

**Verabschiedung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal - Stärkungs-Gesetz – PpSG) Drucksache 19/4453 vom 24.09.2018 am 09.11.2018 im Bundestag.**

Zu den einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs gab es verschiedene Änderungsanträge. Diese finden sich in der Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) Drucksache 19/5593 ab S. 8ff und die Begründungen dazu auf den S. 93 ff.

**Inhalte des Gesetzes im Überblick**

**A) Schwerpunkte des Gesetzentwurfs sind weiterhin:**

Die Pflege im Krankenhaus wird verbessert, indem

- jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird,
- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden,
- zukünftig die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden,
- Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden,
- die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden, – gewährleistet wird, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können,
- der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem

- vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden,
- Pflegeheime und Pflegedienste Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten,
- Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste unterstützt werden, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen,
- das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung vereinfacht wird, (Dies wurde neu in § 60 SGB V aufgenommen.)
- die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht wird und Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden; zudem wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung erweitert.

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

**Mit Änderungsantrag wurde auch die Berücksichtigung tariflicher Entgelte bei Vergütungsvereinbarungen in der häuslichen Krankenpflege neu geregelt. Damit wird geregelt, dass Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, wenn die Vergütungen dadurch begründet sind, dass Leistungserbringer ihren Beschäftigten Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Es wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dem nicht**

entgegen gehalten werden kann (siehe S. 40 der Beschlussempfehlung). (Dies entspricht einer langjährigen Forderung der Diakonie Deutschland.)

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

Schließlich soll die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. (Hier wurden bereits mit dem Gesetzentwurf die ambulanten Pflegedienste nach § 71 Absatz 1 SGB XI einbezogen. Die HKP nach § 132a SGB V fehlt immer noch.)

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

## **B) Änderungen, die die Altenpflege/ambulante Pflege betreffen:**

### **Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen**

„Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden personell gestärkt, um insbesondere den personellen Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser abzudecken. Die Einrichtungen können auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Stellen erhalten und besetzen. Einrichtungen mit bis zu 40 Bewohnern haben Anspruch auf zusätzlich eine halbe Stelle, Einrichtungen mit 41 bis 80 Bewohnern auf eine Stelle, Einrichtungen mit 81 bis 120 Bewohnern eineinhalb Stellen und Einrichtungen mit mehr als 120 Bewohnern zwei Stellen zusätzlich. Eine finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen ist damit nicht verbunden; die Einrichtungen erhalten dafür von den Pflegekassen einen Zuschlag. Zur Finanzierung zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung; die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich anteilig an den Kosten. (Begründung, Allgemeiner Teil, S. 42/Nr. 9.)

**Die Regelungen hierzu werden in § 37 SGB V (Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und in § 8 Absatz 6 SGB XI (Artikel 11 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) getroffen.**

**In § 8 Absatz 6 wurden durch den Gesetzentwurf bzw. durch Änderungsanträge verschiedene Punkte klargestellt,**

- Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dies kann **neueingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal sein.**
- Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln.
- Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über **vier** Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie **ausnahmsweise** auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, **die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen** Vergütungszuschlag erhalten.
- Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

- Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 ist auf die Kosten der tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Stellen(anteile) begrenzt.
- Die zusätzlichen Stellenanteile haben sich nicht verändert: Dies sind:
  - ✓ 1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
  - ✓ 2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
  - ✓ 3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
  - ✓ 4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.
- **Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Ausweislich der Gesetzesbegründung wird der GKV-SV beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen einheitlich und praktikabel zu regeln. (Hier gibt es keine konkrete Frist.)**
- **Neu ist, dass bis zum Vorliegen der hier genannten Bestimmung nach Satz 8 durch den GKV-SV, die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicherstellen. Hierfür genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse.**
- Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.

### Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung

„Um die Potentiale der Digitalisierung für die Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege zu nutzen, fördert die Pflegeversicherung im Zeitraum von 2019 bis 2021 durch Zuschüsse anteilig entsprechende digitale Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen z. B. in den Bereichen Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen, bei der Dienst- und Tourenplanung sowie beim internen Qualitätsmanagement und der Erhebung von Qualitätsindikatoren. Der maximale Förderbetrag beträgt 12.000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Maßnahme.“ (Begründung, Allgemeiner Teil, S. 42/Nr. 10.)

**Die Regelungen hierzu werden in § 8 Absatz 8 SGB XI (Artikel 11 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) getroffen.**

**In § 8 Absatz 8 gab es dazu einige Änderungen durch den Gesetzentwurf und durch Änderungsanträge.**

- So wurde im Gesetzestext präzisiert, dass es sich um Förderhöchstgrenzen handelt und die Pflegeeinrichtung diese 12.000 Euro nur einmal abrufen kann. **Mit dem Änderungsantrag wurde klargestellt, dass der Betrag durch eine Pflegekasse ausbezahlt wird.**
- Zum Verfahren: **Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31.03.2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausbezahlt wird.**

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

„Um den hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, denen die professionellen Pflegekräfte oft gegenüberstehen (z. B. häufige Arbeitszeiten in den Randstunden des Tages, in der Nacht oder am Wochenende), besser gerecht werden zu können, sollen durch eine zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre begrenzte Unterstützung Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gefördert werden. In den Jahren 2019 bis 2024 werden hierfür jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt. Gefördert werden Maßnahmen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, z. B. individuelle oder gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, oder auch Schulungen und Weiterbildungen für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Pflegekräften soll es dadurch ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder von pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.“ (Begründung, Allgemeiner Teil, S. 42/Nr. 11)

**Die Regelungen hierzu werden in § 8 Absatz 7 SGB XI (Artikel 11 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) getroffen.**

- Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich.
- Bereits mit dem Gesetzentwurf wurden in § 8 Absatz 7 Regelungen zur Übertragung bzw. zum Abruf der nicht verbrauchten Mittel geschaffen.
- **Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit unter Beteiligung des dem Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine die Landesverbände der Pflegekassen.**

**Weitere Verbesserungen in der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen**

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

Darüber hinaus werden für eine bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeheimen Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video als telemedizinische Leistung umfangreich ermöglicht. In diesem Zusammenhang wird die Videosprechstunde insgesamt für alle Versicherten und in der häuslichen Pflege im weiten Umfang weiterentwickelt. Hierzu hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 01.04.2019 entsprechende Anpassungen zu beschließen.

Zur Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und zur Verbesserung der Kooperation von Zahnärzten und Pflegepersonal werden Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video auch im vertragszahnärztlichen

Bereich ermöglicht. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhalten den Auftrag, eine Vereinbarung der technischen Vorgaben für die sichere Durchführung von Videosprechstunden zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss „Zahnärzte“ erhält den Auftrag, auf Grundlage der Vereinbarung entsprechende Anpassungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen vorzunehmen. (Begründung, Allgemeiner Teil, S. 42f./Nr.12.)

**Zusätzlich wurde noch das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung vereinfacht (§ 60 SGB V).**

**Die Regelungen hierzu werden in den §§ 87, 119b und 60 SGB V (Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch/S. 19f) und in den dazugehörigen Änderungsanträgen (siehe S. 37 der Beschlussempfehlung) getroffen.** (Die Neuregelungen in § 119b SGB V sehen wir durchaus kritisch, die Änderungen in § 60 SGB V entsprechen auch einer Forderung der Diakonie.)

#### **Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum**

„Die ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum soll durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten gestärkt werden, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Ein unbürokratisch zu gewährender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, ist daher von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegen, der auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.“  
(Begründung, Allgemeiner Teil, S. 43./Nr.13.)

**Die Regelungen hierzu werden in § 132a SGB V (Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und in § 89 (Artikel 11 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) getroffen.**

Mit dem Änderungsantrag neu ist:

- **Die bis zum 30.06.2019 zu vereinbarenden Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten beziehen sich nicht mehr abschließend auf den ländlichen Raum. Außerdem wurden das „unterversorgt“ gestrichen.**
- Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur besseren Vergütung der Wegezeiten wird auch in § 89 SGB XI auf alle Bereiche ausgeweitet, bei denen die Versorgung nur durch längere Wegezeiten sichergestellt werden kann.
- Bereits mit dem Gesetzentwurf wurde bei § 89 teilweise eine Entkopplung von den Regelungen zur Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen nach § 132a Absatz 1 vorgenommen, so dass auch Regelungen nach § 89 SGB XI getroffen werden können, ohne dass die neue Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V vorliegen muss.  
(Beides waren auch Forderungen der Diakonie.)

#### **Berücksichtigung tariflicher Entgelte bei Vergütungsvereinbarungen in der häuslichen Krankenpflege**

Mit dem Änderungsantrag zu § 132a Absatz 4 SGB V wurden die folgenden Sätze 7 und 8 ins PpSG aufgenommen.

- **„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 6 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“**
- **Damit wird geregelt, dass Verträge nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, wenn die Vergütungen dadurch begründet sind, dass Leistungserbringer ihren Beschäftigten Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Es wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dem nicht entgegen gehalten werden kann.**  
(Dies entspricht einer langjährigen Forderung der Diakonie)

<b>Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen:</b>
---

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

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

Um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die sich für die Gesundheit ihrer Beschäftigten einsetzen wollen, die notwendige Unterstützung erhalten, sollen sie durch die mit dem Präventionsgesetz geschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen noch besser beraten und unterstützt werden. (vgl. Begründung, Allgemeiner Teil, S. 43./Nr.15.)

**Die Regelungen hierzu werden in den §§ 20, 20a, 20b und 20d SGB V (Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) getroffen.**

- **Der Gesetzentwurf sah bereits die Einbeziehung der ambulanten Pflegedienste vor.** Das heißt, die Regelungen werden auch für Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 SGB XI gelten. (Dies entspricht auch einer Forderung der Diakonie.)

### Neuregelungen bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI

Zusätzlich zu den in den Zielsetzungen des Gesetzes benannten Themen beinhaltet das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auch u. a. folgende Neuregelungen zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI:

- Die Anforderungen an die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche werden durch das PpSG präzisiert.
- Außerdem wird die Vergütungshöhe für die Beratungsbesuche zukünftig nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern wird nach § 89 SGB XI verhandelt werden. (Dies entspricht einer Forderung der Diakonie.)

Mit dem Gesetzentwurf wurden im Vergleich zum Referentenentwurf zwei wesentliche Änderungen vorgenommen.

- Die Änderungen zu § 37 SGB XI/Beratungsbesuche befinden sich nun in einem Artikel und treten zeitgleich zum 01.01.2019 in Kraft. (Dies war eine Forderung der Diakonie im Rahmen der BAGFW.)
- Der Referentenentwurf sah vor, dass die Empfehlungen zu den Beratungsbesuchen auch Aussagen zur Bewertung der Erkenntnisse aus der jeweiligen Beratung durch die Pflegekassen einschließlich ihrer Aufbereitung und standardisierten Dokumentation zu enthalten haben. Dies wurde nun aus den Empfehlungsinhalten gestrichen. Anstatt dessen wurde ein neuer Absatz 5a eingeführt, der dem GKV-SV hierzu eine Richtlinienkompetenz gibt.

(Es gab keine Änderungsanträge.)

### Änderungen zur Qualitätssicherung in der stationären Pflege

Der Änderungsanträge für die vollstationäre Pflege beziehen sich auf die §§ 114 und 114a SGB XI sowie auf die Einführung eines neuen §§ 114b und 114c SGB XI (siehe S.85ff. der Beschlussempfehlung)

Dort wird u. a. geregelt, dass

- **die Prüfungen nicht mehr unangekündigt erfolgen, sondern am Vortag angekündigt werden (Änderung in § 114a SGB XI).**
- **die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, ab dem 01.10.2019 bis zum 30.06.2020 einmal und ab dem 01.07.2020 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. (§ 114b Absatz 1 SGB XI neu.)**
- **die von den Einrichtungen übermittelten indikatorenbezogenen Daten entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a ab Juli 2020 veröffentlicht werden. (§ 114b Absatz 2 SGB XI neu)**
- **die vollstationären Pflegeeinrichtungen eine einmalige Förderung in Höhe vom 1000 Euro erhalten werden, um die Umstellung auf das neue indikatorengestützte Qualitätssystem, insbesondere die für die Indikatorenerhebung notwendigen Schulungen, zu unterstützen. (§ 114b Abs. 3 SGB XI neu)**
- **Einrichtungen, die gute Ergebnisse im Indikatorensystem haben, eine Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen erfahren werden. (§ 114c Absatz 1 SGB XI.)**

**C) Änderungsantrag zur SAPV aus dem TSVG**

- Der Änderungsantrag nimmt die Neuregelungen zur SAPV aus dem TSVG heraus und regelt, dass für die SAPV das Vergaberecht nicht mehr zur Anwendung kommen kann.
- Der Änderungsantrag ist inhaltlich identisch mit dem Kabinettsentwurf des TSVG zu § 132d SGB V.
- Die Regelungen sind ins PpSG übernommen worden, damit sie bereits zum 01.01.2019 in Kraft treten können. (Inhaltlich bewerten wir den Änderungsantrag positiv)