



Wortprotokoll der 43. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 9. November 2022, 14:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

| Tagesordnungspunkt | Seite 5 |
|--|--|
| <p>a) Gesetzentwurf der Bundesregierung</p> <p>Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) BT-Drucksache 20/3876</p> | <p>Federführend: Ausschuss für Gesundheit</p> <p>Mitberatend: Rechtsausschuss Ausschuss für Arbeit und Soziales Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Ausschuss für Digitales</p> <p>Gutachtlich: Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung</p> |
| <p>b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD</p> <p>Versorgungssicherheit von Intensivpatienten verbessern, Intensivpflege in Deutschland stärken und zukunftssicher machen BT-Drucksache 20/2586</p> | <p>Federführend: Ausschuss für Gesundheit</p> <p>Mitberatend: Rechtsausschuss Finanzausschuss Ausschuss für Arbeit und Soziales Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung Haushaltsausschuss</p> |



Verbände/Institutionen

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- Bitkom e. V. (Bitkom)
- Bundespsychotherapeutenkammer n. e. V. (BPtK)
- Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)
- Bundesverband Pflegemanagement e. V. (BV Pflegemanagement)
- Bundesvereinigung Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands e. V. (BAND)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
- Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Ärztinnenbund e. V. (Ärztinnenbund)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)
- Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Hebammenverband e. V. (Hebammenverband)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- E-Rezept-Enthusiasten Verein zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen e. V. (erezept-enthusiasten)
- gematik GmbH (gematik)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD)



- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen SbR (IQWiG)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KdöR (KZBV)
- Medizinischer Dienst Bund KdöR (MD-Bund)
- Spitzenfrauen Gesundheit e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)
- Spitzenverband IT-Standards im Gesundheitswesen n. e. V. (SITiG)
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft n. e. V. (ver.di)
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)

Einzelsachverständige

- Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.)
- Kathrin Haas (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Neunkirchen)
- Marion Korte (Initiative Berliner Kinderkliniken)
- Bernhard Krautz (Vereinigung der Pflegenden in Bayern)
- Prof. Dr. Michael Simon (bis 2016 Hochschule Hannover)
- Prof. Dr. Frank Weidner (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.)



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:00 Uhr

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), **stellvertretende Vorsitzende**: Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Meine Damen, meine Herren, in der heutigen Anhörung geht es um zwei Vorlagen, zum einen um den Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG)“, BT-Drucksache 20/3876, und zum anderen um den Antrag der Fraktion der AfD „Versorgungssicherheit von Intensivpatienten verbessern, Intensivpflege in Deutschland stärken und zukunftssicher machen“, BT-Drucksache 20/2586. Die Bundesregierung will mit ihrem Gesetzentwurf die Krankenhäuser dazu verpflichten, mit einer ausreichenden Zahl von Pflegekräften zu arbeiten. Ziel des Gesetzes ist daher, die Situation der Pflege in den Krankenhäusern mittelfristig zu verbessern, indem Idealbesetzungen für die Stationen errechnet und durchgesetzt werden. Hierbei soll ein Instrument zur Personalbemessung mit dem Namen „PPR 2.0“ [Pflegepersonalregelung] verwendet werden, das im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege von allen Beteiligten entwickelt wurde. Zentrales Ziel ist eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten. Des Weiteren sieht der Gesetzentwurf Regelungen zu den Budgetverhandlungen, zum Verfahren zur Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie zum Verwaltungsverfahren rund um den Krankenhauszukunftsfonds vor. Darüber hinaus soll mit dem Gesetzentwurf die digitale medizi-

nische und pflegerische Versorgung weiterentwickelt und nachgesteuert werden. Dabei geht es insbesondere darum, die Nutzerfreundlichkeit von digitalen Anwendungen zu stärken und die Verbreitung zentraler Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) zu erhöhen. Zudem werden viele weitere Themen mit diesem Gesetz adressiert, die sich sicherlich im Verlauf der Anhörung noch verdeutlichen. Die Fraktion der AfD fordert in ihrem Antrag, dass die Versorgungssicherheit von Intensivpatienten verbessert und die Intensivpflege in Deutschland gestärkt und zukunftssicher gemacht wird. Die Bundesregierung soll daher insgesamt sieben Punkte unverzüglich umsetzen. Darunter befinden sich beispielsweise die Weiterentwicklung der Handlungsautonomie der Intensivpflegekräfte sowie die Finanzierung der Intensivfachweiterbildung mit Steuermitteln. Weitere Punkte sind die Kopplung neuer Intensivbetten an die Ausbildung einer Intensivpflegefachkraft und die Neubewertung der Intensivfachkraftquote. Soweit zu den Inhalten der uns heute zur Beratung vorliegenden Vorlagen. Bevor wir anfangen, möchte ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen auf drei Blöcke verteilt. Insgesamt haben die Fraktionen folgende Fragezeiten: SPD 25 Minuten, CDU/CSU 24 Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 15 Minuten, FDP 11 Minuten, AfD 10 Minuten, DIE LINKE. 5 Minuten. Diese Zeit umfasst die Frage- und Antwortzeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für alle zu sehen und zu hören. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Ich danke allen Sachverständigen, die gekommen sind und denjenigen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro und wird für einen guten Zweck gespendet. Dann können wir beginnen.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich entschuldige mich auch dafür, dass die Änderungsanträge so spät erst gekommen sind und bedanke mich umso mehr, dass Sie dazu heute schon Rede und Antwort stehen. Meine erste Frage geht an den Deutschen Caritasverband. Änderungsantrag 7 sieht vor, die landesrechtlich geregelte generalistische Pflegeassistentenausbildung, soweit sie an Krankenhäusern stattfindet, über das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zu finanzieren, einschließlich einer Ausbildungsvergütung. Für den Bereich der Altenpflege wird ausweislich der Begründung eine künftige Refinanzierung über den Pflegeausbildungsfonds angestrebt. Wie bewerten Sie diese Regelung im Hinblick auf den notwendigen Aufwuchs an QN 3-Kräften [Qualitätsniveau] in der Altenpflege? Wie könnte eine zeitnahe Umsetzung einer einheitlichen Finanzierung für die Pflegeassistentenausbildung im Altenpflegebereich aussehen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)): Zunächst einmal begrüßen wir den Änderungsantrag, denn es ist gut, dass die generalistische Pflegeausbildung erst einmal im KHG verankert wird. Generell sind wir Verfechter der Generalistik und setzen uns auch schon seit langem für eine zweijährige generalistische Pflegeassistentenausbildung ein. Insoweit ist das ein erster Schritt. Allerdings ist das nur ein halber Schritt, weil, wie Sie auch schon in der Frage ausgeführt hatten, der Part der Altenhilfe fehlt. Die Umsetzung der generalistischen Pflegeassistentenausbildung in Bezug auf die praktische und theoretische Ausbildung im Bereich der Altenhilfe darf nicht auf die lange Bank geschoben werden, zumal die Länder durch den Pflegeausbildungsfonds, der künftig die Assistenz insgesamt finanziert, erheblich entlastet werden. Deswegen fordern wir auch, dass die Länder sich unbedingt, sozusagen unverzüglich, dafür einsetzen, dass mehr Ausbildungsplätze für die Pflegehilfskräfte im Bereich der Pflegeschulen und im Bereich der praktischen Ausbildung – diese sind unabdingbar – angeboten werden. Wir wollen auch nicht, dass die Ausbildung künftig nur im Bereich der Trägerschaft der Krankenhäuser stattfindet. Da Sie die Problematik der QN 3-Kräfte angesprochen haben: Es ist uns auch als Wohlfahrtspflege insgesamt ein hohes Anliegen, dass genügend QN3-Pflegehilfskräfte zur Verfügung stehen. Denn das PPR nach Rothgang zeigt ganz klar auf, dass wir hier den größten Bedarf haben und zugleich die größte

Mangelsituation. Wir sehen also hier ganz dringenden Handlungsbedarf.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di. Die ursprünglich im Kabinettsentwurf vorgesehene Opt-out-Regelung, die bei Vorliegen eines entsprechenden Tarifvertrages eine Befreiung von der Verpflichtung zur Umsetzung der PPR 2.0 ermöglicht hätte, soll durch den Änderungsantrag 6 gestrichen werden. Wie beurteilen Sie diese Streichung?

Sve **Grit Genster** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft n. e. V. (ver.di)): Wir begrüßen den Änderungsantrag mit der Streichung der sogenannten Opt-out-Regelung, weil wir uns als ver.di für eine flächendeckende und bundeseinheitliche Umsetzung der PPR 2.0 und der mit ihr assoziierten Instrumente einsetzen. Die durch ver.di vereinbarten Tarifverträge für mehr Personal und Entlastung zielen in erster Linie auf die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für Beschäftigte im Krankenhaus. Sie entlassen den Gesetzgeber nicht aus der Verpflichtung Personalvorgaben für die bedarfsgerechte Personalausstattung für alle Krankenhäuser flächendeckend, bundeseinheitlich einzusetzen. Es gilt, dass die gesetzlichen und die tarifvertraglichen Regelungen nebeneinander stehen und für die Beschäftigten aufgrund des arbeitsrechtlichen Günstigkeitsprinzips die jeweils günstigeren Regelungen Anwendung finden. Die Tarifverträge für Entlastung sind wichtig und gelten selbstverständlich weiter. Deshalb begrüßen wir die Streichung im Sinne einer bundeseinheitlichen Umsetzung der PPR 2.0.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Hebammenverband (Hebammenverband). Bei der Frage, ob Hebammen im Pflegebudget berücksichtigt werden sollen, gab es heftige Kritik. Wie ist Ihre Haltung dazu?

Sve **Andrea Ramsell** (Deutscher Hebammenverband e. V. (Hebammenverband)): Die Hebammen müssen auf jeden Fall im Pflegebudget aufgenommen sein. Ansonsten gibt es für die Kliniken keinen wirtschaftlichen Anreiz weiterhin Hebammen auf Station zu beschäftigen. Hebammen haben vor-



behaltene Tätigkeiten auf den Stationen in der Betreuung der Risikoschwangeren, in der Betreuung der Wöchnerinnen. Hebammen sind integraler Bestandteil der stationären Versorgung. Hebammen können auch nicht anders eingesetzt werden, als in diesen Bereichen, weil sie speziell für diese Tätigkeiten ausgebildet sind. Deshalb gibt es auch gar keine andere Möglichkeit, als sie im Pflegebudget zu halten. Es gibt Personalmodelle in vielen Kliniken, die ausschließlich Hebammen beschäftigen. Diese Personalmodelle werden fast unmöglich gemacht, wenn Hebammen nicht im Pflegebudget enthalten sind.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Ich würde gerne wissen, da zur kurzfristigen Sicherung der Finanzstabilität der sozialen Pflegeversicherung (SPV) Zuführungen zum Pflegeversorgungsfonds für das Jahr 2023 in einer Rate im Dezember 2022 geplant sind: Ist das aus Ihrer Sicht eine geeignete Maßnahme, um die finanzielle Stabilität der SPV zu gewährleisten? Welche langfristigen Stabilisierungsmaßnahmen sind aus Ihrer Sicht nötig?

Sve **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband (GKV-SV)): Die vorgeschlagene Stundung der Zuführung zum Vorsorgefonds kann kurzfristig sicherlich positive Liquiditätswirkungen auf die Finanzsituation der SPV haben. Das ist eher eine technische Lösung. Eine finanzwirksame Folge auf die Beitragseinnahmen des Vorsorgefonds gibt es nicht. Sie haben Recht, eine nachhaltige Finanzierung der SPV wird dadurch nicht befördert. Für die SPV sollte es natürlich nicht nur diese kurzfristigen Notoperationen geben, um Liquidität zu verschaffen, sondern vielmehr brauchen wir eine solide Finanzierung, bis zu fünf Milliarden Euro trägt die SPV für pandemiebedingte Mehrausgaben. Das sind Leistungen die versicherungsfremd sind, die müsste der Bund tragen. Wir würden in der SPV über mehr Rücklagen verfügen, wenn diese versicherungsfremden Leistungen ordnungsgemäß vom Bund getragen würden.

Abg. **Dr. Andreas Philippi** (SPD): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Um den wirtschaftlichen

Druck bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu mindern, wird in den Jahren 2023 und 2024 Krankenhäuser für deren Behandlung ein angehobenes Erlös-Volumen garantiert. Die zusätzliche Finanzierung orientiert sich an Behandlungen und nicht an der Einrichtung in der Kinder- und Jugendliche behandelt werden. Wie schätzen Sie diese Regelung ein, insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung von Pädiatrien und Geburtshilfen?

SV **Dr. Burkhard Rodeck** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)): Zum einen sind wir natürlich froh, dass politisch erkannt worden ist, dass Kinderkliniken nicht adäquat finanziert worden sind in den letzten Jahren. Zum anderen müssen wir aber jetzt feststellen, dass wir mit dem jetzt vorgeschlagenen Modell ganz konsequent im DRG-System (Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen/ Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren) verbleiben. Das heißt, wir orientieren uns an den Fallzahlen. Die Fallzahlen sind aber nicht geeignet, um die in der Pädiatrie ausgesprochen höheren Vorhaltekosten zu finanzieren. Die müssen von der Fallzahl unabhängig finanziert werden. Insoweit ist das jetzt vorgelegte Konzept von der Idee her, mit der zusätzlichen Finanzierung natürlich sinnvoll und gut, von der Umsetzung her allerdings sehr problematisch. Mein zweiter Punkt ist, dass diese Gelder dann nicht nur Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin zugutekommen, sondern jedem der Kinder- und Jugendliche behandelt. Das heißt, die besonderen Vorhaltekosten, die gerade in der Kinder- und Jugendmedizin, in den Stationen, in den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, anfallen, wird damit nicht adäquat berücksichtigt.

Abg. **Dirk Heideblut** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-SV. Die Finanzierung der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2023/24 für Pädiatrie und Geburtshilfe sollen jeweils aus der Liquiditätsreserve erfolgen. Wie schätzen Sie diese Art der Finanzierung ein?

Sve **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband (GKV-SV)): Die Entnahme aus der Liquiditätsreserve trägt dem Umstand Rechnung, dass über



diese Mehrausgaben jetzt in dem Zeitpunkt entschieden wird, wo eben der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits festgelegt wurden, das heißt, die Ausgaben konnten im Schätzerkreis für das Jahr 2023 nicht berücksichtigt werden. Das sind Mehrausgaben. Insofern ist jetzt diese Konstruktion nachvollziehbar. Fest steht aber, dass diese zusätzlichen Finanzmittel nicht allein für 2023 und 2024 relevant sein werden. Das ist nur eine Zwischenlösung. Klar ist, dass die finanzielle Stärkung von Pädiatrie und Geburtshilfe auch darüber hinaus vorgesehen sein soll. Das heißt, wir brauchen nachhaltige Finanzierungslösungen hierfür. Bisher haben wir eher kurzfristig Löcher gestopft über einen ergänzenden Bundeszuschuss, über den Griff in die Liquiditätsreserve, aber auch durch eine Vergabe von Darlehen aus dem Gesundheitsfonds. Wir brauchen dauerhafte, wirksame Maßnahmen, um diese Ausgabenmehrbelastung sozusagen retten zu können, um dem standhalten zu können. Wir brauchen eine nachhaltige Finanzreform im nächsten Jahr. Wir brauchen hier an der Stelle dauerhaft Lösungen für Einnahmen und Ausgaben. Was wir kritisieren, was wir kritisch bewerten, ist, dass Gelder der Versicherten genutzt werden, um Finanzierungsbedarfe der Daseinsvorsorge zu bewältigen. Hier sind Bund und Ländern in der Finanzierungsverantwortung und insofern stellt sich auch die Frage, ob Mittel hier zweckentfremdet werden für Finanzierungsaufgaben Dritter. Was wir brauchen werden, ist ein Bundeszuschuss zum Ausgleich dieser Mittel.

Abg. **Matthias Mieves** (SPD): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Es geht um die geburtshilfliche Versorgung in den Krankenhäusern. Hier werden zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt. Diese Mittel sollen nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder verteilt werden, die dann auf Grundlage festzulegender Kriterien, unter Berücksichtigung bundesgesetzlicher Vorgaben die Mittel auf die Krankenhäuser verteilen. Wie beurteilen Sie dieses Verfahren?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Diese zusätzlichen Mittel, die jetzt über den Königsteiner Schlüssel verteilt werden sollen, könnten natürlich alternativ zu diesem Verteilungsmaßstab auch noch etwas zielgenauer

verteilt werden, nämlich beispielsweise über die Anzahl der Geburten in den einzelnen Bundesländern und nicht festgemacht am Königsteiner Schlüssel, der einen anderen Beurteilungsmaßstab hat. Grundsätzlich halten wir es für einen gangbaren und für die Übergangszeit jetzt auch erst einmal praktikablen Weg das Geld auf diese Art und Weise zu verteilen. Wir haben wahrgenommen, dass es da, parallel und begleitend auch gewisse Leitplanken geben soll, nach denen diese Mittel dann von den Ländern an die Krankenhäuser weitergegeben werden. Wir verstehen das so, dass das also nicht in die völlige Beliebigkeit eines einzelnen Bundeslandes gestellt werden soll, sondern dass es entsprechende Begleitmechanismen geben soll. Insofern bewerten wir das positiv. Wir sind natürlich gespannt, wie jetzt diese Leitplanken genau aussehen. Da würden wir uns natürlich wünschen, als Selbstverwaltungspartner, dass wir da zumindest mitdiskutieren könnten und unsere Vorschläge einbringen können.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die DKG. Das BMG soll ermächtigt werden, per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung und in den Krankenhäusern zu erlassen. Zusätzlich ist im Gesetzentwurf auch geregelt, dass das BMG die Verordnung nur im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) erlassen kann. Deshalb meine Frage an Sie: Wie bewerten Sie die Notwendigkeit, dieses Einvernehmens mit dem BMF? Befürchten Sie dadurch eine Pflege nach Kassenlage? Schafft die Ampel damit einen Präzedenzfall, dass das BMF künftig öfter direkt in die Krankenhaus- oder Gesundheitspolitik eingreifen kann?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): In der Tat ist das für uns ein überraschender Passus in diesem Gesetzgebungsvorhaben, der auch bei uns tatsächlich die Sorge aufkommen lässt, dass möglicherweise ein festgestellter Personalbedarf in den deutschen Krankenhäusern, festgestellt aufgrund des dann eingesetzten Instrumentes aufgrund der Kassenlage möglicherweise nicht vollständig refinanziert wird und



man insofern einen objektiven Maßstab auf der einen Seite durch den Gesetzgeber in die Welt bringt, was wir auch begrüßen, gleichzeitig aber infrage stellt, ob man diesen objektiven Maßstab zur Leistung guter Pflege in den Krankenhäusern auch tatsächlich refinanzieren möchte. Das wäre hoch problematisch, weil das natürlich auch den Pflegenden, die auch gestärkt werden sollen, neben der guten Patientenversorgung, ein Signal gibt, was nicht nur widersprüchlich sondern ein ausgesprochen negatives Signal wäre. Alle verlassen sich darauf, dass, wenn objektiv gemessen wird, dann auch dieser festgestellte Bedarf refinanziert wird. Ich glaube, das würde dem System auch gut anstehen.

Abg. **Dietrich Mondstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen (ESV) Bernhard Krautz. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme die Streichung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Sanktionen bei fehlender Einhaltung der festgestellten Personalbedarfe beziehungsweise bei fehlender Meldung über die Einhaltung der Personalbedarfe vor. Können Sie ausführen, warum aus Ihrer Sicht die im Gesetzentwurf vorgesehenen Sanktionen nicht zielführend sind und welche Alternativen aus Ihrer Sicht notwendig sind?

ESV **Bernhard Krautz**: Der Sinn von der Aktion ist gewünschtes Verhalten durchzusetzen oder Missbrauch zu verhindern von Regelungen. Das gewünschte Verhalten ist an der Stelle, dass die Krankenhäuser die mit PPR ermittelten Stellen besetzen. Das ist nach unserer Meinung auch im ureigenen Interesse der Krankenhäuser um leistungsfähig zu bleiben und auch das Pflegepersonal letztendlich zu halten. Also warum sollten die Krankenhäuser die mit PPR ermittelten Stellen gar nicht besetzen? Es ist zudem kein ökonomisches Risiko, da die Stellen über das Pflegebudget voll refinanziert werden müssen. Die dafür vorgesehenen Rückzahlungsverpflichtungen für nicht verausgabte Mittel stellen einen hinreichenden Schutz vor ökonomischen Missbrauch dar. Das heißt, ein Krankenhaus kann aus nicht verausgabten Mitteln letztendlich keinen Gewinn machen oder die Gelder irgendwie umleiten. Die primäre Ursache für nicht besetzte Stellen wird der allgemeine Personalmangel in der Pflege sein, der bundesweit evident ist. Das heißt,

den haben die Krankenhäuser nicht allein zu verantworten. Es ist daher aus unserer Sicht völlig unsachgemäß die Krankenhäuser auch allein dann letztendlich zu bestrafen, wenn sie trotz aller Bemühungen diese Sollstellen nicht besetzen können. Das ist doch völlig klar, dass auch gar nicht alle Krankenhäuser diese Stellen, die ermittelt werden, besetzen können, weil eben insgesamt der bundesweite Personalmangel so gravierend ist. Auch gleiches gilt für diese Sanktionen bei den Meldefehlern. Ich glaube, wenn man weiß, wie komplex diese Datenaufbereitung und Datenmeldeverfahren sind, dann ist völlig klar, dass da Fehler passieren können. Ich würde unterstellen wollen, dass kein Krankenhaus hier bewusst oder vorsätzlich Fehler macht. Also auch da ist die Sanktion unangemessen. Alternativ wäre sinnvoll, das erwünschte Verhalten, sprich die Besetzung der Stellen, zu belohnen, also im Sinne eines Bonussystems zum Beispiel die Krankenhäuser finanziell besser zu stellen, die tatsächlich es schaffen, die Stellen zu besetzen, um damit diesen erheblichen Aufwand für die Personalakquise und für die administrative Umsetzung zu belohnen und so eine positive Unterstützung zu fördern. Die Krankenhäuser, die die Stellen nicht besetzen werden können, sind alleine durch die Tatsache an sich schon gestraft genug.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Meine Frage geht ebenfalls an den ESV Bernhard Krautz. Wie bewerten Sie die Möglichkeit und Vorgaben für Krankenhäuser an Stelle des gesetzlichen Personalbemessungsinstrumentes eigene, individuelle Vereinbarungen zur Personalbemessung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer festzusetzen?

ESV **Bernhard Krautz**: Wir sehen diesen Passus, dieser Opt-Out-Regelung ebenfalls äußert kritisch. Wir sind da ganz bei ver.di. Letztendlich geht es doch darum, mit dem Personalbemessungsverfahren PPR2.0 bundesweit eine einheitliche Grundlage zu schaffen für die pflegerische Versorgung auf den Stationen. Wenn es da um einheitliche Personalbemessung gehen soll, ist das auch ein Ausdruck nicht nur von einheitlichen Arbeitsbedingungen, sondern auch von der gleichwertigen Versorgungsqualität, auf die die Patientinnen und Patienten einen Anspruch haben. In der Gesetzesbegründung wird dieser Passus unter anderem mit der Tarifautonomie begründet. Unserer Ansicht nach ist der



Schutz der Patientenversorgung oder ein einheitliches Maß einer guten qualitativen, pflegerischen Versorgung ein höherwertiges Gut als die Tarifautonomie. Dazu kommt sicherlich noch ein technischer Aspekt. Die PPR2.0 soll bundeseinheitlich, oder bundesweit Daten liefern und Erkenntnisse liefern, wie hoch der Personalmangel eigentlich ist. Wenn sich einzelne Kliniken da letztendlich heraus begeben, wird die Datengrundlage auf keinen Fall besser. Also insofern schließen wir uns da ver.di vollständig an. Diese Regelung sollte komplett gestrichen werden.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Meine Frage geht auch an den ESV Bernhard Krautz. Könnten Sie bitte schildern, warum aus Ihrer Sicht multiprofessionelle Teams durch das KHPfLEG in Gefahr sind? Würden Sie uns erläutern, ob dies den Ansprüchen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern gerecht wird?

ESV **Bernhard Krautz**: Es geht hier konkret um Paragraph 137 I Absatz 3 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass das BMG durch Rechtsverordnung näheres bestimmen kann zur bedarfsgerechten, personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals. Das heißt, es geht hier um den Qualifikationsmix, das Verhältnis von examiniertem Personal und Pflegehilfspersonal, wie es auch in der Gesetzesbegründung drin steht. Das heißt, das BMG würde hiermit durchgreifen auf den Qualifikationsmix, auf die Personalausstattung der einzelnen Stationen. Das ist aus unserer Sicht völlig unsachgemäß. Dieser Personalmix, diese Qualifikationszusammensetzung muss sich vor Ort an die Gegebenheiten richten. Also welches Patientenkontext mit welchem Pflegeaufwand und welchen fachlichen Erfordernissen wird auf der Station versorgt. Das muss vor Ort entschieden beziehungsweise bewertet und mit dem entsprechenden Personalmix hinterlegt werden. Ein kleines Beispiel, damit es greifbar wird: Für eine unfallchirurgische Station macht es zum Beispiel einen eklatanten Unterschied, ob sie einen alltags-traumatologischen Schwerpunkt hat oder ausschließlich Sportverletzungen im Wintersport versorgt. Je nachdem muss ich eben die Besetzung stärker mit Krankenpflege oder auch mit Altenpflege, mit Pflegeassistenzkräften besetzen. Das

kann man nur vor Ort entscheiden und richtig umsetzen. Zudem würde man den Kliniken jede Flexibilität in der Ausnutzung von Spielräumen nehmen, um da adäquat die Versorgung sicherzustellen, was letztendlich von der Verfügbarkeit von Personal abhängt. Also wir lehnen diese Durchgriffsmöglichkeit wirklich rigoros ab. Das ist ein absolut übergriffiges Regelungsansinnen. Die Verantwortung liegt bei den Kliniken und muss beim Pflegemanagement liegen, aus einer fachlichen Perspektive diesen Qualifikationsmix zu gewährleisten. Alles andere würde tatsächlich eine fach- und sachgerechte Versorgung eher gefährden.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Auch ich möchte noch einmal den ESV Krautz fragen. Ziel des Gesetzes soll die Entlastung des Pflegepersonals von Dokumentationsaufwand sein. Wird Ihrer Ansicht nach der Gesetzentwurf diesem Ziel gerecht oder sehen Sie Nachbesserungsbedarf, insbesondere auch im Zusammenspiel der weiterhin geltenden Verordnung?

ESV **Bernhard Krautz**: Dieses Personalbemessungsverfahren kann kein Beitrag zur Entlastung von Dokumentationen liefern. Das ist gar nicht Sinn und Zweck einer solchen Regelung. Es geht darum, angemessene Personalbesetzung zu ermitteln und das wird logischerweise zu einem gewissen Mehraufwand führen, weil letztendlich jeder Patient einmal am Tag in diese PPR-Kategorien eingestuft werden muss. Das ist aber unseres Erachtens nach ein vertretbarer Aufwand. Viele Kliniken nutzen die PPR nach wie vor seit vielen Jahren. Natürlich finden systematische Anpassungen statt, die auch geschult werden müssen. Das ist aber leistbar, wenn dem auch ein erkennbarer Nutzen für die Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen entgegensteht. Wo wir tatsächlich einen erheblichen Verbesserungsbedarf sehen, ist die Zusammenführung der Meldeverpflichtungen für die PPR 2.0 und für die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG). Letztendlich geht es da immer um die gleichen Daten, um Personaldaten und Patientenzahlen, die zu melden sind. Es ist ein Übel letztendlich die gleichen Daten in zweifacher Weise an das gleiche Institut melden zu müssen. Also da würden wir dringend dafür plädieren, diese Datenmeldeverpflichtungen für PpUG und für die PPR 2.0 zusammenzuführen und damit tatsächlich auch den Aufwand zu reduzieren.



Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich möchte mich hier einreihen in die Fragestellung an den ESV Bernhard Krautz. Die Ampelfraktionen haben in ihrem Koalitionsvertrag festgelegt, dass sie kurzfristig zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die PPR 2.0 einführen möchten. Wie bewerten Sie bezüglich der Ziele, der Kurzfristigkeit und Verbindlichkeit den vorliegenden Gesetzentwurf?

ESV **Bernhard Krautz**: Kurzfristig ist diese Umsetzung auf keinen Fall, wenn man bedenkt, dass die echte Wirkung der Regelung erst 2025 eintritt, das heißt spürbar dann auch eine Entlastung zu erhoffen ist. Für die Stationen ist das keinesfalls kurzfristig, wenn wir heute den 9. November 2022 haben. Die Kollegen haben keine Zeit noch drei Jahre zu warten. Verbindlich ist das im Gesetzesentwurf meines Erachtens ebenfalls nicht, weil das BMG nur ermächtigt wird, eine Verordnung zu erlassen, eventuell auf Basis der PPR2.0 etwas einzuführen. Wir fordern ganz klar, die PPR2.0 so wie sie jetzt ist, wie sie entwickelt und evaluiert worden ist, per Gesetz schnellstmöglich als Interimslösung einzuführen und am ursprünglichen Zeitplan zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens nach Paragraph 137 k SGB V festzuhalten.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Michael Simon zur PPR 2.0. Was spricht für ein mehrstufiges Sanktionsverfahren und wie sehe eine mögliche Ausgestaltung aus?

ESV **Prof. Dr. Michael Simon**: Zunächst einmal scheint mir wichtig, das wurde eben schon einmal angesprochen, Sanktionen zu diesem Thema durchaus komplex zu beurteilen, konkreter reinzuschauen. Grundsätzlich, denke ich, kann man nicht bestreiten, dass die Nichteinhaltung von Rechtsvorschriften durchaus durch Sanktionen auch durchzusetzen ist. Allerdings sollten Sanktionen auch sachgerecht sein und im Fall des vorliegenden Entwurfes des Paragraphen 137 l SGB V ist vorgesehen, dass Strafzahlungen erfolgen. Die sehe ich sehr problematisch. Im Falle des Paragraphen 137 l SGB V kann ich mir vorstellen, dass es sachgerecht ist, fehlende Dateninformationen, Datenübermittlungen mit Strafzahlungen zu belegen, aber nicht unbedingt die Nichteinhaltung der Soll-Besetzung,

denn insofern, da wurde eben schon darauf hingewiesen, und das kann ich nur noch einmal unterstreichen, wir haben seit 2020 eine Regelung der Krankenhausfinanzierung für die Personalkosten im Pflegedienst, dass ein Pflegebudget zu vereinbaren ist. Wenn da die Besetzung, die vereinbart ist, nicht eingehalten wurde, dann besteht aufgrund der Zweckbindung eine Rückzahlung. Wenn man dann trotzdem noch einmal eine Strafzahlung draufsetzen würde, hätte das zur Folge, das über das Pflegebudget des folgenden Jahres Geld für diese Rückzahlung aus diesem Pflegebudget genommen werden müsste, was wiederum zur Folge hätte, das nicht mehr so viel Geld zur Verfügung steht, wie eigentlich vereinbart ist für die Finanzierung. Das heißt, wenn man das weiter denkt, kommt man darauf, wenn man zusätzlich zur Rückzahlungspflicht eine Strafzahlung vorsehen würde, würde das einen Kellertreffeneffekt oder eine Abwärtsspirale auslösen. Sie haben angefragt nach den Möglichkeiten eines mehrstufigen Sanktionssystems. Wenn man die Einhaltung der Vorgaben der PPR 2.0 durchsetzen will, scheint mir sinnvoll an zwei Punkten anzusetzen. Einmal bei den Fallzahlen und zum anderen bei der Krankenhausfinanzierung. Fallzahlen sind aus meiner Sicht insofern ein sinnvoller Ansatzpunkt, als das über die Reduzierung der Fallzahlen, die man vielleicht in der Verordnung dann auch regeln kann, eine Entlastung des Pflegepersonals möglich ist. Die Krankenhausplanung ist aus meiner Sicht insofern ein wichtiger Ansatzpunkt für eventuell greifende Sanktionen, als es um die Frage der Qualitätssicherung geht. Wenn nicht ausreichend Personal im Pflegedienst vorgehalten wird, hat das Auswirkungen auf die Versorgungsqualität. Da sind die Länder aus meiner Sicht gefordert und da wäre die Frage, wie man im Rahmen der Krankenhausplanung ein mehrstufiges Sanktionssystem etablieren kann. Beispielsweise durch die Verpflichtung zum Abschluss einer Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Land, um zukünftig die Einhaltung zu gewährleisten. Bis hin zum schärfsten Sanktionsmittel, dass eine Fachabteilung aus dem Landeskrankenhausplan herausgenommen wird, wenn dauerhaft Vorgaben nicht erfüllt werden. Aber noch einmal zur Betonung: Finanzielle Sanktionen im Sinne von Strafzahlungen halte ich in diesem Fall der Einführung der PPR 2.0 für nicht sachgerecht.



Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat (DPR) auch zur PPR2.0. Wie bewerten Sie die Dauer der Datenerhebungsphase? Vermuten Sie, dass bei einer Verkürzung der Datenerhebungsphase die Datenqualität sinken würde?

SVe **Sandra Mehmecke** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Aus unserer Sicht, das ist heute schon angeklungen, kann die Phase bis zur Einführung der PPR 2.0 deutlich verkürzt werden und das fängt schon bei der Erprobungsphase an. Die PPR 2.0, zumindest so wie sie von DKG, DPR und ver.di entwickelt worden ist, steht in der Konzeption. Sie wurde erprobt, es gibt einen Pretest. Aus unserer Sicht kann die PPR 2.0 sofort eingesetzt werden zum 1. Januar 2023 und ein halbes Jahr später dann tatsächlich auch verpflichtend bundesweit und wiederum zum 1. Januar 2024 dann auch scharf geschaltet werden mit der Verpflichtung tatsächlich auch in einem gestuften Verfahren festgelegte Erfüllungsgrade einzuhalten. Also worauf ich hinaus will, ist, wir halten die Zeit bis 2025 für viel zu lang. Versprochen wurde eine kurzfristige Einführung der PPR 2.0, um das Pflegepersonal zu entlasten. Das war Ende 2021. Die Kolleginnen und Kollegen warten hierauf. Erlauben Sie mir noch eine Anmerkung, weil das für uns so unglaublich wichtig ist und heute hier noch nicht deutlich geworden ist aus unserer Sicht. Der aktuelle Gesetzentwurf sieht nicht vor, dass PPR 2.0 eingeführt wird, denn PPR 2.0 wird in dem eigentlichen Paragraphen und in den Absätzen an keiner Stelle genannt und es ist nicht ausreichend, dass eine wissenschaftliche Einrichtung oder ein Sachverständiger angelehnt an ein Konzept PPR 2.0 etwas entwickelt, alleine im Einvernehmen mit dem BMG und mit dem BMF dann auf den Weg bringt. Das lehnen wir komplett ab.

Abg. **Saskia Weishaupt** (BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN): Meine Frage geht an den Hebammenverband. Können Sie noch einmal ausführen, wie die Regelung zur PpUG-Verordnung (PpUGV) die Versorgung beeinflusst und wie wir es auch künftig schaffen, die Strukturen der Hebammen zu unterstützen, Stichwort Haftpflicht, aber auch die hebammengeleitete Kreissäle?

SVe **Andrea Ramsell** (Deutscher Hebammenverband e. V. (Hebammenverband)): Die kürzlich vorgenommenen Änderungen im Pflegebudget und die mangelhafte Anrechnung von Hebammen auf die PpUGV hat extreme Auswirkungen auf die Versorgungssituation auf den Wochenstationen und auch auf die stationäre Betreuung von Risikoschwangeren. Die Ankündigung des Ministers, dass Hebammen wieder in das Pflegebudget aufgenommen werden, erleichtert uns sehr. Aber damit die vorhandenen Hebammen tatsächlich gehalten werden können, muss gleichzeitig die PpUGV sofort angepasst werden. Beide Maßnahmen sind notwendig und erst dann können wir auch über notwendige Reformen und Verbesserungen sinnvoll nachdenken. Für die Klinik ist es mit der Änderung der PpUGV seit Januar 2022 unwirtschaftlich Hebammen auf Station einzusetzen, da sie nur noch zu fünf bis zehn Prozent auf die PpUG angerechnet werden. Wenn Kliniken also gute Versorgungsqualität durch viele Hebammen bieten, dann bedeutet das für sie monatliche Strafzahlungen. Eine Pflegekraft kann voll auf die PpUG angerechnet werden, sie wird über das Pflegebudget refinanziert, aber eine Hebamme auf der gleichen Stelle nicht. Bislang wurden Hebammen analog zu den Pflegekräften behandelt. Das muss auch weiterhin gelten bis wir ein anderes System etabliert haben. Patienten in der Geburtshilfe sind nicht pflegebedürftig, das ist ganz wichtig. Sie durchlaufen mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett einen natürlichen Zustand. Dieser Zustand wird bestmöglich unterstützt durch Hebammen. Dafür sind Hebammen spezifisch und speziell ausgebildet. Pflegekräfte haben einen anderen Fokus, nämlich die Pflege kranker Menschen. Ein wichtiger, weiterer Aspekt: Durch die bestehende Regelung ist die Hebammenausbildung massiv gefährdet, denn es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass angehende Hebammen auf der Wochenstation nur von examinierten Hebammen angeleitet werden dürfen. Wenn dies nicht erfolgt, wird das Ausbildungsziel nicht erreicht und Hebammen-Studierende können ihr Studium nicht abschließen. Erst wenn die gesetzlichen Fehlentwicklungen der letzten Monate korrigiert sind, können wir auch die Ziele des Koalitionsvertrages umsetzen. Für die gute Versorgung von Frau und Kind brauchen wir die Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt, mehr hebammengeleitete Kreissäle und ein tragfähiges Personalkonzept in der klinischen Geburtshilfe. Die



Vorhaltekosten müssen flächendeckend refinanziert werden. Das sind die ersten notwendigen Schritte.

Abg. **Maximilian Funke-Kaiser** (FDP): Ich würde gerne zum Themenkomplex Digitalisierung kommen und meine Frage richtet sich an die gematik GmbH und zwar bezüglich der Finanzierungsmodalitäten beim Zugang zur TI. Welche Vorteile würde denn eine Harmonisierung der Finanzierungsvereinbarung der Bundesmantelparteien im Hinblick auf eine Pauschale monatliche Entschädigung für die Aufwendungen im Rahmen des Zugangs zur TI mit sich bringen?

SV **Gunnar Conrad** (gematik GmbH (gematik)): Wir halten die Pauschalisierung für eine sinnvolle Maßnahme, weil nach aktuellem Stand Einzelbeträge ausgekehrt werden an Leistungserbringer und es keine Gesamtverbindlichkeit auf der Leistungserbringerseite und entsprechenden Ansprechpartner für die Leistungserbringerseite gibt. Die Finanzierungsseite oder die Pauschalfinanzierung würde dazu führen, dass man hier spiegelbildlich auf der Finanzierungsseite zu einer Zusammenfassung führt und für die Leistungserbringer zu einer Vereinfachung in der Refinanzierung der TI-Komponenten kommt.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an den DPR. Wie beurteilen Sie, dass die Intensivstationen derzeit nicht explizit in die Umsetzung der PPR 2.0 aufgenommen worden sind?

SVe **Sandra Mehmecke** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Wir haben auch zusammen mit der DKG und mit der Gewerkschaft ver.di sehr schnell vorgeschlagen, dass das gesamte Krankenhaus in den Blick zu nehmen ist und haben neben der PPR 2.0 für Erwachsennormalstationen und der Kinder-PPR 2.0 vorgeschlagen, dass erprobte Instrument „Impuls“ mit einzuführen und zwar gemeinsam. Damit haben wir immer noch nicht alle Krankenhausbereiche eingeschlossen in denen Pflegefachpersonen tätig sind, aber doch einen großen Teil. Gerade die Intensivstationen, das wurde vorhin auch deutlich, brauchen das gute Zeichen, dass auch hier jetzt ein Instrumentarium eingesetzt wird. Deswegen plädieren wir an dieser Stelle auch

gerne noch einmal, das Instrument Impuls jetzt mit einzuführen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich frage nochmal den DPR. Können Sie uns erklären, warum die Begleitung der PPR 2.0 gerade durch die Pflegewissenschaft so wichtig ist, auch mit Blick auf den geplanten Qualifikationsmix?

SVe **Sandra Mehmecke** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Wir reden hier über die Pflegepersonalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser und wir wollen als DPR zu einem Pflegepersonalbedarfsermittlungsinstrument kommen und dafür ist es sehr wichtig, dass tatsächlich auch Pflege, pflegewissenschaftliche und pflegemanageriale Perspektive mit einbezogen wird. Gerade für den Bereich des Qualifikationsmix, hoch sensibler Bereich, kann man nicht irgendwie am grünen Tisch Entscheidungen treffen, sondern tatsächlich müssen ganz viele Aspekte bedacht werden aus pflegfachlicher Sicht. Ein Beispiel: Alleine die Tätigkeit Nahrung/Essen auszuteilen und jemanden hinzustellen, da können sie sagen, naja dazu brauche ich keine ausgebildete Pflegefachperson, das kann eine pflegehelfende Person tatsächlich genauso gut machen. Wir aus pflegfachlicher Sicht wissen, nein, das ist sehr individuell und abhängig davon wie verschiedene Kontextfaktoren, Gesundheitszustand und so weiter der jeweiligen Person aussieht und es sind Pflegefachpersonen, die das individuell, situationsbezogen einschätzen. Das kann man nicht, auch nicht mit einem Algorithmus tun. Wir brauchen die Entwicklung für einen Qualifikationsmix, das sehen wir auch. Wir sehen, dass diese Entwicklung Zeit und pflegewissenschaftliche Expertise braucht und die Perspektive des Pflegemanagements. Deswegen sagen wir auch, es braucht ein Institut für die Personalbemessung in der Pflege, was zeitgleich eingerichtet werden muss und was nicht nur kurzfristig die Einführung als Personalbemessungsinstrument begleitet, sondern langfristig. Um es auf den Punkt zu bringen, der DPR hält das InEK nicht für die richtige Institution, um entsprechende Daten zu analysieren und Rückschlüsse daraus zu ziehen, weil eben dort pflegewissenschaftliche Expertise fehlt.



Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an die ESVe Kathrin Haas. Das KHPfLEG sieht weiter den steigenden Aufwand und Bürokratieaufwuchs für zum Teil minutengenaue Dokumentation im Pflegebereich im Krankenhaus vor. Auch die Digitalisierung soll weiter voranschreiten. Ist die erhöhte Dokumentationspflicht zielführend und welche Auswirkungen sehen Sie hierbei auf den zwischenmenschlichen Bereich und die persönliche Zuwendung zum Patienten im Pflegebereich?

ESVe **Kathrin Haas**: Wir haben jetzt schon das Problem, dass ein Großteil der Zeit der Pflege, circa 30 Prozent für die Dokumentation drauf geht. Es ist jetzt schon so, dass sich die Pflege gemäß aktueller Umfragen über den erhöhten Dokumentationsaufwand beschwert. Es gibt eine Umfrage einer gewerkschaftsnahen Stiftung zum Thema Pflegeunzufriedenheit. Da haben nahezu 70 Prozent der Pflegenden angegeben, dass ein erhöhter Dokumentationsaufwand ein Grund für die Unzufriedenheit der Pflege ist. Das heißt, man müsste dringend schauen, dass man Dokumentationsaufgaben von der Pflege zu nicht medizinischen Bereichen auslagert, damit die Pflege wieder das machen kann, was sie ursprünglich machen sollte, nämlich sich tatsächlich um die Patienten kümmern und nicht irgendwelche Papiere oder Akten zu wälzen.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine zweite Frage geht an die DKG. Das KHPfLEG wird dazu führen, dass Krankenhäuser künftig verpflichtet sind, ausreichend Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger zu beschäftigen, um eine gute Qualität der Versorgung sicherzustellen. Von 2025 an können Krankenhäuser sogar mit Sanktionen belegt werden, wenn sie die Vorgaben der PPR 2.0 nicht erfüllen und auf andere Weise für eine Entlastung der Pflegekräfte sorgen. Schon vor der Corona-Krise gab es zu wenige Krankenpfleger. Viele Pflegekräfte sind während der Corona-Pandemie wegen der Belastung aus dem Beruf ausgeschieden. Das hat den Pflegenotstand soweit verschärft, dass in vielen Bundesländern sogar darauf verzichtet wird, Pflegekräfte zu sanktionieren, die nicht gegen Corona geimpft sind, obwohl das für medizinisches Personal seit Mitte März 2022 gesetzlich vorgeschrieben ist. Wie sehen Sie die Situation? Wo sollen die Krankenhäuser die benötigten Pflegekräfte hernehmen?

Wird sich das Problem allein mit Qualifizierungsmaßnahmen und Anwerbung von ausländischen Fachkräften lösen lassen?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die DKG hat sich ja gemeinsam mit ver.di und dem DPR nach reiflicher Überlegung, das will ich ausdrücklich betonen, für ein Pflegepersonalbemessungsinstrument als pflichtgemäßen Einsatz in den Krankenhäusern eingesetzt. Wir haben dann gemeinsam PPR 2.0 entwickelt mit der Zielsetzung, über die Definition und objektive Bedarfsermittlung notwendiger Personalausstattung zum Leisten guter Pflege auch bessere Arbeitsbedingungen perspektivisch zu schaffen für diejenigen, die in den Krankenhäusern in der Pflege beschäftigt sind. Das ist aus unserer Sicht ein starkes Signal gegenüber denjenigen, die sich möglicherweise in der Vergangenheit, und das belegen einige Studien, aus der Pflege zurückgezogen haben, weil der Druck am Arbeitsplatz zu groß war, weil man zu stark rationalisiert hat, Pflegekräfte zum Teil auch abgebaut hat, das Verhältnis Patientenzahl zu Pflegekräften sich verschlechtert hat. Dem soll entgegengewirkt werden. Das heißt, wir schaffen mit PPR 2.0 ein deutliches Signal, wenn denn tatsächlich auch die Refinanzierung gesichert ist. Darüber haben wir eben kurz gesprochen. Wir geben damit den Pflegekräften politisch die Zusage, dass sich die Situation am Arbeitsplatz verbessern wird, dass sie Pflege wieder so leisten können, wie sie Pflege leisten wollten. Insofern stehen wir zu diesem Thema. Wir erwarten insofern, dass wir den zusätzlichen Bedarf, der sich ohne Zweifel ergeben wird, insbesondere aus den einheimischen Arbeitskräften werden decken können. Zum einen aus weiter steigenden Ausbildungszahlen, die in den letzten Jahren schon ein Stück weit gestiegen sind, vor allen Dingen aber dadurch, dass Menschen, die heute in Teilzeit arbeiten oder die sich gänzlich aus dem Arbeitsmarkt zurückgezogen haben, aber auch über Pflegeausbildung verfügen und noch im Arbeitsalter sind, dass sie sich wieder entscheiden, in die Pflege einzusteigen. Das ist ein Potenzial was zuletzt auch durch die Hans-Böckler-Stiftung belegt wurde. Insofern ergeben sich hier Perspektiven.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Simon. Ganz kurze Vorbemerkung: Unseres Erachtens sollte man



diesen Gesetzentwurf lieber dem Papierrecycling zuführen, verzeihen Sie die Deutlichkeit, und einen neuen Entwurf schreiben. Das wäre deutlich einfacher. Wie ist da Ihr Blick und welche Empfehlungen würden Sie für einen komplett neuen Entwurf mitgeben?

ESV Prof. Dr. Michael Simon: Ich kann diese Skepsis schon sehr weit nachvollziehen. Wenn Sie meine schriftliche Stellungnahme anschauen, die sehr ausführlich geworden ist für den Paragraphen 137 I SGB V, dann, denke ich, wäre es eine richtige Entscheidung, diesem Paragraphen einer gründlichen Überarbeitung zu unterziehen. Ich finde es aber wichtig, trotzdem festzuhalten, dass es sehr begrüßenswert ist, dass die Koalition sich entschlossen hat, die PPR 2.0 einzuführen. Kurzfristig, das wurde eben schon angesprochen, kann das so nicht mehr ganz klappen, aber man kann die Zeit noch verkürzen, indem man zum Beispiel auf die Erprobung verzichtet. Die hat es bereits gegeben. Ich möchte noch auf einen wichtigen Punkt hinweisen, der, wenn man diesen Paragraphen neu fasst, nach meiner Ansicht unbedingt aufgenommen werden sollte, und zwar enthält der Entwurf keine Verpflichtung des BMG, sondern nur eine Ermächtigung oder eine Kann-Regelung und da wäre es nicht nur sinnvoll, sondern auch notwendig, eine Verpflichtung aufzunehmen. Eine Verpflichtung des BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung. Verschiedene Äußerungen von Seiten des BMG hinterlassen bei mir doch den Eindruck, dass da eine sehr weitreichende Skepsis gegenüber der PPR 2.0 besteht. Ich sage mal so, wenn der Gesetzgeber dem BMG die Entscheidung nicht frei lässt, sondern vorgibt, dann kann das sicherlich auch intern hilfreich sein für den Erlass einer Verordnung. Ich möchte auch noch einmal unterstreichen, wenn man den Paragraphen neu fasst, dann sollte da auch unbedingt aufgenommen werden, dass diese Rechtsverordnung, die es geben soll, zur Umsetzung der PPR 2.0 dienen soll. Das kann ich nur unterstreichen. Die jetzige Fassung lässt es offen, überlässt es den Sachverständigen oder Auftragnehmern, die die Erprobung durchführen, was sie erproben, das muss nicht die PPR 2.0 sein und da das Einvernehmen mit dem BMG herzustellen. Das BMG hat insofern da auch nach der jetzigen Fassung freie Hand. Ich denke, da sollte das BMG entsprechend verpflichtet werden.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) mit der Bitte um eine kurze Antwort. Der Bundesrat empfiehlt in seiner Stellungnahme eine Ergänzung der Bundespflegesatzverordnung (BpFV), um die Personalkosten für Psychotherapeutenweiterbildung zu refinanzieren. Die Bundesregierung hat den Vorschlag bisher abgelehnt. Zugleich gibt es aber eine Regelung, die Psychotherapeutenausbildung in ihrer stationären Ausbildung in Höhe von 1 000 Euro vergütet. Ich wäre dankbar, wenn Sie kurz bewerten würden, wie Sie die Ablehnung sehen. Können Sie bitte auch etwas zur Höhe der derzeitigen Vergütung für die Psychotherapeutenausbildung sagen?

Die **stellvertretende Vorsitzende:** Es gibt gerade technische Probleme bei der BPtK. Wir machen erstmal mit der nächsten Frage weiter.

Abg. **Matthias Mieves** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Sie setzen sich dafür ein, dass wir eine E-Rezept-Funktionalität bzw. eine Schnittstelle in die von den Kassen ihren Versicherten angebotenen Anwendungen einbauen beziehungsweise andocken. Welche Vorteile versprechen Sie sich davon?

SV **Rainer Höfer** (GKV-Spitzenverband KdöR (GKV-SV)): Wir sehen die Apps der Kassen heute als die zentrale Zugangsmöglichkeit der Versicherten in die TI. Aus dem Grund sollten auch alle Funktionen, die in der TI für die Versicherten relevant sind, aus dieser App heraus genutzt werden können. Ich glaube, jeder von uns kennt die Problematik, wenn man zwischen drei oder vier Apps hin und her springen muss und hier was bestätigen muss, damit in der anderen App etwas funktioniert. Aus dem Grund sehen wir auch, dass die E-Rezept-Funktionalität in die App der Kassen hinein gehört, damit der Versicherte mit einer Plattform, mit einer App relativ einfach ... Wir wollen ja nicht eine IT-Schulung für die Versicherten durchführen, sondern die Versorgung verbessern. Von daher ein zentraler Platz, in dem wir das hinterlegen und von wo aus der Zugriff auf das E-Rezept und alle anderen Applikationen erfolgen kann. Hinzu kommt, dass auch die Kassen-Apps heute schon wesentlich weiter verbreitet sind als die App



der gematik. Das heißt, wir haben von vornherein eine viel bessere Plattform, einen besseren Boden auf den wir aufsetzen können.

SV Dr. Dietrich Munz (Bundespsychotherapeutenkammer n. e. V. (BPtK)): Wir begrüßen ausdrücklich den Regelungsvorschlag des Bundesrates, denn die Kliniken können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung erst dann einstellen, wenn Planstellen, die derzeit mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung, das ist altes Recht, oder mit Psychologen und Psychologinnen besetzt sind, sukzessive frei werden. Wenn zusätzliche Stellen benötigt werden, können die psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken diese Kosten in den Verhandlungen mit den Krankenkassen kaum oder nicht durchsetzen. Deshalb ist in der BPfV eine Änderung erforderlich, die klarstellt, dass Personalkosten für Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer tarifrechtlichen Vergütung refinanziert werden und vom Veränderungswert ausgenommen sind. Wir brauchen hier wegen des Pflegesatzrechtes bis Ende 2022 eine Ergänzung, damit die Absicherung der Personalkosten für den Vereinbarungszeitraum 2023 wirksam werden kann. Zu den Psychotherapeuten in Ausbildung noch die Anmerkung, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung derzeit einen erheblichen Teil der psychotherapeutischen Versorgung in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sicherstellen oder ergänzen. Sie kompensieren auch Versorgungslücken, die mit den Mindestvorgaben für die Personalausstattung immer noch nicht geschlossen wurden. Es handelt sich hier um hochqualifizierte Mitarbeiter.

Abg. Nezahat Baradari (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-SV und zwar in Bezug auf die Ausnahmeregelung für Immunglobuline. Im Änderungsantrag fünf soll geregelt werden, dass Immunglobuline menschlicher Herkunft vom erweiterten Preismoratorium nach Paragraph 130 a Abs.3 a Satz 4 SGB V im Fall von Neuzulassung ausgenommen werden. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

Sve Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband (GKV-SV)): Vielleicht vorangestellt, ausdrücklich befürworten wir die gesetzgeberische Entscheidung

im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, dass das Preismoratorium, was dringend benötigt wird, als bewährtes Instrument bis Ende 2026 fortgesetzt wird. Mit Blick auf den Änderungsantrag sehen wir darin den politischen Wunsch, dass man eine Lösung findet für gestiegene Herstellungskosten, gerade in dem Teilmarkt Immunglobuline. Hier geben wir allerdings zu bedenken, dass Herausnahmen aus dem Preismoratorium nur Ultima Ratio sein sollten, weil wir in die Situation kommen, dass sich eine völlig freie Preismöglichkeit anschließt und das auch über angemessene Kostensteigerungen hinaus. Gerade im Segment der Immunglobuline gibt es eine Vielzahl von Zulassungen auch neuer Produkte. Man hätte letztlich auch die Möglichkeit, das neue Befreiungsverfahren, also nach Paragraph 130 a Absatz 3 c SGB V zu wählen. Hier kann der pharmazeutische Hersteller auch beantragen, ausgenommen zu werden unter Begründung. Ein letzter Aspekt ergänzt: Es deutet sich auch an im Hinblick auf Altprodukte, dass es Verwerfungen gibt, Umsetzungsschwierigkeiten, wenn beispielsweise Vereinbarungen mit Krankenkassen abgeschlossen waren. Hier wird es differenzierte Regelungen noch brauchen, um letztlich diese Befreiung vom erweiterten Preismoratorium nicht zu breit zu setzen.

Abg. Diana Stöcker (CDU/CSU): Meine Frage geht an die DKG. Wie bewerten Sie die in den fachfremden Änderungsanträgen enthaltenen Regelungen zu den Krankenhaustagebehandlungen und zur sektorengleichen Vergütung?

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich muss vorausschicken, dass wir extrem irritiert sind von dem Umstand, dass uns diese Änderungsanträge erst wirklich sehr kurz vor dieser Anhörung erreicht haben. Es geht hier um weitreichende Veränderungen in der Finanzierungssystematik der Deutschen Krankenhäuser, um weitreichende Anreize, die durch diese Finanzierung gesetzt werden. Üblicherweise wird so etwas fachlich diskutiert, gibt es die Möglichkeit, verschiedene Argumente auszutauschen, insbesondere mit der Selbstverwaltung, aber vor allen Dingen auch mit den Bundesländern. Die Tagespauschalen, die schon bekannt waren, das darf man sagen, die Regierungskommission hat sie ja bekannt gemacht, dort hatte ich persönlich die Gelegenheit, in



einer halben Stunden vier Fragen zu beantworten. Das war der gesamte Austausch, den wir zu diesem Thema hatten. Wir beurteilen das grundsätzlich positiv im Sinne einer Flexibilisierung des Behandlungsprozesses, der in die Zuständigkeit und Verantwortung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Absprache mit dem Patienten gestellt wird. Was wir kritisch sehen, ist jetzt in der Umsetzung die Art und Weise, wie diese Tagesbehandlung doch mit zusätzlichen Dokumentationspflichten und daraus auch resultierenden Prüfpflichten und Prüfkriterien für den medizinischen Dienst formuliert sind. Es geht weit über das hinaus, was bisher an primärer und sekundärer Fehlbelegungsprüfung bei vollstationärer Versorgung angelegt wird. Das ist für uns unverständlich, denn es geht eigentlich nur darum, die Nacht einzusparen. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt ist, es soll bei dieser Tagesbehandlung ein gewisser Aufwand dann auch als finanzielle Reduktion der DRG zu Buche schlagen, die in etwa 140 Euro beträgt. Das ist deutlich zu hoch, vor allen Dingen in der Aufsummierung, wenn mehrere Nächte dann sozusagen außerhalb des Krankenhauses verbracht werden, dann wird diese Tagesbehandlung auch finanziell unattraktiv, zumal die Frage Transportkosten für die Patientinnen und Patienten auch ungeklärt ist. Wir hätten uns gewünscht, dass wir hier eine wirkliche Erprobungsphase bekommen, um zu schauen, wie entwickelt sich ein solches flexibles Instrument und dass die übliche Dokumentations- und Rechtfertigungspflichten nicht erweitert werden. Dass ist der eine Punkt und der zweite Punkt, den Sie gefragt haben, die sektorengleiche Vergütung, da will ich noch einmal deutlich zum Ausdruck bringen, das ist für uns völlig unverständlich, dass man 24 Stunden vor einer solchen Anhörung mit einem solchen Antrag konfrontiert wird. Die sektorengleiche Vergütung, die hier unter der Begrifflichkeit Hybrid-DRG eingeführt wird, hat nichts mit dem DRG-System zu tun, Es ist eine Gewinnmaximierung für ambulante OP-Zentren, wenn das tatsächlich so umgesetzt wird. Es wird eine Renditemaximierung geben, weil der Aufwand, der in Krankenhäusern, den DRG hinterlegt wird, dann erlösmäßig bei den ambulanten OP-Zentren ankommt. Wir können nur dringend davon abraten, diesen Weg jetzt zu gehen, sondern empfehlen dringend, den Antrag zurückzuziehen und Gelegenheit zu geben, mit den Ländern und mit den betroffenen Selbstverwaltungspartnern das eingehend zu diskutieren. Wir halten

das für ein Reformbestandteil der großen Finanzierungsreform, die Herr Minister Lauterbauch angekündigt hat. Dieses Vorgehen lehnen wir ganz deutlich ab.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Wie bewerten Sie die in den fachfremden Änderungsanträgen vorgesehene Regelung zur Erarbeitung einer Richtlinie für die Versorgung von Long COVID-Patientinnen und -Patienten? Ist die vorgesehene Frist bis zum 31. Dezember 2023 vor dem Hintergrund der Bedeutung des Problems in der Versorgung angemessen?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir begrüßen den jetzt vorgesehenen gesetzlichen Auftrag, der in diesem Änderungsantrag formuliert ist, denn wir teilen die Auffassung, dass es dringend geboten ist, bei Patientinnen und Patienten mit Long COVID zum einen eine strukturierte Eingangsdiagnostik und zum anderen strukturierte Versorgungspfade zu definieren. Hier ist die Versorgung heute noch durch Zufälle und Beliebigkeiten geprägt, die dem notwendigen Gesamtkonzept bei Weitem nicht Rechnung tragen. Wir sehen die Dringlichkeit. Gleichwohl halten wir die Fristsetzung für noch sehr anspruchsvoll, weil, und das müssen wir zur Kenntnis nehmen, es bis heute zum einen für Diagnostik nur Möglichkeiten der Ausschlussdiagnostik gibt und zum anderen weder wirksame und erprobte Behandlungsmöglichkeiten, noch Leitlinien, die über S1-Leitlinien hinausgehen, die das komplette Portfolio notwendiger Behandlungsmöglichkeiten abdecken. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir das und sehen auch die Frist als angemessen an. Möglicherweise wird man sogar wegen des Fehlens von Leitlinien, was die konkrete Behandlungsausgestaltung angeht, noch etwas länger als bis Ende 2023 in Detailfragen brauchen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die DKG. Ist es aus Ihrer Sicht fachgerecht, dass besondere Einrichtungen nach Paragraph 17 b Absatz 1 Satz 15 KHG nicht berücksichtigt sind in der auskömmlichen und bedarfsgerechten Finanzierung der Pädiatrie, wie sie nun in den Änderungsanträgen der Ampel vorgesehen ist? Können Sie



hier kurz die Konsequenzen erläutern, vielleicht auch mit Beispiel, dass man sich vorstellen kann, welche Klientel auch in diesen Einrichtungen behandelt wird? Was raten Sie dem Gesetzgeber und uns als Parlament?

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): In der Tat, und das haben wir auch in unserer Stellungnahme deutlich gemacht, ist es zwingend erforderlich, dass auch die besonderen Einrichtungen, die nur deshalb nicht im DRG-System integriert sind, weil sie Leistungen erbringen, die im DRG-System so regelhaft noch nicht kalkuliert sind, soweit sie die Kinderversorgung betreffen, entsprechend von der ergänzenden Finanzierung bedacht werden. Diese Tatsache, dass eine Einrichtung als besondere Einrichtung definiert ist, hat nichts damit zu tun, dass sie weniger qualitativ oder jenseits von üblicher Versorgung leistet. Im Gegenteil, sie leistet spezielle Versorgung. Dazu auch gerne ein Beispiel, was ich aus meiner eigenen Historie als Krankenhausgeschäftsführer erbringen kann. Wir hatten in unserer Klinik eine besondere Einrichtung im Bereich der Kinderneurologie, wo schwerstkranke kleine Kinder in dieser besonderen Einrichtung ganz normal vollstationär versorgt wurden, mit einem hohen Aufwand. Es war eine besondere Einrichtung, weil es für diese kinderneurologische Stationen bisher keine adäquaten DRG gab und gibt und deswegen sind sie dort verortet. Ich kann mir nur vorstellen, dass das ein redaktionelles Versehen ist des Gesetzgebers. Ich kann nicht erklären, was es da für einen inhaltlichen Grund geben sollte. Deswegen plädieren wir sehr dafür, dass die besonderen Einrichtungen entsprechend berücksichtigt werden.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde mit einer Frage an die DKG anschließen wollen. Die Digitalisierung in Krankenhäusern bietet ein großes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung. So ermöglichen beispielsweise telemedizinische Leistungen zwischen Krankenhäusern insbesondere auch für kleinere und weniger spezialisierte stationäre Einrichtungen die Möglichkeit einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich besteht jedoch keine ausreichende Regelung für die Vergütung von telemedizinischen Leistungen. Insbesondere telekonsiliarische Leistungen zwischen

Krankenhäusern werden, wenn überhaupt, nur defizitär erbracht. Bitte stellen Sie kurz dar, welches Finanzierungskonzept telemedizinischer Leistungen im stationären Bereich Ihres Erachtens möglich wäre.

SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ihre Feststellung teilen wir absolut. Die Zentren bieten die Möglichkeit, auch periphere Einrichtungen mit Know-how über telemedizinische Anbindung zu versorgen und können damit einen entscheidenden Beitrag zur Fachkräfteproblematik leisten. Sie können also über diese telemedizinische Versorgung gute Qualität und Versorgung für die Patienten in die Fläche tragen. Insofern müssen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit diese Zentren sich weiter entwickeln können und ausgebaut werden. Es gibt innerhalb des Innovationsfonds eine ganze Reihe derartiger telemedizinischer Verbünde, wenn ich das so nennen darf, bei denen der Erfolg und die Qualität dieser Versorgung auch erprobt und nachgewiesen wurde. Aus diesen Innovationsprojekten lassen sich aus unserer Sicht auch durchaus praktikable Möglichkeiten der Vergütung ableiten für diese Zentren. Insofern ist ein Gedanke, den wir an dieser Stelle haben, das tatsächlich in den Zentrumszuschlägen oder in der Zentrumsvergütung entsprechende Bestandteile dann auch hinterlegt werden können, wenn diese Zentren diese entsprechenden Aufgaben leisten, wovon wir üblicherweise ausgehen. Das müsste man dann aber eben noch näher definieren.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaft Notärzte Deutschland. Wir reden gerade auch stark über die Entlastung von Personal an verschiedenen Stellen in diesem Gesetz. Auch die Frage wie beispielsweise im Bereich der Bereitstellung von Blutprodukten aus Krankenhäusern durch bessere Regelungen an anderer Stelle Verbesserungen erreicht werden können. Welche gesetzliche Regelungslücke besteht aus Ihrer Sicht derzeit beim Einsatz von Blutprodukten im Bereich des Rettungsdienstes?



SV Dr. Florian Reifferscheid (Bundesvereinigung Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands e. V. (BAND)): Als Notärztinnen und Notärzte sind wir bei Unfällen und anderen lebensbedrohlichen Situationen immer wieder mit stark blutenden Patienten konfrontiert. In der Klinik ist das rettende Blut selbstverständlich zur Stabilisierung vorhanden, im Rettungsdienst oft dagegen nicht. Der Grund dafür ist der extrem hohe Aufwand, der damit verbunden ist und der unserer Ansicht nach durch eine minimale gesetzliche Regelungslücke besteht. Blutprodukte werden in der Regel von Blutspende-Diensten als pharmazeutische Unternehmen hergestellt. Dem Arzneimittelgesetz (AMG) folgend dürfen sie unter anderem an Krankenhäuser oder sogar einzelne Ärzte abgegeben werden nicht jedoch an Rettungsdienste, da diese im AMG nicht beschrieben sind. Die Belieferung von Rettungsdiensten erfolgt daher in der Regel über sogenannte externe Depots, bei denen die Konserven zwar dem Rettungsdienst zur Verfügung stehen, aber im Besitz und Verantwortung des jeweiligen Blutspende-Dienstes stehen, was mit einem erheblichen finanziellen und organisatorischen, aber auch personellen Aufwand verbunden ist und deshalb nur vereinzelt umgesetzt wird. Im Apothekengesetz stehen die Träger und durchführenden Rettungsdienste den Krankenhäusern im Gegensatz zum AMG gleich. Die klarstellende Übernahme dieser Gleichstellung in das AMG, eine minimale gesetzliche Anpassung, würde eine große Auswirkung erzielen, da sie Rettungsdiensten die Chance geben würden, mit angemessenem Aufwand frühzeitig und flächendeckend Blutprodukte zur Rettung Schwerverletzter einzusetzen.

Abg. Johannes Wagner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser in Deutschland. Die vom BMG vorgeschlagene Umsetzung eines neuen Paragraphen 4 a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im Rahmen der Budgetausgleiche muss natürlich hohe Ansprüche der Bedarfsnotwendigkeit und der Transparenz erfüllen, führen aber teilweise zu langen Budgetverhandlungen vor Ort. Können Sie noch einmal kurz Ihre Kritik an der bisherigen, vorgeschlagenen Finanzregulierung erläutern und konkrete Lösungsmöglichkeiten aus Ihrer Perspektive einbringen?

SV Jochen Scheel (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKiND)): Ich fasse mich kurz und beschränke mich auf diesen Punkt. Die Regelung im neuen Paragraphen 4 a KHEntgG sehen wir durchaus kritisch, weil die zusätzlichen, komplizierten Budgetausgleiche die Budgetverhandlungen auf der Ortsebene unnötig verkomplizieren. Der Liquiditätsfluss wird sich damit erheblich verzögern und die zusätzlichen Mittel werden, wenn überhaupt, nicht zeitnah in den Pädiatrien ankommen. Es gibt durch die Ausgleichsmechanismen sogar Fallkonstellationen in großen Kinderkliniken, in denen dort letztendlich von den dringend benötigten Mitteln kaum etwas ankommt. Wir schlagen stattdessen vor, ähnlich wie die Regierungskommission in ihrem Modell B, die Verteilung stattdessen anhand betreibbarer Betten vorzunehmen, weil wir dort eher den Vorhalteaspekt berücksichtigen würden.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine erste Frage geht an den GKV-SV. Was halten Sie von der Schaffung eines sektorengleichen Vergütungssystems, um eine Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachten Leistungen voranzubringen? Welche Klarstellungen sollten im Änderungsantrag noch erfolgen, um die sogenannte Hybrid-DRG zu einem Erfolg zu machen? Welche Kriterien müssten nach Ihrer Ansicht erfüllt sein, um durch sektorengleiche Pauschalen wenig komplizierte Fälle aus der stationären Versorgung herauszulösen?

Sve Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband (GKV-SV)): Die gesetzliche Krankenversicherung begrüßt ganz klar Initiativen zur Förderung der Ambulantisierung. Das ist vorangestellt. Ich würde zunächst darauf eingehen, warum dieser aktuell vorgelegte und auch sehr kurzfristig vorgelegte Vorschlag von uns kritisch betrachtet wird. Hier ist vorgesehen, dass Leistungen und Vergütungen durch eine Rechtsverordnung festgelegt werden sollen. Das ist natürlich ein ganz klarer Eingriff in unsere Selbstverwaltung. Das ist unser originäres Geschäft. Hier haben wir auch beispielsweise mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Förderung der Ambulantisierung gerade ein Paket auf den Weg gebracht, wo 60 Millionen Euro zusätzlich in die Versorgung fließen ab dem 1. Januar 2023, um gerade ambulante Operationsleis-



tungen zu befördern. Es wäre jetzt auch ordnungspolitisch schwierig und abwegig, wenn wir in dem Bereich ambulantes Operieren zwei unterschiedliche Vergütungssätze, Vergütungssysteme installieren würden. Also zum einen § 115 b SGB V mit der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und zum anderen Hybrid-DRG. Jetzt kommt aber das Aber. Das Aber ist, dass wir durchaus sehen, es gibt acht Millionen Krankenhausfälle mit einer Verweildauer von nur drei Tagen. Es gibt vier Millionen Krankenhausfälle, so genannte Eintagesfälle, mit nur einer Übernachtung. Wir sehen hier tatsächlich einen Bereich, der aktuell noch nicht abgedeckt ist, wo eine sektorengleiche Vergütung in Betracht kommt. Das sind Leistungen die aktuell noch nicht im AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe) beinhaltet sind, die auch nicht dort hinein passen, aber Leistungen, die an die besonderen Strukturen eines Krankenhauses beispielsweise gebunden sind, oder wo Patienten sich weitgehend selbstständig in der Häuslichkeit versorgen könnten und wo es letztlich kurzer Aufenthalte im Krankenhaus bedürfte. Als Frage zur Abgrenzung könnte beispielsweise sich eignen, drei Tage Verweildauer oder auch ausgewählte Intervall-Behandlungen, die also eine mehrtägige tagesklinische Behandlung bräuchten, zum Beispiel auch teilstationäre Behandlung von Kindern. Wichtig wäre, dass man diese Leistungen, diese ausgewählten Leistungen im Vorfeld definiert, auch abgrenzt zum ambulanten Operieren. Ausdrücklich erwähnen möchte ich auch, dass diese Leistungsgebiete natürlich auch für vertragsärztliche Versorgungsstrukturen, die die gleichen Kriterien erfüllen, sich eignen könnten.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine nächste Frage geht an den G-BA. Sie warnen in Ihrer Stellungnahme vor der Unbestimmtheit der Voraussetzungen für eine Tagesbehandlung. Sie prognostizieren vor allem auch Rechtsstreitigkeiten. Können Sie Ihre Bedenken noch einmal erläutern?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich kann anknüpfen an das, was Herr Dr. Gaß und Frau Stoff-Ahnis gesagt haben. Wir als G-BA sehen in der Einführung einer tagesstationären Behandlungsmöglichkeit für sämtliche somatischen, vollstationären Leistungen, ohne eine

exakte Abgrenzung und Definition dieser Leistungsbereiche, so wie es in der jetzigen Form vorgesehen ist, ein erhebliches Konfliktpotenzial. Die jetzt im Änderungsantrag als Voraussetzung für eine Tagesbehandlung definierten Kriterien sind so unbestimmt, dass hier im Einzelfall mit vielen Belegungsprüfungen und einer Vielzahl anderer Dinge zu rechnen ist, die nicht im Interesse der vernünftigen gestuften Patientenversorgungen liegen. Darauf haben sowohl Herr Gaß als auch Frau Stoff-Ahnis hingewiesen. Des Weiteren, das ist für uns eigentlich noch wichtiger, sehen wir die große Gefahr, dass die neue Behandlungsform die substantielle Erweiterung des AOP-Katalogs nach Paragraph 115 SGB V, die unabdingbar notwendig ist, auf Dauer erschwert. Hier sehe ich Gefahren in der Gesetzesbegründung, denn hier wird die Abgrenzung von tagesstationärer zu ambulanter Behandlung auch und vor allen auf die zeitliche Festlegung von mindestens sechs Stunden überwiegend ärztlicher oder pflegerischer Behandlung begrenzt und verwiesen. Dies schränkt die Möglichkeit ambulant erbringbarer Leistungen in der künftigen Versorgungspraxis erheblich ein, denn wir kennen heute schon eine Vielzahl von medizinischen Leistungen mit einer Behandlungsdauer von mehr als sechs Stunden die ambulant erbracht werden. Deshalb hier auch noch einmal ganz klar die Aussage: Der Antrag ist so weitgehend, dass man ihn eigentlich nicht binnen 24 Stunden angemessen, fachlich diskutieren und vor allen Dingen auch beurteilen kann.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an die ESVe Kathrin Haas. Schon seit vielen Jahren ist uns allen bekannt, ob nun im Gesundheitswesen, in der Pflege oder in vielen anderen Bereichen, dass zahlreiche Mitarbeiter der sogenannten Babyboomer Generation in den nächsten fünf bis zehn Jahren in den Ruhestand gehen werden. Schon jetzt ist der Personalbestand teilweise sehr kritisch. Wie sehen Sie das Gesundheitswesen, auch in Ihrem persönlichen, beruflichen Umfeld dafür vorbereitet und gerüstet?

ESVe **Kathrin Haas**: Wir haben es jetzt schon so, dass bei den Ärztinnen und Ärzten laut einer aktuellen Erhebung 37 Prozent der ärztlichen Kollegen über 60 Jahre sind. Weitere 40 Prozent sind über



50 Jahre. In den Krankenhäusern ist der Altersdurchschnitt der angestellten Ärztinnen und Ärzte bei 49 Jahren, das heißt, es ist abzusehen, dass in absehbarer Zeit circa insgesamt 60 Prozent in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren in Rente geht. Bei der Pflege ist es ähnlich. Hier sind derzeit je nach Bundesland zwischen 25 und 30 Prozent der Mitarbeitenden über 55 Jahre alt. Je nach Bundesland gehen 25 bis 30 Prozent in den nächsten zehn bis 15 Jahren in Rente. So viele Pflegekräfte und ärztliche Kollegen, wie in den nächsten zehn Jahren in Rente gehen, bilden wir derzeit nicht aus. Hier müssen aus meiner Sicht dringend sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich Anreize geschaffen werden, Nachwuchs zu akquirieren und auch zu halten. Dazu gehört eine vernünftige Wertschätzung, insbesondere der Pflege durch höhere Gehälter, insbesondere höhere Einstiegsgehälter für Azubis, für frisch ausgelernte Pflegekräfte, da Wertschätzung in erster Linie in Deutschland am Gehaltszettel ersichtlich ist. Auch die Corona-Hilfen, die vom Bund an die Krankenhäuser und von dort aus an die Pflegekräfte weitergezahlt werden, sind bei den Pflegekräften zum Großteil nicht angekommen. Da muss unbedingt nachgebessert werden, wenn in Deutschland weiterhin die Versorgungssicherheit gewährleistet werden soll.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe und an den Bundesverband Pflegemanagement zu gleichen Teilen. Das KHPfLEG sieht den Einsatz der PPR 2.0 vor zur Personalbemessung. Der Pflegebedarf auf den Stationen für Tag- und Nachtschicht soll danach minutengenau nach erforderlichen Qualifikationen abgebildet werden. Nun wird das wieder zu einem erhöhten bürokratischem Aufwand führen. Im Hintergrund muss man dabei betrachten, dass bei ausgedehntem Personal ein Grund für das Ausscheiden aus dem Beruf die wachsende Bürokratie gewesen ist. Befürchten Sie, dass die Pflegekräfte durch die dann notwendige, erhöhte Dokumentation zusätzlich belastet werden?

SV **Ingo Böing** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)): Tatsächlich muss ich Ihnen da widersprechen. Wir sehen es überhaupt gar nicht so, dass die Bürokratie durch die PPR 2.0 erhöht wird. Ganz im Gegenteil, wir

halten das für ein sehr, sehr unbürokratisches Instrument. Wir reden da von maximal einer Minute Erfassungszeit pro Patient und Tag und sind damit weit unter anderen Erfassungssystemen, die auch jetzt schon in der Praxis eingeführt sind und deswegen plädieren wir sehr für das unbürokratische Instrument PPR 2.0 zur Personalbedarfsermittlung.

SVe **Sabrina Robius** (Bundesverband Pflegemanagement e. V. (BV Pflegemanagement)): Als ehemalige Leitung einer Intensivstation kann ich Ihnen sagen, dass noch vor der Abneigung bürokratischem Aufwand gegenüber und Dokumentationszeitaufwand sich die Pflegenden sich sehr wünschen, Patienten hochwertig, qualitativ gut und zuverlässig versorgen zu können. Da bin ich 100 Prozent überzeugt, dass sie da gut mitgehen werden, mit diesem Instrument für eine verlässliche und vernünftige Personalbedarfsbemessung, auch mit einzugehen und die Umstellungsphase mit dem erhöhten Dokumentations-Aufwand nur in dem Veränderungsprozess mitgehen können, um danach gute Versorgung mit einem völlig überschaubaren Bürokratismus-Aufwand durchzuführen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Ich stelle die Frage an die ESVe Marion Korte. Sie sind Gründungsmitglied der Initiative Berliner Kinderkliniken. Assistenz- und Fachärztinnen, die alle in Berliner Kinderkliniken arbeiten, engagieren sich ehrenamtlich in dieser Initiative. Ich möchte Sie bitten, uns kurz darzulegen, weshalb Sie diese Initiative gegründet haben, welche Forderungen Sie für die Kinderkliniken haben und wie Sie vor diesem Hintergrund Ihrer Forderungen die vorliegenden Änderungsanträge zur Finanzierung der Pädiatrie bewerten?

ESVe **Marion Korte**: Wir sind ein Zusammenschluss von Assistenz- und Fachärztinnen aus allen Berliner Kinderkliniken. Wir haben uns letzten Winter zusammengeschlossen aufgrund der katastrophalen Situation in den Kinderkliniken. Es ist einfach klar geworden, dass die Versorgung von Kindern, nicht nur in Berlin, gefährdet ist. Wir begrüßen deswegen sehr, dass das Thema jetzt auch politisch angegangen wird. Allerdings sehen wir in diesem Vorschlag leider keine sinnvolle Lösung. Diese Einschätzung teilen wir unter anderem mit



der DGKJ, wie wir vorhin gehört haben. Wie der Gesundheitsminister selber immer wieder betont hat, ist das DRG-System nicht für die Besonderheiten in der Pädiatrie geeignet. Das geplante Gesetz ändert gar nichts an diesen grundlegenden Problemen. Es ist entgegen den Versprechen von Herrn Prof. Dr. Lauterbach plötzlich gar keine Rede mehr vom Herausnehmen der Pädiatrie aus den DRG-System, somit kommt dieses Geld nicht dort an, wo es am Dringendsten benötigt wird. Die Abteilungen, die 2019 am meisten Geld erwirtschaftet haben, erhalten jetzt auch am meisten Hilfe, was vor allem kleine spezielle Fachzentren betrifft. Die Grundversorgung von Kinderrettungsstellen und allgemein pädiatrischen Kliniken, die vorher schon schlecht bezahlt worden sind, bleibt es hiermit auch. Wir fordern deswegen eine Lösung, dass die Hilfe gezielt an der Stelle ankommt, wo sie am nötigsten gebraucht wird, und zwar mehr Personal in den Kinderrettungsstellen und in den allgemeinen Kinderkliniken und ein Arzt-Patientenschlüssel auf den Kinderstationen, wie es in der Pflege seit ein paar Jahren erfolgreich durchgeführt wird sowie eine wirklich neue, den Besonderheiten der Pädiatrie gerecht werdende Finanzierung. Denn von bedarfsgerecht, so sehen wir das, kann in diesem Gesetzesentwurf keine Rede sein.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV). Wie bewerten Sie die in den fachfremden Änderungsanträgen vorgesehenen Regelungen zur Versorgung mit Heilmitteln im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und flächendeckende Versorgung?

Sve **Andrea Rädlein** (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)): Wir sind mit den Änderungsanträgen vom Grundsatz her zufrieden. Wir haben allerdings in drei Punkten Konkretisierungswünsche. Zum einen geht es um die Evaluation des im Moment im Vertrag befindlichen Paragraph 125a SGB V, der Blankoversorgung. Hier ist eine Evaluation vom Gesetzgeber festgeschrieben. Allerdings ist die Finanzierung bisher offen. Wir wünschen uns, da die Verbände damit finanziell absolut überfordert sind, eine Verlegung der Kosten auf den GKV-SV, damit wir hier die neue Versorgung dann tatsächlich auch gut untersuchen können. Des Wei-

teren fehlt es an der Klarstellung, auf welcher Datenlage wir im Absatz 2, Nummer 6 die Wirtschaftlichkeitsprüfung vollziehen sollen. Überversorgung, Leistungsmengenerweiterungen müssen sich in irgendeiner Weise auf eine Datenlage beziehen können, die aber bisher nicht zu Verfügung steht. Es gibt bisher Maßnahmen zur Überprüfung, die sich an bisherigen Zahlen orientieren, an dieser Stelle die orientierenden Behandlungsmengen, aber eine tatsächliche Datenlage und Auswertung steht nicht zur Verfügung. Hier müsste der Gesetzgeber nachschärfen. Als Letztes begrüßen wir die Sonderverträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringereinrichtungen für behinderte Personen die es, Land auf und Land ab, gibt, die aber bisher auf Basis der bundesweiten Verträge keine gesetzlichen Grundlagen hatten. Allerdings muss man dazu sagen, dass bei den Sonderverträgen die Qualitätskriterien über personelle und räumliche Voraussetzungen Berücksichtigung finden müssen, ähnlich wie im Paragraph 125 SGB V. Es darf auf keinen Fall zu Dumpingpreisen zwischen den Kostenträgern und den Einrichtungen kommen, damit wir die therapeutischen Leistungen auch weiterhin sicherstellen können.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Verband der Universitätsklinika Deutschland. Wie bewerten Sie die im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelungen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen?

SV **Jens Bussmann** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Wir halten die Regelungen für ungeeignet. Die Intention, ein Verhandlungsergebnis schneller zu erreichen, wird sicherlich so nicht erreicht. Wenn man sieht in welchem Umfang gerade Uni-Kliniken Budget-Verhandlungen vorbereiten müssen, aufgrund des ganzen Spektrums, was dort auch vorgehalten wird, wird es kaum möglich sein, das sorgfältig vorzubereiten, zumal wichtige Unterlagen, die uns von Dritten vorgegeben werden müssen, noch gar nicht vorliegen. Wenn man dann noch sieht, dass im Gesetzesentwurf Sanktionen vorgesehen sind und eine Präklusionsklausel enthalten ist, glauben wir nicht, dass es dazu führt, dass es zu einer Beschleunigung kommt beziehungsweise dass eine vermeintliche Beschleunigung teuer erkauft werden müsste, weil wir eine sorgfältige und sachgerechte Aufbereitung



gar nicht leisten können und weil auch die ganze Idee von Budget-Verhandlungen, von Budget-Verhandlungen auf Augenhöhe mit den Vertragspartner vor Ort führen zu können, gar nicht möglich sein wird. Das wird am Ende dazu führen, dass wir immer mehr in die Schiedsstelle reingehen werden. Die Schiedsstellen werden überlastet sein und das wird das Gegenteil von Beschleunigung sein. Wenn man eine Beschleunigung von Budget-Verhandlungen erreichen möchte, dann bräuchte man, glaube ich, vorgestellt erst mal eine richtige, große, angedachte Finanzreform, wo wir beispielsweise Vorhaltefinanzierung bekommen, die auf Versorgungsstufen basieren.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an die KBV. Nachdem wir jetzt die Stellungnahmen der DKG und des G-BA gehört haben, ist meine Frage: Wie beurteilen Sie die in Änderungsantrag 15 vorgesehenen Pläne zur tagesstationären Behandlung und zur Schaffung einer speziellen sektorengleichen Vergütung?

SV **Dr. Thomas Kriedel** (Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)): Ich will ganz kurz darauf antworten. Wir hatten auch wenig Zeit, das zu durchdenken, es ist relativ kurzfristig gekommen. Der Punkt ist folgender: Wir sind der Auffassung, dass wir bereits jetzt sehr viele Regelungen haben, um die ambulante Versorgung auch für die Krankenhäuser zu öffnen. Ich denke an MVZ, ich denke auch an Institutsambulanzen und ähnliches. Das heißt, wir müssten in der Tat diese Vergütungsformen analysieren. Wir sind der Meinung, wenn es dazu kommt, dann muss es in der Tat eine sektorengleiche Vergütung sein. Wir sehen es nicht so, wie es vorhin angedeutet worden ist, dass es eine Gelddruckmaschine für entsprechende Organisationen ist. Wir glauben, wenn es dazu kommen soll, dass wir die erhöhte Anzahl, die zu hohe Anzahl an Operationen, die auch ambulant durchzuführen sind, aus den klinischen Einrichtungen rausholen wollen, wir dann diese Form brauchen. Aber geben Sie uns doch Gelegenheit, das im Detail zu analysieren. Der Grundansatz geht in die richtige Richtung, aber wir müssen uns das im Detail ansehen.

Abg. **Dr. Christof Pantazis** (SPD): Meine Frage geht an die DKG zur Finanzierung der Geburtshilfe. Die Länder können den auf sie entfallenden Betrag für die Finanzierung der Geburtshilfe durch einen eigenen Finanzierungsbeitrag erhöhen. Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, hierfür eine größere Verbindlichkeit für die Finanzierung durch die Länder zu schaffen? Wie könnte das gegebenenfalls erreicht werden?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Eigentlich müsste ich antworten: Ja, unbedingt sollten wir dafür sorgen, dass die Länder zusätzliches Geld auf den Tisch legen, um die Refinanzierung oder Finanzierung zu verbessern. Ich will aber an der Stelle wirklich noch einmal anregen, dass diese Finanzierungsfragen in einen größeren Zusammenhang gestellt werden müssen. Unsere große Sorge ist, wenn man die Länder jetzt an dieser Stelle zu zusätzlichen Mitteln verpflichten würde, was eher unüblich ist, zumindest in der heutigen Finanzierungssituation, weil es sich um Betriebsmittel handelt, dass das Argument, dass die Länder endlich mal ihre Investitionsfinanzierung auf richtige Füße stellen sollten, es die Länder nutzen werden, um zu sagen, wir machen hier schon mit und da schon mit. Deswegen ist unsere dringende Bitte: Ja, die Länder müssen stärker in die Pflicht genommen werden. Sie leisten im Moment bei Weitem nicht das, was sie gesetzlich leisten müssen im Bereich der Investitionen. Insofern sollte man das wirklich im Gesamtzusammenhang diskutieren. Wenn man dann beim Thema Vorhaltefinanzierung dazu kommt, dass im großen Maßstab vielleicht auch die Länder zu beteiligen sind, dann wäre das eine Möglichkeit und dann wäre das auch systemkonform. Das, was jetzt hier ansonsten gefordert würde, wäre eine Art Sonderfinanzierung durch die Länder. Meine Sorge dazu haben Sie gehört. Insofern ist meine Antwort vielleicht nicht passend zu meiner Interessensvertretung, aber sie ist hoffentlich etwas in die Zukunft blickend.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Meine Frage geht an die DGKJ. In den Stellungnahmen zum Gesetzentwurf wird vonseiten der Kinder- und Jugendmedizin vorgebracht, dass die Kinderintensivmedizin Bestandteil der PPR 2.0 sei und dass das ein sehr komplexer Zustand ist. Können Sie uns bitte diese



Forderung näher erläutern? Was muss da noch geschehen?

SV **Dr. Burkhard Rodeck** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)): Die PPR 2.0 für Kinder ist entwickelt worden inklusive der Kinderintensivstationen. Insoweit wäre die Herausnahme der Intensivstationen, wie sie jetzt zumindest im Gesetzentwurf steht, kontraproduktiv. Es müsste eine Anpassung stattfinden. Wir haben auch vorher schon gehört, dass andere Verbände und andere Interessensgruppen die Intensivstation in der PPR 2.0 nicht nur für Kinder, sondern auch insgesamt implementieren sollten und dahin würden wir auch argumentieren. Es macht keinen Sinn, das nur für die allgemeinen somatischen Betten auszuloben und nicht für die Intensivstationen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Wir sind am Ende dieser Anhörung angekommen, aber nicht am Ende der politischen Debatte zum KHPfIEG. Sie haben uns mit ihren Positionierungen sehr unterstützt. Dafür danken wir sehr, auch den Expertinnen und Experten, die jetzt hier nicht zu Wort gekommen sind, die aber eine schriftliche Einlassung gemacht haben, auch diese werden wir natürlich berücksichtigen. Vielen Dank. Kommen Sie gut nach Hause. Die Anhörung ist geschlossen.

Ende der Sitzung: 15:46 Uhr

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Stv. Vorsitzende