



Wortprotokoll der 23. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 10. Oktober 2018, 14.00 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Erwin Rüddel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

BT-Drucksache 19/4453

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

- b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

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

-19/4453-

Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 19/4729

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss



- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Marc Bernhard, neu Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss

BT-Drucksache 19/4537

- d) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferneu schl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss

BT-Drucksache 19/4523

- e) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferneu schl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss

BT-Drucksache 19/4524

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiβ (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14.00 Uhr

Der Vorsitzende, Abg. Erwin Rüddel (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich freue mich, Sie alle, auch die zahlreichen Zuschauerinnen und Zuschauer, zu unserer Anhörung begrüßen zu dürfen. Ich freue mich, dass wir heute zu diesem wichtigen Thema eine öffentliche Anhörung haben. Normalerweise würde zu meiner Linken Frau Staatssekretärin Sabine Weiß die Bundesregierung vertreten. Sie befindet sich noch in der Regierungsbefragung. Ich begrüße aber bereits die anderen Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung.

Wir beschäftigen uns heute mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Pflegepersonals und der dazugehörigen Unterrichtung. Zu dem Gesetzentwurf haben die Koalitionsfraktionen 17 sogenannte fachfremde Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19/438.1 vorgelegt. Fachfremd bedeutet, dass sich die Änderungen nicht direkt auf den Gesetzentwurf beziehen. Auch dieses Paket an Änderungsanträgen ist heute Gegenstand der Anhörung. Außerdem sind der Antrag der AfD-Fraktion, „Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären ambulanten und häuslichen Pflege“ auf Drucksache 19/4537 und die zwei Anträge der Fraktion DIE LINKE., „Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern“ und „Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken“, Anhörungsgegenstand.

Die Pflege und der Pflegeberuf sind wichtige Themen, die uns alle beschäftigen. Das beweist auch die große Anzahl an Zuschauern. Wir werden hoffentlich, und die Statistik belegt es, alle älter und vielleicht auch pflegebedürftig. Wir wissen, dass die Zahl der zu Pflegenden auch durch die geburtenstarken Jahrgänge weiter ansteigen wird. Bereits heute gibt es aber zu wenig ausgebildete Pflegekräfte. Obwohl die Zahl der Beschäftigten und auch die der Auszubildenden im Pflegebereich ständig ansteigen, gibt es eine Personalunterdeckung. Die Folge ist eine Arbeitsverdichtung und daraus resultieren eine hohe Belastung und ein oft frühzeitiges Ausscheiden aus der Pflegetätigkeit. Dieses grundständische Problem will die Bundesregierung mit ihrem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) angehen. Eine bessere Personalausstattung in den Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie bessere Arbeitsbedingungen sollen die Pflegekräfte

entlasten und den Beruf auch für Wiedereinsteiger attraktiver machen. Naturgemäß sehen die Oppositionsfraktionen die Lösung dieses grundsätzlichen Problems etwas anders. Darüber werden wir heute mit exzellenten Fachleuten sprechen können. Bevor wir mit der Anhörung beginnen, möchte ich das Anhörungsverfahren erläutern. Uns stehen für diese Anhörung 180 Minuten zur Verfügung. Diese 180 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Gefragt wird heute in zwei Fragerunden. In der ersten wollen sich die Fraktionen auf Fragen zum Krankenhausbereich und in der zweiten Runde auf Fragen zur Altenpflege konzentrieren. In der zweiten Runde können aber weitere Fragen zum Krankenhausbereich gestellt werden. Insgesamt ergeben sich für die Fraktionen die folgenden Zeiten: Die CDU/CSU hat 32 und 31 Minuten, die SPD 20 und 19, die AfD 12 und 11, die FDP zweimal 10, die Fraktion DIE LINKE zweimal 9 und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 9 und 8 Minuten. Ich bitte darum, dass sich sowohl die Fragenden als auch die Antwortenden möglichst kurz fassen, damit möglichst viele Fragen beantwortet werden können. Die Sachverständigen, aber auch die Fragenden bitte ich, das Mikrofon zu benutzen und ihren Namen und Verband zu nennen. Das macht die Protokollierung einfacher und es ist für die Zuschauerinnen und Zuschauer besser nachvollziehbar, wer fragt und wer antwortet. Mobiltelefone sollten ausgeschaltet sein, auch Katwarn-Systeme werden ab sofort pro Meldungen mit 5 Euro vergütet. Das wird diskret einkassiert und kommt einem guten Zweck zugute. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem ist die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages zu sehen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird später auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Ich darf Frau Abg. Maag um die erste Frage bitten.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich beginne mit einer Frage an Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Wir haben vor, die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-(Diagnosis Related Groups)-System auszugliedern und auf ein krankenhausindividuelles Pflegebudget umzustellen. Wie bewerten Sie das?

ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg: Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG ist aus meiner Sicht



ein wichtiges Signal. Somit besteht für die Krankenhäuser nicht mehr der Anreiz, möglichst wenig Geld für die Pflege auszugeben. Diese Ausgliederung ergänzt die Untergrenzen, denn kein Krankenhaus kann jetzt mehr behaupten, dass das Geld nicht ausreicht, um die Untergrenzen einzuhalten. Es geht für das Krankenhausmanagement primär darum, ein attraktives Arbeitsumfeld zu schaffen, um Pflegerinnen und Pfleger zu gewinnen. Natürlich besteht die Gefahr von gewissen Nebenwirkungen, z. B. die Reduktion des Verweildaueranreizes oder die Reduktion des Anreizes zur Prozessoptimierung. In der Gesamtschau halte ich diese Risiken für überschaubar. Sie könnten auch innerhalb des DRG-Systems geregelt werden, z. B. indem man über die Verweildauergrenzen dagegen steuert. Das heißt, das ist etwas, was die Selbstverwaltung auch allein bewerkstelligen könnte, falls sich herausstellt, dass z. B. die durchschnittliche Verweildauer wieder ansteigt. Insgesamt sehe ich die Ausgliederung der Pflege aus den DRG als Beitrag zur Modernisierung des DRG-Systems und wird dieses als Ganzes stärken. So besteht die Chance, Vertrauen in das DRG-System und die Krankenhausvergütung insgesamt für die verschiedenen Berufsgruppen, nicht nur für die Pflegerinnen und Pfleger, sondern auch für andere Berufsgruppen, aber auch für Patientinnen und Patienten zurückzugewinnen.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Thüsing. Halten Sie die vorgesehenen Maßnahmen zur vollständigen Finanzierung von zusätzlichen Pflegekräften für geeignet, Anreize zu setzen, damit wir bessere Pflege bekommen?

ESV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Der Vorsitzende hatte darauf aufmerksam gemacht, möglichst kurz zu antworten. Ich könnte mit einem einfachen Ja antworten, das wäre aber wahrscheinlich nicht erschöpfend im Sinne Ihrer Frage. Ich möchte das kurz begründen. Es scheint mir in der Tat geeignet und angemessen, diese Schritte zu gehen. Wir haben hier Anreize dafür, in der Finanzierung weniger zu sparen als in der Vergangenheit. Ausflüchte und Ausreden werden verbaut. Kollege Prof. Dr. Schreyögg hat das schon im Hinblick auf die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System benannt. Das setzt sich in anderen Maßnahmen fort. Der eine oder andere ordnungspolitisch

denkende Mensch mag kritisch nachfragen, ob die komplette Refinanzierung von Tariferhöhungen im Bereich der Finanzierung nicht ein Schritt zurück ist. Das ist es systematisch sicherlich, aber besondere Situationen führen zu besonderen Maßnahmen. Wenn man sich bewusst ist, dass man hier ein ganz spezifisches Problem adressiert, nämlich die Problematik, dass Pflege schon aufgrund des Fachkräftemangels oftmals an seine Grenzen stößt, dann sind solche Maßnahmen, die sich spezifisch auf die Pflege beschränken und daran ansetzen, gut gewählt. Es ist von verschiedenen Sachverständigen und Interessenverbänden in den schriftlichen Stellungnahmen angemahnt worden, dass dieser Weg, den man nun für die Pflege geht, im Hinblick auf andere Berufe weitergegangen werden sollte. Das ist ein Schritt, den man sich gut überlegen sollte. Es geht um eine Pflegestärkung, nicht um eine allgemeine, großzügigere Finanzierung des Krankenhausbereichs oder des ambulanten Bereichs. Deswegen halte ich diese spezifischen Ansätze im Gesetz für richtig, trotz eines vielleicht ordnungspolitisch oder konstruktionell mit Fragezeichen versehenen Weges.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Erachten Sie die im PpSG insgesamt vorgesehenen Maßnahmen, nicht nur die Budgetierung des Pflegepersonals, für geeignet, die Situation der Pflegekräfte zu verbessern? Bei Ihrer ersten Antwort sind Sie auf das Risiko der Verweildauererlängerung eingegangen. Könnten Sie konkretisieren, wie wir dieses Risiko minimieren können und ob hier gesetzgeberische Maßnahmen notwendig sind?

ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg: Zunächst sehe ich die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen und des Pflegepersonalquotienten, aber auch die Schaffung individueller Pflegebudgets im Krankenhaus gerade in der Kombination als recht gut geeignet an, um einen Aufbau in der Pflege zu beschleunigen, den wir in ausgewählten Krankenhäusern, die deutlich zu wenig Pflege aufweisen, benötigen. Das krankenhausindividuelle Pflegebudget dreht den bisher bestehenden Anreiz zur Reduktion der Pflegekosten, den wir innerhalb des DRG-Systems hatten und der auch bei den anderen Kostenkomponenten sinnvoll ist. Hier bei der Pflege ist er so,



weil ein starker Zusammenhang zur Qualität besteht. Es hat sich aber über die Dauer herausgestellt, dass der so nicht sinnvoll ist. Deswegen ist es gut, dass dieser Anreiz umgedreht wird, damit die Kosten an dieser Stelle nicht minimiert werden und somit ein Aufwuchs an Pflegerinnen und Pflegern unterstützt wird. Die Personaluntergrenzen stellen gleichzeitig sicher, dass ausreichend Personal an der richtigen Stelle zur Verfügung steht. Denn das ist auch besonders wichtig: Ausweicheffekte werden durch den Pflegequotienten abgesichert. Insgesamt halte ich die vorgesehenen Maßnahmen in der Gesamtschau für ein wichtiges Signal an die Berufsgruppe der Pflegerinnen und Pfleger. Sie werden dazu führen, dass die Attraktivität des Arbeitsumfeldes, gerade in Krankenhäusern mit deutlich zu wenig Pflegepersonal, verbessert wird. Dies wird auch dazu führen, dass sich das Berufsbild der Pflegerinnen und Pfleger in der Bundesrepublik insgesamt wieder verbessert. Vor dem Hintergrund, auch der Erfahrung anderer Länder, ist damit zu rechnen, dass es durch die geplanten Maßnahmen gelingen wird, Pflegerinnen und Pfleger auch aus dem Ausland zu gewinnen oder zurückzugewinnen. Zuletzt noch kurz zur Verweildauer. Natürlich besteht die Gefahr, dass die Verweildauer unter Umständen ansteigt. Man muss aber sagen, dass sie in den letzten Jahren nicht mehr weiter abgesunken sind und sie ein Plateau erreicht haben. Wenn man feststellt, dass die Verweildauer ansteigt, kann die Selbstverwaltung das selbst über die Verweildauergrenzen regeln. Deswegen halte ich es nicht für notwendig, dass der Gesetzgeber an dieser Stelle tätig wird, um das abzusichern.

Abg. Alexander Krauß (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Schreyögg zum Thema Pflegepersonalquotient, dessen Einführung vorgesehen ist. Wie bewerten Sie die Einführung des Pflegepersonalquotienten im Zusammenspiel mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen?

ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg: Die Einrichtung des Pflegequotienten auf Gesamthausebene ist aus meiner Sicht ein sehr gutes Instrument. Es zieht im Grunde eine zusätzliche Pflegeuntergrenze auf Gesamthausebene ein. Der Pflegequotient hat den Charme, dass er schnell und einfach zu berechnen

ist. Außerdem entsteht so für die Krankenhäuser kaum zusätzlicher administrativer Aufwand. Vor allen Dingen aber reduziert der Pflegequotient das Risiko von Ausweicheffekten in andere Fachabteilungen, die nicht von konkreten Untergrenzen nach § 137k SGB V betroffen sind. Je mehr Untergrenzen pro Fachabteilung definiert werden, desto weniger relevant wird am Ende der Pflegequotient sein. Jetzt aber, da noch relativ wenige Untergrenzen für Fachabteilungen definiert sind, kommt ihm aus meiner Sicht eine große Bedeutung zu. In den Erweiterungsanträgen wird das noch einmal klar gestellt. Wenn die Anzahl der Untergrenzen pro Fachabteilung aufwächst, was ich für gut und notwendig halte, dann wird die Bedeutung des Pflegequotienten abnehmen. Gerade die geplante Veröffentlichung des Personalpflegequotienten ist aus meiner Sicht wichtig. Wir wissen aus anderen Ländern von anderen Instrumenten, nicht konkret vor diesem Instrument, dass eine zusätzliche Veröffentlichung, wie z. B. bei Pay for performance, die Effektivität eines solchen Instrumentes stärken kann, wenn die Zahlen für die allgemeine Öffentlichkeit zugänglich sind.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Die Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Mit dem Gesetzentwurf werden die Krankenkassen verpflichtet, den Pflegegrad ihrer betroffenen Versicherten zu übermitteln. Wie bewerten Sie diese Maßnahme?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG): Das bewerten wir positiv. Es sollten entsprechende Einstufungen durch die Pflegeversicherung und Zusatzentgelte für die Lasten ausgelöst werden. Dies könnten die Krankenhäuser das ganze Jahr über weitestgehend nicht realisieren, weil die Pflegeeinstufung durch die Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt wurde. Deshalb ist die gesetzliche Klarstellung sehr hilfreich, sodass die Krankenhäuser in Zukunft den Pflegeaufwand entsprechend abrechnen können.

Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Ich würde gerne wissen, wie Sie die vorgesehenen Änderungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) bewerten.



SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir bewerten das im Kern positiv. Das ist eine Stärkung der öffentlichen Gesundheit, die sinnvoll ist. Wir weisen allerdings darauf hin, dass die Strukturen und vor allem die Personalausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Ländern ausgesprochen problematisch, wenn nicht grenzwertig sind. Dies liegt u. a. daran, dass sich die Länder weigern, vernünftige Tarifverträge für die Ärzte in den Gesundheitsämtern abzuschließen und deswegen dort nicht ausreichend Personal vorhanden ist. Im Kern ist das ein richtiger und guter Ansatz, es bleibt aber die Frage, ob man das so wird umsetzen können.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Hospiz- und PalliativVerband. Künftig soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) abschließen. Wie bewerten Sie diese Maßnahme?

SVe Christine Bethke-Meltendorf (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)): Der DHPV begrüßt außerordentlich, dass es zukünftig eine Bundesrahmenvereinbarung geben soll. Auf der einen Seite wird so gewährleistet, dass die SAPV-Versorgung aus dem Vergaberecht herausgenommen wird. Das ist wichtig, weil das am Wettbewerb orientierte Vergaberechtsverfahren der SAPV-Versorgung dieser besonders vulnerablen Patientengruppe nicht gerecht wird. Der DHPV setzt sich daher dafür ein, dass es wie auch im Bereich der ambulanten Hospizarbeit und der stationären Hospize eine bundeseinheitliche Rahmenvereinbarung gibt, wo verbindlich einheitliche Vorgaben zur sachlichen und personellen Ausstattung sowie Qualitätssicherung und Vergütung geregelt werden können, so wie das jetzt in der gesetzlichen Regelung vorgesehen ist. Wenn die Leistungserbringer die Anforderungen an diese Bundesrahmenvereinbarung erfüllen, haben sie einen Anspruch auf Zulassung und in diesen Versorgungsverträgen können dann auch die regionalen Besonderheiten berücksichtigt werden. Dies ist ein weiteres Instrument zur Flexibilisierung hinsichtlich der Besonderheiten vor Ort. Auch dies wird

sehr positiv gesehen. Positiv wird darüber hinaus gesehen, dass es eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder geben soll, um deren besonderen Belangen Rechnung zu tragen. Kurz gefasst, diese derzeit vorgesehene Regelung entspricht im Wesentlichen dem, was sich der DHPV zur zukünftigen Regelung der SAPV vorstellt. Je früher das in Kraft tritt, desto besser, da es derzeit eine große Rechtsunsicherheit gibt, wie die SAPV-Versorgung weiter voran gebracht werden kann. Eine kurze Anmerkung möchte ich noch machen. Die Bundesrahmenvereinbarung bei ambulanten Hospizdienssten und stationären Hospizen wird alle vier Jahre überprüft, um sie an aktuelle Versorgungsstrukturen oder Änderungen anzupassen. Wir empfehlen, das gleichlautend auch bei der SAPV-Versorgung einzuführen.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Es gibt Befürchtungen, dass durch die Ausgliederung des Pflegebudgets Serviceleistungen wieder zurück verlagert werden. Wie kann man so etwas überprüfen und dem entgegenwirken? Wie kann man fördern, dass Krankenhäuser, die bei den Prozessverbesserungen noch Nachholbedarf haben, ausreichend Anreiz haben, diese Prozessverbesserungen durchzuführen?

SV Johannes-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Wir haben tatsächlich Sorge, dass durch die Förderung der Pflege nicht nur die Pflege am Bett, sondern auch Funktionsdienste umfasst werden. Insofern empfehlen wir dringend, auf die Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) zurückzugreifen, um die Abgrenzung zur Pflege am Bett, die dort vorgenommen ist, nachzuvollziehen. Hier gibt es durchaus die Sorge, dass die Pflegekräfte nach wie vor für nicht pflegende Bereiche eingesetzt werden. Dazu fällt uns auch nicht so recht was ein, wenn wir ehrlich sind. Wir müssen gemeinsam vor Augen haben, dass Pflegekräfte am Bett zukünftig nicht auch wieder Reinigungstätigkeiten oder Essen verteilen oder sonst was machen. Hier sollte man aufpassen. Das aber gesetzlich zu fassen, halte ich für schwierig. Die KHBV grenzt die Pflege am Bett ein, sodass wir die Funktionspflege davon klar abgegrenzt haben. Da kann ich nur darauf hinweisen, hier auch gesetzgeberisch auf die KHBV Bezug zu nehmen.



Abg. Stephan Pilsinger (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der Krankenhausstrukturfonds wird durch das PpSG weitergeführt und hinsichtlich seines Volumens und der Förderkriterien ausgeweitet. Wie bewerten Sie diese Maßnahmen insbesondere im Hinblick auf den angestrebten Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Frage gibt mir Gelegenheit, zunächst ein Bekenntnis abzulegen, dass wir uns bei der Initiierung des Fonds, als wir dachten, es ist ein reines Abwrackinstrument gegen Krankenhäuser, getäuscht haben. Im Zuge der Umsetzung hat sich gezeigt, dass mit dem Fonds sehr viel Konstruktives in Richtung erforderlicher Strukturveränderung gemacht wird. Dieser Pfad wird jetzt weiter gegangen, indem die Bereiche, in die Mittel investiert werden können, bis hin zu telemedizinischen Erfordernissen, Notfallstrukturen und auch z. B. Förderung von Ausbildungsstätten für die Ausbildung von Pflegekräften usw. ausgeweitet werden. So sehen wir, dass das in diesen weiteren Förderbereichen über die nächsten zwei Jahre eine positive Ausrichtung hat, Mittel konstruktiv umgesetzt zu bekommen, ohne dass es nur um die Schließung von Krankenhäusern geht. Bei der Schließung der Krankenhäuser sieht die gesetzliche Vorgabe einen bettenbezogenen Schließungsförderungsbetrag vor. Da würden wir uns wünschen, dass es so bleibt, wie bisher, dass Schließungskosten hausindividuell in den jeweiligen Projekten geltend gemacht und nicht deutschlandweit schematisch nach Größengruppen bestimmte Vorgaben gemacht werden können. Ansonsten glauben wir, dass die Strukturentwicklungserfordernisse in den verschiedenen Bereichen Vernetzung ambulant, stationär usw. mit den Erweiterungen sachgerecht bedient werden können. Der Fonds ersetzt nicht die bereitgestellten Bundesmittel. Die Defizite, die insgesamt bei den Investitionen durch die Länder bestehen, belaufen sich auf 6 Milliarden Euro, wir bekommen aber nur 3 Milliarden Euro.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie die im PpSG vorgesehene Ausweitung der Anwendungsbereiche von im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Videosprechstunden?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Das begrüßen wir. Wir schlagen darüber hinaus vor, dass noch weitergehender zu gestalten, weil es bisher nur um die Möglichkeit der Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient geht. Wir haben aber zwei Probleme. Das eine ist das Telekonsil mit dem Patienten. Das sollte dann möglich sein, wenn Arzt und Patient das für eine Befundbeurteilung für sachgerecht halten. Das könnte man verstärken. Zweitens ist nicht ausreichend geregelt, dass nach §§ 87 Absatz 2a und 291g SGB V eine Harmonisierung stattfinden muss, also ein Telekonsil zwischen zwei Ärzten zur gegenseitigen Besprechung eines Befundes über die heute schon mögliche radiologische Befundbeurteilung hinaus möglich sein muss, also nicht nur Röntgenbilder, um es etwas einfacher zu sagen, sondern auch EKG, Laborbefunde oder Ähnliches demselben Mechanismus unterfallen. Das sind zwei kurze Änderungsvorschläge zu diesem Paragrafen.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich frage zu einem meiner Lieblingsthemen, zur Zentrenbildung den Gemeinsamen Bundesausschuss. Diese Zentrenbildung liegt uns am Herzen. Wir wollen das Ganze beschleunigen. Es geht darum, die besonderen Aufgaben als Voraussetzung für den Zentrumszuschlag zu definieren. Für eine kurze Stellungnahme zur vorgesehenen Regelung wären wir Ihnen dankbar.

SV Prof. Dr. med. Elisabeth Pott (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich kann Ihnen sagen, dass die festgelegte Zentrumsvereinbarung, die sich als nicht umsetzbar erwies, gerne im G-BA aufgegriffen wird und wir sehr gerne die Qualitätskriterien entwickeln wollen, die notwendig sind, damit man die Kliniken identifizieren kann, die geeignet sind, besondere Aufgaben zu übernehmen. Dass sie dem G-BA diese Aufgabe übertragen wollen, finden wir sehr gut und das begrüßen wir sehr. Der G-BA ist bereits für das Krankenhausstrukturgesetz 2016 mit den krankenhausplanungsrechtlichen Themen der Sicherstellungszuschläge und dem gestuften System von Notfallstrukturen betraut worden. Beide Beratungsverfahren konnten erfolgreich abgeschlossen werden. Deshalb möchten wir diese besonderen Aufgaben der Konkretisierung von Zentren und Schwerpunkten übernehmen und dies mit den Kompetenzen, die wir haben, ergänzen. Es



wäre wichtig, in das Gesetz eine nicht abschließende Liste von Zentren aufzunehmen, die bearbeitet werden sollen, denn bei der Auswahl von Zentren für den ersten Beschluss des G-BA müsste festgelegt werden, was in dem einen Jahr zu leisten ist, weil auch Anhörungen nicht zuletzt durch medizinische Fachgesellschaften vorzusehen sind. Das alles dauert seine Zeit, sodass man zunächst mit onkologischen Zentren, Palliativzentren und rheumatologische Zentren anfangen und dann sukzessive die anderen Zentren, die alle in Ihrem Gesetz aufgelistet sind, weiter bearbeiten könnte.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Die Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie beurteilen Sie die vorgesehene gesetzliche Festlegung der regelmäßigen Höhe des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinaus auf 35 Prozent?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Dass ein Abschlag von der DKG begrüßt wird, ist in der Tat nicht unbedingt zu erwarten, aber die Alternative, dass mit den Krankenkassen zu verhandeln wäre und die ankündigen, dass sie 60, 70 oder 80 Prozent auf die zusätzliche Geburt, die ein Krankenhaus zu versorgen hat, wegnimmt, erschrickt und ruft nach dem Wunsch, dass der Gesetzgeber die Höhe des Abschlags festlegt. Sie tun das jetzt in der Wiederholungsphase und dauerhaft und das begrüßen wir, wenngleich der Fixkostenanteil nach unseren Rechnungen eher bei 130 Prozent liegt. Prof. Dr. Wasem hat uns ein Gutachten erstellt und kam auf 28 Prozent. Ehe wir uns mit den Krankenkassen über 60 oder 70 Prozent-Quoten ärgern müssen, ist uns dieser Weg lieber. Dass Verlängerungen bis zu 5 Jahren nicht mehr im Gesetz vorgesehen sind, ist eine grundsätzlich positiv von uns einzuschätzende Veränderung.

Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Meine Frage geht an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Eine solide Datengrundlage ist unabdingbar, um langfristig fundierte Personalanhaltszahlen im Krankenhaus generieren zu können. Welche Maßnahmen erachten Sie als geeignet, um eine solche Datenbasis zu erarbeiten?

SV Dr. Michael Rabenschlag (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Wir

müssen hier zwei fundamentale Datenquellen unterscheiden, die für die Weiterentwicklung grundsätzlich zur Verfügung stehen, sowohl für Pflegepersonalunterschiede als auch für Personalanhaltszahlen. Einmal haben wir den schon verhandelten Datensatz nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), der von allen Krankenhäusern in Deutschland einmal im Jahr geliefert werden muss. Hier wären verpflichtende Angaben zur Ausstattung des Pflegepersonals, differenziert nach Berufsgruppen und Einsatzorten, z. B. Fachabteilungen, so wie es im Gesetzentwurf schon vorgesehen ist elementar. Im Entwurf sind wichtige Elemente genannt und ein ganz zentraler Punkt ist z. B. die Dauer der Intensivbehandlung, weil für die Weiterentwicklung der Schweregradgruppen, die im Entwurf des PpSG adressiert wird, die Dauer der Intensivbehandlung für die Risikoadjustierung und damit die Etablierung der Schweregradgruppen sehr wichtig ist. Bei bestimmten Bereichen wären vertiefende Analysen erforderlich, bspw. wenn Sie sich jetzt überlegen wollen, schichtbezogene Auswertungen zu machen. Da regen wir an, keine Vollerhebung in der Nation durchzuführen, sondern eine Stichprobe zu ziehen, die repräsentativ ist und auch nur einen begrenzten Zeitraum und kein ganzes Kalenderjahr umfasst, um eine solide Datengrundlage zu schaffen.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage geht gleich noch einmal an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Aktuell wurden einzelne Krankenhäuser dazu verpflichtet, aufgrund der Repräsentativität an Kalkulationen teilzunehmen. Manche Krankenhäuser entziehen sich dem durch Widerspruch und Klage mit aufschiebender Wirkung. Wie beurteilen Sie das Vorhaben, diese aufschiebende Wirkung aufzuheben und wie viele Krankenhäuser sind es, die nicht mitmachen?

SV Dr. Michael Rabenschlag (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Wir haben insgesamt 60 Krankenhäuser für die DRG-Kalkulationen gezogen, 20 Häuser für die Psychiatriekalkulation und 40 Häuser für die Investitionsbewertungsrelationen. Davon haben sich insgesamt 28 Häuser nicht an der Kalkulation beteiligt, dreizehn davon haben uns verklagt. Nicht alle, die nicht teilgenommen haben, haben uns auch verklagt. Die Nichtlieferung der klagenden Häuser,



wenn man das differenziert betrachtet, zeigt, dass gerade das, was wir mit der Ziehung eigentlich erreichen wollten, nämlich eine deutliche Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe, bei den spezialisierten oder hochspezialisierten Fachkrankenhäusern nicht mehr erreichen können, weil sie keine Daten mehr liefern, sodass das eigentliche Ziel nicht erreicht worden ist. Wenn Sie jetzt überlegen, eine Stichprobe für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen zu ziehen, bei der eine Repräsentativität wichtig wäre, und wenn es hier möglich wäre, in Widerspruch zu gehen, dann wäre die Repräsentativität einer solchen Stichprobe wieder in Frage gestellt. Insofern halten wir den Ansatz, dass es keine aufschiebende Wirkung gibt, an der Stelle für extrem wichtig, um nicht ins Leere zu laufen.

Abg. Prof. Dr. Claudia Schmidtke (CDU/CSU): Die Frage geht an die Deutschen Krankenhausgesellschaft. Künftig sollen alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) genannten Ausbildungsbereiche bei einer vereinbarten Ausbildungsvergütung finanziert werden und Investitionen in neue Ausbildungskapazitäten mit Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds förderfähig sein. Wie beurteilen Sie diese Maßnahme? Wie schätzen Sie die Auswirkungen auf die Zahl der dann Auszubildenden in Kliniken ein?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Noch nie wurden in Krankenhäusern so viel Ausbildungsplätze wie derzeit zur Verfügung gestellt. Es sind etwa 83 000 Ausbildungsplätze, die belegt werden und die Kapazitäten und auch die Zahl der Auszubildenden ist in den letzten Jahren gestiegen. Die drei Maßnahmen, die das Gesetz hier vorsieht, sind sehr wichtig und unterstützen das Bemühen der Krankenhäuser, noch mehr Ausbildungtleistung erbringen zu können. Das eine ist die Ausweitung des Kreises der Berufe, die benannt werden, um in den Ausbildungsfonds zu kommen. Das ist sehr wichtig. Da geht es um Logopäden und alle möglichen Berufe. Wenn die eines Tages, was gewerkschaftlich bevorsteht, in den Verhandlungen Vergütungen erhalten, müssen diese durch die Krankenhäuser bezahlt werden und die Krankenhäuser müssen das auch wieder refinanzieren können. Das wird sichergestellt. Die andere Maßnahme, dass die

Anrechnungsregelung von Auszubildenden auf Vollkräfte, 9,5 Auszubildende werden auf eine Vollkraft angerechnet, für das erste Lehrjahr ausgesetzt wird, ist eine sehr hilfreiche Maßnahme und entlastet die Krankenhäuser im Umfang von 100 bis 130 Millionen Euro und unterstützt das Ausbilden. Die Kliniken, die ausgebildet haben, haben die Anrechnung als Bestrafung empfunden. Das fällt weg. Der dritte Punkt, dass Mittel aus dem Fonds jetzt auch für Investitionen in neue Ausbildungsplätze und in die Ausstattung von Ausbildungsplätzen gegeben werden können, unterstützt die Ausbildungsbemühungen der Krankenhäuser, sodass dieser Teil des Paketes auf jeden Fall grundsätzlich zu begrüßen ist. Wir würden uns natürlich wünschen, dass es auch im zweiten und dritten Jahr keine Anrechnung der Auszubildenden auf die Vollkräfte gäbe. Ein erster Schritt wird aber gemacht.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Hospiz- und Palliativverband. Es geht um Begleitpersonen von erkrankten Kindern, die heute ins Krankenhaus mitgenommen werden können und deren Aufenthalt von den Krankenkassen bezahlt wird. Anders ist es, wenn die Eltern nicht im Krankenhaus untergebracht werden können. Eine Unterbringung außerhalb des Krankenhauses wird nicht finanziert. Dafür gibt es entsprechende Einrichtungen. Wie würden Sie eine entsprechende Gesetzesänderung einschätzen, wenn die Kosten für die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses nicht höher wären, als für die, die innerhalb des Krankenhauses entstehen?

SVe Christine Bethke-Meltendorf (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV)): Ich begrüße diese Regelung. Sie ist auf jeden Fall sehr positiv. Im Hospiz- und Palliativbereich ist das nicht ganz so dringend, weil im Konzept enthalten ist, dass die Angehörigen mit dabei sind. Das ist zum Teil auch in der Kostenkalkulation enthalten, aber auch bei normalen Erkrankungen. Gerade bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen, gibt es diese Problematik und es kann sein, dass eine Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Der Wortlaut von § 11 Absatz 3 SGB V wird aber so interpretiert, dass nur die Mitaufnahme in der stationären Einrichtung dazu führt, dass die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Wenn stationär keine Möglichkeit besteht und die Unterbringung



außerhalb sein muss, werden die Kosten nicht übernommen. Insofern wäre es sehr wichtig, dass eine gesetzliche Änderung erfolgt, damit die Angehörigen nicht noch mit weiteren Kosten belastet werden.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di und an den GKV-Spitzenverband. Sowohl in den psychiatrischen Krankenhäusern als auch in der stationären Altenpflege werden allgemeine Personalbemessungsinstrumente zur Sicherstellung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung entwickelt. In den somatischen Krankenhäusern werden wir zukünftig mit Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegequotienten und der Zusage, dass alle benötigten Stellen in der Pflege am Bett finanziert werden, arbeiten. Ist dies ausreichend, um bedarfsgerechte und wirtschaftliche pflegerische Versorgung auch in somatischen Häusern zu garantieren oder brauchen wir hier weitere Instrumente?

SVe Grit Genster (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Zunächst erstmal sehen wir in dem weiterentwickelten Pflegestellenförderprogramm für 2019 ein Instrument, mit dem schnell mehr Personal für die Krankenhäuser gewonnen werden kann, allerdings im Rahmen dessen, was an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und unter der Voraussetzung, dass sich die Arbeitsbedingungen nachhaltig ändern. Erforderlich sind kurzfristigen Maßnahmen, die die Fehlanreize der unzureichenden Pflegepersonalausstattung im DRG-System beseitigen. Ver.di begrüßt deshalb die Herauslösung der Pflegepersonalkosten und die Bildung des Pflegebudgets mit der vollständigen Refinanzierung. Mit dem Nachweis der zusätzlichen Stellen im Krankenhaus entfällt der ökonomische Anreiz, bei der Ausstattung mit Pflegepersonal zu sparen. Sie sprechen zurecht die Aufträge an, die bereits für die Altenpflege ausgegeben wurden, und auch den laufenden Auftrag, für die psychiatrischen Einrichtungen Mindestpersonalvorgaben zu entwickeln und zu implementieren. Wir sehen für die somatischen Krankenhäuser eine Regelungslücke. Es ist kein einheitlicher und fachlich anerkannter Maßstab für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personalbesetzung vorgesehen. Sowohl die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die

in den psychiatrischen Einrichtungen und Fachabteilungen in der Anwendung ist, als auch die Pflegepersonalregelung (PPR), die in den 90er-Jahren verbindliche Bemessungsgrundlage für das Pflegepersonal gewesen ist und immer noch in vielen Krankenhäusern eingesetzt und angewandt wird, bieten als Kalkulationshilfe eine gute Grundlage. Sie bieten eine gute Grundlage zur Weiterentwicklung und die PPR kann als Maßstab für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personalbesetzung bei Verhandlungen zum Pflegebudget implementiert werden. Eine gesetzliche Regelung könnte, und da sehen wir Änderungsbedarf in dem vorliegenden Gesetzentwurf, sich am § 113c SGB XI orientieren, in dem die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments für die Altenpflege bereits enthalten ist. Mit der Entwicklung wäre eine Expertenkommission zu beauftragen. Die ist notwendig und es gibt entsprechend gute Erfahrungen mit der Psych-PV und mit der PPR. Damit könnten gute Ergebnisse erreicht werden. Wir halten in diesem Gesetzentwurf eine Aufnahme des Auftrags zur Entwicklung und Erprobung auch für die somatischen Krankenhäuser für notwendig, um die Ausstattung mit Pflegepersonal in diesem Bereich nachhaltig sicherzustellen.

SV Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Man kann prinzipiell zwei Fehler machen. Der eine ist, ein Optimum ohne Ansehen der Ist-Situation zu definieren, um dann festzustellen, dass es nicht umzusetzen ist. Dieses ist in der PPR in den 90er-Jahren passiert, möglicherweise auch im Bereich der Frühgeborenen. Oder man kann den anderen Fehler machen, sich sehr stark an der Ist-Situation orientieren und nicht bemerken, dass das ganze Niveau falsch ist. Unserer Meinung nach sollte man immer beides machen und die Normsetzung immer mit einem Abgleich zur Ist-Situation verbinden. Das heißt, im gegenwärtigen System der Personaluntergrenzen ein weiteres pflegewissenschaftliches Instrumentarium anzuwenden, aber nicht in einen Wettbewerb zu verfallen, wer den höchsten Pflegemangel schafft. Nur der Pflegemangel, der auch behoben werden kann, hilft den Versicherten. Deswegen sind wir bei den Pflegepersonaluntergrenzen auf dem richtigen Weg und müssen diese aber langfristig durch ein beobachtendes Instrumentarium ersetzen.



Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an die Fachgesellschaft Profession Pflege. Das Gesetz sieht vor, dass Prozedurenschlüssel benannt werden, die gestrichen werden könnten, weil sie nach der Einführung des Pflegebudgets und der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG nicht mehr benötigt würden. Was halten Sie von dieser Regelung?

SVe Dr. Pia Wieteck (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.): Grundsätzlich sind wir der Überzeugung, dass es einen Rückschritt darstellen würde, da es momentan durch die spezifischen Operations- und Prozeduren-Schlüssel ausgeleuchtete Bereiche gibt. Da haben wir die Geriatriekomplexkodes, die neurologische Frührehabilitation und hoch aufwendige Pflege als Beispiele. Hier sind spezifisch aktivierende therapeutische Konzepte auch deshalb in der Pflege verortet worden, weil es diese Indikatoren gibt, die darstellen, dass hier ein spezifisches Leistungsgeschehen stattfindet. Das wurde auch in der Vergütung berücksichtigt. Wenn wir diese Dinge herausstreichen, d. h. sagen, neurologische Frührehabilitation und die 180 Minuten therapeutisch aktivierende Pflege muss nicht mehr abgebildet oder nicht mehr erbracht werden, besteht das Risiko, dass diese therapeutischen Konzepte wieder zurückgefahren werden, weil sie nicht mehr beleuchtet werden, weil nicht mehr klar ist, dass sie transparent erbracht werden sollen. Zudem haben genau diese Indikatoren einen hohen Ausschlag auf den Pflegepersonalquotienten. Wenn wir diese Dinge aus dem DRG-System entfernen, wird der Pflegepersonalquotient ein Grundrauschen abbilden und sie werden keine differenzierten Unterschiede mehr zwischen dem Leistungsgeschehen in den unterschiedlichen Einrichtungen erkennen können. Ziel der Regierung ist es, dass wir mehr Personal verhandeln, diskutieren und sagen können, das ist ein ordentlicher Rahmen, in dem man bestimmte Leistungen erbringen kann. Man kann aber nur diskutieren und verhandeln, wenn man auch sieht, dass hier eine andere Pflege stattfindet. Unser Interesse ist es, dass gute Pflege auch gut vergütet wird. Hier sollten Direktorinnen und Direktoren unterstützt werden, damit sie bessere Pflegepersonalbudgets verhandeln können. Wir wollen ausleuchten, wo aktivierende therapeutische Konzepte und wo Patientenedukationen stattfinden, damit wir wissen, um was es geht. Herr von Stackelberg hat es vorhin gesagt, wie können wir

erreichen, dass am Bett Pflege stattfindet und nicht Pflegeaufgaben subsummiert werden? Wir brauchen schlaue Indikatoren im DRG-System, die die Besonderheiten der Pflege ausmachen und den pflegediagnostischen Prozess fördern, damit das, was momentan noch schief läuft, verbessert werden kann.

Abg. Bettina Müller (SPD): Ich habe eine Frage an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Wie beurteilen Sie den Zeitplan für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG und die Einführung eines neuen Vergütungssystems für die Pflegepersonalkosten?

SV Dr. Michael Rabenschlag (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Im Gesetzentwurf steht, dass die Vertragsparteien zunächst definieren, was Pflegepersonalkosten sind. Das machen sie bis zum 31. Januar 2019 mit Rückwirkung zum 1. Januar 2019. Wenn wir den Katalog für das Jahr 2020 im Jahr 2019 kalkulieren, haben wir Daten aus dem Jahr 2018. Das heißt, dass Vereinbarungen aus dem Jahr 2019 sich nicht in den Daten widerspiegeln. Das ist technisch vollkommen unmöglich. Grundsätzlich muss man auch das Zusammenspiel zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK betrachten. Das läuft deshalb so gut, weil wir Änderungen, die wir vornehmen, grundsätzlich mindestens drei bis sechs Monate, manchmal auch bis zu zwölf Monate oder Jahre vorher ankündigen, damit die Krankenhäuser sich auf diese Änderungen vorbereiten und so prüfen können, wo Umsetzungsschwierigkeiten sind und Fragestellungen entstehen, die wir alle im Vorfeld klären können, bevor es losgeht. Dieses gute Zusammenspiel führt genau dazu, dass wir die Dinge, die wir geändert haben, immer relativ zügig und immer mit guter Datenqualität ändern konnten. Unter dem nun zur Verfügung stehenden Zeithorizont würden wir das in dieser Form natürlich nicht mehr ganz so umsetzen können. Das Ergebnis beruht auf Daten, die wichtige Grundlagen nicht enthalten. Insofern wäre es sicherlich günstiger, wenn man festlegt, dass die Kalkulationsdaten 2019 das erste Mal die Daten der Vereinbarung enthalten. Das heißt also im Jahr 2020 mit den Daten aus dem Jahr 2019 zu kalkulieren und erst im Jahr 2021 zu starten.



Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Ich würde gerne wissen, wie Sie die Regelung, den Fixkostendregressionsabschlag per Gesetz zu fixieren, und die umfangreichen Ausnahmen, die darin enthalten sind, bewerten.

SV Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich ist es begrüßenswert, dass wir jetzt eine einheitliche Regelung auf Bundesebene haben. Die Verhandlungen vor Ort sind dadurch stark verzögert worden, dass jeweils ein eigener Prozentsatz vereinbart werden sollte. Allerdings sollte man, wenn man dieses bundeseinheitlich tut, auch die Anzahl der Ausnahmen reduzieren, um nicht durch die Diskussion über diese Ausnahmen die Verhandlungen genauso lang zu verschleppen. Ein letzter Punkt zur Höhe. Die Hälfte der bisher getroffenen Vereinbarungen endet bei einem circa 50-prozentigen Abschlag. Wenn man sich jetzt auf 35 Prozent einigt, bedeutet das de facto Mehrausgaben. Das muss man wissen. Will man eine kostenneutrale Lösung, dann sollte man 45 Prozent Fixkostendregressionsabschlag wählen.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage richtet sich an den Verband der Universitätsklinika. Der vorliegende Kabinettsentwurf sieht nicht mehr die Möglichkeit der Förderung von Maßnahmen an Universitätskliniken mit Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds vor. Wie ist Ihre Position zu dieser Regelung?

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika e. V. (VUD)): Durch den Gesetzentwurf wird der Katalog an förderfähigen Maßnahmen für den Strukturfonds deutlich erweitert. Viele Themen sind neu enthalten. Zum ersten Mal sind Themen enthalten, die maßgeblich die Universitätskliniken betreffen. Drei Beispiele dafür: Das erste ist das Thema IT-Sicherheit. Alle deutschen Unikliniken gelten als kritische Infrastruktur im Sinne des IT-Sicherheitsgesetzes. Zweites Thema ist die telemedizinische Vernetzung. Viele Leuchtturmprojekte in diesem Bereich laufen an Unikliniken. Als drittes Beispiel sei die Zentren-Bildung genannt. Insbesondere im Bereich der seltenen Erkrankungen sind sie oft die einzigen Angebote überhaupt für bestimmte Erkrankungen und somit auch

Domänen der Universitätsmedizin. Das alles sind Themen, die künftig im Strukturfonds förderfähig sind, aber nicht für Unikliniken. Das ist für uns in der Sache nicht nachvollziehbar. Es ist in der Frage angedeutet worden, dass das im Referentenentwurf noch anders war, denn dort waren die Unikliniken als potenziell förderfähig vorgesehen. Das ist jetzt im Gesetzentwurf so nicht mehr enthalten. Begründet wird das insbesondere über die Frage der Investitionsförderung und der Einbeziehung der Unikliniken in das KHG, die ja so nicht gegeben ist. Aus unserer Sicht ist es aber ein formales Argument, das in der Sache nicht trägt, denn der Strukturfonds ist nicht ein Instrument zur Kompenstation von fehlenden oder unzureichenden Investitionsmitteln der Länder im KHG-Bereich, sondern ein Strukturweiterentwicklungsinstrument. Insoweit es dafür gedacht ist, erschließt sich nicht, warum strukturelle Weiterentwicklungen für einen Teil der Krankenhäuser, die immerhin zehn Prozent der stationären Versorgung in Deutschland tragen, so nicht förderfähig sein sollen. Insofern ist unser Petition, die Universitätsmedizin in die Förderfähigkeit einzubeziehen, weil die Themen, die der Strukturfonds in der strukturellen Weiterentwicklung adressiert, überproportional Universitätsklinikthemen sind.

Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wenn der Pflegezuschlag zum Jahr 2020 aufgehoben wird, sollten gemäß eines Vorschlags der DKG dauerhaft die 500 Millionen Euro als Zuschuss gewährt werden. Wie ist Ihre Position wenn schon die Länder nicht ordentlich finanzieren, könnte dann die GKV nicht dauerhaft 500 Millionen Euro finanzierten?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Wir finanzieren gerne Pflege. Ob wir das über das Selbstkostendeckungsprinzip vernünftig machen, ist eine Diskussion, die wir hier heute führen sollten. Danach haben Sie aber nicht gefragt. Sie haben nach der Beibehaltung des Pflegezuschlags gefragt. Für mich ist die Argumentation der DKG überhaupt nicht nachvollziehbar. Die Krankenhäuser bekommen zukünftig die Pflege, wenn das Gesetz Realität wird, ab dem Jahr 2020 voll finanziert. Jetzt ist die Frage, ob es ein Anrecht auf Zweckentfremdung von Mitteln gibt. Außerdem stellt sich die Frage, ob diese Mittel zweckent-



fremdet werden. Die erste Frage ist rhetorisch. Natürlich gibt es keinen, das brauche ich nicht weiter zu sagen. Dann ist die zweite Frage, wie es damals mit dem Pflegezuschlag war, als er eingeführt wurde. Heißt der nur so oder war der auch tatsächlich für Pflege gedacht? Erlauben Sie, dass ich aus der Begründung des Krankenhausstrukturgesetzes 2016 zitiere. Da ist der Pflegezuschlag eingeführt worden und ich zitiere wörtlich: „Zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung und als Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung wird den allgemeinen Krankenhäusern ab dem Jahre 2017 ein Pflegezuschlag gezahlt. Da der Pflegezuschlag von der Höhe der krankenhausindividuell entstandenen Personalkosten für Pflegepersonal abhängt, wird mit dem Pflegezuschlag ein Anreiz gesetzt, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.“ Herr Prof. Franke, was müssen Sie noch als Gesetzgeber sagen, um ihren Willen klar auszudrücken? Für mich ist das klar. Der Pflegezuschlag ist für die Pflege ausgelobt worden. Insofern, wenn die Pflege vollständig über Selbstkostendeckung finanziert wird, ist der Pflegezuschlag zukünftig überflüssig. Dann muss man sich fragen, was hat die DKG denn da vor Augen? Ein Schelm ist, wer Böses dabei denkt.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. In Ihrer Stellungnahme thematisieren Sie die Personal- und Vergütungssituation in Rehabilitationseinrichtungen. Bitte erläutern Sie diese vor dem Hintergrund der geplanten Regelungen. Wo sehen Sie Handlungsbedarf?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Der Reha-Bereich ist aus unserer Sicht das Stiefkind dieses Gesetzentwurfs. Während im Krankenhaus und auch in der stationären Altenpflege zusätzliche Pflegepersonalstellen refinanziert werden, geht der Reha-Bereich komplett leer aus. Dabei ist es in der Reha genauso wichtig wie im Krankenhaus und in der Altenpflege, ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal, gerade in multiprofessionellen Teams, zur Verfügung zu haben. Hier weist der Gesetzentwurf eine absolute Lücke auf. Wir weisen auch schon seit Jahren auf ein weiteres Problem im Reha-Bereich hin. Tarife, Tarifbindungen und Tarifsteigerungen werden bei der Vergütungs-

findung nicht anerkannt. Die Krankenkassen verweisen bei den Vergütungsverhandlungen regelmäßig auf die Grundlohnsummenbindung und verweigern die Refinanzierung einer angemessenen Vergütung. Wir sehen dringenden Handlungsbedarf zur Nachbesserung der §§ 111, 111a ff SGB V, dass Tarifbindungen bei den Vergütungsverhandlungen stets als wirtschaftlich anzuerkennen sind.

Abg. Bettina Müller (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Pflegerat. Inwieweit könnten die akuten Personalprobleme in der stationären Geburtshilfe durch das PpSG gelindert werden und welche Maßnahmen könnten das Ihrer Meinung nach sein?

SV Peter Tackenberg (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Die Situation in den Kreißsälen ist vergleichbar dramatisch wie in den Pflegestationen. Der Betreuungsschlüssel von Hebammen und Gebärenden ist schlechter als in allen europäischen Ländern und zudem in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Häufig betreut eine Hebamme pro Jahr 170 Geburten in Deutschland. In anderen Ländern sind zum Vergleich 30 bis 40 Geburten üblich. Das hat eine Abwärtsspirale beim Personal verursacht. Die Berufsflucht nimmt zu und das hat Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung der Verbleibenden. Die Zusage, dass alle Hebammenstellen vollständig refinanziert werden, wird auf jeden Fall ein Mittel sein, dem Abwärtstrend entgegenzuwirken und Auswirkungen auf eine Qualitätsverbesserung haben. Die alleinige Herausnahme der Pflegestellen aus der DRG-Finanzierung kann dazu führen, dass Klinikeinsatz mit Personalanteilen der Hebammen in den DRG verstärkt andere Kosten refinanzieren. Um dem Mangel weiter zu begegnen, könnten möglicherweise Stellen bevorzugt mit Pflegepersonal besetzt werden, weil eben nur Pflegestellen komplett refinanziert werden. Auf dieses deutliche Problem der Hebammen ist mit Nachbesserungen im PpSG einzugehen.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Welchen bürokratischen Aufwand müssen Krankenhäuser leisten, um die vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen umzusetzen? Welche Kosten müssen dafür veranschlagt werden? Wie bewerten



Sie die vorgeschlagene gesetzliche Neuregelung im Hinblick auf die Ausklammerung der Pflege in Reha-Einrichtungen? Welche Folgen ergeben sich daraus für die Patientenbehandlung in den Krankenhäusern?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Wir werden generell bei Vorgaben zur Personalbesetzung mit der Frage zur Kontrolle konfrontiert sein. Rechtsunsicherheit besteht bei der Frage, ob die Leistung mit einer flankierend gleichen oder erforderlichen Zahl von Personal erbracht wurde. Es eröffnet sich ein enormes Streitfeld für den Medizinischen Dienst und die Krankenkassen beziehungsweise Krankenhäuser. Das stellt sich mittlerweile in unseren Krankenhäusern als enormes Problem dar. Zudem gibt es immer noch die Rechtsunsicherheit, ob Leistungen bezahlt werden oder nicht. Soweit meine Hinweise zu Bürokratie und Kosten. Zur Frage zur Rehabilitation: Mögliche Konsequenz der Finanzierung zusätzlicher Krankenhaus-Pflegestellen wäre, dass fertig ausgebildete Pflegekräfte aus den Reha-Einrichtungen abgeworben werden. Diese Kräfte würden wegen der Refinanzierung gut bezahlt werden. Die Folge für die Versorgung wäre, was wir heute schon deutlich spüren, dass die Wartezeiten zur Aufnahme in die Reha, insbesondere bei sehr betreuungsintensiven Fällen wie Schlaganfallversorgung oder Herzoperationen, immer länger werden. Wir befürchten, dass sich dieser Prozess fortsetzen wird. Zum einen werden die Patienten immer älter und zum anderen werden sie auch deutlich früher aus dem Krankenhaus entlassen. Wenn dann keine Reha als Anschlussversorgung angeboten werden kann, ist das sehr problematisch.

Abg. Jörg Schneider (AfD): Ich richte meine Frage an die Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. Es geht um die Herauslösung der Pflegekräfte aus der DRG-Kalkulation und die Umstellung auf das krankenhausindividuelle Pflegebudget. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass das nicht unproblematisch ist. Welche Probleme sehen Sie dort in der Praxis?

SV Dr. Pia Wieteck (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.): Grundsätzlich besteht die Heraus-

forderung darin, sicherzustellen, dass sich die Pflege am Bett verändert. Wir haben momentan gerade bei vulnerablen Patientengruppen die Problematik, dass der pflegediagnostische Prozess nicht umgesetzt wird. Dadurch werden viele Dinge zu spät oder gar nicht erkannt und es treten unerwünschte Ereignisse ein. Das fällt gerade bei den Analysen der Fälle im Kontext der PKMS-Kodierung (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) sehr stark auf. Fallanalysen zeigen pflegefachliche Defizite auf. Wir wissen aus der internationalen Literatur, dass ein reines Einbringen von mehr Personal und Händen nicht unbedingt das ergibt, was wir uns wünschen, nämlich eine Verbesserung der Qualität. Die Frage ist, wie das gelingen könnte. Wir sind der festen Überzeugung, dass es dazu weitere pflegespezifische Indikatoren im DRG-System braucht, um dieses Thema auszuleuchten und Unterschiede des Leistungsgeschehens der Kliniken differenzierter betrachten zu können. Es sind auch Qualitätsbewertungen erforderlich. Das ist das Pendant dazu. Wir brauchen ein Qualitätsindikatoren-Set der Pflege beim IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) vorortet, um im Kontext der Personalbemessungsdiskussion darüber diskutieren zu können, was für eine Qualität welchen Personalbedarf erzeugt. Mit dem Ausbau vorhandener Instrumente haben wir einen guten Ansatz, denn sie sind auf jeden Fall deutlich besser, als wenn wir nochmals die PPR einführen würden.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ich beziehe mich auf eine Meldung vom 27. Juli 2018, „Kliniken verzichten auf Millionen“. Hier steht, dass von 300 Millionen Euro, die für zusätzliche Pflege- und Schwesternstellen zur Verfügung gestellt worden sind, nur 157 Millionen Euro abgerufen wurden. Das ist ein Bericht des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Geld war dafür da, um Personalmangel zu beheben. Im vergangenen Jahr hätten nur 620 der knapp 2 000 Krankenhäuser von diesem Programm profitiert beziehungsweise das Geld abgerufen. Können Sie erklären, woran das liegt, falls diese Meldung bestätigt werden kann?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das ist die Nutzung des Pflegeförderprogrammes durch die Krankenhäuser mit



19 Prozent Personalkostenzuschuss. Das Programm ist mit Optionen aufgesetzt, die jetzt verändert werden. Bisher hat das Krankenhaus vor Augen gehabt, dass das Geld nach Ablauf der drei Förderjahre auf alle verteilt und nicht mehr krankenhausindividuell zugewiesen wird. Das hat man vor Augen, aber der Hauptgrund für die begrenzte Inanspruchnahme liegt im Arbeitsmarkt. Die Kliniken haben 10 000 etablierte, d. h. zur Finanzierung bereitstehende Stellen, aber sie finden die Arbeitskräfte nicht. Das Statistische Bundesamt weist aus, dass wir in diesem Jahr gegenüber 2017 3 000 Stellen mehr in der Pflege haben. An der Stelle wird deutlich, dass die Abgrasung des Pflegemarktes über den Förderbereich des Pflegeförderprogramms hinausgeht. Die Psychiatrie ist davon nicht erfasst. Das heißt, wir haben schon mehr eingestellt, nur nicht alles, was wir eingestellt haben, ist von der Regelung des Pflegeförderprogrammes erfasst worden. Kliniken haben die Chance, die Mittel von drei Jahren am Ende des Zeitraumes als Ganzes in Anspruch zu nehmen. Jetzt wird die Option verlängert. Natürlich hätte die Inanspruchnahme größer sein können, aber Sie können sicher sein, dass niemand heute die Möglichkeit der Einstellung einer Pflegekraft unter Refinanzierungsbedingungen von 90 Prozent oder 100 Prozent ablehnt, wenn er eine findet. Das Problem ist der Arbeitsmarkt und nicht die Bereitschaft der Krankenhäuser, Pflegekräfte einzustellen.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Sie hatten bereits auf die Personalausstattung der öffentlichen Gesundheitsdienste hingewiesen. Nun gibt es im PpSG die neue Regelung zu § 36 Absatz 6 IfSG mit wiederum neuen Aufgaben und Untersuchungsmöglichkeiten. Sollte Ihrer Ansicht nach eine Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, auch im Hinblick auf die Übernahme weiterer Tätigkeiten, erfolgen und welche könnten das eventuell sein?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich hatte vorhin schon kurz darauf eingegangen, dass der öffentliche Gesundheitsdienst ein großes Personalproblem hat. Es finden sich keine Ärzte für die Gesundheitsämter. Der Grund liegt in den Tarifstrukturen und in der Verweigerung eines arztspezifischen Tarifvertrags. Ob eine Neustrukturierung dieses Problem beseitigt,

weiß ich nicht. Ich weiß aber sicher, dass sich die Arbeitssituation der Menschen in den Gesundheitsämtern nicht verbessert, wenn man ihnen noch mehr Aufgaben zuweist. So wichtig und richtig diese Aufgabenzuweisung sein mag, das Problem liegt darin, dass wir Ärzte dafür finden müssen und die finden wir nur, wenn sie in einem konkurrenzfähigen Tarifverhältnis sind. Dann kann man ihnen auch mehr Aufgaben zuweisen. Trotzdem, angeichts der Diskussion, die wir im Umfeld haben, rate ich Ihnen, dass so zu verabschieden, wie es hier drin steht. Wir begrüßen es, weil wir den Druck auf die Länder damit erhöhen können, endlich für vernünftige Tarifbedingungen zu sorgen.

Abg. Jörg Schneider (AfD): Auch meine zweite Frage geht an die Fachgesellschaft Profession Pflege. Es geht um die sogenannten blutigen Verlegerungen. Kann man diese tatsächlich vermeiden, wenn man den individuellen Pflegebedarf der Patienten durch die gesonderte Pflegekostenbemessung besser berücksichtigt?

SVe Dr. Pia Wieteck (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.): An der Stelle ist wichtig, sich Gedanken darüber zu machen, was der individuelle Pflegebedarf bedeutet. Das setzt voraus, dass ich einen systematischen diagnostischen Prozess mache, mir den Patienten inhaltlich anschau, zu einer Zielsetzung komme oder eine Entscheidung unter Abwägung aller Informationen über den Betroffenen treffe sowie eine Maßnahmenplanung durchführen. Das regelt das PpSG nicht. Wir haben ein inhaltliches Ausgestaltungsproblem der Pflegehandlung am Bett. So, wie es momentan aufgesetzt ist, reden wir nur darüber, dass es mehr Personal gibt. Mehr Personal regelt aber nicht die Qualität. Da können wir gezielt Anreize setzen und die Anreize, das haben sie vorhin schon gehört, sehen wir darin, dass wir qualitativ hochwertige Pflege idealerweise im DRG-System sichtbar machen. Dann haben wir die Daten des gesamten Versorgungsprozesses in einem System und sind fähig, Outcome-Forschung zu betreiben und Antworten darauf zu finden, welche Leistungen für bestimmte Problemstellungen die besseren sind. Momentan sehe ich nicht, dass es darauf irgendeine bessere Auswirkung haben könnte.



Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Diese Frage geht an den Verband der Universitätskliniken. Können Sie bestätigen, dass angestellte Ärzte derzeit in Krankenhäusern lieber beschäftigt sein wollen als freiberuflich tätige Ärzte und nützt Ihnen das bei der derzeitigen Situation im Pflegebereich, wenn zu viele Ärzte in den Krankenhäusern beschäftigt sein wollen?

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika e. V. (VUD)): Ich gestehe, dass ich zu der Fragestellung überhaupt keine Einschätzung meines Verbandes formulieren kann, weil es die schlicht nicht gibt. Wir haben auch keine Empirie zu der Frage, inwieweit Ärzte Präferenzen in die eine oder andere Richtung haben. Insofern tut es mir leid, aber ich kann nicht mit einer Antwort weiterhelfen.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine Frage geht an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme die Ausgliederung der Pflegekosten und die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip im Krankenhaus. Wie sind aus Ihrer Sicht die zu erwartenden Auswirkungen der geplanten Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Wir haben uns bei der Einführung der DRG vorgenommen, dass Krankenhäuser nicht nur eine gute Versorgung sicherstellen müssen, sondern auch eine Versorgung zu wirtschaftlich tragbaren Pflegesätzen organisieren müssen. So ist es auch in § 1 Krankenhausgesetz formuliert. Nehmen wir jetzt einen wichtigen Teil einer Krankenhausleistung, nämlich die Pflege, aus dem Pauschalierungssystem heraus und gehen in eine Selbstkostendeckung, so hat das punktuelle Auswirkungen in der Gesamtstruktur des Krankenhauses, denn es wird dann keine Rolle spielen, ob sie gute Prozesse organisieren. Das hat Frau Wieteck gerade gesagt, ob sie gescheit investieren und gute Innovationen in den Prozessen organisieren, spielt am Ende gar keine Rolle, rein theoretisch davon ausgehend, dass der Arbeitsmarkt die Rekrutierung von zusätzlichen Pflegekräften möglich macht. Dann wird das Geld einfach durchgereicht. Das ist das Problem der Selbstkostendeckung und das erlahmt am Ende tatsächlich die Innovation und den

Prozessfortschritt. Ich glaube, es gäbe intelligenteren Möglichkeiten. Aus meiner Sicht wäre es wichtig, dass wir uns wirklich mit der Qualität von Pflegeprozessen oder überhaupt von Ablaufprozessen im Krankenhaus befassen. Da erleben wir, dass es sehr viele Leuchttürme und Ideen gibt, die in einzelnen Krankenhäusern praktiziert werden. Diese Ideen werden aber nicht zur Serienreife gebracht. Die bleiben irgendwo stecken und deshalb wäre es wichtig, wir würden uns in der Art Innovationswerkstatt Gedanken über Prozesse machen, Leuchttürme zur Serienreife bringen und uns dabei fragen, was bringt das den Patienten und dem Pflegepersonal. Es bringt dem Pflegepersonal am Ende nichts, wenn es über die Gänge läuft und fragt, ob man gerne Kamilentee oder Hagebuttentee trinken möchte. Das ist nicht der Anspruch, den qualifizierte Pflegerinnen und Pfleger an ihren Arbeitsalltag haben. Darauf müssen wir uns stärker fokussieren. Das bringt das Gesetz an dieser Stelle leider nicht.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Die nächste Frage geht an den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. Welche Auswirkung könnte die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System auf den Einsatz von unterhaltsteuren, minimal-invasive Behandlungsmethoden mit kürzeren Liegezeiten im Vergleich zu günstigeren, konventionellen Behandlungsmethoden mit längeren Liegezeiten haben? Entstehen hieraus möglicherweise höhere Ausgaben und wie bewerten Sie das aus Qualitätsgesichtspunkten?

SV Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Wir haben sehr viele Auswirkungen, die dadurch zustande kommen, dass man die Pflege ausgliedert oder im Grunde rausbricht, analysiert. Es ist bei nahe eine Brexit-Entscheidung. Das kritisieren wir, weil es passieren wird, dass man für die Pflege im Krankenhaus sehr viel ausgeben und man damit zur alten Pflege zurückkehren wird. Man hat ein altes Anreizsystem, nämlich die Selbstkostendeckung, und man bekommt deshalb auch diese alte Pflege, bei der Pflegekräfte wieder Spiegel putzen, zurück. Das ist kritisch. Man fragt sich, kann man das irgendwie begrenzen? Denn es wird folgendes passieren, die Krankenhäuser werden nicht nur die Reha-Kliniken leer kaufen, sondern auch die stationäre Altenpflege leer kaufen, weil sie das höhere



Niveau haben. Sie werden auch die ambulante Pflege leer kaufen. Deshalb müssen wir gemeinsam schauen, wie man diesen Prozess begrenzt, damit es nicht zu absurd hohen Steigerungen kommt. Wenn jemand plötzlich 10 bis 20 Prozent höhere Personalkosten als bisher hat, dann stimmt irgendetwas nicht. In diesem Gesetz haben wir bisher keinen Mechanismus, um eine solche Entwicklung zu kontrollieren. Wenn wir das geregelt haben, können wir auch ihre Frage besser beantworten.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine Frage geht an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Welche Auswirkung hat die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System auf mögliche Innovationen zur Prozessoptimierung, um damit die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu erhöhen?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Ich habe vorhin im Eifer ein bisschen von dieser Frage beantwortet. Es wird bei den Innovationen vieles erlahmen, was aber dringend notwendig wäre. Ich will das Thema Digitalisierung als Beispiel nennen. Warum sollte es Sinn machen, in die Digitalisierung zu investieren, obwohl von uns wahrscheinlich noch gar keiner weiß, was sinnvolle Digitalisierung am Ende ist und was sie bringen soll. Es wäre klug, sich über solche Fragen Gedanken zu machen. Das macht aber möglicherweise im Hinblick auf die Selbstkostendeckung an dieser Stelle keinen Sinn. Herr Leber hat es beschrieben, es geht am Ende darum, dass Personalkosten durchgereicht werden und der wirtschaftliche und effiziente Umgang nach hinten rückt.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewerten Sie es, dass der Bereich der Reha-Kliniken bei der Umsetzung des Sofortprogramms Pflege nicht in den Blick genommen wird, obwohl der Pflegekräftemangel den Reha-Bereich genauso wie den Bereich der Akutkliniken betrifft? Wie stellt sich Ihnen die Situation dar, welche Stellschrauben müssen gegebenenfalls bedient werden, damit die Personalsituation in den Reha-Kliniken verbessert wird?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Eine ähnlich lautende Frage hatte mir die SPD auch gerade gestellt. Ich kann mich insofern nur wiederholen. Der Reha-Bereich ist das Stiefkind dieses Reformansatzes. Es ist dringend erforderlich, auch im Reha-Bereich ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung zu haben. Ich bin mir sicher, wenn in diesem Gesetzentwurf nicht an einigen Stellschrauben nachjustiert wird, wie bspw. bei der Anerkennung der Tarifbindung, dass dann die Krankenhäuser sowohl den Reha-Bereich als auch den Bereich der Pflege und insbesondere der ambulanten Pflege leer kaufen werden. Deswegen erachten wir es als dringend erforderlich, am Bereich der Vergütungsfindung anzusetzen. Tarife und Tarifbindungen müssen stets als wirtschaftlich angemessen gelten. Wir halten vor diesem Hintergrund eine Nachjustierung dieses Grundsatzes in den §§ 111 ff SGB V für zwingend erforderlich.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie bewerten Sie den Wegfall des Pflegezuschlags?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Am 1. Januar 2020 verlieren alle Krankenhäuser definitiv die heute spezialbundlesgesetzlich geregelten 500 Millionen Euro. Das ist der Einstieg in die Reform. Ob am Jahresende das neue Pflegebudget, wir haben eben gehört, wie wenig Pflegekräfte zur Verfügung stehen, überhaupt höher als die 100 Millionen des Status quo ist, ist eine völlig offene Frage. Sicher ist aber, dass die Reform für alle Krankenhäuser zunächst mit einer halben Milliarde Euro auf der Verlustseite beginnt. Wenn wir von einer reinen Pflegefixierung wegkommen wollen und sagen, das Problem werden wir nur lösen können, wenn die Pflegeunterstützung in gleicher Weise Gegenstand der Strategie ist, dann müssen wir die Krankenhäuser stärken, damit sie pflegeentlastende Kräfte auch in Massen einstellen können, z. B. Dokumentationskräfte, Hilfskräfte und Transportkräfte. Das nehmen Sie uns zunächst weg, indem Sie uns die 500 Millionen Euro wegnehmen. Denn das sind Mittel, die dafür eingesetzt wurden. Ein Drittel der Krankenhäuser macht Verluste. Das ist kein zusätzliches Geld, das Geld ist bereits im System. Es würde nun



herausgenommen werden. Das bitte ich zu berücksichtigen.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Simon. Es ist bereits vom Pflegelastkatalog oder Pflegeerlöskatalog als ein zentrales Element, um den Pflegeaufwand in den Krankenhäusern darzustellen, die Rede gewesen. Wie ist Ihre Position und welche Alternativen gibt es?

ESV Prof. Dr. Michael Simon: Ich halte die Darstellung, dass der Pflegelastkatalog den Pflegeaufwand abbildet, für einen Irrtum. Er bildet ihn nicht ab. Er soll mit dem Verweis eingeführt werden, dass er den Pflegeaufwand abbildet. Er wird an mehreren Stellen eingesetzt, auch in der Verordnung zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Die Darstellung, dass er den Pflegeaufwand abbildet, halte ich für nicht zutreffend. Wenn man sich den Pflegelastkatalog anschaut, ist schnell erkennbar, dass er Bewertungsrelationen enthält. Die Bewertungsrelationen sind aus Kostenanteilen abgeleitet und werden durch die Multiplikation mit einem Pflegeentgeltwert bzw. Basisfallwert zu Geld. Der Pflegeaufwand im Sinne von einem Pflegezeitaufwand wird nicht in Geld, sondern in Arbeitszeitminuten oder Pflegezeitminuten, wie auch immer, gemessen. Von daher bildet er das eigentlich nicht ab. Auch die Vorstellung, ausgehend von diesen Geldbeträgen könnte man darauf schließen, wie viel Arbeitszeit finanziert wurde, halte ich für nicht zutreffend. Das hält einer kritischen Prüfung nicht stand, weil sich zum einen die Gesamtpersonalkosten, das ist die Bezugsgröße für die Aufteilung der Personalkosten auf die Fallpauschalen, in den Krankenhäusern unterscheiden. Grundlage der Zuweisung ist die PPR, die hier noch eingesetzt wird. Das war schon angeprochen wurden. Diese PPR-Minuten gehen in die Kalkulation ein und nicht der tatsächliche Pflegeaufwand. Das ist ein wichtiger Unterschied. Denn die PPR-Minuten, die angewendet werden, sind pauschalierte Werte. Es gibt neun Patientengruppen. Diese Minutenwerte stammen aus arbeitszeitanalytischen Untersuchungen von 1991. Es gibt noch weitere Gründe. Ich möchte es aber an dieser Stelle damit belassen.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Unsere zweite Frage geht an ver.di und bezieht sich auf die Dringlichkeit, das Problem der Krankenhausinvestitionen zu lösen. Wie hoch ist der Investitionsbedarf bei den Kliniken? Wie viel investieren sie tatsächlich und wie viel davon zahlen die zuständigen Länder? Daran anschließend die Frage: Wie viele Pflegekräfte könnte man von dieser Differenz bezahlen? Wie bewerten Sie unsere Forderung, dass der Bund den Ländern für jeden investierten Euro bis zu einer Gesamtsumme von 2,5 Milliarden Euro jeweils einen Euro dazu gibt?

SVe Grit Genster (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Investitionskostenproblematik hatten wir heute nur am Rande gestreift. Die Investitionssumme von 2,8 Milliarden Euro bleibt. Nach den Berechnungen bleiben auch 2018 die von den Ländern erforderlichen Finanzmittel für Baumaßnahmen und technische Ausstattung um mehr als die Hälfte hinter dem tatsächlichen Bedarf zurück. Der Bedarf wird aktuell auf sechs Milliarden Euro beziffert. Die Folge ist, dass die Krankenhäuser die Mittel für Investitionen aus der Krankenversorgung abzweigen. Das spüren die Beschäftigten, die Pflegekräfte aber auch alle anderen Berufsgruppen sehr deutlich. In den Jahren 2012 bis 2014 haben die Krankenhäuser durchschnittlich 5,3 Milliarden Euro pro Jahr investiert und fast die Hälfte davon, 2,4 Milliarden Euro, stammen aus Eigenmitteln und Krediten. Wenn man dies in Pflegestellen umrechnet, dann heißt das, dass mit diesen nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln 44 000 Stellen hätten finanziert werden können. Das ist ein deutliches Potenzial, das nicht in die richtige Richtung geflossen ist. Da die Krankenhäuser nun mit dem kommenden Pflegebudget richtig erweise nicht mehr an der Pflege sparen können, um so die benötigten Investitionsmittel zu erwirtschaften, ist es umso dringlicher, dass die Investitionen aus Steuermitteln finanziert werden, da sonst der Druck auf die übrigen beschäftigten Gruppen in den Krankenhäusern wächst. Das kann auch nicht Sinn und Zweck dieses Gesetzes sein. Deshalb, Sie fragten nach Bewertung des Vorschlags, setzt der Vorschlag an der richtigen Stelle an, um die Investitionsproblematik aufzugreifen.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Simon. Wir haben gerade mehrmals gehört, dass es einen Sogeffekt geben



könne, dass der Markt, zumindest im Bereich der Altenpflege und im Bereich der Rehabilitation, was die Pflegekräfte betrifft leergekauft würde und dass es ein höheres Maß an Fehlbeschäftigung durch die Anreize, die in den Krankenhäusern gesetzt werden, geben solle. Wie ist Ihre Position dazu?

ESV Prof. Dr. Michael Simon: Ich halte diese Befürchtungen für nicht gerechtfertigt und denke, wenn man in diese Problematik weiter eindringt, muss es auch für pflegefachliche Laien nachvollziehbar sein. Wir alle gehen davon aus, dass wir im Augenblick auf dem Arbeitsmarkt einen Mangel an Pflegefachkräften haben, d. h. ein Arbeitsmarkt, der für Pflegefachkräfte günstig ist. Ich kann Krankenhäusern nur dringend abraten, diesen Weg einzuschlagen, wenn überhaupt solche Überlegungen bestehen, Pflegekräfte für Putztätigkeiten einzustellen. Das ist die beste Strategie, dass man Pflegekräfte zur Kündigung bringt, weil diese sich das nicht gefallen lassen werden. Die haben im Augenblick eine Arbeitsmarktsituation, dass sie sehr schnell einen sehr attraktiven Arbeitgeber finden. Von daher halte ich diese Vorstellung für etwas merkwürdig. Ich halte es auch für nicht den wirklichen Verhältnissen angemessen, davon auszugehen, die Krankenhäuser könnten jetzt die Pflegeheime leerkaufen. Überwiegend arbeiten dort Altenpflegekräfte. Die sind im Krankenhausbereich aufgrund ihrer fachlichen Ausbildung nur in relativ wenigen Bereichen einsetzbar. Dann arbeiten in dem Bereich, auch in der ambulanten Pflege, sehr viele Pflegefachkräfte mit Krankenpflegeausbildung. Die sind aber häufig wegen der dortigen Arbeitsbedingungen aus dem Krankenhausbereich abgewandert. Solange sich die Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich nicht nachhaltig und sichtbar bessern, glaube ich nicht, dass man Pflegefachkräfte aus der ambulanten Pflege und Pflegeheimen bewegen kann, wieder ins Krankenhaus zurückzukehren. Von daher halte ich diese Befürchtung für nicht gerechtfertigt.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich richte meine Frage an die BAG SELBSTHILFE und an ver.di. Brauchen wir trotz dieses Gesetzes aus Ihrer Sicht noch ein Personalbemessungsinstrument, das sich am Pflegebedarf orientiert?

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Es ist schon mehrfach angeprochen worden, dass es nicht nur darum geht, mehr Personal zum Einsatz zu bringen, sondern auch die Qualität der Pflege zu verbessern und deswegen brauchen wir ein Personalbemessungs-instrument, das beides kann. Es wurde schon ausgeführt, dass es in der Wissenschaft und in der Praxis entsprechende Beispiele gibt.

SVe Grit Genster (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Auch wir hatten das betont und sehen an dieser Stelle eine Regelungslücke. Es braucht ein Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs, um den Anspruch auf eine bedarfsgerechte Pflege sicherstellen zu können. Deshalb sind wir der Überzeugung, dass mit diesem Gesetz der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstruments gestellt werden muss, das auch die Grundlage für die Refinanzierung dieser Personalstellen und die Grundlage für die krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen bildet, damit dieser Bedarf wirtschaftlich abgebildet werden kann. Der Auftrag muss jetzt in das Gesetz aufgenommen werden, um keine weitere Zeit zu verlieren. Denn mit jeder weiteren Zeit, die vergeht, werden sich Pflegefachkräfte aufgrund der dramatisch schlechten Arbeitsbedingungen aus den Krankenhäusern verabschieden.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Fachgesellschaft Profession Pflege. Warum ist aus Ihrer Sicht ein Personalbemessungsinstrument nötig und warum sollte gerade der Pflegelastkatalog zu diesem Zweck in Kontrast zu dem, was gerade ver.di und andere ausgeführt haben, ausgebaut werden?

SVe Dr. Pia Wieteck (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.): Das ist eine sehr spannende Frage und ich würde gerne zwei, drei Sätze ausholen. Was heißt eine am individuellen Bedarf orientierte Pflegepersonalbemessung? Ich hatte es vorhin versucht aufzuzeigen. Eine individuelle Bedarfsbemessung heißt, ich muss mir den Patienten sehr genau anschauen, eine Analyse mit Assessment machen und Daten erheben und untersuchen, weil Pflege



diagnostiziert, welche Auswirkungen die Krankheit auf die Tagesgestaltung und andere Dinge hat. Daraus lässt sich ableiten, welche Maßnahme für den Patienten sinnvoll, wirtschaftlich und effizient ist, um z. B. nachher die Selbstversorgung wieder selbst regeln zu können. Wenn man das tut, hat man nachher die Maßnahmen. Die Frage ist dann: Wie komme ich hierüber zu Vollzeitkräften? Da gibt es verschiedene Messmethoden. Ich kann das mit Echtzeitmessung machen. Jedem wird aber sofort klar, dass das ein gigantischer Aufwand ist. Wer sich mit Personalbemessungsinstrumenten international beschäftigt, kann lesen, dass seit 1950 daran geforscht wird. Der kann auch lesen, dass es heute keinen Goldstandard auf der Welt gibt, sondern, dass wir in dem Aushandlungsprozess einen bestmöglichen Konsens zwischen denen, die das Geld geben und den Qualitätsniveaus, die wir festlegen, finden müssen. Deshalb ist es nicht zielführend, die PPR wieder zu reaktivieren, da diese absolut nicht den Anforderungen der pflegewissenschaftlichen Grundlagen entspricht. Hier können Sie lesen, wenn Sie die Themen nachschauen, dass multidimensionale Instrumente gefordert werden und diese immer mit Bezug auf Qualität zu diskutieren sind, um den Aushandlungsprozess sinnvoll zu gestalten. Aktuell kann ich nur sagen, dass das, was im DRG-System enthalten ist, bereits differenzierter als das ist, was die PPR heute leisten kann. Mittlerweile haben wir auf PPR-Minuten verteilte Kostengewichte und Indikatoren, die eine spezielle Pflegeleistung abgeben. Hier wird nicht mit der PPR in neun Aufwandsgruppen, sondern mit zwölf Aufwandsgruppen gearbeitet. Hier hat sich schon eine Verbesserung der Kompressionseffekte eingestellt. Zudem gibt es die anderen Probleme, die wir haben. Deshalb halte ich den Weg, das im DRG-System zu regeln, für sinnvoll, weil wir dann auch besser an Daten herankommen, Outcome-Messungen besser betreiben und die Nebeneffekte etwas abmildern können, weil Kliniken einen Anreiz bekommen, diese spezifischen Pflegeleistungen zu erbringen. Da wird mehr ausgeleuchtet in dem Feld.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Simon. Wie bewerten Sie das geplante System der Personalkostenvergütung und des Pflegelastkataloges insbesondere im Hinblick auf eine tatsächliche bedarfsgerechte Personalbemessung und entsprechende Versorgung?

ESV Prof. Dr. Michael Simon: Ich hatte schon ange deutet und darauf hingewiesen, dass der Pflegelast katalog aus meiner Sicht keine Abbildung des Pflegeaufwandes bietet und insofern auch keine Grund lage für eine bedarfsgerechte Personalausstattung sein kann. Das ist, nebenbei bemerkt, auch gar nicht das Ziel, weder des Gesetzentwurfs noch der entsprechenden Verordnung. Da geht es nur um Minimalstandards, die eingeführt werden sollen. Ich halte es nicht für hilfreich und sachgerecht, diesen Weg weiterzuverfolgen und plädiere für das, was hier auch schon mehrfach angesprochen wurde, die Entwicklung und Einführung eines Instrumentes zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs. Die PPR ist sicherlich in ihrer alten Version überarbeitungsbedürftig, aber es gibt Differenzen darüber, ob man das machen sollte oder nicht. Das wäre der Diskussionsprozess, der zu führen wäre. Der jetzt im Gesetz enthaltene Weg führt aus meiner Sicht nicht zu einer bedarfsgerechten Perso nalbesetzung.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an den GKV-Spitzen verband. Aus welchen Gründen und in welcher Höhe sollte die private Krankenversicherung (PKV) zwingend an der Finanzierung des Krankenhaus strukturfonds beteiligt werden?

SV Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Privatpa tienten sind genauso in den Krankenhäusern und profitieren im gleichen Maße von den Maßnahmen, die aus dem Strukturfonds finanziert werden. Deshalb muss eine Regelung gefunden werden, wie man hier von der freiwilligen Teilnahme der PKV, die es nicht gegeben hat, zu einer gesetzlich verpflichtenden Beteiligung der PKV kommt. Das pas siert automatisch, wenn man über die Vergütungen geht. Im Vergütungsbereich bei den DRG ist PKV genau wie GKV, bei Qualitätssicherung im Kra kenhaus ist PKV wie GKV, im Grunde ist Kranken haus Bürgerversicherung, außer beim Struk turfonds. Deswegen brauchen wir die Beteiligung der PKV in diesem Bereich.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband. Denken Sie, dass die



bisherigen Vorgaben wie Pflegequotient, Untergrenzen usw. und die Refinanzierung von Pflege ausreichen, um sicherzustellen, dass die bereitgestellten Finanzmittel für eine bessere Personalausstattung tatsächlich in der Pflege landen?

SV Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Es ist unheimlich schwierig. Vielleicht kann man relativ gut kontrollieren, wohin das Geld geht. Ob die Pflege aber auch beim Patienten ankommt, scheint uns in diesem Gesetzentwurf nicht ordentlich geregelt zu sein. Frau Wieteck hat schon darauf hingewiesen, dass die Maßnahmen zur Erfassung der Pflege im Augenblick eher zurückgefahren werden. Der PKMS und Ähnliches wird abgeschafft. Das heißt, in ein paar Jahren werden wir wissen, dass mehr für Pflegekräfte ausgegeben worden ist. Wir werden aber nicht wissen, ob auch mehr Pflege beim Patienten angekommen ist. Hier brauchen wir weitere Instrumente. Die müssen digital sein, damit sie nicht dazu führen, dass wir wieder Strichlisten und Ähnliches führen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch diese Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in den Jahren 2019 bis 2024 Maßnahmen in den Krankenhäusern zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zur Hälfte finanziell gefördert werden sollen. Wir stellen nicht die Notwendigkeit dieser Maßnahmen in Frage, aber wir fragen, wie Sie diese geplante Neuregelung im Hinblick darauf beurteilen, dass der Gesetzentwurf die Finanzierungsverpflichtung bei der GKV und nicht bspw. beim Steuerzahler oder beim Bund verortet.

SV Johann Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Das halten wir für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die GKV entspricht mit 90 Prozent der Versicherten nicht ganz der Gesamtgesellschaft. Wir würden das beim Steuerzahler ansiedeln.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Thüsing. Mit dem Gesetzentwurf werden für die Altenpflege in einem ersten Schritt die Maßnahmen umgesetzt, die wir im Koalitionsvertrag als Sofortprogramm bezeichnet und der Pflege zugesagt haben. Wie beurteilen Sie

insgesamt die vorgesehenen Maßnahmen für die Altenpflege? Sind diese Maßnahmen geeignet, um dort die Rahmenbedingungen zu verbessern?

ESV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Die Maßnahmen sind geeignet, um die Rahmenbedingungen nachhaltig zu verbessern. Das Paket setzt an unterschiedlichen Punkten an. Es geht einmal um die Finanzierung des Vergütungszuschlages, es geht aber andererseits, auch hier wiederum parallel zu dem, was im Krankenhausbereich passiert, z. B. darum, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erhöhen. Man kann in der Tat die Frage stellen, ob das eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die vom Steuerzahler zu finanzieren wäre oder ob das etwas ist, was tatsächlich PKV und GKV zu tragen haben. Ich würde es da genauso halten wie die GKV. Ausbildung und die Rahmenbedingungen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind grundsätzliche Fragen, die gesamtgesellschaftlich gelöst werden sollten. Sie haben aber in der Pflege eine andere Bedeutung und eine andere Brisanz. Insofern ist es gut und richtig, dass man diesen Weg geht und wenn man ihn über diesen Finanzierungsweg am besten zu realisieren meint, dann mag das vielleicht etwas sein, was man mit in Kauf nimmt, auch wenn die Finanzierung eigentlich beim Steuerzahler liegen sollte. Ich finde es sehr gut zu sagen, wir müssen nachhaltig etwas tun und mehr Pflegekräfte mobilisieren. Es wurde das etwas ungelenke Wort des leer gekauften Marktes von Pflegekräften benutzt. Es ist eine Bedarfssituation an Fachpflegekräften. Wenn man das Angebot an qualifizierter Pflege auf dem Arbeitsmarkt dadurch erhöhen kann, dass man Rahmenbedingungen schafft, die die Vereinbarkeit für Familie und Beruf erleichtern, ist das erstmal ein neuer Gedanke, der sich in den vorangegangenen Gesetzen so nicht wiederfindet. Hier denkt man einen Schritt weiter und sieht den Pflegenden nicht nur als Arbeitnehmer, sondern auch als Menschen, der andere Verpflichtungen hat. Das ist ein ganz großartiger Ansatz, weil er Gedanken aufgreift, die schon die Kommission zur Erstellung des 8. Familienberichts geäußert hat. Insofern ist das eine moderne Gesetzgebung, die weit nach vorne schaut, denn in dem Moment, wo wir die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf erhöhen und die Qualifizierung von Pflegekräften erleichtern, investieren wir nachhaltig in eine dauerhafte Entwicklung. Es geht hier nicht nur mehr um



temporäre Zuschüsse, die irgendwann wegfallen können, wenn die Kassen etwas leerer sind, als sie heute sprudeln, sondern es ist etwas, was uns nachhaltig freuen wird, wenn sich die bessere Ausbildung am Arbeitsmarkt realisiert und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu einem höheren Pflegeangebot heraus gebildet hat. Deswegen ist das eine neue Gesetzesregelung, die zu unterstützen ist. Im neuen § 4 Absatz 8a KHEntG steht, dass eine solche Förderung nur möglich ist, wenn sie eine Vereinbarung mit einer Arbeitnehmervertretung haben, die das legitimiert. Da ist die Frage, muss das wirklich sein? Das kann ein zusätzliches Hindernis sein, wenn eine Arbeitnehmervertretung solche Maßnahmen nicht allein für Pflegekräfte in der Einrichtung akzeptieren will. Dafür mag sie gute Gründe haben, weil sie von allen gewählt wird. Für das System ist eine solche Einschränkung einer schriftlichen Vereinbarung nicht zwingend. Weil es Einrichtungen geben kann, die gar keine Arbeitnehmervertretung haben, sollte man überlegen, ob man dieses Erfordernis nicht streicht.

Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie sich dafür aus, den vorläufigen Pflegegrad für Pflegemaßnahmen in der Kurzzeitpflege nach Aufenthalt im Krankenhaus oder in der Rehabilitation zu konkretisieren und zeitlich zu begrenzen. Könnten Sie diese Forderung bitte begründen?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Die Regelung zur Befristung von Leistungen im § 33 SGB XI wird bisher viel zu wenig genutzt. Dabei würde es sich anbieten, diese Befristungsregelung bei der Statuierung des vorläufigen Pflegegrades, der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellt wird, anzuwenden, wenn jemand nach dem Krankenhausaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in der Reha in die Pflege überführt wird. Nach einem Krankenhaus- oder einem Rehaaufenthalt entsteht gewöhnlich ein sehr hoher Aufwand an medizinischer Behandlungspflege, der sich, bspw. wenn jemand in der Kurzzeitpflege war und danach in die Häuslichkeit überführt werden kann, weitgehend reduziert hat. Der vorläufige Pflegegrad, den der MDK statuiert, ist in der Regel der Pflegegrad 2 und dieser bildet

bei weitem nicht den hohen medizinischen Behandlungsaufwand, der in der Kurzzeitpflege erbracht werden muss, ab. Deswegen haben wir uns schon seit langem dafür ausgesprochen, schon im alten System, als vorläufigen Pflegegrad die Pflegestufe 2 vorzusehen. Im heutigen System der Pflegegrade entspräche das der Pflegestufe 4. Dazu sollte man die Befristungsregelung nutzen, da dieser hohe Aufwand nur vorübergehend entsteht und später eine Einstufung, die in die Dauerpflege führt, vorgenommen wird. Wir bitten im Rahmen dieses Gesetzes darüber nachzudenken, ob ein vorläufiger Pflegegrad konkret benannt werden könnte.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU) Ich richte meine Frage an den Deutschen Pflegerat. Im Gesetzesentwurf ist vorgesehen, dass jede vollstationäre Pflegeeinrichtung pauschal zusätzliche Pflegekräfte finanziert bekommt. Mich interessiert, wie Sie diese Maßnahme beurteilen.

SV Peter Tackenberg (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Das ist bereits im Koalitionsvertrag und im Sofortprogramm angekündigt worden. Wir haben uns schon häufiger dazu geäußert, dass wir in der Altenpflege einen Bedarf von 50 000 Kräften sehen. Insofern ist das natürlich ein guter und auch richtiger Schritt. Das zeigt der gesamte Gesetzesentwurf. An verschiedenen Stellen ist erkannt worden, dass Mangel da ist. Dieser wird mit Maßnahmen, die deutlich über die letzten 15 Jahre hinausgehen, angegangen. Zu Ihrer Frage konkret: Wir sehen ein großes Risiko in der Frage der Stellenbesetzung, wenn man keine Fachpersonen einstellen kann, sondern nach der Verfristung der drei Monate als Einrichtungsträger Pflegehilfspersonal einsetzen darf. Das halten wir für keine gute Idee. Zum einen würde das die in den Landesheimgesetzen festgelegten Fachkraftquoten weiter aushöhlen und die Qualität der Behandlungspflege unzulässig absenken. Man sollte zunächst schauen, ob man die hohe Teilzeitquote in der stationären Altenpflege, die häufig wegen der dort herrschenden Rahmenbedingungen unfreiwillig zustande kommt, besser nutzen sollte, so dass die Einrichtungen Spielräume haben, um ohne die Neueinstellungen die Fachkraftkapazitäten grundsätzlich zu erhöhen. Das ist so in diesem Bereich.



Abg. Prof. Dr. Claudia Schmidtko (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den bpa. Durch den Gesetzentwurf sollen 13 000 neue Stellen in Pflegeheimen geschaffen werden. Diese Stellen sollen durch Pflegefachkräfte besetzt werden, wobei im Ausnahmefall auch Hilfskräfte in Frage kommen sollen. Wie bewerten Sie diese Ausnahmeregelung?

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir sagen seit Jahren: „Gute Pflege braucht mehr Zeit“. Wir brauchen tatsächlich mehr Personal. Das hilft aber nur, wenn wir diese Mitarbeiter auch gewinnen können. Wir teilen die Ansicht, dass die Anreizsysteme für das Krankenhaus höher sind und ein Aspekt der dort nicht unwesentlich ist, das führt im Krankenhaus nicht zu einer Mehrbelastung der Patienten. Bei uns führt das häufig zu einer Mehrbelastung. Bei diesen Stellen ist das jetzt nicht der Fall, dass es zu einer höheren Belastung kommt. Wir haben dort mit einem ähnlichen Modell der zusätzlichen Betreuungskräfte sehr gute Erfahrungen gemacht. Jetzt wird aber so getan, als ob Behandlungspflege neu eingeführt würde. Behandlungspflege wird ab dem ersten Tag im Pflegeheim erbracht und ist unverzichtbar. Das ist keine neue Leistung. Insofern gibt es auch keinen zwingenden Grund, daran eine Qualifikationsanforderung zu stellen, von der absehbar ist, dass es sehr schwierig werden wird, tatsächlich Stellen zu besetzen. Wir sprechen uns sehr deutlich dafür aus, dass es nicht nur um Pflegefachkräfte geht. Es geht um die Verbesserung der Pflegesituation. Es geht um mehr Zeit. Es hilft uns nichts, wenn wir 13 000 nicht besetzbare Stellen haben. Prof. Dr. Görres hat vor kurzem auf dem Hauptstadtkongress sehr deutlich über die Grundlagen von Fachkraftquoten, die niemand kennt, referiert. Was ich sehr interessant fand, war die Frage, was schafft Verbesserung und was schafft Entlastung. Dort ist es nicht so, dass Entlastung ausschließlich qualifikationsgebunden ist. Wir würden uns sehr wünschen, dass das eine flexible Regelung wird und möchten nochmal betonen, dass Behandlungspflege eine Leistung ist, die nicht neu eingeführt, sondern immer schon erbracht wurde. Dass die Finanzierungsverantwortung jetzt nur zu einem Bruchteil den Krankenkassen übertragen wird, könnte man noch abschmelzen, wenn diese Stellen gar nicht besetzt werden können. Wir halten eine vollständige Finanzierung der Behandlungspflege für den richtigen Weg.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe. Wie schätzen Sie die Erhöhung des Mindestausgabewertes auf den Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern und in den Pflegeeinrichtungen ein?

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Die Arbeit der Pflegekräfte ist mit hohen gesundheitlichen Belastungen sowohl psychischer als auch physischer Art verbunden. Deswegen begrüßen wir es, dass der Mindestausgabewert für die betriebliche Gesundheitsförderung erhöht werden soll. Aber wir möchten auch, und das spiegelt die Diskussion hier heute Nachmittag wieder, darauf hinweisen, dass auch die Pflegekräfte in ambulanten Diensten, in der Heilerziehungspflege und in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen belastet sind und dort entsprechende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wünschenswert wären.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Um Pflegekräfte zu entlasten, fördert die Pflegeversicherung anteilig Maßnahmen zur Digitalisierung der stationären und ambulanten Altenpflege. Was halten Sie davon?

SV Peter Tackenberg (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Das ist ein richtiger und wichtiger Weg. Man kann sich über die Höhe der Mittel natürlich unterhalten und wir haben in der Anhörung zum Referentenentwurf schon einiges dazu gehört. Insgesamt ist das aber ein guter Weg. Wir weisen allerdings darauf hin, dass Digitalisierungsmaßnahmen immer auch für Pflegefachpersonen und weitere Berufsgruppen, die damit umgehen und dort, wo die Schnittstellen liegen, Folgekosten nach sich ziehen. Es muss auch ausgebildet und fortentwickelt werden. Sie wissen, wenn sie EDV anschaffen, muss diese ständig weiterentwickelt werden. Da muss man nachdenken, wie man durch diese Investitionen bei den Folgekosten nachhelfen kann. Das gilt nicht nur für den Bereich Ausbildung, sondern auch im Bereich der Anschaffung.



Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Pflegeeinrichtungen werden künftig verpflichtet, Kooperationsverträge mit geeigneten vertragszahnärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Damit soll die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen noch besser werden. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Wir fördern und unterstützen den Abschluss von Kooperationsverträgen mit großem Engagement und sehnenswertem Erfolg. Deswegen sind wir der Meinung, dass es einer Verpflichtung zum Abschluss solcher Verträge nicht wirklich bedarf hätte. Kritisch sehen wir in diesem Zusammenhang aus rein praktischen Gründen die vorgesehene Frist von drei Monaten, innerhalb derer eine Kassenzahnärztliche Vereinigung einen Zahnarzt vermitteln soll. Im ländlichen und strukturschwachen Raum kann so eine Vermittlung durchaus länger dauern. Wir raten deshalb dazu, diese Frist eher in eine Soll-Regelung abzuändern.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Die Frage geht an die BAG SELBSTHILFE. Wie beurteilen Sie, dass ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation für pflegende Angehörige geschaffen werden soll?

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen es außerordentlich, dass dieser Rechtsanspruch jetzt explizit ins SGB V mit aufgenommen werden soll und wir begrüßen insbesondere, dass eine Koppelung im Verfahren hinsichtlich der Bewilligung eines Platzes für die Kurzzeitpflege des zu Pflegenden vorgesehen ist, weil viele pflegende Angehörige, selbst bei bestehenden Reha-Bedarf die Reha lieber nicht antreten, wenn sie nicht sicher sind, dass der zu pflegende Angehörige nicht ordentlich versorgt ist. Insofern finden wir das sehr gut, dass es jetzt mit aufgenommen wurde. Damit die Regelung wirklich greift, wäre es gut, wenn man einen Sicherstellungsauftrag in § 69 SGB XI mit aufnehmen könnte, weil die Zahl der Kurzzeitpflegekräfte bekanntermaßen zu rar ist und man da etwas tun müsste.

Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf sieht verschiedene Änderungen für die Beratung bei Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit vor. Mich interessiert vor allem, wie Sie hier sowohl die Vergütungsverhandlungen, als auch die Mitteilungen über die Erkenntnisse des Beratungsbesuchs an die Pflegekasse beurteilen.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Wir glauben, dass die vorgesehenen Regelungen hinsichtlich der Vergütungshöhen systematisch richtig eingeordnet sind, indem sie auf die Ebene des Landes verlagert werden und in den dortigen Systematiken im § 89 Absatz 1 und 3 SGB XI zu verorten sind. Da wir für die auch an den Beratungen teilnehmenden Sonstigen keine Strukturen haben, ist es sachgerecht zu sagen, dass, was mit den entsprechenden Vertragspartnern auf der Landesebene vereinbart wird, ist auf andere Beratungsinstitutionen analog anzuwenden. Wichtig ist auch das zweite Stichwort, das sie nannten, nämlich die Frage der Mitteilung der Erkenntnisse. Weil es sich um ein sensibles Feld zwischen einerseits dem Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen und seines Umfelds und andererseits bei Unterlassung Schäden eintreten können, handelt, muss man diesen Abwägungsprozess entsprechend gestalten. Ich finde es richtig, dass klar gestellt wird, dass diese Mitteilungen stattfinden können. Wir scheitern im Moment in vielen Bereichen an den strikten Regelungen des Datenschutzes. In der Umsetzung von § 37 Bundesdatenschutzgesetz können Sie nur dann Mitteilungen machen, wenn im strafrechtlichen Sinne Gefahr im Verzug ist. Das ist für den Zweck dieses Beratungsansatzes eine Norm, die ein Stück weit zu hoch gesetzt ist.

Abg. Stephan Pilsinger (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die internationale Präventionsstrategie um spezifische Ziele zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu ergänzen?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesarztekammer (BÄK)): Ja.



Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Meine Frage geht an die BAG SELBTHILFE zur Erhöhung des Mindestausgabewertes. Wir wollen die Gesundheit der Beschäftigten in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen erhalten und fördern. Können Sie uns Ihre Meinung dazu sagen?

SV Dr. Martin Danner Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBTHILFE)): Das begrüßen wir sehr, weil die Pflegekräfte sehr belastet sind und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gestärkt werden sollten.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Wie beurteilen Sie die vorgesehenen Änderungen zur Genehmigung von Krankenfahrten zu ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung u. a. für pflegebedürftige Menschen, wie sie im § 60 Absatz 1 SGB V vorgesehen sind?

SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Wir begrüßen ausdrücklich die vorgesehene Freistellung von Krankenfahrten von einer Genehmigung als erhebliche Erleichterung für die zahnärztliche Versorgung von vulnerablen Patientengruppen. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen sind regelmäßig auf solche Krankenfahrten angewiesen, da sie oft aufgrund von Immobilität nicht in der Lage sind, ihren behandelnden Zahnarzt in seiner Praxis aufzusuchen und der Zahnarzt ist auf der anderen Seite aus technischen und hygienischen Gründen nicht in der Lage, alle notwendigen Behandlungen in der Pflegesituation weder in der stationären Einrichtung, noch in der ambulanten Pflegesituation zu erbringen. Der bürokratische Aufwand der Beantragung ist für alle Betroffenen sowohl auf Seiten der Pflegekräfte im stationären Umfeld als auch auf Seiten der Angehörigen in der häuslichen Pflege wie auch für die Zahnärzte eine außerordentliche Belastung und eine wirkliche Hürde bei der Inanspruchnahme der zahnärztlichen Versorgung, die durch diese vorgesehene Genehmigungsfiktion beseitigt werden soll. Ich darf ergänzen, dass dieser Genehmigungsvorbehalt in der Vergangenheit von Seiten der Krankenkassen nie negativ beschieden worden ist.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewerten Sie die vorgesehene Regelung zur Einführung eines neuen Qualitätssicherungssystems in der vollstationären Pflege? Bitte gehen Sie auf die Möglichkeit ein, dass bei Einrichtungen mit nachgewiesener guter Qualität vom jährlichen Rhythmus der Qualitätsprüfung abgewichen werden kann.

SV Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Die BAGFW begrüßt ausdrücklich die Einführung des indikatorengestützten Qualitätssicherungssystems, das jetzt für die stationäre Pflege eingeführt werden soll. Wir haben uns für diesen Ansatz schon seit langem eingesetzt und hatten seinerzeit beim Bundesministerium für Gesundheit und beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Projekt Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, das 2011 abgeschlossen werden konnte, initiiert. Wir haben dieses Projekt und diesen Ansatz erfolgreich bundesweit erproben können, indem zwei Caritasverbände in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen die gesundheitsbezogenen Indikatoren für die interne Qualitätssicherung eingeführt haben. Wir begrüßen nachdrücklich, dass der Gesetzgeber von der Messung von Struktur- und Prozessqualität hin zur Ergebnisqualität geht. In einem System der regelmäßigen Vollerhebung von Qualitätsdaten bei allen Bewohnern und regelmäßigen Plausibilitätskontrollen bei der Übermittlung der Daten an die Datenauswertungsstelle kann aus unserer Sicht gerne von dem Rhythmus der jährlichen Qualitätsprüfung durch den MDK abgewichen werden. Das gilt insbesondere dann, wenn die Einrichtungen gute Ergebnisse erzielen. Genau das sieht der Änderungsantrag vor. Das begrüßen wir ausdrücklich. Es ist auch ein Stück weg von der bestehenden Misstrauenskultur. Deshalb sehen wir den Änderungsantrag überwiegend sehr positiv. Ich habe noch zwei Anmerkungen zu machen, wo wir Änderungsbedarf sehen. Im Absatz 4 ist vorgesehen, dass die Ergebnisse der Prüfungen im Rahmen des Systems bereits ab der zweiten Erhebung in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen veröffentlicht werden sollen. Hier schlagen wir vor, dies erst ab der dritten Welle zu tun. Des Weiteren ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband die Evaluation in seinem



zweiten Bericht vornehmen soll. Hier sind wir der Auffassung, dass nicht der GKV-Spitzenverband, sondern der Qualitätsausschuss den Auftrag und die Ausführung und Durchführung der Evaluation vornehmen sollte. Im Übrigen erachten wir die Regelung aber als außerordentlich positiv.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich wende mich noch einmal an den GKV-Spitzenverband. In einem der Anträge wird u. a. eine Verlagerung der Finanzverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen von der sozialen Pflegeversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung verlangt. Damit haben wir uns auch befasst. Wie beurteilen Sie denn die Forderung, auch aus rechtssystematischer Sicht?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Wir haben dieses Thema sowohl in den Haupt- als auch in den ergänzenden Anträgen. Letztendlich ist es dem Grunde nach angesprochen worden. Ich will deutlich machen: Wir haben eine systematische Vorgehensweise, dass zwischen den beiden Sozialversicherungszweigen Pflegeversicherung und Krankenversicherung eine Abgrenzung notwendig ist hinsichtlich der Frage der medizinischen Behandlungspflege besteht. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung, das ist wichtig, geht das Bundessozialgericht davon aus, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Maßnahmen der einfachen Behandlungspflege sicherzustellen haben und damit die Ansprüche der Versicherten über ihre Pflegesätze in den stationären Pflegeeinrichtungen gedeckt sind. Das ist die derzeitige Rechtslage. Ich weiß, dass es eine Diskussion gibt, wonach das in vielen Punkten als systematisch schwierig angesehen wird. Immer wenn man sich dafür entscheidet, ein gegliedertes Sozialversicherungssystem zu etablieren und weiterzuentwickeln, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, hat man die Herausforderung, bestimmte Schnittstellenprobleme an den Grenzen der Übergänge zu den Systemen zu managen und zu organisieren. Das ist nichts Neues. Der Gesetzgeber hat das in der letzten Legislaturperiode mit dem Teilhabegesetz sehr deutlich gemacht, wo auch die Frage der unterschiedlichen Reha-Träger in bestimmten gesetzlichen Antworten mit Kooperationsgeboten usw. geregelt worden ist. Wenn man in der Pflegeversicherung die vollständige

Entlassung aus der Verantwortung, was die Behandlungsrege betrifft, will, führt das im Extremfall in der Krankenversicherung zu einer zusätzlichen Belastung von rund 3 Milliarden Euro. Das kann man politisch so sehen. Nach meinem Verständnis gehört es dazu, auch die Gegenfinanzierungsfrage zu beantworten. Ich glaube, das ist der Punkt. Ich würde daraus keine ideologische Debatte machen, sondern es so ähnlich halten wie die Einführung der Pflegeversicherung. Das war eine politisch-pragmatische Entscheidung und jetzt müssen Sie eventuell wieder eine treffen.

Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewerten Sie die Regelung, die neuen 13 000 Stellen, die im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege geschaffen werden sollen, mittels eines Vergütungszuschlags zu schaffen?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir beurteilen die Regelung, Herr Mauel hat es auch schon ausgeführt, als außerordentlich positiv, da durch den Vergütungszuschlag vermieden wird, dass die zusätzlichen Stellen zu Lasten des Eigenanteils der Heimbewohner geschaffen werden. Es ist hundertprozentig ein Schritt in die richtige Richtung. Herr Kiefer hat eben ausgeführt, dass für eine vollständige Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege ca. drei Milliarden Euro an Kosten anfallen würden. Wir haben uns als Wohlfahrtspflege stets dafür eingesetzt, dass die vollständige Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege erfolgen sollte. Wir erachten die Regelung als einen sehr wichtigen Schritt. Ich möchte drei kleine Punkte benennen, wo wir Nachbesserungsbedarf sehen. Der Schlüssel sollte nicht ganz so eng 0,5 auf 40 oder 1 auf 80, sondern 1 auf 60 gesehen werden. Wir haben das in einigen Ländern gut kalkuliert, damit die Stellen tatsächlich aufgestockt werden können. Es sollte überwiegend eine Aufstockung von Teilzeit in Vollzeit sein, auch auf mehrere Stellen verteilt. Das sollte im Gesetzentwurf noch nachjustiert werden.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage dreht sich auch um die 13 000 Stellen und geht an ver.di und



an den GKV-Spitzenverband. Anders als im Referentenentwurf ist jetzt im Kabinettsentwurf vorgesehen, dass diese 13 000 neuen Stellen gegebenenfalls mit Hilfskräften besetzt werden können, wenn innerhalb von drei Monaten keine Fachkräfte gefunden worden sind. Wie beurteilen Sie diese Regelung vor allem auch vor dem Hintergrund, dass diese Stellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege stehen?

SVe Grit Genster (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Auch für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft kann ich sagen, dass wir die mit dem Gesetzentwurf eröffnete Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen für die Besetzung von zusätzlichen Stellen auch für Pflegehilfskräfte den Vergütungszuschlag beantragen zu können, als nicht sachgerecht beurteilen. Wir lehnen das ausdrücklich ab. Aus unserer Sicht muss es sich bei den 13 000 Stellen nachweislich um zusätzliche und vor allem um qualifiziertes Personal handeln, also explizit um Pflegefachkräfte. Deshalb ist die Regelung, nach der vollstationäre Pflegeeinrichtungen den Vergütungszuschlag auch für zusätzliche Pflegehilfskräfte erhalten können, ersatzlos zu streichen. Zwei Gründe möchte ich dafür benennen: Auch wir betonen, dass die Fachkraftquote unbedingt gehalten werden muss, um die Versorgungsqualität sicherzustellen, denn die Evidenz ist so, dass mehr Personal alleine nicht reicht, sondern es muss qualifiziertes Personal und Fachkräfte geben. Insbesondere geht es hier um die medizinische Behandlungspflege, die über den Ausgleichsfonds finanziert wird. Deshalb kann es aus unserer Sicht nur um Fachkräfte gehen, die die medizinische Behandlungspflege unterstützen.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Man ist nachdenklich, wenn man die Antworten hört. Herr Mauel hat gesagt, es ginge mehr um Zeit und nicht so sehr um Qualifikation und deshalb dürfe man nach seiner Auffassung als Sachverständiger den Begriff medizinische Behandlungspflege, der vielleicht auch die Begründung für diesen Finanztransfer ist, nicht so ernst nehmen. Wir sind hinsichtlich der Frage, dass diese 13 000 zusätzlichen Stellen auch durch Hilfskräfte besetzt werden können, ausgesprochen kritisch, weil die Zielstellung heißt, zusätzliche Qualität zu schaffen. Im Gesetz steht auch, dass zusätzliches Personal in der Lage sein

soll, alle vorstationären Leistungen zu erbringen. Dies umfasst auch Pflegeprozessplanung und -steuerung. Ich schätze Pflegehilfskräfte sehr, aber ich glaube nicht, dass sie von ihrer Ausbildung prädestiniert sind, Prozessplanung und -steuerung so durchzuführen, wie wir uns das vorstellen. Das ist also ein schwieriger Punkt. Wenn Sie angesichts des realistischen Blicks auf den Arbeitsmarkt meinen, dass es erforderlich ist, Fristen einzubauen und wenn das ein Übergangsmotiv ist, dann muss man beachten, dass diese Frist von drei Monaten als Ausnahmetatbestand der Bequemlichkeit Tür und Tor öffnet, weil man danach bereits Pflegehilfskräfte einstellen kann. Wir plädieren hier, wenn überhaupt, für eine Frist von sechs bis neun Monaten.

Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Ich habe noch eine weitere Frage an ver.di im Hinblick auf die 13 000 neuen Stellen. Viele fragen sich, wo die Fachkräfte für die 13 000 neuen Stellen herkommen sollen. Welche Idee hierzu hat ver.di? Sie haben vor einiger Zeit geäußert, dass es Überlegungen von ver.di gibt, die es Pflegekräften erleichtert, auf Vollzeit umzusteigen. Sehen Sie das mit Blick auf die Arbeitsbelastung als eine realistische Variante an und wie soll man das konkret umsetzen?

SV Grit Genster (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir erleben, dass der Fachkräftebedarf, vor allem in der Altenpflege, häufig als Argument missbraucht wird, um qualifizierte Fachkräfte in die Altenpflege zu bringen. Es sind deutliche Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen erforderlich. Ich möchte ausdrücklich darauf verweisen, dass die Arbeitgeber eine klare Verantwortung tragen. Wir haben ein hohes Potenzial bei den Altenpflegefachkräften, weil hier die Teilzeitquote besonders hoch ist. Es gibt eine ältere Berechnung, wonach insgesamt 125 000 zusätzliche Vollzeitstellen geschaffen werden könnten, wenn man die Teilzeitquote auf ein Maß, das dem Gesamtdurchschnitt entspricht, reduzieren könnte. Soweit will ich gar nicht gehen. Aber ich will deutlich machen, dass wir, gerade in den neuen Bundesländern, jetzt schon viele Teilzeitbeschäftigte in der Altenpflege haben, die unfreiwillig in Teilzeit arbeiten. Jede zweite Teilzeitkraft in den neuen Bundesländern würde gerne mehr arbeiten. Allerdings werden keine arbeitsvertragliche



Stundeaufstockungen beziehungsweise nur mit Arbeitszeiten angeboten, die absolut nicht familienverträglich sind, so etwa mit geteilten Diensten oder Einspringen aus der Freizeit. Deshalb sehen wir einerseits ganz klar das Potenzial, dass die benötigten Fachkräfte auch gewonnen werden können. Dafür müssen die Rahmenbedingungen jetzt durch den Gesetzgeber gestellt werden. Wir sehen aber ganz klar auch die Arbeitgeber in der Altenpflege in der Pflicht, die Bedingungen so herzustellen, dass sich die Versorgungssituation in der Altenpflege und vor allem auch die Arbeitssituation für die Beschäftigten verbessert. Ich kann es nur noch einmal betonen, dass das Potenzial, über verschiedene Maßnahmen die Bedingungen zu verbessern und die Beschäftigten zu erreichen, vorhanden ist.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage zum Thema Refinanzierung von Tarifsteigerungen richtet sich an den Deutschen Städtetag und an ver.di. Sie kritisieren in Ihren Stellungnahmen, dass es nicht ausreicht, nur prozentuale Tarifsteigerungen bei der Refinanzierung zu berücksichtigen. Bitte erläutern Sie Ihre Position dazu und welchen Änderungsbedarf Sie sehen.

SV Stefan Hahn (Deutscher Städtetag): Personalkostensteigerungen entstehen nicht nur durch Tarifsteigerungen, sondern auch durch entsprechende Veränderungen im Tarifgefüge außerhalb von Tariferhöhungen z. B. durch höhere Vergütungen infolge neuer Berufsbilder. Diese Erhöhungen, die in den letzten Jahren auch immer dazu beigetragen haben, die Schere zwischen dem Aufwand in der Pflege und der Refinanzierung weiter zu öffnen, sind nicht abgebildet. Hier wünschen wir uns einen breiteren Blick.

SV Grit Genster (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Voranschicken möchte ich, dass wir die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen bereits seit langem fordern und daher die Umsetzung der Maßnahmen für das Pflegepersonal ausdrücklich begrüßen. Die nicht vollständige Refinanzierung hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass Personal abgebaut wurde und so noch mehr Druck auf die verbleibenden Beschäftigten entstanden ist. Konsequenterweise müsste die

vollständige Refinanzierung von linearen und strukturellen Steigerungen auch für die übrigen beschäftigten Gruppen im Krankenhaus erfolgen, weil alle zu einem guten Versorgungsergebnis der Patientinnen und Patienten beitragen. Zu der konkreten Frage möchte ich sagen, dass zukünftig alle linearen und strukturellen Steigerungen beim Pflegepersonal zu berücksichtigen sind. Hierzu sind Änderungen notwendig. Zu den strukturellen Aufwertungen ergeben sich generell Erhöhungen, bspw. durch neue Zuordnungen der Tätigkeitsmerkmale, wie wir sie gerade im öffentlichen Dienst hatten, und durch Aufwertungen, die ja auch in der Pflege gefordert werden. Es gibt Verbesserungen wie Zeitzuschläge, Schichtzulagen und bezahlte Pausen. Diese müssen mit der neuen Regelung erfasst werden. Es sind daher Änderungen notwendig.

Abg. Bettina Müller (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Pflegerat. Der Gesetzesentwurf sieht in § 132a SGB V eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere in unversorgten ländlichen Räumen vor. Darauf gehen Sie in Ihrer Stellungnahme sehr kritisch ein. Bitte erläutern Sie Ihre Einwände an einem konkreten Beispiel und machen einen Änderungsvorschlag.

SV Peter Tackenberg (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR): Grundsätzlich begrüßt der Deutsche Pflegerat die Regelung in § 132a Absatz 1 SGB V. Wir stören uns etwas an den Bezeichnungen „flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum“ und an „unversorgten ländlichen Räumen“. In der Realität sehen wir auch im urbanen Raum Wegezeitensproblematiken. Beispielsweise verlängern sich hier in Berlin durch Parkplatzsuche oder ungeplante Fahrumleitungen Wegezeiten deutlich. Wir fordern, dass bei einer Vereinbarung über einen angemessenen Zuschlag für längere Wegezeiten die Kostenträger einerseits die garantierte Tarifbindung berücksichtigen sollten und es sollte auch über Zuschläge für längere Wegezeiten, also bspw. am Wochenende und an Feiertage oder auch bei Nachtdiensten, nachgedacht werden, da die Pflegeleistungen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr laufen. Wir haben dazu einen konkreten Vorschlag. Die Formulierung in Punkt 5 der Rahmenempfehlungen zu Wegevergütungen in unversorgten ländlichen Räumen würden wir ersatzlos streichen.



So erhält der Satz einen anderen Sinn. Wir würden auch eine Definition von Beginn und Ende von Wegezeiten empfehlen. Unsere Formulierung hierzu: Als Wegezeiten werden Anfahrten zur nächsten zur versorgenden Person bezeichnet. Der Weg beginnt an der Tür des letzten Standortes, also der Büro-, Wohnungs- oder Haustür einer versorgten Person und endet an der Wohnungs- beziehungsweise Haustür der nächsten zur versorgenden Person. Damit ist die Strecke genau beschrieben und man weiß, dass man durch objektive Verfahren genaue Wegezeiten ermitteln kann. Damit wäre dann auch alles geregelt.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Ich habe eine Nachfrage zu Fahrtkosten an die BAG SELBTHILFE. Um den Besuch in die Facharzt- und Zahnarztpraxen zu erleichtern, soll im SGB V eine Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten verankert werden. Ist diese Regelung aus Ihrer Sicht ausreichend?

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBTHILFE)): Wir begrüßen, dass die Genehmigungsfiktion hier eingeführt werden soll, weisen aber darauf hin, dass § 60 SGB V einmal im Zuge von Kostendämpfungsgesetzen eingeführt wurde und extrem restriktiv formuliert ist. Zum einen wird von besonderen Ausnahmefällen und von zwingenden medizinischen Notwendigkeiten gesprochen. Gerade der Regelungszweck, der nunmehr verfolgt werden soll, soll ja nicht in der Weise restriktiv betrachtet werden. Deswegen würden wir vorschlagen, dass man die zwingende medizinische Notwendigkeit nicht mit aufnimmt, weil der Regelungszweck ein anderer ist.

Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Ich habe eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass das Aussetzen der Anrechnungsschlüssel im ersten Ausbildungsjahr nur für Kinderkranken- und Krankenpflege sowie Krankenpflegehilfe gelten soll, nicht aber für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Können Sie Ihre Stellungnahme noch ein wenig erläutern und was müsste ggf. nach Ihrer Meinung geregelt werden?

SV Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Zunächst begrüßen wir, dass für den Krankenhausbereich der Anrechnungsschlüssel 9,5 auf 1 für das erste Ausbildungsjahr ausgesetzt wird. Das ist erst ein positiver Schritt. Allerdings gibt es überhaupt keinen Grund und es ist nicht nachvollziehbar, warum dieser Schritt nicht ebenso für die Altenpflege erfolgt, denn Fachkraft ist Fachkraft, ob Kranken- oder Altenpflegekraft. Der Wertschöpfungsanteil, der so genau nicht bezifferbar ist, wäre in jedem Fall derselbe und wir fürchten, das Thema klang heute schon an, dass sich die Personalsituation durch die Anrechnung in der Altenhilfe noch einmal verschärft. Wir fordern vor diesem Hintergrund, dass auch in der Altenpflege zwingend mindestens für das erste Jahr der Anrechnungsschlüssel ausgesetzt wird und wir bitten, dass dringend in diesem Gesetzentwurf zu berücksichtigen. Wie Herr Baum kann ich sagen, dass der Wertschöpfungsanteil auch für das zweite und dritte Ausbildungsjahr nicht gegeben ist und der Anrechnungsschlüssel deshalb auszusetzen ist. Wenn das nicht in diesem Gesetz passiert, sollte es relativ umgehend in einem der nächsten Gesetzvorhaben so ausgeführt werden.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBTHILFE. Im Änderungsantrag 15 werden Regelungen getroffen, um die sehr unterschiedliche Nutzung der für die Selbsthilfe in der Pflege zur Verfügung stehenden Mittel zu verbessern. Wie bewerten Sie diese Regelungen?

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBTHILFE)): Die Fördersituation im Bereich der Unterstützung für Selbsthilfeorganisationen pflegender Angehöriger ist so, dass der Regelungszweck nicht so erreicht werden konnte, wie man sich das ursprünglich gedacht hat. Das liegt daran, dass das Arrangement von Ländern und Kommunen sich nicht in dem Umfang hat realisieren lassen, wie man sich das erhofft hat. Ich muss sagen, dass ich selten einen so gut durchdachten Änderungsantrag gelesen habe, wie den hier. Zum einen ist vorgesehen, dass der Anteil der Pflegeversicherung erhöht wird, aber auf der anderen Seite sollen die Länder nicht aus der Verpflichtung



genommen werden, sich zu arrangieren. Deshalb ist eine Überführung der nicht verausgabten Mittel in einen weiteren Topf vorgesehen, der vom GKV-Spitzenverband Pflege verausgabt werden soll. Das ist sehr gut nachzuvollziehen, weil es bislang daran fehlte, dass es übergreifende Initiativen gab, die auf Bundesebene die Qualifikation der Selbsthilfestrukturen hinbekommen konnten. Ergänzen sollte man ein Mitberatungsrecht der Organisation nach § 118 SGB XI. Das entspricht der Regelung, wie sie bei der Schwestervorschrift in § 20 SGB V vorgesehen ist.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Meine Frage geht an Frau Halletz. Es wurde schon mehrfach darauf hingewiesen, vorhandene Pflegekräfte im Bereich der medizinischen Behandlungspflege zu entlasten. Meine Frage ist, welche Maßnahmen schlagen Sie dazu vor und ist es Ihrer Meinung nach sinnvoll, die heimgesetzlich vorgegebene Fachkraftquote von 50 Prozent, so wie sie jetzt ist, auch beizubehalten?

ESVe Isabell Halletz: Generell halten wir die Erweiterung einer Personalbemessung für sinnvoll. Es ist wichtig, nicht nur an den 50 Prozent festzuhalten, sondern diese Fachkraftquote um andere Professionen, die sich entsprechend qualifiziert haben und schon heute in der Altenpflege tätig sind, zu erweitern. Dazu gehören u. a. Heilerziehungspfleger aber auch Therapeutenberufe, die regelhaft zur Personalausstattung bspw. im stationären Bereich dazu gehören und die teilweise über eine sehr gute Weiterqualifizierung verfügen. Es geht nicht darum, Personalquoten abzusenken, sondern die Qualität zu halten und zu verbessern, die wir schon jetzt in der Pflege haben. Dazu gehört auch, nicht nur die reine Pflegeprofession dazuzurechnen, sondern den Blick um alle anderen Professionen, die dort tätig sind, zu erweitern. Dazu gehört es, die Hilfskräfte gerade für die Erbringung von medizinischer Behandlungspflege mit in den Blick zu nehmen. Von daher begrüße ich ausdrücklich die Einfügung, dass nach einer dreimonatigen Nichtbesetzung dieser Stellen mit einer Fachkraft die Möglichkeit besteht, diese mit Hilfskräften besetzen zu können. Allerdings schlage ich vor, dies um eine Zusatzqualifikation zu ergänzen, bspw. im Rahmen einer Weiter- oder Teilqualifizierung, um diese Hilfskräfte zu befähigen, entsprechende behandlungspflegerische Leistungen, die

Vorhaltsaufgaben der Fachkräfte sind, durchzuführen. Es gibt in Bayern die Möglichkeit für Hilfskräfte behandlungspflegerische Leistungen zu erbringen, weil diese zur Ausbildung der Hilfskräfte dazugehört. Dies zeigt, dass es wichtig ist, eine bundesweit einheitliche Weiter- und Ausbildung für Hilfskräfte zu ermöglichen, um medizinisch behandlungspflegerische Leistungen durchführen zu können. Woher sollen diese 13 000 Stellen kommen bzw. mit welchem Personal sollen diese besetzt werden? Wir haben schon jetzt eine durchschnittliche Besetzungszeit von sechs Monaten, bis eine Stelle mit einer Fachkraft besetzt werden kann. Das weicht natürlich nach oben und nach unten ab. Um diese Leistung nicht nur den Pflegebedürftigen im stationären Bereich zu ermöglichen, sondern auch den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit zu geben, die Förderung und die Refinanzierung abzurufen und zusätzliches Personal zu dem jetzt schon vorhandenen einstellen zu können, begrüße ich es ausdrücklich, dass diese Erweiterung mit hinein gekommen ist.

Abg. Jörg Schneider (AfD): Meine Frage geht ebenfalls an die Einzelsachverständige Frau Halletz. Es geht um die Beibehaltung der Finanzierungsregelungen für medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich. Können Sie bitte schildern, wie sich das aus Sicht der Heimbewohner auswirkt.

ESVe Isabell Halletz: Aktuell ist es den Pflegebedürftigen nicht möglich zu sagen, wo sie diese behandlungspflegerischen Leistungen empfangen möchten, denn im ambulanten Bereich werden die behandlungspflegerischen Leistungen komplett von der Krankenkasse finanziert. Dieses ist den unterschiedlichen Regelungen im SGB V und SGB XI geschuldet, die nun schon seit sehr vielen Jahren mit hinterhergeschleppt werden. Es ist dringend notwendig, diese Regelungen zu vereinheitlichen, denn es ist nicht sehr einfach, wenn pflegebedürftige Angehörige, aber auch der Sozialhilfeträger mit sehr hohen Zuzahlungen im stationären Bereich für behandlungspflegerische Leistungen belastet wird, die im ambulanten Bereich zu 100 Prozent refinanziert werden. Das können Sie Angehörigen, aber auch den Pflegebedürftigen nicht erklären, warum in einer Rundumbetreuung weniger Leistungen refinanziert werden als in der häuslichen Betreuung. Von daher plädiere ich sehr dafür, dass die



Gesetze geändert werden und im SGB XI gestrichen wird, dass mit den Pflegesätzen die behandlungspflegerische Leistung komplett abgeschlossen ist. Ich bewerte es als sehr kritisch, dass Pflegekräften, die auch als Fachkräfte behandlungspflegerische Leistungen erbringen, nicht die Wertschätzung entgegen gebracht wird, weil dadurch höhere Zuzahlungen durch die Pflegebedürftigen notwendig werden. Dies ist im ambulanten Bereich eben nicht der Fall. Auch Bewohner, die im stationären Bereich leben, zahlen für behandlungspflegerische Leistungen, die sie ggf. gar nicht abrufen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass diese Leistung im Pflegesatz inkludiert sind, unabhängig davon, ob sie diese auch in Anspruch nehmen oder nicht. Von daher gibt es eine deutliche Benachteiligung für den stationären Bereich, wo ich eindeutig fordere, diese zu beseitigen. Es gibt auch entsprechende Berechnungen, dass diese Mehrbelastung, die auf die GKV in Milliardenhöhe zukommen würde, durch entsprechend höhere Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden können. Ich sehe daher keine Notwendigkeit, diese Ungleichheit, die nun schon seit sehr vielen Jahren besteht, weiter bestehen zu lassen.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an die gematik. Wie würden Sie die Einsatzmöglichkeit Ihres Fachgebietes für die Problematik, die wir hier behandeln, einschätzen?

SV Alexander Beyer (gematik Gesellschaft für Telematik-Anwendungen): Es geht bei dem Thema Pflege und gematik um die Frage der Vernetzung, also inwieweit auch die Pflege mit in die Telematik-Infrastruktur einbezogen wird. Ich halte es für folgerichtig, dass wir die Bemühungen, die wir in den letzten Jahren aufgestellt haben, eine Vernetzung im Gesundheitswesen auf sichere Art und Weise vorzunehmen, auch für den Pflegebereich umzusetzen. Das ist im Gesetzentwurf enthalten. Wir brauchen aber noch weitere Überlegungen, inwieweit und in welchem Bereichen die Pflege einbezogen wird. § 291a SGB XI umfasst momentan nicht den Bereich Pflege. Es sind noch weitere Hausaufgaben zu machen. Wir begrüßen die Entscheidung, grundsätzlich auch die Pflege mit in die Telematik-Infrastruktur einzubeziehen.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Meine Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Sie plädieren in Ihrer Stellungnahme dafür, die Zulassungshürden für Anbieter von Alltagsunterstützungen zu senken. Können Sie einschätzen, wie viele Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag von immerhin 125 Euro tatsächlich abrufen und welchen Leistungsumfang sie tatsächlich für die 125 Euro bekommen und gibt es einen sachlichen Grund, warum diese Leistungen nicht erstattungsfähig sind, wenn sie von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn, die nicht offizielle Pflegepersonen sind, erbracht werden?

SV Herbert Möller (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Das Thema Entlastungsbetrag kann man grob einschätzen. Befragungen ergaben, dass bei 70 Prozent der pflegebedürftigen Menschen der monatlich zustehende Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro nicht abgerufen wird. Dieser Betrag kann für eine Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Gebe es diese Vielseitigkeit nicht, wäre wahrscheinlich der Abruf noch deutlich geringer. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, sich nochmals im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs die Tatbestände für die Gewährung anzuschauen. Warum kann das nicht jeder anbieten? Diese Frage ist natürlich naheliegend und mit einer sicherstellenden Qualität der Leistungserbringung zu beantworten. Wir sind der Ansicht, dass die Hürden dieser Qualitätssicherung nochmal betrachtet werden müssen. Ambulante Pflegedienste bieten zwar die herkömmliche Pflege, aber wegen des Pflegekräftemangels oftmals keine Haushaltshilfe an. Das ist ein Problem. Man sollte überlegen, ob man die Möglichkeit schafft, dass Personen, die nur eine gewisse pflegerische Fortbildung nachweisen können, die Haushaltshilfen anbieten können. Wichtig ist die Qualitätssicherung und Sie sollten die Hürden absenken.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Die Frage geht an die Fachgesellschaft Profession Pflege. Es war eine Publikumsfrage beim Tag der Ein- und Ausblicke, dem Tag der offenen Tür des Deutschen Bundestages. Können Sie einschätzen, wie das Verhältnis zwischen akademisierten und nicht akademisierten Pflegekräften zu sein hat? Es wurde gefragt, ob hier Handlungsbedarf besteht.



Der Vorsitzende: Frau Wieteck, vielleicht können Sie anschließend mit Herrn Spangenberg sprechen. Es tut mir leid, die Fragezeit für die AfD-Fraktion ist beendet.

Abg. Nicole Westig (FDP): Ich habe eine Frage an den bpa. Sie warnen von der deutlichen Schlechterstellung der Altenpflege gegenüber der Krankenpflege, die durch das Gesetz festgeschrieben werde. Woran machen Sie das fest und was müsste geändert werden, um eine solche Schlechterstellung zu verhindern?

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Es macht sich ja schon hier deutlich bemerkbar. Wenn Herr Kiefer meint, es bräuchte eine Begründung, um Behandlungspflege zu Lasten der Krankenversicherung zu finanzieren, wundert mich das. Die Begründung liegt seit 25 Jahren vor. Alle anderen Menschen bekommen das. Weitere Gründe gibt es natürlich. Wenn die Decke zu kurz ist und man zieht an irgendeiner Stelle, dann hilft das an der anderen Stelle nicht. Wenn den Krankenhäusern versprochen wird, es geht nicht um Kranken- oder Altenpflege, sondern um Krankenhaus und Pflegeeinrichtung, sie bekommen jede zusätzliche Stelle komplett finanziert, dann besorgt uns das, weil die Krankenhäuser das bei der Zuzahlung nicht an die Patienten weitergeben müssen. Es gibt andere Beispiele. Frau Fix hat eben darauf hingewiesen. Wenn man bei der Ausbildung versucht, den Krankenhäusern etwas Gutes zu tun, dann muss man das zu Ende denken. Wir haben ein Problem, wenn es dann bei uns fehlt. Es hilft nicht wirklich, wenn wir sagen, wir müssen alles tun, familienfreundlich sein usw. und zum Schluss sagen wir dann, aber bitte nur zwischen acht und eins. Das entspricht nicht dem Bedarf, den die Menschen haben. Wir möchten, dass man bei Regelungen zum knappen Gut Pflegekräfte auch den Bereich der Altenpflege im Blick behält.

Abg. Nicole Westig (FDP): Die nächste Frage geht an den Bundesverband Gesundheits-IT. Der Gesetzentwurf sieht eine Anschubfinanzierung für die Digitalisierung in der Pflege vor. Wie bewerten Sie die Höhe der Zuschüsse und die Dauer der Förderung vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung? Wie kann sichergestellt werden, dass die

geförderten digitalen Anwendungen wirklich zur Entlastung der Pflegekräfte und zum Nutzen der Pflegebedürftigen eingesetzt werden?

SV Sebastian Zilch (Bundesverband Gesundheits-IT - bvitg e. V.): Zuerst muss man sehr positiv bewerten, dass dieser Gesetzentwurf anerkennt, dass die Digitalisierung ein Instrument zur Verbesserung der Situation in der Pflege ist. Durch digitale Instrumente können Pflegekräfte entlastet, der Pflegeberuf attraktiver und am Ende können auch Prozesse effizienter gestaltet werden. Im § 8 SGB XI ist eine einmalige Anschubfinanzierung in Höhe von 12 000 Euro für die Anschaffung von digitalen oder technischen Ausrüstungen, die zu 40 gefördert werden, vorgesehen. Ich sage deutlich, dass es wichtig ist, die Digitalisierung nachhaltig zu finanzieren. Eine Anschubfinanzierung allein ist nicht ausreichend. Es muss permanent die Digitalisierung gefördert werden. Wir empfehlen eine Vollfinanzierung in Höhe von bis zu 50 000 Euro. Wir haben im Bereich der Digitalisierung in der Pflege im Vergleich mit anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung einen enormen Rückstand. Die Erhöhung und die zeitliche Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds sind positiv zu sehen. Man darf aber nicht vergessen, dass die Förderung bei der Vernetzung ansetzt, auch beim Thema IT-Sicherheit. Das hilft aber im Prinzip der Digitalisierung in der Pflege nicht. Hier müssen zweckgebundene Mittel für die Unterstützung der Digitalisierung in der Pflege gefunden werden. Sie haben die Situation, dass bis zu 60 Prozent der Arbeitszeit von Pflegefachkräften in der Dokumentation und administrativen Prozessen gebunden sind. Digitalisierung und strukturierte Datenerfassung können hier helfen. Daher empfehle ich, zweckgebundene Mittel für die Digitalisierung in den Einrichtungen aufzuwenden. Damit die Digitalisierung ankommt, ist es sehr wichtig, auf die verbindliche elektronische Dokumentation hinzuwirken, die langfristige Finanzierung sicherzustellen und Standardisierungsgremien in Bezug auf Technik einzubeziehen. Insgesamt empfehlen wir als bvitg, über ein weiteres Gesetz über die Digitalisierung in der Pflege nachzudenken und die vielen guten Ansätze, wie die Vernetzung mit der gematik oder die verschiedenen Förderinstrumente, noch einmal ganz bewusst in den Fokus zu nehmen, um diesen beiden Fragen, die Sie angesprochen haben, zu einem positiven Ziel zu führen.



Abg. **Nicole Westig** (FDP): Die nächste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Dr. Kochskämper. Welche Erwartungen haben Sie an die finanziellen Folgen des Gesetzentwurfs für die Pflegebedürftigen und die Beitragszahler der Pflegeversicherung?

ESVe **Dr. Susanna Kochskämper**: Zum einen müssen wir damit rechnen, wenn wir Fachkräftestellen aufstocken möchten, dass das zunächst zu Lasten der Pflegeversicherung und damit mittelfristig auch in die Beiträge gehen wird. Wir sehen das bereits heute. Die zweite Frage ist, ob das langfristig so sein wird und ob möglicherweise weitere Aufstockungen der Eigenanteile erforderlich werden. Das ist vor dem gegenwärtigen Hintergrund der alternenden Bevölkerung nicht auszuschließen. Die Frage ist, ob die Stellenvolumen, Digitalisierungsstrategien, Kinderbetreuung etc. mittelfristig ausreichen. Wir gehen eher nicht davon aus. Deswegen ist das Ganze mit der Frage, wie wollen wir die Pflege in Zukunft finanzieren, zu verknüpfen. Wir haben zum einen bisher das Problem der abnehmenden Absicherung im Umlagesystem gehabt. Das heißt, was die Pflegeversicherung gedeckt hat, ist über die Jahre immer weniger geworden. Die zweite Frage ist, ob das ganze Umlageverfahren tatsächlich ausgeweitet werden soll. Da wären wir mit dem Verweis auf die jüngere Beitragszahler-Generation sehr vorsichtig. Die Frage nach der Verteilung der Lasten in diesem System ist eine ganz wichtige normative Frage. Wer zahlt was? Wie viel Eigenverantwortung können wir erwarten? Pflege ist, anders als Krankheit, als Akutversorgung in der Regel planbar. Es gibt einige Ausnahmefälle wie Menschen, die sehr jung pflegebedürftig werden. Hier kann man über Ausnahmeregeln nachdenken. Die Frage ist aber, wie soll das für den Großteil der Bevölkerung aussehen? Ich habe heute keine Antwort, aber ich rate dringend dazu, diesen Teil mitzudiskutieren und als nächsten Schritt in der Gesetzgebung weiterzuentwickeln, denn das Problem wird in den nächsten Jahren nicht kleiner.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Die nächste Frage geht an den VDAB zum Thema Bürokratieabbau. Wie beurteilen Sie vor dem Hintergrund der bürokratischen Last die geplanten Vorschriften in § 119 SGB V und in § 6a KHEntG vor allem mit Blick

auf die Ungleichbehandlung bei der Vergütungsfunding zwischen Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern?

SV **Thomas Knieling** (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)): Die Kooperationen, § 119b SGB V, sehen wir sehr kritisch. Kooperationen sind sinnvoll und wichtig. Sie haben aber hohe Voraussetzungen, nämlich das die Sicherstellung und der Sicherstellungsauftrag bei den Ärzten bleibt und es keine schlechende Überleitung von ärztlichen Aufgaben gibt. Zum anderen stellen wir fest, dass mit jeder Novelle des § 119b SGB V weitere Ausweitungen der Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen ohne adäquate Refinanzierung geschaffen werden. Diese Unwucht wird immer größer. So wird jetzt eine verantwortliche Pflegekraft für die Koordination gefordert. Das hat inzwischen ein Maß erreicht, dass ohne adäquate Refinanzierung für die Einrichtung versucht werden muss, dies zu verhindern. Gleiches gilt für das KHEntG. Hier wird als Neuerung eingeführt, dass zum Teil Nachweise mit Testaten von Wirtschaftsprüfern zu erbringen sind. Das gibt es zum Teil bereits länger. Wir sehen aber in der Pflege wieder eine Unwucht, dass weitere Nachweise zu führen sind, die in den Betriebsbereich und Betriebsgeheimnisse bis hin zu einzelnen Abrechnungen der einzelnen Arbeitnehmer reichen sollen. Wir bitten, hier mit gleichem Maß zu messen. Das wäre eine wichtige Voraussetzung.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Heute hat die Bundesregierung eine Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge beschlossen und wir diskutieren mehrere weitere Änderungen, die möglich wären. Ist das alles ohne eine Zukunftssicherung der Pflegefinanzierung zu leisten und wenn das nicht so ist, welche Maßnahmen schlagen Sie uns vor?

SV **Herbert Möller** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Es stimmt. Es ist uns heute zum zweiten Mal versprochen worden, dass die Beitragssätze in der Pflegeversicherung nun bis zum Jahr 2022 stabil sein werden. Darauf hoffen wir natürlich. Wir sehen aber sehr klar in der Bewertung, dass es ohne ein Gesamtkonzept in der Finanzierung für



die Pflege nicht gehen wird. Wir haben momentan einerseits die Löcher, die aufgrund der letzten Pflegereform entstanden sind, zu füllen, denn es sind Ansprüche der pflegebedürftigen Menschen. Wir haben viele Maßnahmen, insbesondere die notwendige Tariferhöhung und die notwendige tarifliche Bezahlung der Pflegekräfte in den Einrichtungen, die nicht auf dem Rücken der pflegebedürftigen Menschen finanziert werden dürfen. Wir haben aber gleichzeitig Meldungen aus immer mehr Regionen, dass die Eigenanteile bei den Heimbewohnern immer mehr ansteigen. Das sind mal kleinere Beträge und es sind mal Beträge von 500 bis 600 Euro, die dann plötzlich im Erhöhungsschreiben verlangt werden. So steht dann das 70-jährige, das 80-jährige Ehepaar vor einer Rechnung und vor dem Hinweise des Pflegeheimträgers, der natürlich gut gemeint ist, man könne ja auch noch Hilfe zur Pflege, also das heißt Sozialhilfe, beantragen. Das bedeutet letztlich vor dem Staat die Hosen runter lassen und das ist für diese Menschen, was die Würde betrifft, ein ganz gravierendes Erlebnis. Deswegen sagen wir, weitere Kostensteigerungen sind absehbar. Deshalb ist jetzt der richtige Zeitpunkt, sich Gedanken darüber zu machen, wie man die Finanzierung neu regeln kann. Aus unserer Sicht muss der Weg dahin führen, dass die Pflegeversicherung komplett die Pflegekosten übernimmt. Natürlich bleibt es bei den Eigenanteilen, insbesondere in den Pflegeeinrichtungen, wenn es um Unterbringung, Verpflegung und Nebenkosten geht. Das wird aber Zeit brauchen. Deswegen haben wir vorgeschlagen, dass man eine Kommission einsetzt, die sich das alles ansieht. Bis dahin sind aus unserer Sicht Sofortmaßnahmen notwendig. Wir brauchen einmalig sofort 500 Euro mehr bei den Sachleistungsbeträgen der Pflegekasse, damit der Kaufkraftverlust aufgefangen wird und auch das, was gerade auf den Tarifmärkten passiert, abgedeckt wird. Eine regelhafte Dynamisierung in das Gesetz schreiben und alle drei Jahre ein Prüfbericht erstellen, reicht nicht aus. Unser Vorschlag ist, die Bezugsgröße im SGB IV und die medizinische Behandlungspflege endgültig von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Ich würde gerne wissen, welche der vorgeschlagenen Regelungen für den Krankenhausbereich, die wir im Gespräch haben, sind parallel auch in der

Altenpflege umzusetzen, um eine Entwertung der Altenpflege zu verhindern?

SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir sehen es positiv, dass es überhaupt ein Sofortprogramm für die Altenpflege gibt, vermissen allerdings das Gesamtkonzept. Man muss sagen, was wirklich für die Aufwertung der Langzeitpflege steht. 13 000 Stellen, das ist natürlich gut gemeint, wird aber in keiner Weise dem Fachkräftemangel gerecht. Das muss man sagen. Zum Thema Fachkräfte für die medizinische Behandlungspflege hat der GKV-Spitzenverband alles gesagt. Dem schließen wir uns an. Wir beharren nach wie vor darauf, dass es, ähnlich wie wir das auch für den Krankenhausbereich fordern, eine individuelle und bundeseinheitliche Personalbemessung geben muss. Denn nur so werden wir in die Lage versetzt werden, dass die Einrichtungen verpflichtet werden können, ausreichend am Bedarf orientiertes und qualifiziertes Pflegepersonal vorzuhalten. Das beinhaltet, dass wir Transparenz darüber herstellen, wie viel Pflege per Fachpersonal überhaupt da ist. Das ist der Knackpunkt. Wenn Sie heute in eine Einrichtung gehen und versuchen herauszufinden, wie viel Fachpersonal vorgehalten werden muss und wie viel da ist, werden Sie feststellen, dass dies sehr schwierig bis unmöglich ist. Einen Zugriff darauf zu bekommen, wäre schon ein großer Schritt. Darüber hinaus wäre es wichtig, die Arbeitsbedingungen soweit zu verbessern, dass Pflege eine boomende Branche wird. Denn bei den Nachfragen müsste Pflege unter guten arbeitsrechtlichen und Arbeitsschutzbedingungen eine absolute Boom-Branche sein. Wir müssten uns alle fragen, warum das nicht der Fall ist. Das ist das eine. Das andere ist die Finanzierung. Natürlich steht die Altenpflege in unmittelbarer Konkurrenz zur Krankenpflege. Wir wissen alle, dass in der Altenpflege ein Viertel weniger bezahlt wird und das ist ein Problem, wenn in den Krankenhäusern jede Stelle finanziert wird. Dann entsteht ein Sog aus der Altenpflege in die Krankenpflege. Das ist aus unserer Sicht völlig klar und das muss man im Blick halten. Wir fordern in diesem Sinne eine Anhebung der Vergütung in der Altenpflege, um dem entgegen zu wirken. Zu den Kosten wurde von meinem Vorredner alles gesagt. Natürlich darf man die, die in der Altenpflege avisiert sind, nicht auf die Pflegebedürftigen übertragen und diese führen dann zu Kostenausweitung, die wiederum von



den Kommunen aufzufangen sind. Dann sind wir wieder in der Situation, die wir hatten, als die fünfte Säule der Sozialgesetzgebung, die Pflegeversicherung, eingeführt wurde. Genau das wollen wir nicht. Insofern sprechen wir uns für eine gerechte Finanzierung der Mehrkosten aus.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Der Gesetzentwurf sieht die Schaffung neuer Stellen im Krankenhaus und in Pflegeheimen vor. Die ambulante Pflege wird nur bei Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen. Wie bewerten Sie unsere Forderung, die Tarifbindung in den Vergütungsverhandlungen anzuerkennen und wie kann das umgesetzt werden?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ihre Forderung entspricht einer langjährigen Forderung der Freien Wohlfahrtspflege. Wir hatten wiederholt bei vielen Anhörungen in diesem Hause darauf hingewiesen, dass es eine große Lücke zwischen den Personalkosten der tarifgebundenen Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen einerseits und den von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen in der häuslichen Krankenpflege gibt. Diese Lücke ist immer größer geworden. Die Ursache ist, wie vorher zum Reha-Bereich ausgeführt, dass die Krankenkassen sich an die Grundlohnsumme gebunden fühlen und Vergütungsforderungen oberhalb dieser Grundlohnsumme nicht anerkannt werden. Vor Jahren haben wir diese Lücke im SGB XI für die ambulante und für die stationäre Pflege in §§ 84 und 89 SGB XI erfolgreich geschlossen. Das hat geholfen, aber im Bereich der häuslichen Krankenpflege gibt es nach wie vor die Lücke. Man muss wissen, dass circa 50 Prozent der Erlöse der Pflegedienste aus Leistungen der häuslichen Krankenpflege generiert werden. Das ist eine nicht unerhebliche Summe und daher schließen wir uns Ihrer Forderung, im § 132a SGB V eine entsprechende Änderung vorzunehmen, nach der alle Tarife als wirtschaftlich anerkannt werden, an. Des Weiteren möchte ich hinzufügen, dass in § 132a SGB V das Wörtchen „preisgünstig“ zu streichen ist. Preisgünstig und Qualität ist ein Widerspruch in sich. Wir hoffen, dass der von Bundesminister Spahn vor zwei Wochen angekündigte Änderungsantrag bald auf den Weg gebracht wird.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Rothgang. Wir haben schon gehört, dass die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen ungefähr 3 Milliarden Euro ausmacht und im Gegensatz zur ambulanten Pflege ausschließlich aus der Pflegeversicherung finanziert wird. Nun ist im PpSG vorgesehen, 640 Millionen Euro herauszulösen und von der GKV finanziert zu lassen um damit diese legendären 13 000 zusätzlichen Pflegestellen zu finanzieren. Ich frage Sie, Herr Prof. Rothgang, wie bewerten Sie dieses Vorgehen und was müsste stattdessen getan werden, um die Behandlungspflege tatsächlich zu verbessern und die Eigenanteile von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, die ständig steigen, zu begrenzen?

ESV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Um mit etwas Positivem anzufangen, positiv im PpSG ist, dass damit anerkannt wird, dass wir in der medizinischen Behandlungspflege ein Problem haben und das ist eher neu. Dass die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege 1996 in die soziale Pflegeversicherung kam, lag nicht an wohlüberlegten Abgrenzungen zwischen zwei Leistungsbereichen, sondern daran, dass in dem einem System gerade Geld übrig war und in dem anderen nicht. Die Regelung wurde auf zwei Jahre befristet und sollte geprüft werden. Die Befristung wurde verlängert und auf Dauer gestellt, ohne dass man es jemals geprüft hat. Was sind die Konsequenzen dieser Regelung? Die Heimbewohner zahlen die medizinische Behandlungspflege de facto selbst, denn die Leistungen der Pflegeversicherung sind im Moment im Durchschnitt etwa 600 Euro unterhalb des Eigenanteils. Das heißt, das, was an medizinischer Behandlungspflege anfällt, zahlt der Heimbewohner selbst. Befindet er sich im häuslichen Kontext, zahlt es die Krankenkasse. Wir haben hier ein Gerechtigkeitsproblem und ein Allokationsproblem für die Kassen. Für jede Kasse, die wirtschaftlich denkt und ich unterstelle, dass ein bisschen Wirtschaftlichkeitsdenken in den Kassen durchaus vorhanden ist, ist es klar, dass im Pflegeheim keine häusliche Krankenpflege anfällt. Das ist der am schnellsten wachsende Bereich in der GKV-Finanzierung. Das heißt, wenn es mir als Kasse gelingt, den Pflegebedürftigen im Heim unterzubringen, macht der keine Kosten mehr für mich. Da gibt es den Grundsatz ambulant vor stationär, den kennen alle, aber der geht gegen die genuinen Eigen-



interessen der Kassen. Wir fordern also von Kassen, dass sie permanent gegen ihre eigenen Interessen verstößen, um dem Gesetzesauftrag nachzukommen. Das ist schon ein bisschen eigenwillig. Mit der Trennung von ambulant und stationär und der Frage, wer die medizinische Behandlungspflege zahlt, haben wir noch einen Nebeneffekt. Wir verfestigen die sektorale Fragmentierung, von der wir im Gesundheitssystem in Deutschland nicht wenig haben. Das machen wir im Pflegebereich, ambulant und stationär. Alles, was wir im Moment an innovativen ambulanten Versorgungsformen sehen, ist an dieser Grenze. Sie werden aber schon alleine durch diese Regelung gezwungen, zu definieren, zu welchem der beiden Bereiche Sie gehören. Das heißt, die Regelung, wie sie im Moment ist, ist nicht gut. Ich glaube, das hat der Gesetzentwurf anerkannt. Die Lösung, die er vorschlägt, ist aber, das muss ich leider sagen, auch nicht gut. Es gibt drei Gründe dafür, die heute alle schon genannt worden sind. Erstens, der Umfang. 13 000 Stellen entsprechen etwa 650 Millionen Euro. Die Kosten für die medizinische Behandlungspflege liegen bei zwei bis drei Milliarden Euro. Das ist also bestenfalls eine Teillösung. Zweitens, wo sollen die Stellen herkommen? Wir wissen, dass der Markt für Pflegefachkräfte leer gefegt ist. Wir hatten 2017 im Jahresdurchschnitt 23 000 offene Stellen. Wir haben pro offener Stelle 0,2 Bewerber oder umgekehrt ein Bewerber hat im Jahresdurchschnitt fünf offene Stellen. Wir haben eine Arbeitslosenquote in diesem Bereich, die unter einem Prozent ist. Wir sprechen bei vier Prozent von Vollbeschäftigung. Dieser Markt ist leer gefegt. Das heißt, wenn wir jetzt 13 000 neue Stellen finanzieren, finanzieren wir zunächst einmal 13 000 neue offene unbesetzte Stellen. Es sei denn, alles das würde passieren, was wir von ver.di eben gehört haben, was ich aber im Moment nicht sehe. Insofern birgt das Gesetz die Gefahr, dass wir offene Stellen schaffen und sonst nichts. Mein Ausgangspunkt war der Eigenanteil der Heimbewohner. Dieses Gesetz ändert daran nichts. Das heißt, wenn wir daran etwas tun wollen, brauchen wir andere Lösungen wie eine systematische Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung. Das bringt uns den Vorteil, dass es unabhängig vom Ort ist. Das heißt, auch für die neuen Versorgungsformen spielt das keine Rolle mehr. Die Heimbewohner werden entlastet und wir haben das Problem vom Tisch.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an Pflege in Bewegung. Wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung, dass Pflegeeinrichtungen erlaubt, bereits nach 3 Monaten vergeblicher Suche nach einer Pflegefachkraft eine Pflegehilfskraft durch Vergütungszuschlag bezuschusst zu bekommen?

SV **Ulrich Mönhe** (Pflege in Bewegung e. V.): Wir sehen das äußerst kritisch und als sehr problematisch an. Es ist heute schon so, dass Hilfskräfte im Dienst sind. Das heißt, dass Fachkräfte diese Hilfskräfte beaufsichtigen müssen. Dadurch werden diese Fachkräfte heute schon sehr unter Druck gesetzt und wenn wir das so durchführen, dann laufen uns die restlichen Kolleginnen und Kollegen auch noch weg. Das ist also sehr problematisch und das kann man gerade in der Behandlungspflege nicht einfach so machen. Als Beispiel kann ich Ihnen die Verabreichung von Medikamenten nennen. Da muss ich als Fachkraft wissen, was gebe ich dem Patienten bzw. Bewohner, was das für Medikamente sind, welche Kontraindikationen es gibt usw. Das kriege ich nicht mit Hilfspersonal hin. Da muss schon eine fundierte Ausbildung hinter stehen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte den GKV-Spitzenverband zum Verteilungsmodus der Pflegestellen fragen, der, so wie er vorgeschlagen ist, eher zur Ungleichverteilung führt. Sie machen einen, wie ich finde sehr klugen Vorschlag zu einem linearen Verteilungsmodell der zusätzlichen Pflegestellen und Pflegeeinrichtungen mit weniger Verwaltungsaufwand für mehr Gerechtigkeit und außerdem steht er auch in unserem grünen Sofortprogramm. Deswegen frage ich Sie, warum Sie hierin eine geeignete Lösung sehen.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Es ist eindeutig, der Gesetzentwurf wirft neue Fragen auf. Unser lineares Modell ist so gebaut, dass wir von dem Prinzip einer Verteilung nach den Bedarfen der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen ausgehen und damit eine gerechtere Verteilung als diese Stufenzahlung herstellen. Das, was die Grünen vorschlagen, ist in dem Punkt sehr klug. Ich will noch



darauf hinweisen, dass man das Finanzierungsmo^{del}l unbürokratisch wie bei den zusätzlichen Betreuungskräften regeln sollte. Das ist in unserem gemeinsamen Interesse.

Der **Vorsitzende**: Ich darf mich recht herzlich bei allen Sachverständigen bedanken. Es sind nicht alle zum Zuge gekommen, aber wir haben von fast allen entsprechende Stellungnahmen, die sicherlich in die Diskussion der Fraktionen einfließen werden. Sie haben viel Input gegeben. Die Beratungen werden intensiv sein. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen und danke auch den Fraktionen

für die sehr intensive Befragung, wünsche allen einen schönen Abend und schließe die Anhörung.

Schluss der Sitzung: 17.14 Uhr

gez.

Erwin Rüddel, MdB

Vorsitzender