

## **Entwurf der BAGFW für ein Gesetz zur Änderung der Bestimmungen des Elften Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die Qualitätssicherung bezogen auf die Neugestaltung der Selbstverwaltungsstrukturen<sup>1</sup>**

### **1. In § 8 Abs. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:**

„Soweit aus diesen Mitteln eine wissenschaftliche Expertise eingeholt werden soll, ist vor der Auftragsvergabe dem Pflegequalitätsausschuss nach § 112a Gelegenheit zu geben, an Stelle des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einen entsprechenden Auftrag an das Institut nach § 118 b zu erteilen.“

### **2. In § 8 Abs. 3 Satz 3 werden die Worte „Dabei sind vorrangig“ durch die Worte „Vorrangig sind“ ersetzt.**

**Der nachfolgende Absatz ist als Absatz 4 neu einzufügen.**

(4) Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sicherzustellen.“

#### Begründung:

S. § 118b

### **3. § 112 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:**

„Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Richtlinien nach § 113 Absatz 1 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Absatz 5).“

---

<sup>1</sup> Der Gesetzesvorschlag bezieht sich ausschließlich auf Änderungen zur Neugestaltung der Selbstverwaltungsstrukturen im SGB XI. Nicht berücksichtigt sind etwaige weitere Änderungen hinsichtlich der Neugestaltung der Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI und ggf. weitere Themen. Hierzu behält sich die BAGFW vor, im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens noch konkretere Vorschläge einzubringen.

Begründung:

*Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.*

**4. § 112 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:**

„Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Richtlinien nach § 113 Absatz 1 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken.“

Begründung:

*Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.*

**5. Nach § 112 wird folgender § 112a eingefügt:**

„§ 112a Pflegequalitätsausschuss“

(1) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bilden einen Pflegequalitätsausschuss. <sup>2</sup>Der Pflegequalitätsausschuss ist rechtsfähig. <sup>3</sup>Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sieben vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, jeweils einem vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V., von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie jeweils fünf von den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V. kooperierenden Verbänden und von den Vereinigungen privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu bestellenden Mitgliedern. Der unparteiische Vorsitzende und sein Stellvertreter müssen die Befähigung zum Richteramt haben.

- (3) <sup>1</sup>Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 2 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am \_\_\_\_\_ beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum \_\_\_\_\_ vorzulegen. <sup>2</sup>Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die in den vorangegangenen fünf Jahren vor der Benennung nicht bei den Organisationen nach Absatz 2, bei deren Mitgliedern oder bei Verbänden von deren Mitgliedern beschäftigt waren. <sup>3</sup>Die Berufung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit.
- (4) <sup>1</sup>Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. <sup>2</sup>Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. <sup>3</sup>Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Pflegequalitätsausschuss. <sup>4</sup>Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Pflegequalitätsausschusses. <sup>5</sup>Die Organisationen nach Absatz 2 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden; § 35a Abs. 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. <sup>6</sup>Die von den Organisationen nach Abs. 2 benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. <sup>7</sup>Die Organisationen nach Absatz 2 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. <sup>8</sup>Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am \_\_\_\_\_ beginnenden Amtszeit fünf Jahre.
- (5) <sup>1</sup>Die Kosten des Pflegequalitätsausschusses unter Einschluss der von ihm zu tragenden Kosten des Instituts nach § 118b mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 2 benannten Mitglieder sind Verwaltungskosten der Pflegekassen und werden von diesen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen; §§ 66 – 68 geltend auch in Bezug auf diese Kosten. <sup>2</sup>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhebt die erforderlichen Mittel bei den Pflegekassen und stellt diese dem Pflegequalitätsausschuss im Voraus zur Verfügung. <sup>3</sup>Die Mittel müssen so bemessen sein, dass dem Pflegequalitätsausschuss die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben jederzeit möglich ist. <sup>4</sup>Über die Erhebung der Mittel schließt der Spitzenverband Bund eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen. <sup>5</sup>Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. <sup>6</sup>Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten

Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

(6) <sup>1</sup>Der Pflegequalitätsausschuss beschließt eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zu seiner Arbeitsweise trifft, insbesondere

1. zur Geschäftsführung,
2. zur Vorbereitung seiner Beschlüsse,
3. zur Einrichtung von Unterausschüssen,
4. zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Pflegequalitätsausschusses, sowie
5. zur Gewährleistung der Rechte der Organisationen nach § 118,
6. zur Bestellung des Leiters des Instituts nach § 118b;
7. zur Erteilung von Aufträgen an das Institut nach § 118b.

<sup>2</sup>Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. <sup>3</sup>Soweit bis zum \_\_\_\_\_ kein Beschluss über eine Geschäftsordnung gefasst ist, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Regelungen nach Satz 1 durch Rechtsverordnung festzulegen.

(7) Die Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses sind für alle Pflegekassen und deren Verbände, für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar verbindlich.

(8) Der Pflegequalitätsausschuss hat seine Richtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

(9) <sup>1</sup>Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses nach Absatz 2 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. <sup>2</sup>Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. <sup>3</sup>Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel nichtöffentlich. <sup>5</sup>Die Beratungen des Pflegequalitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(10)Die Aufsicht über den Pflegequalitätsausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

### Begründung:

Mit der Regelung des § 112a wird die bisherige Struktur der gemeinsamen Selbstverwaltung im Leistungserbringungsrecht des SGB XI, die vom Vereinbarungsprinzip durch Normsetzungsverträge geprägt ist, in eine Struktur eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums überführt, das wie etwa auch der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V im Wesentlichen durch Richtlinien agiert. Die Schiedsstelle gem. § 113 b SGB XI wird dadurch obsolet.

Der Pflegequalitätsausschuss ist seiner Rechtsnatur nach eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Seine hier vorgeschlagene Besetzung richtet sich an der in § 113 b SGB XI bislang geregelten Besetzung der Bundesschiedsstelle aus. Stimmberechtigt sind die Mitglieder nach Abs. 2, wobei wie im Modell der Schiedsstellen nach §§ 113b und 76 SGB XI ein Kräfteparallelogramm durch die gleichmäßige Besetzung der Leistungsträger- und der Leistungserbringerseite hergestellt wird.

Es wird für notwendig gehalten, die Verfahrenspartizipation der Verbände der Pflegebedürftigen und der Pflegeberufe zu verbessern. Es ist jedoch auch künftig nicht geboten, diese Organisationen gleichberechtigt mit einem Stimmrecht auszustatten. Nach wie vor geht die Rechtsprechung – und zwar sowohl des BSG als auch des BGH – davon aus, dass die Pflegekassen respektive die Landesverbände der Pflegekassen und bei bundesweiten Normsetzungsverträgen entsprechend auch der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Sachwalterstellung für die Versicherten haben. Die Struktur des SGB XI und der dortigen gemeinsamen Selbstverwaltung baut auf dieser Annahme auf. Wenn nun Patientenvertreter – abweichend von der Struktur z.B. des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGBV – Stimmrecht erlangten und diese Vertreter nicht auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet würde, drohten die Interessen der Leistungserbringer majorisiert zu werden. Das in der Gemeinsamen Selbstverwaltung für leistungserbringungsrechtliche Normsetzungsverträge, aber auch für Richtlinien vorausgesetzte Kräfteparallelogramm wird u.U. empfindlich gestört. Das gilt auch umgekehrt, soweit die Vertreter der Pflegeberufe ein eigenes Stimmrecht erhalten sollen. Schon heute zeigt die Regelung des § 113 b Abs. 2 Satz 6 SGB XI, dass der Gesetzgeber die Erwartung hegt, dass ein Vertreter der Pflegeberufe tendenziell eher im Lager der Leistungserbringer stehen wird. In diesem Fall würden, sofern keine Anrechnung auf die Vertreter der Verbände der Leistungserbringer erfolgt, u.U. die Interessen der Leistungsträger majorisiert werden.

Unter dem Blickwinkel der demokratischen Legitimation der Entscheidungen des Ausschusses ist zunächst anzumerken, dass seine Aufgabe in Richtlinien zum Leistungserbringungsrecht, jedoch gerade nicht wie im Falle des § 92 SGB V in der Konkretisierung von Leistungsrechten besteht. Die Richtlinien finden – wie heute schon die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI oder Landesrahmenverträge gem. § 75 SGB XI ihre Grenze im Leistungsrecht. Eine die Leistungsansprüche limitierende Normsetzungsvereinbarung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern ist im

*SGB XI nichtig. Im SGB V geht es jedenfalls bei einigen der Richtlinien nach § 92 hingegen gerade darum, dass die in den leistungsrechtlichen Normen des SGB V beschriebenen Rahmenrechte ausgestaltet werden. Daher bestimmt auch § 92 Abs. 6 SGB V ausdrücklich, dass die Beschlüsse des G-BA (ausgenommen Entscheidungen nach § 137 b SGB V) für die Versicherten verbindlich sind. Eine solche Regelung braucht es im SGB XI nicht, weil die Funktion des Ausschusses hier eine andere ist. Folglich braucht es auch aus Gründen der demokratischen Legitimation kein Stimmrecht der Vertreter der Patientenorganisationen bzw. der Berufsverbände. Die Legitimation sollte davon unabhängig jedoch durch eine verbesserte Verfahrensteilnahme deutlich gesteigert werden. Daher werden diesen Organisationen durch § 118 i.d.F dieses Entwurfs gegenüber dem heutigen Zustand weitergehende Mitwirkungsrechte eingeräumt.*

*Mit einem wissenschaftlichen Institut (s. § 118 b) wird die Wissensverdichtung im Ausschuss weiter verstärkt, sodass die Legitimation auch dadurch steigt. Ergänzend wird auf das jüngst erstellte umfassende Gutachten von Kluth zur Legitimationsstruktur des G-BA (Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 SGB V, März 2015) verwiesen;[https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3899/Rechtsgutachten G-BA Kluth 2015-04-13.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3899/Rechtsgutachten_G-BA_Kluth_2015-04-13.pdf). Dort ist ausführlich dargelegt, dass und weshalb bei aller Kritik am Gemeinsamen Bundesausschusses die Legitimationsstruktur der Richtlinien gegenüber den Versicherten selbst dort ausreichend ist.*

*Die Regelungen zur Berufung des Vorsitzenden in Abs. 3 sind in weiten Teilen § 91 Abs. 2 SGB V entlehnt. Die in § 91 Abs. 2 SGB V zur Erhöhung der personellen Legitimation noch weitergehenden Verfahrensregelungen (das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt danach die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, der einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen kann) sind jedoch wegen der weiter geringeren Konzentration von Entscheidungsmacht im Pflegequalitätsausschuss nicht erforderlich.*

*Die Finanzierungsstruktur, wie sie in Abs. 5 vorgeschlagen wird, besteht bereits heute zu den Expertenstandards (§ 113a Abs. 3 SGB XI). § 113a Abs. 3 SGB XI in der bisherigen Fassung ist auf die Finanzierungsstruktur insgesamt übertragbar. In diesem Zusammenhang ist auch die Ergänzung des § 8 Abs. 3 zu sehen. Wenn ein unabhängiges vom Pflegequalitätsausschuss betriebenes Institut zur Bündelung des Sachverstandes und Expertenwissens nach § 118 b existiert, können heute in § 8 Abs. 3 für die Einholung wissenschaftlicher Expertise vorgesehenen Mittel aus dem Ausgleichsfond auch für die Beauftragung des Instituts eingesetzt werden.*

*Die Regelungen zur Geschäftsordnung nach Abs. 6 folgen dem Modell des § 91 Abs. 4 SGB V. Dies gilt sowohl für die Inhalte der Geschäftsordnung als auch für die Ersatzvornahme durch das BMG. Die Anerkennung der Organisationen nach § 118 muss allerdings*

*weiterhin durch den Gesetzgeber respektive den Verordnungsgeber getroffen werden und kann nicht an den Pflegequalitätsausschuss delegiert werden.*

*Bereits heute enthält die Regelungen nach § 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI eine Allgemeinverbindlicherklärung. Die Erfüllung eingeführter Expertenstandards ist Voraussetzung für den Abschluss und die Aufrechterhalten des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI. Das Modell der Allgemeinverbindlicherklärung wird gem. Abs. 7 auf alle Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses erstreckt; dies entspricht dem Modell des § 91 Abs. 6 SGB V. Anders als in § 91 Abs. 6 SGB V ist jedoch keine Erstreckung der Verbindlichkeit für die Versicherten erforderlich.*

*Nach den bisherigen Regelungen des SGB XI gilt die Anpassungspflicht an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt universell für alle Normsetzungsverträge. Da die Normsetzungskompetenz durch Vertrag in eine generelle Richtlinienkompetenz für alle untergesetzlichen Normen nach dem Elften Kapitel ersetzt wird, kann die Anpassungspflicht gleichsam vor die Klammer gezogen werden, wie dies hier durch Abs. 8 geschieht.*

*Zu Abs. 9: Die Entscheidungsstruktur des Pflegequalitätsausschusses entspricht weitgehend § 91 Abs. 7 SGB V. Sie deckt sich vor allem mit § 113b Abs. 3 Satz 3 SGB XI bisheriger Fassung.*

*Zu Abs. 10:*

*Wie andere Selbstverwaltungskörperschaften auch muss der Pflegequalitätsausschuss der Rechtsaufsicht unterliegen. Eine Fachaufsicht würde dagegen der Konzeption widersprechen (dazu BSG, Urt. v. 6.5.2009 – BeckRS 2009, 69263, Rn. 34 und 50: „Insgesamt steht es somit nicht im Belieben des Gesetzgebers, der an dem Konzept untergesetzlicher Normsetzung und -konkretisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den GBA festhalten will, die Staatsaufsicht über den Richtlinienerrlass um fachaufsichtliche Elemente anzureichern, denn er würde sich damit der Gefahr aussetzen, die Grundlage dieses Konzepts in Frage zu stellen.“).*

## **6. Nach § 112a wird folgender § 112b eingefügt:**

*„§ 112b Wirksamwerden der Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses“*

(1) <sup>1</sup>Die vom Pflegequalitätsausschuss getroffenen Beschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. <sup>2</sup>Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Pflegequalitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. <sup>3</sup>Die Nichtbeanstandung einer Richtlinie kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das

Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen.

- (2) Kommen nach dem diesem Kapitel erforderliche Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, erlässt das Bundesministerium die Beschlüsse.
- (3) <sup>1</sup>Richtlinien nach § 113 Abs. 1, Expertenstandards nach § 113a Abs. 1, Beschlüsse über die Einführung und über den Auftrag zur Entwicklung oder zur Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a Abs. 1 sowie Richtlinien nach § 115 Abs. 1a sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. <sup>2</sup>Richtlinien nach §§ 113 Abs. 1, 115 Abs. 1a sowie Beschlüsse nach § 113a Abs. 1 gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. <sup>3</sup>Die tragenden Gründe der Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses sind im Internet bekanntzumachen. <sup>4</sup>Die Bekanntmachung der Beschlüsse muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten.“

Begründung:

*Nach dem Vorbild des § 94 Abs. 1 SGB V werden das Recht der Beanstandung und das Recht der Ersatzvornahme geregelt. In diesem Fall geht die Rechtsetzungskompetenz von der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf die unmittelbare Staatsverwaltung über. Diese Regelung dient dazu, ein ausreichendes demokratisches Legitimationsniveau für die Rechtsetzungskompetenz des Pflegequalitätsausschusses zu schaffen.*

*Wie für alle normsetzenden Regelungen gilt auch hier die Veröffentlichungspflicht im Bundesanzeiger. Die Transparenz der Beschlüsse wird durch die Veröffentlichung der Beschlussgründe entsprechend § 94 Abs. 2 SGB V gestärkt. Die Regelung über die Veröffentlichung und das Inkrafttreten entspricht § 113 Abs. 1 Satz 2 und § 113a Abs. 3 Satz 1. Bisher besteht keine Verpflichtung zur Publizität für die Pflege-Transparenzvereinbarungen. Dies ist zu ändern.*

## **7. § 113 wird wie folgt gefasst:**

„§ 113 Richtlinien zu Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“

- (1) Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt für die Durchführung der ambulanten Pflege, der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Dauerpflege jeweils Richtlinien für die Qualität, die Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. In den Richtlinien sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen.
  
- (2) In den Richtlinien für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben (Indikatorenmodell). Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten festzulegen.
  
- (3) In den Richtlinien für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist weiter sicherzustellen, dass die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 2 erhobenen Daten an einer hierfür fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt sowie leistungserbringer- und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 2 ausgewertet werden. Soweit andere Stellen die Auswertungen der Daten nach Satz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung nach diesem Gesetz bedürfen, regeln die Richtlinien nach Abs.

1 entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten.

(4) Die Richtlinien nach Abs. 1 sind, soweit keine Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Art. 1 des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 bestehen, für die stationäre Pflege bis zum 31. Dezember 2017 und für die ambulante Pflege nach Vorliegen wissenschaftlicher Erkenntnisse zu beschließen. Sie sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.“

Begründung:

*§ 113 kann nach dem hier vertretenen Modell erheblich gekürzt und übersichtlicher gestaltet werden. Sämtliche Beteiligungsregelungen sind in § 118 n.F. und § 118a abgebildet. Abs. 2 entspricht – wenn man davon absieht, dass im Vorschlag der BAG FW das Regelungsinstrument der Richtlinien vorgesehen ist - § 113 Abs. 1a i.d.F. des Referentenentwurfs. Dasselbe gilt für Abs. 3, der insoweit § 113 Abs. 1 b i.d.F. des Referentenentwurfs entspricht. Abs. 3 gewährleistet im Übrigen die Fortgeltung der bisher durch die Schiedsstelle gem. § 113b festgesetzten MuG für die ambulante Pflege und für die vollstationäre Dauerpflege. Die Frist gilt insoweit nur für Richtlinien der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege, für die es derzeit keine MuG gibt.*

**8. § 113a wird wie folgt gefasst:**

„§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) <sup>1</sup>Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a stellt die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. <sup>2</sup>Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. <sup>3</sup>Ein Expertenstandard wird durch Einführungsbeschluss des Pflegequalitätsausschusses unmittelbar verbindlich im Sinne des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4. <sup>4</sup>Der Pflegequalitätsausschuss unterstützt die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(2) <sup>1</sup>Der Pflegequalitätsausschuss stellt die methodische und pflegefachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die

Transparenz des Verfahrens sicher. <sup>2</sup>Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer vom Pflegequalitätsausschuss zu beschließenden Verfahrensordnung zu regeln. <sup>3</sup>In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. <sup>4</sup>Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. <sup>5</sup>Kommt ein Beschluss über eine Verfahrensordnung bis zum \_\_\_\_\_ nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt.

Begründung:

*Die Regelungskompetenz der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Vereinbarung wird in die Kompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt. Die Beteiligungsrechte dritter Organisationen sind in § 118 n.F. und § 118 a abgebildet. Im Übrigen bleibt die bisherige Regelung inhaltlich unverändert. Die Regelung zu § 113 a Abs. 3 ist jedoch dann überflüssig, wenn sie wie hier in § 112a Abs. 5 aufgeht.*

**9. § 114 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:**

„Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen auf Grund einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage vom Pflegequalitätsausschuss gem. § 112a getroffenen Beschlüssen erfüllt sind.“

Begründung:

*Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.*

#### **10. § 114 Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:**

„Voraussetzung ist, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den vom nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 beschlossenen Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden.“

#### Begründung:

*Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.*

#### **11. § 114a Abs. 7 wird wie folgt gefasst:**

„Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114.“

#### Begründung:

*Die Regelung bringt eine inhaltliche Veränderung insoweit, als die Kompetenz für die Schaffung der QPR in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt wird. Bislang ist immer streitig gewesen, ob die QPR aufgrund der Genehmigungspflicht durch das BMG und die Einbeziehung der Verbände der Leistungserbringer vor Beschluss der QPR außenwirksames Recht geworden sind oder noch Verwaltungsbinnenrecht darstellen. Dieser Streit wird durch die Überführung aufgelöst. Streitigkeiten über die Vereinbarkeit der QPR mit den Richtlinien zur Veröffentlichung der Prüfberichte bzw. den PTVen und den MuG bzw. nach dem Modell der BAG FW mit den entsprechenden Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses können vermieden werden, wenn auch die Beschlussfassung über die QPR in die Hände derselben normsetzenden Körperschaft der Selbstverwaltung gelegt werden. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass die QPR die weiteren Richtlinien konkretisieren und nicht konterkarieren.*

#### **12. § 115 Abs. 1a wird wie folgt gefasst:**

<sup>1</sup>Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich,

übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.<sup>2</sup> Der Pflegequalitätsausschuss legt in seinen Richtlinien insbesondere fest, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zu Grunde zu legen sind und inwieweit diese durch weitere Informationen ergänzt werden.<sup>3</sup> Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden.<sup>4</sup> Die Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik; sie sind an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt anzupassen.<sup>5</sup> Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.<sup>6</sup> Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren.<sup>7</sup> Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen.<sup>8</sup> Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.<sup>9</sup> Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen.<sup>2 10</sup> Bis zum Inkrafttreten der Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses gelten die Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a Satz 7 in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung fort.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Die Sätze 3 bis 9 beziehen sich noch auf die Fassung der geltenden Version des SGB XI. Dabei ist die Umstellung auf ein indikatorengestütztes Verfahren zur Qualitätsprüfung und Darstellung noch nicht berücksichtigt. Dies bzgl. besteht aus Sicht der BAGFW unabhängig von der Einrichtung eines Qualitätsausschusses noch weiterer Anpassungsbedarf. Hierzu behält sich die BAGFW vor im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens noch konkretere Vorschläge einzubringen.

<sup>3</sup> In Ihrer Stellungnahme zum PSG II schlägt die BAGFW vor, dabei auf die Ausweisung der Gesamtnote zu verzichten.

Begründung:

*Der Vorschlag entspricht in weiten Teilen dem bereits vorhandenen Entwurf einer Novellierung des § 115 Abs. 1a SGB XI. Die Regelung zu Struktur und Inhalten der zusammenfassenden Bewertung sowie zur Darstellung wird ebenso wie künftige Überarbeitungen der Indikatoren der Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses zugewiesen.*

**13. § 117 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:**

„Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7, den Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a Satz 7 und den Richtlinien nach § 115 Absatz 1a Satz 10 kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden. Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.“

Begründung:

*Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.*

**14. § 118 wird wie folgt gefasst:**

**„§ 118 Beteiligungsrechte von Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen**

(1) Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, die nach der Verordnung nach Abs. 6 anerkannt sind, wirken nach den folgenden Absätzen an der gemeinsamen Selbstverwaltung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch mit.

(2) <sup>1</sup>Die Organisationen nach Abs. 1 sind an Beschlüssen zu Richtlinien nach § 113 Abs. 1, über die Einführung, den Auftrag zur Entwicklung oder die Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a Abs. 1 sowie zu Richtlinien nach § 115 Abs. 1a frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung

einzu beziehen. <sup>2</sup>Folgt der Pflegequalitätsausschuss einem im Rahmen der Beteiligung schriftlich vorgebrachten Anliegen einer Organisation nach Abs. 1 nicht, sind ihr auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

- (3) <sup>1</sup>Die Organisationen nach Abs. 1 erhalten im Pflegequalitätsausschuss nach § 112a ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu einvernehmlich sachkundige Personen. <sup>2</sup>Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. <sup>3</sup>Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. <sup>4</sup>Die sachkundigen Personen erhalten vom Pflegequalitätsausschuss Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.
- (4) <sup>1</sup>Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach §§ 113 Abs. 1, § 113a Abs. 1 erhalten die Organisationen nach Abs. 1 das Recht, Anträge zu stellen. <sup>2</sup>Der Pflegequalitätsausschuss hat über Anträge der Organisationen in der nächsten Sitzung des Gremiums zu beraten. <sup>3</sup>Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.
- (5) Bei Erarbeitung oder Änderung der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 und § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wirken die Organisationen nach Abs. 1 nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 6 beratend mit.
- (6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten für die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, festzulegen.“

Begründung:

*Mit der Regelung werden die bisherigen Beteiligungsrechte der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gestärkt. Wie die Patientenvertretung nach § 140 f SGB V erhalten die Organisationen ein eigenes Antragsrecht (Abs. 4) und können*

*nach den hier vorgeschlagenen Verfahrensregelungen auch eine rasche Befassung mit Anträgen beanspruchen. Außerdem erhalten die Organisationen nach Abs. 3 über die bisherigen Rechte hinaus ein Mitberatungsrecht durch höchstens zehn sachkundige, von ihnen zu benennende Vertreter. Die Anerkennung der maßgeblichen Organisationen erfolgt wie bisher auf der Grundlage einer Verordnung, sodass insoweit die Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung weitergeführt werden kann.*

## **15. Nach § 118 wird folgender § 118a eingefügt:**

„§ 118a Beteiligung weiterer Organisationen

- (1) <sup>1</sup>Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Abs. 1a sind auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen. <sup>2</sup>Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 ist auch das [Institut] nach § 118b zu beteiligen; weitere unabhängige Sachverständige können beteiligt werden. <sup>3</sup>Jeder zu Beteiligende kann auch vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen.
- (2) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 115 Absatz 1a Satz 10 sind auch unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen.
- (3) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu beteiligen.
- (4) <sup>1</sup>Den nach Absätzen 1 bis 4 zu beteiligenden Organisationen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. <sup>2</sup>Der Pflegequalitätsausschuss hat Stellungnahmen der beteiligten Organisationen in seine Entscheidungen einzubeziehen.

### Begründung:

*Mit der Regelung werden die schon bisher bestehenden Beteiligungsrechte anderer maßgeblichen Organisationen als der nach § 118 zusammengefasst.*

## 16. Nach § 118 a wird folgender § 118b eingefügt:

„§ 118 b [Institut für Qualität in der Pflege]

- (1) Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität in der Pflege und ist dessen Träger. Das Institut kann auch in der Rechtsform einer Stiftung des Privatrechts betrieben werden. Für das Institut ist ein fachlicher Leiter zu bestellen, der Vertreter der Pflegewissenschaften ist.
- (2) Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Qualitätssicherung der im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung insbesondere auf folgenden Gebieten tätig: [...]
  1. Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege unter Berücksichtigung der 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe* (Indikatorenmodell) und der Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte;
  2. Entwicklung eines bundesweiten Datenerhebungsinstrumentes auf der Grundlage des Indikatorenmodells nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit sowie bundesweiter Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten;
  3. Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege und von Empfehlungen für eine anschließende Pilotphase zur Erprobung;
  4. wissenschaftliche Evaluierung der Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung und Entwicklung

von Vorschlägen zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse;

5. Weiterentwicklung einer praxistauglichen, den Pflegeprozess unterstützenden und die Pflegequalität fördernden Pflegedokumentation auf der Grundlage vorhandener Strukturmodelle;
6. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen-pflegerischen Wissensstandes zu Maßnahmen der Pflege und Betreuung, sowie
7. Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards;
8. Entwicklung von Konzepten für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen.

(3) <sup>1</sup>Das Institut wird im Auftrag des Pflegequalitätsausschusses tätig. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut beauftragen, soweit es die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags übernimmt. <sup>2</sup>Im Übrigen werden die Kosten des Instituts von dem Pflegequalitätsausschuss getragen.

(4) <sup>1</sup>Das Institut hat bei Tätigkeiten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 geeigneten Sachverständigen der Pflegewissenschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. <sup>2</sup>Es kann, soweit ein Auftrag nach Absatz 3 erteilt wurde, wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige vergeben.

(5) <sup>1</sup>Das Institut leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach Absatz 2 dem Pflegequalitätsausschuss als Empfehlungen zu. <sup>2</sup>Der Pflegequalitätsausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Die Kompetenzen des Pflegequalitätsausschusses nach diesem Gesetz bleiben im Übrigen unberührt.

(6) Das Institut hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse öffentlich zu berichten.

**Begründung:**

*Durch die Etablierung eines Instituts wird die institutionelle und verfahrensrechtliche Grundlage für die Arbeit des Pflegequalitätsausschusses verbessert, indem seine für die Entscheidungen erheblichen Wissensgrundlagen erweitert werden. Die Legitimation der Entscheidungen wird dadurch gesteigert. Mit der Einrichtung eines Instituts wird den Forderungen des Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege ebenso Rechnung getragen wie den schon früher aufgestellten Forderungen der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (dazu Igl, Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätssicherung nach § 113a und*

*§ 113b SGB XI, in: RsDE Bd. 67 (2008), S. 38, 46) und des Deutschen Pflegerates (Positionspapier v. 10.1.2007).*

*Das Institut ist fachlich unabhängig und selbst rechtsfähig, auch wenn es in Trägerschaft des Qualitätsausschusses errichtet wird. Idealerweise wird es in der Rechtsform einer Stiftung betrieben, wie dies u.a. auch von der Buko-QS vorgeschlagen wurde.*

*Die Aufgaben des Instituts werden- nicht enumerativ-abschließend, sondern beispielhaft – in Abs. 2 aufgeführt. In erster Linie geht es dabei darum, dass das Institut die Vorschläge und Empfehlungen für die Wahrnehmung der Aufgaben des Pflegequalitätsausschusses entwickelt, weil dort v.a. das pflegefachliche Expertenwissen gebündelt werden soll.*

*Auftraggeber soll neben dem Pflegequalitätsausschuss als Träger jedoch auch das BMG sein können (Abs. 3). Diese Regelung ist der des § 139b Abs. 2 SGB V (Beauftragung des IQWiG) entlehnt. Da die Tätigkeit des Instituts jedoch ansonsten aus Mitteln des Pflegequalitätsausschusses finanziert wird, die wiederum Verwaltungskosten der Pflegekassen darstellen und so auch refinanziert werden, muss in diesem Fall zuvor eine Kostenzusage durch das BMG erklärt werden.*

*Abs. 4 sichert die Einbeziehung von Sachverständigen in die Vorbereitung der Vorschläge und Empfehlungen des Instituts an den Pflegequalitätsausschuss.*

*Abs. 5 regelt den Verfahrensablauf nach dem Vorbild des § 139b Abs. 4 SGB V.*

*Abs. 6 stärkt die Transparenz und Öffentlichkeit der Arbeit des Instituts.*

Berlin, 07.07.2015