich, für diesen Personenkreis einen Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen als gesetzliche Leistung einzuführen.

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

- a) In Artikel 7 Nummer 10 sind in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 die Wörter „in unterversorgten ländlichen Räumen“ zu streichen.
- b) In Artikel 11 Nummer 17 sind in § 89 Absatz 3 Satz 3 die Wörter „in unterversorgten ländlichen Räumen“ zu streichen.

Begründung:

Eine Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten ist nicht nur in unterversorgten ländlichen Räumen notwendig. Ferner gibt der Gesetzentwurf keine Kriterien vor, wann von „unterversorgten ländlichen Räumen“ auszugehen ist. Ein Rückgriff auf die Regelungen der nach Arztgruppen differenzierten ärztlichen Bedarfsplanung im Sinne von § 100 SGB V ist abzulehnen, weil ärztliche Unterversorgung und die Versorgung mit ambulanten Pflegediensten nicht notwendig miteinander korreliert. Die Abgabe von Rahmenempfehlungen für die Vergütung von längeren Wegezeiten sollte daher nicht auf unterversorgte ländliche Räume beschränkt werden.

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

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren bei der Regelung des Pflegepersonalquotienten und der Verordnungsermächtigung die Berücksichtigung folgender Aspekte zu prüfen:

- a) Die Einführung des Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V verfolgt auch das Ziel der Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität. Dazu erscheint es nicht hinreichend, beim Pflegepersonalquotienten allein auf eine Untergrenze abzustellen, bei deren Unterschreitung eine patientengefährdende pflegerische Versorgung vermutet wird. Vielmehr sollte neben dieser Untergrenze eine zweite Grenze benannt werden, mit der vor dem Hintergrund der nach § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz anzustrebenden qualitativ hochwertigen Versorgung zumindest eine durchschnittliche pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann. Denn nach § 70 Absatz 1 Satz 2 SGB V muss die Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Daran anknüpfend müsste die an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtete Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zu dem Pflegepersonalquotienten in der Weise angepasst werden, dass auch das Nähere zur Festlegung des Werts für eine durchschnittliche Personalausstattung zu regeln und bei den Sanktionen zu berücksichtigen ist, dass es zwei Grenzen gibt, die in einem gestuften System beide Sanktionen auslösen können.
- b) Nach § 137j Absatz 1 Satz 1 SGB V wird erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus ein Pflegepersonalquotient ermittelt, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Wo die für diese Ermittlung anzusetzenden Zahlen herkommen, ergibt sich aus der Begründung zu § 137j SGB V. Danach soll sich der Pflegeaufwand aus der Summe der Bewertungsrelationen nach dem Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands ergeben. Gemeint sein dürfte hier der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellte Pflegelastkatalog – Version 0.99 – beziehungsweise eine Weiterentwicklung dieses Katalogs. Der Pflegelastkatalog bezieht sich auf die „Pflege am Krankenbett“, er bezieht also Pflege, die nicht „am Bett“ erbracht wird, nicht ein. Für die Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst soll die Datenübermittlung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 2 Buchstabe e Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) maßgeblich sein. Danach haben die Krankenhäuser die Anzahl

der im „Pflegedienst“ beschäftigten Personen zu übermitteln. Was mit Pflegedienst gemeint ist, wird weder in § 21 KHEntgG noch in § 137j SGB V oder seiner Begründung erläutert. Deshalb sollte in geeigneter Form klargestellt werden, dass zum Pflegedienst im Sinne von § 137j SGB V nicht das im medizinisch-technischen Dienst oder im Funktionsdienst eingesetztes Pflegepersonal gehört. Andernfalls würde der Pflegepersonalquotient der Krankenhäuser auf der Grundlage von Zahlen mit unterschiedlichem Bezugspunkt ermittelt werden.

- c) Wissenschaftliche Evidenz für die Qualität der Patientenversorgung aufgrund der pflegerische Besetzung auf der Station liegt nur für examiniertes Pflegepersonal vor, nicht für die Zahl der auf der Stationen für die Pflege insgesamt eingesetzte Gesamt-Vollkräftezahl (also auch geringer qualifiziertes oder angelerntes Personal). Insofern wird zusätzlich zu Buchstabe b vorgeschlagen, bei dem Pflegepersonalquotienten ausschließlich examiniertes Pflegepersonal zu berücksichtigen. Dafür hat jedes Krankenhaus für die Ausgestaltung des Zählers des Quotienten dem InEK die Zahl des in der Versorgung „am Bett“ tätigen examinierten Pflegepersonals zu übermitteln. Diese Zahl muss schon jetzt von den Krankenhäusern, die das Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 KHEntgG in Anspruch nehmen, erhoben werden. Laut Auskunft des InEK wäre es möglich, für den Nenner des Quotienten den Pflegelastkatalog entsprechend so zu modifizieren, dass nur examinierte Pflegekräfte berücksichtigt werden.
- d) Nach § 137j Absatz 2 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit unter anderem ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den ab dem Budgetjahr 2020 von den Vertragsparteien auf Krankenhausebene zu vereinbarenden Sanktionen bei Nichteinhaltung der Untergrenze zu regeln. Der Bundesrat geht davon aus, dass in der Rechtsverordnung vorrangig Leistungseinschränkungen bei Unterschreiten der Untergrenzen vorgesehen werden, um ein angemessenes Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegelast herzustellen. Da dies Auswirkungen auf die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und damit auf die Krankenhausplanung der Länder haben kann, ist zugleich zu normieren, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde bei Leistungseinschränkungen entsprechend der Regelung in § 110 Absatz 2 SGB V ein Vetorecht hat, soweit sie darlegen kann, dass die Kapazitäten für die Versorgung unverzichtbar sind.

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

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren, den ab dem 1. Januar 2020 geplanten gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags abzuwenden und die bislang im Rahmen des Pflegezuschlags vorgesehenen Mittel in den Landesbasisfallwert einzurechnen.

Begründung:

Mit der Neuregelung des § 8 Absatz 10 KHEntgG durch den Artikel 8 Nummer 1 PpSG wird der Pflegezuschlag (500 Millionen Euro/Jahr) ab dem 1. Januar 2020 aufgehoben.

Hintergrund dieser Änderung ist der Gedanke, dass mit der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG eine verbesserte Anreizwirkung zur Einstellung von Pflegepersonal geschaffen wird, als es bislang über den Pflegezuschlag gelang, da – anders als beim bisherigen Pflegezuschlag – eine Zweckbindung der Mittel vorgesehen ist.

Der Bundesgesetzgeber hat mit der Einführung des Pflegezuschlags seinerzeit den Willen gehabt, eine dauerhafte Zurverfügungstellung der Finanzmittel zu gewährleisten, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Krankenhäuser mit den ihnen durch den Pflegezuschlag zuteilwerdenden Mitteln entsprechend kalkulieren.

Die mit der Neuregelung einhergehende Zweckbindung der Mittel durch das Pflegebudget könnte zu dem gewünschten Erfolg führen, dennoch auch ungewollte Finanzierungslücken in anderen Bereichen der Krankenhäuser verursachen, die die Personalsituation weiterer, im Krankenhaus notwendiger Berufsgruppen beeinträchtigen könnte.

Eine Einrechnung des bisherigen Pflegezuschlags in den Landesbasisfallwert ist deshalb sachgerecht, weil der Grundgedanke des Pflegezuschlags, der Anreizmechanismus zur Einstellung von Pflegepersonal, durch den § 6a KHEntgG obsolet wird, durch den Wegfall des Pflegezuschlags jedoch Finanzierungslücken in anderen Bereichen entstehen können, die anderweitig nicht aufgefangen werden dürften.

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

In Artikel 9 Nummer 4 sind in § 6a Absatz 2 Satz 6 nach dem Wort „ergreift“ die Wörter „oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt“ einzufügen.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass ab dem Jahr 2020 umgesetzte Innovationen, die zu einer Entlastung der Pflege führen, im Pflegebudget erhöhend berücksichtigt werden können, reicht nicht aus. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass zum Zeitpunkt des Umstiegs bereits bestehende pflegeentlastende Maßnahmen budgeterhöhend ebenfalls berücksichtigt werden können. Ansonsten würden Kliniken, die bereits intensive Maßnahmen zur Entlastung der Pflege ergriffen haben, benachteiligt.

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

In Artikel 9 Nummer 7 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

„aa) Der Nummer 5 wird folgender Halbsatz angefügt:

„für Krankenhäuser, die weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ein erheblich verringerter Abschlag vorzusehen.“ ‘

Begründung:

Das PpSG sollte genutzt werden, um absehbare Versorgungsprobleme im Gefolge der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 19. April 2018 getroffenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu verhindern.

Die Regelung des G-BA vom 19. April 2018 sieht zwingend Abschlüsse auch für Krankenhäuser vor, die zwar weiter an der Notfallversorgung teilnehmen, aber die Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung nicht erfüllen. Es ist zu befürchten, dass sehr viele dieser Krankenhäuser sich unter diesen Umständen aus der Notfallversorgung zurückziehen werden. Selbst wenn diese Häuser bisher aufgrund ihrer Größe oder Leistungsstruktur nur in geringerem Umfang an der Notfallversorgung beteiligt waren, würde ihr Wegfall die verbleibenden Notfallkrankenhäuser zusätzlich belasten, was nicht zuletzt angesichts der personell sehr angespannten Situation besonders in Ballungsräumen Versorgungsprobleme befürchten lässt. Der gesetzliche Rahmen für die Vereinbarung der Selbstverwaltung sollte daher vorgeben, dass die Abschlagshöhe für Krankenhäuser erheblich zu vermindern ist, wenn diese die Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung nicht erfüllen, aber weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen.

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

In Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb ist § 10 Absatz 5 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst und den übrigen ärztlichen und nichtärztlichen Personalbereich 100 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater berücksichtigt.“

Begründung:

Die unbedingt erforderlichen Maßnahmen für die Beschäftigten im Pflegedienst dürfen nicht zu einer Schlechterstellung der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus führen. Es muss verhindert werden, dass ein Ungleichgewicht in der tariflichen Entwicklung eintritt. Auch bei anderen Berufsgruppen im Krankenhaus ist teilweise bereits ein Fachkräftemangel zu verzeichnen und den Krankenhäusern muss auch dort die Möglichkeit von angemessenen Vergütungssteigerungen ermöglicht werden; insbesondere da die Herauslösung der Pflegekosten Auswirkungen auf die anderen Kostenblöcke des Krankenhauses haben wird, da der Bereich der fixen Kosten in den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) deutlich niedriger sein wird als bisher. Insofern sind keine Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Finanzierung von Tarifsteigerungen der anderen Berufsgruppen aus den Erlösen gegeben.

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

Artikel 11 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 1 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a₀ voranzustellen:

„a₀) Nach der Angabe zu § 18c wird folgende Angabe zu § 18d eingefügt:

„§ 18d Prüfung der strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“ ‘

b) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer 3a einzufügen:

„3a. Nach § 18 c wird folgender § 18d eingefügt:

„§ 18d

Prüfung der strukturellen Weiterentwicklung der
sozialen Pflegeversicherung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Beteiligung der Länder eine Anpassung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung mit der Zielsetzung, dass sich Versorgungskonzepte verstärkt an den Bedarfen und der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen orientieren. Hierbei sind eine mögliche Aufhebung der Sektorengrenzen zu prüfen und die Problembeschreibungen und Empfehlungen aus dem Bericht zur „Bereinigung von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher (SGB V) und pflegerisch-betreuerischer (SGB XI) Versorgung“ systematisch aufzuarbeiten.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. März 2021 Vorschläge für die strukturelle Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zu veröffentlichen.“ ‘

Begründung:

Derzeit unterscheiden sich die Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung in der Langzeitpflege stark danach, ob der Pflegebedürftige ambulant oder stationär versorgt wird. Insbesondere seit den Pflegestärkungsgesetzen stehen bei ambulanter Versorgung insgesamt deutlich mehr Leistungen zur Verfügung.

Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung passt oft nicht zur Lebenswirklichkeit und zum Bedarf vieler Pflegebedürftiger. Gerade neue Wohnformen, die durchaus gewollt sind, lassen sich häufig nicht klar einem der beiden Bereiche zuordnen.

In der Praxis ist eine sogenannte Ambulantisierung zu beobachten, die Zweifel daran aufkommen lässt, ob die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei dessen Versorgung wirklich im Mittelpunkt steht.

Bei einer strukturellen Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung sind auch die Schnittstellen zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung insbesondere bei den Themen medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und Zuständigkeit für geriatrische Rehabilitation systematisch aufzuarbeiten.

Eine solche grundsätzliche Prüfung kann mit einer Prüfung der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung einhergehen, die angesichts der sich abzeichnenden Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung unvermeidbar ist.

Der Prüfauftrag nimmt das im Koalitionsvertrag vereinbarte Vorhaben einer grundsätzlichen Verbesserung der Pflege in Angriff und entspricht einem Beschluss der 94. Arbeits- und Sozialministerkonferenz.

34. Zu Artikel 11 Nummer 3

Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich Maßnahmen, den beruflich Pflegenden Schichtarbeit, Arbeit an Wochenenden oder in der Nacht zu erleichtern. Insofern unterstützt der Bundesrat die in Artikel 11 des Gesetzentwurfs enthaltene Intention der Bundesregierung, in den Jahren 2019 bis 2024 Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.

Der Bundesrat ist jedoch der Auffassung, dass die geplante Teilfinanzierungsverantwortung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Schritt in die falsche Richtung ist, da es sich bei den beabsichtigten Maßnahmen um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, deren Finanzierung nicht allein den Beitragszahlern der Pflegeversicherung auferlegt werden darf.

Der Bundesrat fordert daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass die aus dem Ausgleichsfonds verausgabten Mittel jährlich nachschüssig, beginnend mit dem Jahr 2020 für die im Jahr 2019 entstandenen Ausgaben, durch entsprechende Ausgleichszahlungen des Bundes aus Steuermitteln an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vollständig ausgeglichen werden.

Begründung:

Grundsätzlich werden alle Maßnahmen begrüßt, die beruflich Pflegenden Schichtarbeit, Arbeit an Wochenenden oder in der Nacht erleichtern. Dies kann auch ein Beitrag sein, dem Fachkraftmangel zu begegnen. Jedoch gibt es auch eine Vielzahl anderer Berufsgruppen, die ähnlichen Bedingungen ausgesetzt und deren Tätigkeit ebenfalls für das Gemeinwohl unverzichtbar sind. Insofern wird die notwendige Unterstützung dieser Menschen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen und die vorgesehene Übertragung einer Teilfinanzierungsverantwortung bis maximal 7 500 Euro pro Pflegeeinrichtungen auf die Pflegeversicherung – und damit auf deren Beitragszahler – insofern als versicherungsfremde Aufgabe angesehen, die aus Finanzierungsaufwendungen aus Bundesmitteln ausgeglichen werden müssen. Auch vor dem Hintergrund der seitens der Bundesregierung für das Jahr 2019 angekündigten deutlichen Beitragserhöhungen in der Pflegeversicherung wäre ein Ausgleich aus Bundesmitteln zielführend.

Die vorgeschlagene Maßnahme zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen entspricht gängiger Praxis bei anderen Sozialversicherungsträgern, zum Beispiel der Kranken- oder der Rentenversicherung.

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

In Artikel 11 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7a einzufügen:

,7a. In § 40 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „45“ ersetzt.‘

Begründung:

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) wurde der ursprünglich für 2017 vorgesehene nächste Prüfungszeitpunkt mit einer möglichen Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2018 auf das Jahr 2020 verlegt, so dass die nächste Leistungsanpassung demnach erst zum 1. Januar 2021 anstünde.

Die Verlegung des Prüfungszeitpunktes erfolgte mit der Begründung, dass anstehende Anpassungen bereits in die Leistungsverbesserungen durch das PSG II zum 1. Januar 2017 eingeflossen sind.

Der Wert der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel ist im Gegensatz zu zahlreichen anderen Leistungen mit dem PSG II jedoch nicht erhöht worden. Hier erfolgte die letzte und seit Einführung der Pflegeversicherung einzige Erhöhung mit dem Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) zum 1. Januar 2015.

Damit pflegebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben und ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können, wird der Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 45 Euro monatlich angehoben – einschließlich der nach § 30 vorzunehmenden Dynamisierung. Nachdem die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zum 1. Januar 2015 weit überdurchschnittlich erhöht wurden, erscheint hier ein Abwarten bis zur nächsten Leistungsanpassung vertretbar.

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

Artikel 11 Nummer 17 ist wie folgt zu fassen:

,17. § 89 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Die Vergütungen haben“ die Wörter „eine Bezahlung von Gehältern in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gesondert“ und nach den Wörtern „zu berücksichtigen“ das Wort „sowie“ eingefügt.
- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„... < wie Vorlage > ...“ ‘

Begründung:

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde die Finanzierung von Tariflöhnen durch die Kostenträger erleichtert. Die Bezahlung von tarifvertraglich oder kirchenarbeitsrechtlich vereinbarten Gehältern darf seitdem durch die Kostenträger nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Nachdem diese Regelung in privatwirtschaftlich geführten Pflegeeinrichtungen ohne unmittelbare Tarifbindung nicht griff und um einen Gleichklang der leistungsgerechten Bezahlung zwischen Pflegekräften in tarifgebundenen und nichttarifgebundenen Pflegeeinrichtungen herzustellen, wurde mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz geregelt, dass auch die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe von Tariflöhnen von den Kostenträgern als wirtschaftlich anerkannt werden muss. Hierdurch sollten insbesondere nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtungen ermutigt werden, Einzelverhandlungen zu führen, um die Löhne ihrer Mitarbeiter bis auf Tarifniveau steigern zu können.

Nach den ersten Erfahrungen haben diese Regelungen zu nur teils und nur geringfügig höheren Vergütungen der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI bei Verträgen gemäß § 89 SGB XI für Pflegedienste, die bei Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege organisiert sind, gegenüber entsprechenden Verträgen für Pflegedienste, die bei Interessenvertretungen privater Anbieter organisiert sind, geführt.

Gerade in der ambulanten Versorgung haben die bisherigen Regelungen nicht zu einer flächendeckenden Anhebung der Gehälter von Pflegefachkräften auf das Niveau der Entlohnung vergleichbarer Fachkräfte geführt.

Eine verpflichtende Differenzierung in den Verträgen nach § 89 SGB XI sowohl beim Punktwert des Komplexleistungssystems, als auch bei der Vergütung nach Zeit und bei der Vergütung von Pauschalen danach, ob der Träger eines Pflegedienstes Gehälter in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen beziehungsweise entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zahlt oder nur dahinter zurück bleibt, soll die Bereitschaft für

flächendeckende Tarifverträge erhöhen, zumindest eine flächendeckenden Anhebung der Gehälter von Pflegefachkräften auf das Niveau der Entlohnung vergleichbarer Fachkräfte erreichen.

Die notwendigen Nachweise für eine entsprechende Bezahlung sind durch Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI auf die entsprechende Geltung des § 84 Absatz 7 SGB XI sichergestellt.

37. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat begrüßt, das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.
- b) Der Bundesrat macht darauf aufmerksam, dass auch die Versorgung durch Hebammen und Entbindungspfleger vor vergleichbaren Problemen steht wie die Pflege: In Deutschland kommen mehr als 98 Prozent der Kinder im Krankenhaus zur Welt, zudem steigen seit einiger Zeit die Geburtenzahlen wieder deutlich an. Jedoch hat fast jedes zweite Krankenhaus mit einer Geburtshilfeabteilung Schwierigkeiten, offene Hebammenstellen zu besetzen. Es gibt zu wenige Hebammen-Planstellen in den Kreißsälen, um eine angemessene Hebammenbetreuung während der Geburt sicherzustellen. Zusätzlich können im Durchschnitt schon jetzt in jedem Kreißsaal 1,6 Hebammen-Planstellen nicht besetzt werden.
- c) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren, vor dem Hintergrund der unter Buchstabe b aufgeführten Punkte, eine Erweiterung des Gesetzesvorhabens um die Hebammenstellen und Hebammenpersonalkosten zu prüfen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob und wie:
 - die geplante vollständige Refinanzierung jeder zusätzlichen und jeder aufgestockten Pflegestelle am Bett ebenso für die Hebammenstellen im Kreißsaal ermöglicht werden kann;
 - die angestellten Hebammen in die für die Pflege vorgesehene vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen einbezogen werden können;
 - die für das Jahr 2020 vorgesehene Bereinigung der DRG um die Pflegepersonalkosten und die Einführung neuer Pflegebudgets, mit der den Krankenhäusern die tatsächlichen Kosten der Pflege erstattet werden

sollen, in analoger Weise auch auf den Hebammenbereich übertragen werden kann;

- der Auftrag an die Vertragspartner sowie an das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus, bis zum Jahr 2020 die Grundlagen für und die Umsetzung eines neuen Finanzierungskonzeptes zu erarbeiten, um die Hebammen erweitert werden kann.

Begründung:

Vor dem Hintergrund der benannten Probleme in der stationären Hebammenversorgung würde eine Ausweitung der geplanten Regelungen auf angestellte Hebammen zu einer nachhaltig spürbaren Entlastung und Sicherstellung der Versorgung in der Geburtshilfe führen, da hieraus unmittelbar der Anreiz einer vermehrten Einstellung von Hebammen und damit ein besserer Betreuungsschlüssel für die werdenden Mütter folgt.

38. Die Pflegekräfte in den Rehabilitationseinrichtungen sind ähnlichen Belastungen ausgesetzt wie Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Der vorliegende Gesetzentwurf trägt jedoch nur der Stärkung der bedarfsgerechten Ausstattung der medizinischen Behandlungspflege in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen Rechnung. Es steht zu befürchten, dass sich in der Folge die Personalprobleme in den Rehabilitationseinrichtungen durch Abwanderung der Pflegekräfte in Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen noch verschärfen werden. Vor diesem Hintergrund sollten die Rehabilitationseinrichtungen im „Sofortprogramm Pflege“ ebenfalls Berücksichtigung finden.
39. Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Regelungen des PpSG zur Finanzierung des Pflegepersonals, zur Förderung der IT-Modernisierung, zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zur Beteiligung an der Ausbildung der Pflegekräfte sinngemäß auf Rehabilitationskliniken übertragen werden können, um eine Benachteiligung gegenüber Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Wettbewerb um Pflegekräfte und Auszubildende zu vermeiden.

Begründung:

Das vorgeschlagene Gesetz bringt massive Nachteile für Rehaeinrichtungen.

a) Benachteiligung bei der Finanzierung von Pflegekräften

Ab Januar 2019 können in stationären Pflegeeinrichtungen 13 000 Pflegekräfte neu eingestellt werden. Jede zusätzliche oder aufgestockte Stelle für Pflegekräfte in Krankenhäusern wird voll von der Krankenversicherung finanziert. Darüber hinaus werden die Tarifsteigerungen in der Krankenhauspflege vollständig von den Kostenträgern übernommen (rückwirkend ab dem Jahr 2018). Bundesweit sind 38 000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Der Wettbewerb könnte erheblich verzerrt werden, wenn das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen bevorzugt.

Die Rehakliniken sind im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt. Dabei ist auch dort der Pflegenotstand angekommen. Die verschärfte Wettbewerbsverzerrung kann dazu führen, dass Personal von den Rehakliniken abgeworben wird, oder Pflegekräfte aus den Rehakliniken freiwillig abwandern. Die Rehakliniken könnten ihre Konkurrenzfähigkeit verlieren.

Es sollte auch für Pflegekräfte in Rehaeinrichtungen finanzielle Unterstützung geben. Der Verlust von Pflegekräften in der Rehabilitation würde die Anschlussversorgung für Krankenhauspatienten gefährden.

b) Unterstützung der Modernisierung der IT-Infrastruktur

Die Pflegeversicherung unterstützt nach dem vorliegenden Gesetzentwurf über eine 40-prozentige Kofinanzierung einmalig die Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu 12 000 Euro.

Ziel ist eine Entlastung der Pflegekräfte. Insgesamt können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30 000 Euro je Einrichtung finanziert werden. Auch die Rehakliniken sollten in diese Förderung einbezogen werden.

c) Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Der Bund verpflichtet die Krankenkassen, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich speziell für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Der derzeit für diese Leistungen gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird auf 3,15 Euro angehoben. Diese Verpflichtung ist auch auf die betriebliche Gesundheitsförderung in Rehakliniken auszuweiten. Auch Pflegekräfte in Rehakliniken sind psychisch und physisch belastet.

d) Erhöhung der Ausbildungsträger für Pflegekräfte

Bundesweit sind 38 000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Der vorliegende Gesetzentwurf zielt darauf ab, mehr Pflegestellen zu schaffen. Aus diesem Grund muss auch die Zahl der Ausbildungsträger erhöht werden. Die Ausbildung wurde im Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehakliniken sind darin als Ausbildungsträger nicht genannt.

Sie können allerdings im Rahmen weiterer Einsätze ausbilden (§ 7 Absatz 2 PflBG).

Im Laufe der Umsetzung der Reform sollte geprüft werden, ob Rehabilitationskliniken als Ausbildungsträger einbezogen werden können.

40. Zur Sicherstellung einer weiterhin flächendeckenden qualitativ hochwertigen Schlaganfallversorgung der Patientinnen und Patienten:

- a) Der Bundesrat macht darauf aufmerksam, dass durch die Umsetzung der aktuellen Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 19. Juni 2018, Az.: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R, eine Gefährdung der flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung – insbesondere in den Flächenländern – zu befürchten steht.
- b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, Maßnahmen zu prüfen, die eine qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung auch in den Flächenländern weiterhin nachhaltig sicherstellen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob eine – und gegebenenfalls eine wie geartete – Anpassung oder Änderung der Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) zur neurologischen Komplexbehandlung (OPS 8-981 und 8-98b) durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), einer Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die notwendige Rechtsklarheit und Rechtssicherheit für die Abrechenbarkeit der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und damit Sicherung der flächendeckenden Leistungserbringung durch die Kliniken gewährleistet.

Begründung:

Das Bundessozialgericht hat mit den Urteilen vom 19. Juni 2018, Az: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R, Festlegungen zum Mindestmerkmal des OPS der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls getroffen, die sich auf die Neudefinition und Bewertung des Merkmals der „Transportzeit“ beziehen. Es steht zu befürchten, dass die Umsetzung dieser Urteile aufgrund ihrer Erlösrelevanz die flächendeckende, qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung – insbesondere in den Flächenländern – gefährdet.

Einzelne Krankenkassen zahlen die Leistungen der neurologischen Komplexbehandlungen – obwohl die schriftlichen Urteilsbegründungen noch nicht vorliegen – bereits jetzt nur noch unter Vorbehalt der Rückforderung beziehungsweise Stornierung und Verrechnung. Die leistungserbringenden Krankenhäuser sind aufgrund der Rückforderungsproblematik gezwungen, bilanzielle Rück-

stellungen zu bilden und es tritt eine Verunsicherung ein, wie in Zukunft diese für die Patienten überaus wichtigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können.

Die Anpassung und Änderung der OPS liegt in der Zuständigkeit des DIMDI.

Der Bundesrat bittet daher um die genannten Überprüfungen, um eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall auch weiterhin in allen Ländern nachhaltig sicherzustellen.