



Wortprotokoll der 23. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 27. April 2022, 15:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS
90/DIE GRÜNEN und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeein- richtungen (Pflegebonusgesetz)

BT-Drucksache 20/1331

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

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

- b) Antrag der Fraktion der CDU/CSU,

Bonuszahlung für Leistung der Medizinischen Fachangestellten, Zahnmedizinischen Fachange- stellten sowie Beschäftigter im Rettungswesen in der Corona-Pandemie – Nachhaltige Stärkung des Berufsbilds der Medizinischen Fachangestellten jetzt voranbringen

BT-Drucksache 20/1014

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung „Pflegebonus“

Mittwoch, 27. April 2022, 15:15 Uhr bis 16:15 Uhr
Paul-Löbe-Haus (PLH), Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- AOK-Bundesverband GbR
- AWO Bundesverband e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)
- Dachverband der Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e. V. (DVTA)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutscher Hebammenverband e. V.
- Deutscher Landkreistag e. V. (DLT)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)



- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)
- Deutscher Städtetag
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
- Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
- GKV-Spitzenverband
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V.
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V.
- ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
- Verband Medizinischer Fachberufe e. V. (vmf)
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

Einzelverständige

- Annemarie Fajardo (care pioneers GmbH)
- Werner Möller (Initiative „Pflege für Aufklärung“)
- Thomas Nogueira (Vorstandsmitglied vom DBfK Bundesverband)

**Beginn der Sitzung: 15:16 Uhr**

Die **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige und sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie ganz herzlich zur zweiten öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am heutigen Tag, die wiederum eine Mischung aus Präsenz und Online-Sitzung ist. Alle Sachverständigen sind digital zugeschaltet. Einige Abgeordnete sind hier direkt im Sitzungssaal und einige sind ebenfalls digital zugeschaltet. Allen ein herzliches Willkommen! Ich möchte vorab allen Sachverständigen und allen Teilnehmenden die per WebEx zugeschaltet sind um zweierlei bitten. Nämlich einmal, sich mit ihren kompletten Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns alle erkennbar ist und natürlich Ihre Mikrofone auszuschalten, solange wie Sie nicht aufgerufen sind.

In der heutigen Anhörung geht es um zwei Vorlagen, den Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP mit dem Titel „Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen“, kurz „Pflegebonusgesetz“ auf Drucksache 20/1331, und die dazugehörigen Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen auf Ausschussdrucksache 20(14)31. Und es geht um den Antrag der Fraktion der CDU/CSU mit dem Titel „Bonuszahlung für Leistung der Medizinischen Fachangestellten, Zahnmedizinischen Fachangestellten sowie Beschäftigter im Rettungswesen in der Corona-Pandemie – Nachhaltige Stärkung des Berufsbilds der Medizinischen Fachangestellten jetzt voranbringen“ auf BT-Drucksache 20/1014. Ich darf Ihnen jetzt kurz die wesentlichen Inhalte des Gesetzentwurfes der Koalitionsfraktionen vorstellen. Die andauernde Corona-Virus-Pandemie stellt das Pflegepersonal in Krankenhäusern und in der Langzeitpflege vor besondere Belastungen. Sie verlangte ihnen besondere Leistungen ab während der gesamten Pandemie, und verlangt diese auch noch heute und auch wahrscheinlich noch in Zukunft ab. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll dieser Einsatz durch kurzfristige Bereitstellung von finanziellen Mitteln für Prämienzahlungen anerkannt werden. Um Liquiditätsproblemen von Kran-

kenhäusern ohne vereinbartes Pflegebudget entgegenzuwirken sieht der Gesetzentwurf vor, aus dem Bundeshaushalt insgesamt eine Milliarde Euro für Prämienzahlungen zur Verfügung zu stellen. Davon sollen 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Krankenhausbereich und weitere 500 Millionen Euro für Prämienzahlungen im Bereich der Langzeitpflege eingesetzt werden. Mit ihren acht vorliegenden Änderungsanträgen wollen die Koalitionsfraktionen unter anderem die Möglichkeiten zur Nutzung der Digitalisierung in der Pflege verbessern sowie das Kostenerstattungsverfahren neu regeln und sicherstellen. Weiterhin soll künftig die Einbeziehung der Apotheken in die Regelversorgung mit Gripeschutzimpfungen ermöglicht werden und es werden pandemisch bedingte Anpassungen und Verlängerungen bestehender nationaler Regelungen vorgenommen. Mit ihrem Antrag fordert die CDU/CSU-Fraktion als Zeichen der Wertschätzung erbrachter Leistungen zusätzlich zu der im KoalitionsGesetzentwurf geplanten Bonuszahlung für Pflegekräfte eine umfassende bundesweite Bonuszahlung von mindestens 500 Euro für Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte sowie für das Personal im Rettungsdienst auf den Weg zu bringen und die Gelder hierfür zur Verfügung zu stellen sowie eine flächendeckende Regelung zur vollständigen Refinanzierung von Tarifabschlüssen der Medizinischen Fachangestellten durch die Kostenträger zu beschließen.

Nun kurz noch einige Hinweise zum Ablauf der Anhörung. Sie dauert insgesamt 60 Minuten. Diese werden entsprechend der Stärke der Fraktionen auf zwei Blöcke verteilt. Die SPD hat insgesamt 17 Minuten, die CDU/CSU 16 Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zehn Minuten, die FDP sieben Minuten, die AfD ebenfalls sieben Minuten. DIE LINKE hat drei Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten sich möglichst kurz zu fassen. So können viele Fragen gestellt und Antworten gegeben werden. Die aufgerufenen Sachverständigen bitte ich einerseits natürlich die Mikrofone und Kamera freizuschalten und sich jedes Mal wieder, wenn Sie anfangen zu sprechen, Ihren Namen und Verband zu benennen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns hier auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Hier im Raum bitte ich Sie alle Ihre Mobiltelefone auszuschalten. Sie wissen, ein Klingeln kostet fünf Euro als Spende für einen guten



Zweck. Die Anhörung wird im Parlamentsfernsehen live übertragen und in die Mediathek des Deutschen Bundestags aufgenommen, sodass sie später auch nochmal angesehen werden kann. Das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht.

Vielen Dank an die Sachverständigen für deren Teilnahme. Besonderen Dank an alle, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Jetzt beginnen wir mit der Anhörung. Die erste Frage stellt die Fraktion der SPD.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und an den GKV-Spitzenverband. Für den Bereich der Krankenhäuser werden 500 Millionen Euro aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung gestellt um Prämien an Pflegekräfte in besonders belasteten Krankenhäusern zahlen zu können. Wie bewerten Sie den Entwurf des § 26e Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Zunächst einmal begrüßen wir ganz grundsätzlich, dass die Bundesregierung bereit ist, 500 Millionen Euro für einen Pflegebonus in den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Wir respektieren auch, dass der Gesamtbetrag von einer Milliarde Euro aufgeteilt wird zwischen den Krankenhäusern und dem sonstigen Pflegebereich. Das ist sicherlich sachgerecht. Wir sehen nur, was die Krankenhäuser angeht, ein mehrfaches Abgrenzungsproblem durch die Begrenzung dieser Mittel auf 500 Millionen Euro, die quasi von Anfang an festgelegt wurde. Wir haben die Situation, dass nur die Krankenhäuser die bestimmte Kriterien wie zum Beispiel Beatmungspatienten mit Covid erfüllen, unter diese Regelung fallen. Das ist das erste Abgrenzungskriterium. Das sind etwa 800 Häuser. 800 weitere Häuser, die zum Teil auch Covid-Patienten behandelt haben, die aber auch sehr belastet waren durch die Pandemie – ich nenne jetzt explizit auch Kinderkliniken ohne Intensivstationen oder Psychiatrien, die auch Infektionspatienten hatten, wo es vielfach auch einen erheblichen Aufwand bedeutet, weil dort das Verständnis für Infektionsschutz und ähnliches bei diesen Patienten nicht sehr hoch ist – sind ausgegrenzt. Wir haben die Situation, dass es nur examinierte Pflegekräfte sind, die erfasst werden. Das heißt, die Pflegehelfer,

andere Berufsgruppen die patientennah tätig sind, werden durch diese Regelungen ausgegrenzt. Wir haben die Situation, dass wir nochmal differenzieren zwischen Menschen in der Intensivpflege mit Weiterbildung und Menschen ohne entsprechende Weiterbildung. Das heißt, auch Pflegekräfte auf Intensivstationen mit Covid-Patienten, die aber keine entsprechende Weiterbildung haben, bekommen dann nicht den erhöhten Pflegebonus sondern den niedrigeren Pflegebonus. Ich will damit deutlich machen, dass durch die Begrenztheit der Mittel diese Abgrenzungsprobleme fast zwangsläufig entstehen, weil 500 Millionen Euro auf alle zu verteilen natürlich auch keinen Sinn macht. Das erkennen wir. Insofern unsere herzliche Bitte, unser Appell, nochmals zu prüfen, ob diese Mittel nicht aufgestockt werden können, damit wirklich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vollumfänglich auch berücksichtigt werden können, die viel geleistet und ausgehalten haben in dieser Pandemie.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen ausdrücklich diese Zahlung an die besonders Belasteten und finden auch die Konzentration auf diejenigen Krankenhäuser, die besonders zur Erledigung der Pandemie beigetragen haben, sinnvoll. Im Unterschied zu den beiden letzten Bonuswellen gibt es dieses Mal eine Konkretisierung, wer von diesen Zahlungen profitieren soll. Dies vermindert die Konflikte in den Krankenhäusern und ist von daher sinnvoll. Die Abwicklung hat bei den letzten beiden Malen gut über den GKV-Spitzenverband funktioniert und wir würden uns bereiterklären, dieses auch beim dritten Mal zu versuchen. Natürlich bleibt die Frage: Gibt es auch andere die profitieren müssten? Aber eine Milliarde bleibt eine Milliarde. Der Kreis derjenigen, die durch die Pandemie belastet sind, ist bestimmt hundert Mal so groß. Dann würden wir aber nicht mehr über 2 000 Euro sondern über 20 Euro reden. Es ist, glaube ich, hier eine kluge Abwägungsentscheidung gefallen. Insofern begrüßen wir diesen Gesetzentwurf.

Abg. **Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an das Deutsche Rote Kreuz (DRK). Der vorliegende Gesetzentwurf sieht die Bonuszahlungen ausschließlich für die im Krankenhaus im direkten Beschäftigungsverhältnis angestellten Pflegefach-



kräfte vor. Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter werden damit von Prämienzahlungen ausgenommen und zwar auch dann, wenn sie ansonsten alle Bedingungen zur Auszahlung der Prämie erfüllen. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

Sve **Gabriele Müller-Stutzer** (Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)): Wir erkennen die Absicht, mit erneuten Bonuszahlungen Wertschätzung und Anerkennung für Pflegende zum Ausdruck zu bringen. Ob die Zielgruppe ausreichend groß definiert ist oder ob die Verwendung von einer Milliarde Euro in einer Einmalzahlung für eine stark beanspruchte Berufsgruppe irgendeinen nachhaltigen Effekt hat, darf bezweifelt werden. Berufspolitisch betrachtet brauchen wir weniger Geschenke und deutlich mehr Investition in Inhalt und attraktive Arbeitsbedingungen. Mit dem Pflegebonus soll, so die Begründung des § 150a SGB XI, Leistungen in der Vergangenheit anerkannt werden sowie der Verbleib der Beschäftigten im Pflegeberuf trotz aller Belastungen gewürdigt werden. Vor diesem Hintergrund sollen alle Beschäftigte in Langzeitpflegeeinrichtungen analog den Regelungen der vorherigen Bonuszahlungen gestaffelte Prämienzahlungen erhalten. Die Begründung im SGB XI-Bereich hat man sich aber ganz offensichtlich im Krankenhausbereich nicht zu eigen gemacht. Hier sollen ausgesuchte Einrichtungen und wiederum ausgesuchte Mitarbeiter grundsätzlich bedacht werden. Wesentliche Unterschiede zu den letzten Bonuszahlungen liegen zum Beispiel darin, dass der Gesetzgeber jetzt klare Kriterien zu Anspruchsberechtigten und der Höhe der auszuzahlenden Prämie gemacht hat. Das reduziert zweifellos die Auseinandersetzung zwischen Geschäftsführern und Betriebsräten, leider aber nicht bestehende Ungerechtigkeiten vor Ort in den Einrichtungen selbst. Während Langzeitarbeiterinnen und Langzeitarbeiter in der Langzeitpflege erneut grundsätzlich bonusberechtig sind, im Gegensatz zur Zahlung 2020 und 2021, gilt dies dieses Mal für den Krankenhausbereich nicht.

Technisches Problem (Neustart Mikrofonanlage)

Abg. **Dr. Andreas Philippi** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie das Vorhaben der Auszahlung eines weiteren

Corona-Pflegebonus an die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen aus Bundesmitteln zur Anerkennung der besonderen Leistungen der Corona-Pandemie?

Sve **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband unterstützt grundsätzlich die Auszahlung einer weiteren Prämie für Beschäftigte in der Langzeitpflege. Dies stellt aus unserer Sicht einen Beitrag zur Anerkennung der herausragenden Leistungen und des besonderen Einsatzes von Pflegekräften und anderen Mitarbeitern in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen während der Pandemie dar. Das Auszahlungsverfahren zum vorgesehenen Corona-Pflegebonus orientiert sich an der bereits im Jahr 2020 vorgenommenen Auszahlung der Corona-Prämien. Schon 2020 waren wir mit der Auszahlung beauftragt und daraus haben wir einige Lehren gezogen und regen an für die Umsetzung zur besseren Durchführbarkeit dieses neuen Verfahrens, insbesondere die Anspruchsvoraussetzungen für die Beschäftigten noch weiter gesetzlich zu konkretisieren, ein effizientes Nachweisverfahren einzuführen, also auch dort weitere Konkretisierungen vorzunehmen, und die mögliche Aufstockung durch die Länder näher zu regeln, um das auch möglichst bürokratiearm umsetzen zu können.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an den Verband Medizinischer Fachberufe (vmf). Welchen Mehrbelastungen waren die Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten in der Pandemie ausgesetzt und würde eine Bonuszahlung ein geeignetes Mittel darstellen, um diese besonderen Leistungen, zumindest teilweise, anzuerkennen? Was halten Sie von einem Bundesländer-Gipfel zur Reform der Ausbildung der medizinischen Fachangestellten, wie auch in unserem Antrag der Unionsfraktion gefordert?

Sve **Hannelore König** (Verband Medizinischer Fachberufe e. V. (vmf)): Die Mehrbelastung der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten waren vergleichbar mit denen der Pflegekräfte. Anfangs fehlte die Schutzausrüstung. Im Sommer 2020 haben insbesondere die Medizinischen Fachangestellten zusätzliche Tests durchge-



führt, weil weitere Gruppen getestet werden mussten und waren selbst in der Testverordnung nicht berücksichtigt. Sie haben in der zweiten, dritten Welle, gerade bei Überlastung der Gesundheitsämter, die Fragen der Patienten aufgefangen. Sie haben gerade im Herbst 2020 damit gekämpft, als der Grippeimpfstoff nicht verfügbar war und die Medizinischen Fachangestellten erklären mussten, warum dies so ist. Wenn Änderungen gerade vor dem Wochenende kommuniziert waren oder Schreiben rausgeschickt wurden, dann haben die zu einer deutlichen Überlastung und Mehrbelastung in den Arzt- und Zahnarztpraxen geführt. Die Telefone standen praktisch überhaupt nicht mehr still. Die Patienten standen Schlange und dieses veränderte Verhalten der Patienten hält bis heute an, sodass gerade auch Arzt- und Zahnarztpraxen besonders belastet sind, weil sie den erhöhten Anforderungen gar nicht mehr gerecht werden können, zusätzlich zu dem erhöhten Aufwand bei den Corona-Schutzmaßnahmen und dem zusätzlichen Bedarf. Dann kamen im April letzten Jahres noch die Impfungen dazu. So ist kein Ende in Sicht und die Mehrbelastung deutlich gestiegen. Da man die Leistungen der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten in der gesamten Pandemie nicht gesehen hat, wäre tatsächlich eine Bonuszahlung jetzt endlich mal ein Zeichen der Wertschätzung, dass die Regierung sieht, was Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung auch an medizinischen Leistungen tatsächlich leisten, zu honorieren. Das wäre ein ganz wichtiges Signal. Von daher bitte ich den Ausschuss und auch alle Abgeordneten wirklich das Pflegebonusgesetz noch einmal weiterzuentwickeln und im Prinzip die Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten einzubinden.

Zum Thema Bildungsgipfel. Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten muss dringend aufgewertet werden. Auch wenn wir einen Gesundheitsberuf nach Berufsbildungsgesetz sind und somit das Verfahren für eine Novellierung geklärt ist, halte ich einen Bildungsgipfel, so wie er gefordert ist im CDU/CSU-Antrag, für dringend notwendig, weil unser Beruf ist sowohl medizinisch gelagert als hat auch verwaltende Tätigkeiten. Was wir unbedingt brauchen ist eine Anerkennung dieser medizinischen Kompetenzen im Versorgungskontext und auch in Anrechnung auf andere Gesundheitsberufe. Das verspreche ich mir, dass das im Bildungsgipfel

auch tatsächlich diskutiert wird.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den Deutschen Pflegerat (DPR) und an die DKG. Es ist vorgesehen, dass bei den Pflegekräften eine Auswahl erfolgen sollte, die bonusberechtigt sind, und hier eine Unterscheidung zwischen den Festangestellten beziehungsweise den Leiharbeitskräften/ Rot-Kreuz-Schwestern unternommen wird. Halten Sie dies bei den Rot-Kreuz-Schwestern, die zusätzlich eine Besonderheit darstellen, für sachgerecht? Wenn Nein, dann bitte ich um Vorschläge für eine Nachbesserung.

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Der Pflegebonus ist, so wie er jetzt konzipiert ist, sehr ungerecht. Wir haben in unserer Stellungnahme grundsätzlich darauf hingewiesen, dass die Rahmenbedingungen sowohl in der Akutpflege als auch in der Langzeitpflege deutlich verbessert werden müssen. Aber unabhängig davon begrüßen wir, dass jetzt Wertschätzung über den Pflegebonus gezeigt wird. Nur bezogen auf die Krankenhäuser kann ich mich dem, was Herr Dr. Gaß schon zu Anfang gesagt hat, anschließen. Das haben wir so in unserer Stellungnahme auch beschrieben. Es kann nicht sein, dass es nur die Krankenhäuser sind, also dass man das Kriterium an den Krankenhäusern festmacht, die mehr als zehn Patienten hatten, die mehr als 48 Stunden beatmet worden sind. Es sind sehr viele Pflegende in ganz vielen Krankenhäusern in diesem Land sehr belastet gewesen, weil sie Covid-Patienten versorgt haben, ob auf Normalstationen, auch durchaus mit Sauerstoffunterstützung mit hohen Beobachtungsnotwendigkeiten und mit großem Einsatz, und auf anderen Normalstationen mit dem Wegfall und der Umverteilung von Personal. Es kann nicht an den Intensivpatienten festgemacht werden, an der Zahl der beatmeten Patienten. Es muss wirklich für alle Krankenhäuser gelten und auch in der Langzeitpflege. Es ist völlig klar, dass dafür eine Milliarde Euro nicht ausreichen. Bei den Intensivstationen teilen wir es auch, dass es nicht sein kann, dass die Intensivpflegefachkräfte mit einer Fachweiterbildung mehr bekommen als die anderen. Fachweiterbildungen konnten zum Teil nicht weitergeführt werden oder nicht begonnen werden aufgrund der hohen Belastung. In den Teams muss wirklich, gerade auf den Intensivstationen, auch dann die Bonushöhe gleich



sein. So viel zur Frage der Bonushöhe. Das ist in der Langzeitpflege anders, wobei da ja auch die Höhe von 550 Euro ein eher geringer Beitrag ist, aber da ist er wenigstens auf alle Beschäftigten ausgedehnt worden.

Zu der Frage der Rot-Kreuz-Schwestern. Das betrifft nicht nur die Rot-Kreuz-Schwestern, sondern gegebenenfalls auch andere Schwesternschaften, die im Rahmen von Bestellungen arbeiten und als Leiharbeiterinnen gelten. Es ist für uns völlig unverständlich, warum man in dem SGB V-Teil eine andere Regelung getroffen hat als in dem SGB XI-Teil. Wir schlagen vor, sich an der Formulierung des SGB XI-Teils zu orientieren und genauso den Bonus für die in Einrichtungen Beschäftigten und nicht nur für in den Einrichtungen Beschäftigten in den Krankenhäusern auch ausweitet beziehungsweise festlegt. Da gibt es in diesem Gesetz an einer anderen Stelle Formulierungen, die gut übernommen werden können.

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich kann es kurz machen. Zunächst einmal kann ich mich weitgehend Frau Döring anschließen und will auf die Rot-Kreuz-Schwestern oder Honorarpflegekräfte auch noch einmal explizit Bezug nehmen. Die Problematik ergibt sich eben jetzt im SGB V-Bereich dadurch, dass man hier eine mehrfache Abgrenzung gewählt hat und insofern Menschen, die sozusagen einen wechselnden Arbeitsort hatten oder nur relativ befristet bei einer Einrichtung waren, dann noch einmal komplizierter abzugrenzen gewesen wären. Bei den Rot-Kreuz-Schwestern ist das noch einmal anders als bei den klassischen Leiharbeitskräften aus den Agenturen. Die Rot-Kreuz-Schwestern sind ja üblicherweise längerfristig in einer Einrichtung tätig. Da könnte man, aus meiner Sicht, sagen, wenn man das möchte und der politische Wille dazu da ist, trotz der vorgenommenen Abgrenzungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die dem Grunde nach unter diese Regel fallen würden, dass Honorarkräfte, die über einen entsprechend langen Zeitraum in der betreffenden Einrichtung waren, sollten dann auch diesen Pflegebonus bekommen. Das sind unser Votum und unser Vorschlag.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Welche weiteren pflegepolitischen Maßnahmen aus dem Koalitionsvertrag müssen Ihrer Einschätzung nach neben dem Pflegebonus nun dringend von der Bundesregierung für die professionelle Pflege angegangen werden?

SV Thomas Nogueira (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)): Weitere Maßnahmen wären, dass die Tariftreue, die Tarifizierung, die jetzt am Laufen ist, im Moment unzureichend gestaltet ist. Träger sind verpflichtet worden anzugeben, wie sie zukünftig ab dem 1. September ihre Beschäftigten in der Langzeit- und in der ambulanten Pflege entlohnen wollen. Bis dato ist es so, dass nicht ausreichend alle Träger ihrer Meldungspflicht nachgekommen sind. Gleichzeitig gibt es keine valide Zahlen, weil eben unterschiedlich berechnet wurde. Die einen haben ein Grundgehalt zugrunde gelegt, gesplittet dann weiter mit Zuschlägen etc., andere haben das komplett in ein Paket reingefasst. Die Träger wissen jetzt nicht wie sie zum 1. September langfristig ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezahlen sollen. Auch sind nicht alle Tarifverträge öffentlich zugänglich. Es gibt Tarifverträge, die können sie im Internet nachlesen, es gibt aber weiterhin auch Tarifverträge, da ist es undurchsichtig. Das heißt, Mitarbeitende können überhaupt nicht nachvollziehen, bei welchem Träger und nach welchem Tarif bezahlt werden soll. Der DBfK fordert beziehungsweise macht den Vorschlag, dass eine Aufschiebung noch einmal bis Anfang des nächsten Jahres stattgegeben wird, gleichzeitig auch mit der Bitte, dass ein Einstiegsgehalt bei Pflegefachpersonen bei 4 000 Euro liegen soll. Das ist das, was langfristig hilft.

Den sogenannten Pflegebonus begrüßen wir auf der einen Seite. Er ist aber nur ein kurzfristiges Mittel. Langfristig sollte hier darüber nachgedacht werden, sektionsübergreifend für alle Bereiche ein einheitliches Tarifwerk zu haben, damit eine sach- und fachgerechte Entlohnung überhaupt stattfinden kann.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Caritasverband. Nicht nur professionelle Pflege-



fachkräfte, sondern auch pflegende Angehörige waren und sind in der Pandemie mit besonderen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert. Wie bewerten Sie es vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeit bis Ende Juni dieses Jahres besteht, dass das Pflegeunterstützungsgeldes für 20 anstatt für zehn Tage in Anspruch genommen werden kann? Halten Sie eine Verlängerung dieser Möglichkeit darüber hinaus für erforderlich, wie es für andere pandemiebedingte Sonderregelungen auch vorgesehen ist?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ja, wir haben Verständnis, dass der Pflegeschutzschirm zum 30. Juni aufgrund der finanziellen Belastungen der Pflegeversicherung Einschränkungen erfahren muss. Gleichzeitig muss man übrigens auch prüfen, wie sich das Infektionsgeschehen bis dahin gestaltet und ob eine Wiederaufnahme notwendig wäre. Sinnvoll wäre es sicherlich, das wirklich während der Pandemie sehr genutzte Pflegeunterstützungsgeld, das in den Verlängerungen in Sonderregelungen von zehn auf 20 Tage möglich war, dass diese Maßnahme fortgeführt wird. Denn die Pandemie ist ja bei Weitem noch nicht vorüber. Gerade das ist eine Maßnahme, die die pflegenden Angehörigen wirklich benötigen. Wir setzen uns übrigens auch über die Pandemie hinaus für eine Bestätigung, nicht im Sinne sozusagen von 20 Tagen ein, aber so, dass bei einer Novellierung der Pflegezeit und der Familienpflegezeit auch eine Regelung in den Blick genommen wird, wonach das Pflegeunterstützungsgeld einmal kalenderjährlich für zehn Tage gewährt wird und nicht nur einmalig sozusagen beim akut auftretenden Pflegefall. Wir bitten bei der eventuell anstehenden Novelle in diesem Jahr diesen Aspekt zu berücksichtigen. Wir bitten jetzt aber erst einmal beim Pflegeschutzschirm diese Maßnahme mit weiter zu verlängern, ebenso wie die Maßnahmen verlängert werden, die ansonsten die Entlastung des häuslichen Bereiches betreffen.

Abg. Nicole Westig (FDP): Ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass die erforderliche Datengrundlage für eine Entscheidung der Einrichtungen darüber, welche Vergütungssystematik sie nach den Vorgaben

des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz wählen, noch nicht gegeben ist. Können Sie die konkreten Probleme einmal skizzieren und uns Ihren Lösungsansatz erläutern?

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): In der Tat ist es nach unserer Auffassung so, dass die Voraussetzungen zur Umsetzung der Tariftreue, wie es der Gesetzgeber genannt hat, gegenwärtig nicht gegeben sind. Das ergibt sich zum einen aus den jetzt vorgelegten Begründungen zu den Gesetzesänderungen. Da wird deutlich darauf hingewiesen, dass die eingereichten Daten der tarifgebundenen Einrichtungen fehlerhaft, unvollständig und zum Teil falsch waren. Was dann wiederum dazu führt, dass in Folge ein Teil der veröffentlichten Informationen der Pflegekassen kongruiert und Tarifverträge gestrichen werden mussten. Gegenwärtig, das sieht auch der Gesetzesänderungsantrag vor, nach § 72 die zu wählenden und wählbaren Tarife nicht in voller Gänze den Einrichtungen überhaupt zu Kenntnis gelangen. Das heißt, die können zum Teil gar keine Entscheidung über einen wählbaren Tarif treffen, weil sie den gar nicht kennen, weil der weder veröffentlicht wurde noch bekannt ist. Darüber hinaus ist es bekanntermaßen so, dass auch die variablen Zuschläge, die zunächst veröffentlicht wurden, von den Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit ausgesetzt wurden über die GKV-Richtlinie, weil auch diese Daten nicht vollständig oder sogar falsch waren. Diese Daten würden erst nach den jetzt vorliegenden Gesetzesänderungsanträgen ab September neu erhoben und spätestens Anfang November dann erneut veröffentlicht vorliegen. Erst dann ist überhaupt die Grundlage gegeben, um für eine nicht tarifgebundene Einrichtung eine Anlehnung an einen Tarif vorzunehmen. Gegenwärtig kann diese Einrichtung gar nicht wählen, was sie nicht kennt, und die variablen Zuschläge nicht umsetzen, weil sie erneut nicht veröffentlicht sind. Deshalb sind wir der Auffassung, das haben wir in unserer Stellungnahme noch einmal zum Ausdruck gebracht, dass es nicht zwingend darum geht den Termin vollständig auszusetzen, sondern zu flexibilisieren. In den Fällen wo die Daten vorliegen können die Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen eine Vereinbarung schließen, eine Vergütungsvereinbarung treffen.



Die Entlohnung kann entsprechend umgesetzt werden. Den Mitarbeitern kann mitgeteilt werden, welcher Tarif in welcher Höhe gilt. Dort wo diese Informationen nicht vorliegen muss zwingend eine Verschiebung dieses Termins erfolgen, da ohne die nötigen Informationen die Einrichtungen gar nicht dazu in der Lage sind, das entsprechend umzusetzen.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen (ESV) Möller. Sie waren und sind als Intensivpfleger während der ganzen Corona-Zeit an vorderster Front am Patienten tätig und sind als einer der Initiatoren von „Pfleger für Aufklärung“ auch intensiv in Kontakt mit Ihren vielen Kollegen. Wie beurteilen Sie diesen Gesetzentwurf, insbesondere den vorgesehenen Zahlungsausschluss nicht geimpfter Pflegekräfte?

ESV Werner Möller: Wir haben diese Initiativen im Internet verfügbar gemacht. Wie sehen wir das? Also wir haben jetzt viel Theorie gehört. Ich habe mir auch die vorangegangene Sitzung angehört und ich bin eigentlich mehr oder weniger geschockt, wenn auch nicht ganz überrascht, wie groß die Kluft ist zwischen Theorie und Praxis. Ich bin jemand, wie Frau Dr. Baum schon sagte, der seit fast 30 Jahren auf Intensivstationen arbeitet. Ich stehe im Covid-Zimmer, ich stehe aber auch in anderen Zimmern mit schwerstkranken Intensivpatienten. Man muss immer bedenken in dieser Zeit, es gibt auch noch andere, viele sehr schwerkranke Patienten, die auf den Intensivstationen liegen. Die Personalproblematik in der Pflege besteht nicht durch oder seit Corona; sie wurde vielleicht durch Corona etwas verschlimmert. Die Problematik besteht seit der Einführung der Fallpauschalen-Krankenhausfinanzierung, die ausschließlich gewinnmaximiert orientiert ist. Wir haben hier eine Diskussion über einen Pflegebonus. Ich werde einmal versuchen Ihnen das rüberzubringen, was bei uns in der Pflege geredet wird: Pflegebonus schön und gut, nehmen wir mal mit, weil die Politik wird sich nicht ändern und die Politik wertschätzt unseren Beruf sowieso nicht. Das ist nicht nur meine Meinung, sondern es ist das, was wir in den Pausen oder unter uns auch besprechen. Die Pflege hat kein Vertrauen mehr in die Politik. Sie hat kein Vertrauen in diese Regierung. Sie hat auch kein Vertrauen in ihre Vertreter, weil sich nichts ändert.

Das ist seit 30 Jahren so. Es wird immer schlimmer. Die Ansprüche werden höher, aber die Wertschätzung wird geringer. Wir sind die Experten in allen Bereichen, ob das die Intensivpflege ist, die Altenpflege oder wo immer Sie hinschauen. Das wurde von den Vorrednern auch gesagt. Die Diskussion um eine Prämie kann höchstens die Diskussion um eine Entschädigung für die Belastung sein, aber nicht eine Wertschätzung. Wir halten die Diskussion für irrelevant und sogar in manchen Bereichen regelrecht beleidigend. Wenn ich hier sehe, welche Punkte in diesem Gesetzentwurf genannt werden, wer was kriegen soll und wie lange er damit gearbeitet haben soll. Es ist einfach schlichtweg – das tut mir leid – eine Katastrophe. Wir sind über 1,5 Millionen Pflegekräfte in Deutschland und wir sind die am schlechtesten respektierten und die am schlechtesten bezahlten Experten überhaupt. Sie können mir gern eine andere Gruppe von Experten nennen, die einen noch schlechteren Status in der Gesellschaft hat. Unser Status besteht aus Klischees und aus Instrumentalisierung durch Politik und Presse. Also diese Corona-Prämie, schön und gut, nehmen wir natürlich mit, es ist immer gut, wenn man ein bisschen Geld kriegt, aber ich sage Ihnen ganz ehrlich, wichtiger wäre hier mal etwas zu ändern in der Politik. Wir brauchen mehr kompetente Politiker, die auch einen Bezug zum Gesundheitswesen haben und nicht nur einen theoretischen Bezug, die vielleicht mal in der Pflege gearbeitet haben. Ich weiß nicht, wie viele von den Anwesenden hier jemals in einem Corona-Zimmer gestanden haben oder vor Ort Patienten versorgt haben und wenn ja, wann das letzte Mal. Das ist kein Vorwurf. Jeder hat so seine Expertise. Trotzdem muss ich sagen, dass, was hier passiert, ist natürlich wieder einmal fernab jeder Praxis.

Ein letzter Satz. Um einfach auch das Bild der Pflege hinüberzubringen: Die Mehrzahl der Kollegen die ich kenne, fordert den Rücktritt des Gesundheitsministers aufgrund seiner inkompetenten Verfahrensweise – der Spaltung in geimpfter Pfleger ist ein guter Pfleger und nicht geimpfter Pfleger ist ein schlechter Pfleger.

Abg. Ates Gürpınar (DIE LINKE.): Die Frage geht an den Deutschen Hebammenverband und den Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) also die anwesenden Verbände für Berufsgruppen, die weder vom Regierungsantrag noch vom Antrag der CDU/CSU berücksichtigt wurden. In der Hoffnung,



dass die Frage in Anbetracht der kurzen Zeit mit einem Ja oder Nein beantwortet werden kann: Halten Sie es für fair, dass in keinem der jetzigen Entwürfe Labormitarbeiterinnen und Labormitarbeiter im öffentlichen Gesundheitsdienst, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und Hebammen, geschweige denn Reinigungs- und Servicepersonal berücksichtigt werden? Hätten Sie unseren Antrag vom Dezember gestützt, der auch diese zunächst mit 1 000 Euro berücksichtigt und dann in einem zweiten Schritt Beschäftigte mit besonderer Belastung zusätzlich berücksichtigt hätte?

SVe Andrea Ramsell (Deutscher Hebammenverband e. V.): Für den ersten Teil kann ich ganz schnell beantworten. Was wir als Hebammen sehen, ist, dass die Hebammenrolle im Gesundheitswesen überhaupt nicht verstanden wird. Hebammen versorgen 780 000 Geburten im Jahr und deutlich mehr ambulante Fälle. Das heißt, jede Frau wurde in der Corona-Pandemie versorgt, unabhängig von ihrem Status. Auch beatmete Patientinnen, um zum Beispiel Muttermilch zu gewinnen und so weiter. Also Hebammen waren immer verfügbar und diese Berufsgruppe wird völlig vergessen. Es ist ein weiteres Zeichen dafür, dass Geburt, Schwangerschaft und Wochenbett keine große gesellschaftliche Rolle spielen. Natürlich, auch wenn wir den Pflegebonus nicht für unbedingt geeignet halten, ist es wirklich... Ich finde dafür keine Worte, dass die Hebammen dort vergessen wurden. Wir würden es für durchaus gerechter halten, wenn die Berufsgruppen alle bedacht werden. Übrigens gilt dies auch für die ambulante Hebammenversorgung, wo wir auch gesehen haben, dass die Rolle der Hebammen und auch die Rolle der Familien in der Pandemie erst einmal schlicht vergessen wurden.

SV Heinz Christian Esser (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)): Ich fasse mich kurz. Also Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten wurden auf den Notfallstationen eingesetzt, auch in der Betreuung von Corona-Patienten. Wir sind der Meinung, dass unser Personenkreis, also die Heilmittelerbringer auch hier zu den Empfängern der Prämie gehören sollten. Völlig eindeutig.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Ich richte die Frage auch nochmal an ver.di.

SVe Barbara Susec (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Das kann ich kurz beantworten. Ver.di hat sich von Anbeginn an dafür eingesetzt, dass eine Corona-Prämie oder ein Pflegebonus allen Beschäftigten im Gesundheitswesen zugutekommen muss. Ich würde jetzt stellvertretend für andere Berufsgruppen auch noch zum Beispiel die Rettungssanitäter mit ins Spiel bringen. Aber wirklich, es gilt für alle Beschäftigten.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an ver.di. Die Regelungen zur Tariftreue sollen grundsätzlich für eine bessere Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege sorgen. Wird dieses Ziel auch aus Ihrer Sicht in jedem Fall erreicht oder gibt es dabei unter Umständen auch Risiken für die Beschäftigten?

SVe Barbara Susec (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Zielsetzung der Regelung zur Tarifbindung ist das Schließen der Gehaltslücke zwischen Alten- und Krankenpflege und die Steigerung der Tarifbindung in der Altenpflege. Ob dies jetzt mit den vorgesehenen Regelungen flächendeckend erreicht werden kann, zeichnet sich noch nicht ab, aus unserer Sicht. Aber es muss vor allen Dingen in den Regionen, die sich bislang durch eine geringe Tarifbindung und niedrige Gehälter auszeichnen – da ist aus unserer Sicht nicht unbedingt davon auszugehen, dass es mit den Regelungen zu einer signifikanten Steigerung der Gehälter kommen wird. Vor allen Dingen, weil die Richtlinie die Möglichkeit einer durchschnittlichen Entlohnung nach dem regional üblichen Entgeltniveau vorsieht. Das bedeutet ganz konkret in der Umsetzung, dass eine Einrichtung bei der Anwendung dieser Regeln beispielsweise nur zehn Prozent der Pflegefachkräfte eine sehr attraktive Entlohnung erhalten oder gewähren kann, während die restlichen 90 Prozent der Pflegefachkräfte auf dem Mindestlohniveau verharren. Also da wäre aus unserer Sicht sehr sinnvoll, dass alle Beschäftigten einer Qualifikationsgruppe mindestens auf dem regional durchschnittlichen Entgeltniveau bezahlt werden. Eine Anmerkung noch, dass eine ... (*unverständlich*) ... Tarifvertrages durch eine tarifungebundene



Einrichtung lediglich die Entgeltbestandteile eines Tarifvertrages verpflichtend übernehmen muss. Weiterführende Regelungen wie beispielsweise betriebliche Altersvorsorgen, Urlaubsansprüche, betriebliche Mitbestimmung oder Unkündbarkeitsregelungen können ausgeklammert werden. Somit können tarifungebundene Träger attraktive Geldsysteme etablieren, die gezielt junge und leistungsstarke Kräfte ansprechen. Ausgleichende Funktionen von Tarifverträgen werden ausgehebelt. Last but not least, aus Sicht der Beschäftigten ist es aufgrund der Komplexität der vorgesehenen Regelungen natürlich äußerst schwierig, Transparenz darüber zu erlangen, welche Entgeltstruktur auf sie zu trifft und wie sie diese vor allen Dingen auch rechtlich geltend machen können; also im Tarifvertrag kann ich jeden Bestandteil, der mir vorenthalten wird, rechtlich einklagen. Das ist da eine Schwäche.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). Sie müssen bis zum 30. Mai die anspruchsberechtigten Krankenhäuser auffordern, die erforderlichen Daten zu übermitteln. Können Sie dem im vorgegebenen Zeitraum nachkommen? Gibt es aus Ihrer Sicht weitere sinnvolle Änderungen, was die Datenübermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser an Sie angeht?

SV **Dr. Frank Heimig** (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Die anspruchsberechtigten Krankenhäuser fristgerecht zum 30. Mai aufzufordern ist unproblematisch. Denn die 837 begünstigten Häuser stehen schließlich zu diesem Zeitpunkt schon fest. Allerdings etwas knapper bemessen erscheint mir die Frist für die Krankenhäuser, die erforderlichen Zahlen zu ihren Pflegekräften an das InEK bis zum 15. Juni zu übermitteln. Aufgrund der Konstruktion der Verteilung der Prämien sind zum Beispiel die Dauer der Anstellung oder auch die Qualifikation als Intensivpflegekraft zu berücksichtigen. Eine solche Zählweise gibt es nach meiner Kenntnis bisher in Deutschland im Allgemeinen noch nicht. Im alten Block erfassen wir eine Vielzahl von Daten von den Krankenhäusern. Jetzt sollte man darüber nachdenken, eine vielleicht etwas verlängerte Frist, noch zwei Wochen so auf Schaffung einer Datengrund-

lage für die Krankenhäuser zu ermöglichen. Wichtig sind richtige Zahlen. Falsch gemeldete Werte aus einzelnen Häusern führen durch den Verteilmechanismus der insgesamt 500 Millionen Euro letztendlich zu einer falschen Prämienhöhe für alle begünstigten Krankenhäuser.

Zum zweiten Teil der Frage. Es ist in der Tat so, dass die im Krankenhausentgeltgesetz vorgesehene Übermittlung der Testate der Jahresabschlussprüfer an das InEK in der jetzigen Form den vom Gesetzgeber beabsichtigten Zweck nicht erfüllen kann. Vorgesehen war, dass alle deutschen Krankenhäuser ein Testat liefern, aus dem hervorgeht, wie viele Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, sonstige Fachkräfte usw. im Jahresdurchschnitt im Hause angestellt waren und welche Kosten dazugehören. Mit dieser allgemeinen Datensammlung entsteht dann jedes Jahr eine bundesweite Gesamtübersicht über diese so wichtigen Werte zur Berücksichtigung der Gesamtsituation. Explizit sieht das Gesetz auch noch vor, dass diese Testate einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems leisten sollen. Aktuell ist es aber so, dass aus dem Jahre 2020, also schon fast eineinhalb Jahre her, gerade einmal 45 Prozent der Testate vorliegen – dort weiß man die Personalbesetzung und die Kosten quasi öffentlich – und aus dem Jahre 2021, also dem relevanten letzten Budgetjahr, gerade mal 0,5 Prozent. Hier sollte man dringend über eine Neufassung des Zeitrahmens nachdenken, wenn diese doch sehr aufwendige, auch für die Krankenhäuser sehr aufwendige, Datensammlung einen Sinn ergeben soll.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage geht an die DKG. Neben dem Pflegebonus sieht der Gesetzentwurf insbesondere auch eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes für die zweite Hälfte des Jahres 2022 auf 200 Euro je Tag vor, um Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser zu begegnen. Wie bewerten Sie diese Regelung.

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Der Pflegeentgeltwert ist ein enorm wichtiger Wert der als Refinanzierung der Pflegepersonalkosten an die Krankenhäuser ausbezahlt wird, die noch kein abgeschlossenes Pflegebudget haben. Das sind eine Mehrzahl der Krankenhäuser, sowohl für das Jahr 2020 als auch das Jahr 2021. Dieser Wert ist zurzeit mit 163 Euro viel



zu niedrig angesetzt, um die laufenden Löhne und Gehälter, die die Krankenhäuser jeden Monat an ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zahlen, ausgleichen zu können. Dieser Wert muss deutlich erhöht werden. Die Erhöhung als solche bewerten wir positiv, aber wir weisen ganz klar darauf hin, dass die fast acht Milliarden Euro Lücke, die mittlerweile aufgelaufen ist, durch die Vorauszahlungen der Häuser durch eine Erhöhung auf 200 Euro und dann wieder eine Absenkung am 1. Januar 2023 keinesfalls geschlossen werden kann. Wir bitten dringend darum, diesen Wert deutlich größer zu erhöhen. Er wird auch spitz abgerechnet. Es ist kein Geld, was den Krankenhäusern geschenkt wird. Sie müssen jeden Euro zurückzahlen, wenn nach Abschluss des hausindividuellen Pflegebudgets sich herausstellen würde, dass sie eine Überzahlung über diesen vorläufigen Wert bekommen haben. Deswegen ist das eine ganz wichtige Aufgabe der Politik, hier jetzt sachgerechte Werte herzustellen. Wir haben den Vorschlag gemacht, für ein halbes Jahr, wenn man das so machen will, auf 340 Euro zu gehen, um die aufgelaufenen Liquiditätsprobleme und Vorausleistungen auszugleichen und ab dem 1. Januar dann einen Wert von 230 Euro vorzusehen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Ich habe eine kurze Frage an die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), ähnlich wie unsere erste Frage. Wie empfinden Sie, was haben Sie mitbekommen bei den Mehrbelastungen für Medizinische Fachangestellte vor allem im ambulant tätigen Bereich? Ist ein Bonus ein adäquates Mittel, um entsprechend die Belastung zu honorieren in gewisser Weise? Was sagen Sie zu einer Ausbildung durch einen Bund-Länder-Gipfel für die Medizinischen Fachangestellten?

SV **Dr. Stephan Hofmeister** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich schließe mich gern den Ausführungen von Frau König an, wenn wir den hier geplanten Bonus als Zeichen der Anerkennung werten. Das soll er ja sein. Da das bereits die dritte Bonuswelle ist, dann stellen wir fest, dass natürlich die Mitarbeitenden in den Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich maßgeblich der Wellenbrecher und der Schutzwall waren, damit die Krankenhäuser entlastet wurden von der völligen Überforderung. Sie haben die große

Masse, die große Mehrheit der Covid-Fälle der Erkrankten versorgt. Sie haben beim Impfen den Unterschied gemacht, sie haben beim Testen mitgearbeitet, sie sind mit Abendarbeit, mit Samstagen und Sonntagen in die Bresche gesprungen und sie haben darüber hinaus die verunsicherte Bevölkerung, die in den zwei Jahren durch viel verschiedene und auch gegenläufige Kommunikation erheblich verunsichert war, immer wieder getröstet, aufgenommen, sich um sie gekümmert mit wirklich unglaublichem Einsatz. Deswegen halten wir es für angemessen und für notwendig, dass sie zumindest in dieser dritten Welle als Zeichen der Anerkennung dieser gesellschaftlichen Leistung auch in den Vorzug eines solchen Bonus kommen. Wir hoffen, dass das sich noch ändert. Die Rückfallposition müsste zu aller mindestens sein, dass man noch einmal eine Chance für einen steuerfreien Bonus gibt, der dann von den Arbeitgebern bezahlt werden kann.

Zur Frage des Ausbildungsgipfels. Wir begrüßen ausdrücklich das Streben der Medizinischen Fachangestellten nach einer weiteren und besseren Ausbildung. Das ist wichtig für uns. Sie sind für die Praxen unerlässlich. Damit verbunden ist dann natürlich immer die Frage nach der Finanzierung der dann zweifelsfrei steigenden Löhne und Gehälter und das wäre dann sekundär auch zu besprechen. Wir begrüßen ausdrücklich wenn in die Richtung energisch vorangegangen wird und die Ausbildung verstärkt wird.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an das DRK. Mich würde das Thema Beschäftigte im Rettungswesen noch einmal interessieren. Welchen Mehrbelastungen waren die Beschäftigten im Rettungswesen in der Pandemie ausgesetzt? Würde eine Bonuszahlung ein geeignetes Mittel darstellen, um diese Belastung zumindest teilweise anzuerkennen.

SVe **Gabriele Müller-Stutzer** (Deutsches Rotes Kreuz e. V.): Unsere Kolleginnen und Kollegen im Rettungsdienst waren ähnlich betroffen wie die Medizinischen Fachangestellten: an vorderster Front, zu einem Zeitpunkt mit Corona-Positiven oder Verdachtsfällen belastet, als es unzureichende Schutzmaßnahmen gab, die Bandbreite möglicher Risiken für Kontaktpersonal von Corona-Patienten



noch gar nicht bekannt war. Mit großem Einsatz haben diese Kolleginnen und Kollegen ihre Verantwortung wahrgenommen und sicherlich auch uneingeschränkt im Rahmen der Corona-Pandemie einen Bonus, einen anteiligen Bonus verdient.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Caritasverband. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Bonusregelung für Pflegekräfte in der Langzeitpflege und im Krankenhaus allgemein mit Blick auf die Frage der in der Pandemie besonders belasteten Berufsgruppen und der besonderen Wertschätzung, die man denen entgegenbringen möchte? Welche Alternativen würden Sie vorschlagen.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Grundsätzlich sehen wir sozusagen das Bestreben des Gesetzgebers, die Beschäftigten in der Langzeitpflege und im Krankenhaus mit der Corona-Prämie wertzuschätzen, natürlich positiv. Gleichzeitig befürchten wir, dass die Regelung mit vielen Unsicherheiten und mit Unzufriedenheiten einhergehen wird. Einige sind gerade genannt worden, die Medizinischen Fachangestellten. Ich könnte andere systemrelevante Gruppen aufzählen. Das möchte ich auch gern. Beispielsweise gehen die Beschäftigten in der Eingliederungshilfe leer aus, auch die Beschäftigten in Kitas und Schulen, die auch in der Pandemie unglaubliches geleistet haben. All diese Gruppen erhalten keinen Bonus. Es gibt auch ein Ungleichgewicht zwischen Krankenhaus und Langzeitpflege im Hinblick auf welche Qualifikationen gradifiziert werden etc. Das Thema Intensivpflegekräfte ist schon angesprochen worden. Auf Intensivstationen - Pflegepädagogen werden nicht berücksichtigt und und und. Wir sind der Auffassung, dass die eine Milliarde Euro auch gut in andere Bereich der GKV und auch der Pflegeversicherung hätte investiert werden können und schlagen als Alternative auch vor, tatsächlich für alle systemrelevanten Gruppen einen Steuerfreibetrag für eine Corona-Prämie vorzusehen und nicht nur für die hier im Gesetz vorgesehenen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Können Sie uns kurz darstellen

welche besondere Bedeutung die Intensivpflegekräfte im Rahmen der Corona-Pandemie hatten und welchen besonderen Belastungen diese Gruppe der Pflegekräfte ausgesetzt war.

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Die besondere Belastung der Intensivpflegekräfte – das betrifft aber alle in der Intensivmedizin tätigen Kräfte, weil die Intensivmedizin par excellence ein Beispiel für Teamarbeit ist – ist eben, dass die Belastung durch die Versorgung von Corona-Patienten besonders hoch war zum Beispiel Patienten, die entsprechend beatmet waren, zusätzliches Organversagen hatten, eine Nierenersatztherapie bekamen oder auf den Bauch gedreht werden mussten wegen des Lungenversagens oder gar an der ECMO [künstliche Lunge] waren, also wirklich hochkomplexe Patienten in hoher Anzahl, die über viele Tage und Wochen behandelt werden mussten. Sicherlich ist auch die Belastung mit anderen Patienten sehr hoch, aber es war schon in den Hochzeiten der Wellen etwas wie die Dauerbelastung im roten Drehzahlbereich. Es betrifft nicht nur examinierte Pflegekräfte mit Fachweiterbildung sondern wirklich alle, die diese Patienten versorgt haben.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Wie beurteilen Sie die vorgesehenen Regelungen zur Einbeziehung der Apotheken in die Regelversorgung bei Gripeschutzimpfungen?

SV **Dr. Sebastian Schmitz** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)): Wir gehen davon aus, dass die Gripeschutzimpfungen in den Apotheken einen zusätzlichen Beitrag leisten werden für die Erhöhung der Impfquote und dafür sorgen werden, dass noch mehr Menschen die Impfungen bekommen, die für sie empfohlen worden sind. Wir haben Erfahrungen in anderen Ländern. Weltweit werden in über 30 Ländern Impfungen in Apotheken durchgeführt, zum Beispiel, wenn wir nach Europa schauen, in großen Ländern wie Frankreich, Italien, Portugal, Schweiz, Großbritannien, und weltweit auch in Kanada und in den USA. Also überall dort haben sich diese Impfungen bewährt. Vielleicht auch interessant zu beobachten:



In einzelnen Ländern hat das gemeinsame Impfen von Ärztinnen, Ärzten und Apothekerinnen oder Apothekern jeweils in ihren Bereichen nicht dazu geführt, dass das Impfen sich von hier nach dort verlagert hat, sondern dass es insgesamt durch die mehrfache Ansprache und das niedrighschwellige Angebot in den Apotheken die Imp fzahlen dort steigen. Das ist deutlich erkennbar. Wir sind auch überzeugt davon, dass die Apothekerinnen und Apotheker für diese Aufgabe bestens qualifiziert sind. Die Apothekerinnen und Apotheker sind bereits jetzt tagtäglich damit beschäftigt sich erklärend mit den Gesundheitsproblemen der Patientinnen und Patienten zu beschäftigen, über die Anwendung von Arzneimitteln aufzuklären und mit den vorgesehenen Schulungen, die anknüpfen an das, was zurzeit in den Modellvorhaben Praxis ist, und die mit den Curricula der Bundesärztekammer und der Bundesapothekerkammer unterlegt werden, werden auch die notwendigen Zusatzkenntnisse dann vermittelt, um diese Leistungen auf wirklich hohem und sicherem Niveau zu erbringen. Also unterm Strich begrüßen wir sehr diesen Ansatz und die Möglichkeit hier einen zusätzlichen Beitrag für bessere Impfquoten über die Apotheken leisten zu können.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage noch einmal von ver.di. Was kann eine einmalige Prämienzahlung leisten und was nicht?

Sve **Barbara Susec** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Eine Einmalzahlung kann natürlich eine Form der Anerkennung und Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten für außergewöhnliche Belastungen darstellen. Allerdings hängt das natürlich auch von der Ausgestaltung ab. Zum einen hinsichtlich des Finanzvolumens und aber auch des Empfängerkreises. Aber eine Prämienzahlung ersetzt mit Sicherheit nicht eine dauerhafte Aufwertung und so dringend benötigte strukturelle Reformen, die wirklich dann auch zu Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen, in der Pflege, führen und die dann auch tatsächlich vor Ort ankommen. Ich weiß, da ist viel passiert. Aber vor Ort ist wenig angekommen, was letzten Endes auch dazu führt, dass viele Menschen dem Pflegeberuf den Rücken kehren oder sich auf Details flüchten,

um sozusagen den Beruf überhaupt längerfristig ausüben zu können. Last but not least braucht es natürlich auch eine grundlegende Reform der Finanzierung, um zusätzliches Personal für bessere Arbeitsbedingungen und auch höhere Löhne finanzieren zu können ohne das die Pflegebedürftigen und deren Angehörige betroffen sind.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich knüpfe gern an bei den strukturellen Verbesserungen und möchte die ESve Fajardo fragen. Jenseits des Pflegebonus hat sich die Ampelkoalition im Koalitionsvertrag auch auf konkrete Verbesserungen der Arbeitsbedingungen geeinigt. Unter anderem auf die Umsetzung der Personalbemessung in den Kliniken. Wieso ist hier die Einbindung von Pflegemanagement so wichtig, auch mit Blick auf den Qualifikationsmix?

ESve **Annemarie Fajardo**: In der Tat ist es wichtig über strukturelle Verbesserungen zu sprechen. Die Bedeutung des Personalmanagements oder auch des Pflegemanagements in Kliniken und Krankenhäusern bezieht sich insbesondere auf die Steuerungsmöglichkeiten zum Qualifikationsmix. Diese sind zwar mit Hilfe des Pflegebudgets gewährleistet, werden allerdings durch die Pflegepersonaluntergrenze stark eingeschränkt, dass da zum Beispiel nur anteilig das Krankenpflegepersonal beziehungsweise die Pflegeassistenz angerechnet werden kann. Hier müssen zwingend die Handlungsspielräume aber auch die Kompetenzen von Pflegeteamleiterinnen und Pflegemanagern vergrößert beziehungsweise erweitert werden, um so ganz sicher das Personal entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen einsetzen zu können. Demnach den Qualifikationsmix sehr gut umsetzen zu können ist die Qualifizierung von Führungspersonen beziehungsweise von Pflegemanager/innen in den Kliniken näher zu beleuchten. So müssen Führungspersonen im Pflegemanagement Kenntnisse darüber haben, über welche gesetzlichen Rahmenbedingungen wir hier sprechen. Auch müssen Vergütungsregularien und auch externe Qualitätssicherung zur Genüge bekannt sein, um sich in diesem Handlungsfeld des Personalmanagements gut und sicher bewegen zu können. So gesehen ist dann auch zu klären, inwieweit die Akademisierung des Pflegeberufes auch auf das Pflegemanagement übertragen werden muss, um den Führungspersonen für



eine erfolgreiche Umsetzung des Personalmanagements das notwendige Wissen auch sicher vermitteln zu können. Darüber hinaus gehören eben die Sicherstellung der fachlichen und methodischen Anleitung für das Pflegemanagement innerhalb des klinischen Settings, die Sicherstellung von Studienplätzen und darüber hinausgehende Qualifizierungsmaßnahmen für das Pflegemanagement, die Sicherstellung von beruflichen Perspektiven und auch eine Sicherstellung einer entsprechenden Vergütung von Führungspersonen, besonders im mittleren Management zu den wesentlichen Voraussetzungen, um das Pflegemanagement zu stärken. Insofern müssen wir dahingehend mehr beleuchten und auch mehr den Fokus darauf setzen, um eben nicht nur das mittlere Management und das höhere Management zu stärken, sondern demnach auch die entsprechenden Vorgaben gut uns sicher umsetzen zu können.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Noch eine Frage an die ESVe Fajardo. Welche Probleme ergeben sich für das Pflegemanagement in den Einrichtungen durch die teilweise unklare Datenlage zu den Tarifverträgen und Durchschnittsentgelten aus Ihrer Sicht?

ESVe **Annemarie Fajardo**: Ja, tatsächlich ist die Herausforderung gegeben die Prozesse so sicherzustellen, dass entsprechend der Vergütungsstrukturen, die jetzt vorgegeben sind, auch eine entsprechende gerechte Bezahlung umzusetzen und umsetzen zu können. Auch da sind natürlich Informationen gefragt und Kompetenzen.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an den ESV Möller. Der Bonus soll ja eine Anerkennung für die geleistete Arbeit in dieser schwierigen Corona-Zeit sein. Gleichzeitig sind viele Pfleger nach wie vor von der Impfpflicht im Gesundheitswesen betroffen und bängen um ihren Arbeitsplatz beziehungsweise haben ihn bereits verloren. Wie ist diesbezüglich die Stimmung unter den Pflegekräften unabhängig vom Impfstatus?

ESV **Werner Möller**: Um das kurz zu umreißen, will ich noch einmal aus der Praxis reden. Die Pflege ist am Boden und das schon lange vor Corona. Die Pflege ist schon beatmet, kann man mal mit intensivspezifischen Ausdrücken sagen.

Wenn wir die Pflege wirklich wieder auf einen Stand bringen wollen, wo die Menschen, die diesen Beruf ausüben wollen und nicht nahe am Burn-out arbeiten oder gefährliche Pflege machen... Das Thema „Gefährliche Pflege“ haben wir überhaupt noch nicht besprochen. Was bedeutet es, wenn ich vier oder fünf Beatmungspatienten versorgen muss? Mein Vorredner von der DIVI hat es gesagt. Auf den Intensivstationen zum Beispiel ist „Team“ etwas sehr wertvolles. Was wir im Moment haben durch die Politik der Bundesregierung, ist eine Spaltung auch in der Pflege. In den Teams, geimpft, ungeimpft war überhaupt kein Thema in den ersten eineinhalb Jahren der Pandemie. Wir haben alle zusammengehalten. Wir haben unsere Arbeit gemacht, wir sind für den Patienten da. Wir sind nicht für die Politik da. Wir sind für den Patienten da. Diese Arbeit wird uns vermiest. Ein Pflegebonus wird hier nichts daran ändern. Der wird halt genommen, ausgegeben, wunderbar...versteuert vielleicht sogar noch. Rechnen Sie mal den Pflegebonus auf zwei Jahre Pandemie um, dann ist es schon fast eine Beleidigung. Da kann man überhaupt nicht mehr weiter darüber reden. Ich sage Ihnen jetzt noch eins. Die Versorgung der Patienten wird immer schwieriger. Wir sehen eine klare Bedrohung schon jetzt in der Versorgung der Patienten. Wir sind vernetzt mit der Initiative „Klinikpersonal steht auf“ aus Tübingen. Dort gibt es klare Tendenzen zu allen Versorgungsproblemen und nicht nur dort.

Die **Vorsitzende**: Herr Möller, damit ist die Zeit um. Vielen Dank. Wir haben immer darauf geachtet, dass die Zeit eingehalten wird. Ich habe Sie jetzt tatsächlich schon länger reden lassen, um eine Atempause abzuwarten, um zu sagen, dass die seine Zeit jetzt um ist. Damit kommen wir zum Ende dieser Anhörung. Ich danke Ihnen für die Fragen und die Expertinnen und Experten für die Stellungnahmen. Ich schließe die Anhörung.

Schluss der Sitzung: 16:30 Uhr

Gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Stellvertretende Vorsitzende