Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Kurzprotokoll
der 117. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit
Berlin, den 16. November 2020, 12:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und
WebEx-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum WebEx-Meeting werden an den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüddel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt **Seite 5**

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drucksache 19/23483

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss Digitale Agenda
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Berichterstatter/in:
Abg. Karin Maag [CDU/CSU]
Abg. Bettina Müller [SPD]
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]
Abg. Nicole Westig [FDP]
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]
Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

nicht lektorierte Fassung

b) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Uwe Witt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Testzentren und Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern

BT-Drucksache 19/23712

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Tourismus

Berichterstatter/in:
Abg. Karin Maag [CDU/CSU]
Abg. Bettina Müller [SPD]
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]
Abg. Nicole Westig [FDP]
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]
Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

c) Antrag der Abgeordneten Petr Bystron, Dietmar Friedhoff, Mariana Iris Harder-Kühnel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme aussetzen

BT-Drucksache 19/23715

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss Digitale Agenda

Berichterstatter/in:
Abg. Karin Maag [CDU/CSU]
Abg. Bettina Müller [SPD]
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]
Abg. Nicole Westig [FDP]
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]
Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

d) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen

BT-Drucksache 19/23699

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Wirtschaft und Energie
Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:
Abg. Karin Maag [CDU/CSU]
Abg. Bettina Müller [SPD]
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]
Abg. Nicole Westig [FDP]
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]
Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

e) Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe - Frauen und Kinder in den Mittelpunkt

BT-Drucksache 19/19165

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

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

Berichterstatter/in:
Abg. Karin Maag [CDU/CSU]
Abg. Bettina Müller [SPD]
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]
Abg. Nicole Westig [FDP]
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]
Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

nicht lektorierte Fassung

Mitglieder des Ausschusses

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

nicht lektorierte Fassung

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

nicht lektorierte Fassung

Beginn 12:51:13 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüddel** (CDU/CSU): Ich eröffne unsere 117. Sitzung des Gesundheitsausschusses und begrüße alle Damen und Herren, Zuschauerinnen und Zuschauer, die Sachverständigen, die Vertreter der Bundesregierung, und freue mich, dass wir das heute wieder in einer Mischung aus Präsenz- und Online-Meeting machen können. Vorab möchte ich die Sachverständigen bitten, sich mit Ihrem Namen in WebEx anzumelden, damit wir Ihre Teilnahme erkennen können. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Die im Saal anwesenden Abgeordneten stellen ihre Fragen über die Tischmikrofone. Meine Damen und Herren, wir beschäftigen uns in der heutigen öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)“ und den dazu vorliegenden Änderungsanträgen von CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie zwei Anträge der AfD zu den Themen „Testzentren und Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern“ und „Elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme“. Außerdem steht ein Antrag DER LINKEN. mit dem Titel „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“ und ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für einen „Kulturwandel in der Geburtshilfe - Frauen und Kinder in den Mittelpunkt“ auf der Tagesordnung. Die Koalitionsfraktionen wollen mit ihrem Gesetzentwurf insbesondere die finanzielle Stabilität der GKV verbessern, da auch für das kommende Jahr aufgrund der von der Pandemie ausgelösten Wirtschaftskrise konjunkturelle Mindereinnahmen zu erwarten sind. Konkret vorgesehen ist unter anderem ein ergänzender Bundeszuschuss für 2021 in Höhe von 5 Milliarden Euro für den Gesundheitsfonds sowie das Abschmelzen der finanziellen Reserven der Kassen. Außerdem soll unter anderem ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt werden. Die AfD fordert in ihren Anträgen, dass die Kosten für die Corona-Testungen vollständig aus dem Bundeshalt übernommen werden. Außerdem soll die elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme ausgesetzt werden. DIE LINKE. möchte mit ihrer Initiative erreichen, dass künftig auch für Pflichtversicherte der GKV Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigt werden. Die Bündnisgrünen fordern in ihrem Antrag die Einführung eines Personalbemessungsinstruments für die Hebammenversorgung in Kreißsälen, das von einer Eins-zu-eins-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme in wesentlichen Phasen der Geburt ausgeht. Soweit ein ganz kurzer Überblick. Ich freue mich auf die Argumente der Sachverständigen und die Fragen. Bevor wir anfangen, möchte ich den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten, die auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt werden. Dabei entfallen auf die CDU/CSU 32 Minuten, auf die SPD 19 Minuten, auf die AfD 11 Minuten, auf die FDP 10 Minuten. DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben jeweils 9 Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich kurz zu fassen, damit wir viele Fragen und Antworten bekommen. 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 uns auf unserem Videowürfel zu sehen. Des Weiteren möchte ich alle hier im Saal noch einmal darauf hinweisen, dass das Klingeln von Mobiltelefonen 5 Euro kostet. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung zeitversetzt im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Homepage des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle danke ich allen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Die erste Frage kommt von der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den vdek, die IKK und den AOK-Bundesverband. Sie äußern sich in Ihren Stellungnahmen durchaus kritisch zu den Maßnahmen, mit denen wir dem Defizit von über 16 Milliarden Euro in 2021 begegnen wollen. Kurz gesagt, auch ich hätte mich über die Bewilligung eines höheren Bundeszuschusses gefreut. Können Sie uns konkret darlegen, warum Sie die Vorschläge so kritisch sehen? Bitte gehen Sie auch auf das Zusammenspiel

nicht korrigierte Fassung

zwischen dem GKV-VEG und dem Morbi-RSA ein.

SVe **Ulrike Elssner** (Verband der Ersatzkassen (vdek)): Gestatten Sie mir einen Satz vorab. Die GKV hat in der Pandemie ihre Leistungsfähigkeit beeindruckend unter Beweis gestellt. Sei es in der schnellen Umsetzung der diversen Rettungsschirme oder sei es bei der Finanzierung von Beatmungsgeräten oder Schutzausrüstungen. Deswegen begrüßen wir es auch, dass die GKV-Finanzierung in den Fokus genommen wird. Bezogen auf die nun drei Elemente einer Finanzierungsarchitektur für 2021, also ein erhöhter Steuerzuschuss, ein Abbau von Rücklagen und die modifizierte Anhebung des Zusatzbeitragssatzes, hätten wir uns auch einen höheren Steuerzuschuss gewünscht. Ist solch ein höherer Steuerzuschuss politisch nicht durchsetzbar oder nicht möglich, halten wir als Kompensation und als Alternative eine Berücksichtigung des Rücklagenabbaus grundsätzlich für nachvollziehbar. Zwar greift diese Maßnahme in das Haushaltsrecht der Selbstverwaltung ein, und damit auch in eines der Kernelemente der Kompetenzen der sozialen Selbstverwaltung. Deshalb können Sie sich vorstellen, dass unsere Selbstverwaltung nicht erfreut ist, diesen entsprechenden Eingriff jetzt akzeptieren zu müssen. Es wird aber von Seiten der Ersatzkassen durchaus anerkannt, dass es sich jetzt bei dem Abbau der Rücklagen auch um eine Korrektur von Unwuchten aus dem alten RSA handelt. Insoweit ist das dann auch für uns nachvollziehbar. Wo wir Änderungsbedarf sehen, ist das Beitragsanhebungsverbot, also die Absenkung der Grenze von 1 auf 0,8 Monatsausgaben. Wir sehen da große Probleme, weil es dann auch ein Zusammenspiel mit dem jetzt schon stattfindenden Rücklagenabbau gibt und dann doch einige Kassen sehr in Schwierigkeiten kommen könnten. Deswegen möchten wir anregen, entweder den Rücklagenabbau jetzt auch dann bei der Beitragsfestsetzung schon berücksichtigen zu dürfen, oder als Alternative die Absenkung der Anhebungsmöglichkeit einfach um ein Jahr auf das Jahr 2022 zu verschieben.

SV **Jürgen Hohnl** (IKK Bundesverband (IKK)): Ich kann mich dem Grunde nach anschließen, was Frau Elssner gesagt hat. Ich würde aber noch gerne auf zwei Sachen verweisen darüber hinaus. Die Ablehnung des Eingriffs in die Finanzautonomie kommt nicht überraschend. Es ist ein Selbstverwalterrecht, das an der ersten Stelle steht. Trotzdem sind auch wir der Auffassung, dass ein Eingriff in das Vermögen unter Umständen notwendig sein wird, nämlich dann, wenn der Bundeszuschuss nur in der besagten Höhe erfolgen wird. Frau Elssner hat schon ausgeführt über die Handelsfähigkeit, die die GKV in der Corona-Pandemie bewiesen hat. Das wollen wir auch für das nächste Jahr machen. Wir sehen, dass wir durch die Bundeszuschusshöhe von 5 Milliarden Euro da in Bedrängnis geraten, weil die Systematik, wie jetzt der Eingriff in die Vermögen gerechnet wird, einen Konstruktionsfehler hat. Er geht zum Stand 30.Juni 2020. Danach haben wir aber schon eine deutlich verschärfte Situation der Finanzen der GKV. Das macht mindestens 1,7 Milliarden Euro aus. Außerdem berücksichtigt dieses Vorgehen im Moment nicht den Vermögensabbau, den wir schon nach dem GKV-VEG durchführen müssen. Das heißt, wir kommen von unserer Warte aus für die GKV auf ein Defizit von mindestens noch 4 Milliarden Euro, das allein in diesem Jahr auftauchen wird. Deshalb ist unsere Forderung auch den Bundeszuschuss um 4 Milliarden Euro zu erweitern. Wenn das nicht kommt, ist ein Rückgriff auf die Finanzen natürlich notwendig. Unserer Ansicht nach greift der aber zu stark ein. Der Änderungsantrag, der die Sonderregelung was die Beitragssatzanhebung betrifft, verändern möchte, zeigt, dass da ein Konstruktionsfehler ist. Der Eingriff in die Finanzen ist zu hoch. Deshalb ist unser Vorschlag, dass man, statt des jetzigen Verfahrens, die Vermögen, die über 0,8 Monatsausgaben sind, komplett einzieht, also sozialisiert. Das wird etwa 4 Milliarden Euro ausmachen, sodass man das Defizit, was im Moment kalkuliert wird, damit abdecken könnte. Das hätte den Vorteil, dass man die Unwuchten aus dem RSA, die Frau Elssner eben auch schon erwähnt hat, damit begradigen könnte beziehungsweise beseitigen würde und wir hätten alle, wenn FKG wirkt, dann gleiche Wettbewerbschancen. Wir würden früher zu einem Qualitätswettbewerb kommen. Im Moment haben wir immer noch den verzerrten Preiswettbewerb.

SV **Jens Martin Hoyer** (AOK Bundesverband (AOK)): SV Jens Martin Hoyer (AOK Bundesverband (AOK)): Wir haben in Bezug auf die Sozialgarantie einen anderen Blickwinkel. Es wurde den Beitragszahlern eine Garantie worden, die dann aber nur mit zwei Dritteln durch die Beitragszahler

nicht korrigiertes Exemplar

selbst aufzubringen ist. Die AOK-Gemeinschaft trägt hier mit 4,2 Milliarden Euro den Löwenanteil. Den Vorschlag der IKK, hier jetzt von 0,8 jegliche Rücklagen zu solidarisieren, würde dazu führen, dass man bei einer Größenordnung von 4 Milliarden Euro über dreiviertel alleine über die AOK abfedern würde. Das können wir naturgemäß so nicht gutheißen. Die Interdependenzen zwischen GPVG und VEG, die wurden von der Kollegin und dem Kollegen ja bereits geschildert. Es führt dazu, dass eine Musterkasse, die zu Beginn des Jahres 2020 mit Rücklagen von 1,4 Monatsausgabe und nicht ausgabendeckenden Zusatzbeitrag gemäß VEG mit 0,9 Prozent hier einsteigen würde, Ende des Jahres 2021 bereits bei Rücklagen von 0,5 Monatsausgaben liegen würde. Sie wissen, dass wir hier dann noch die Anhebung durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitrages um 0,2 BSP im Jahre 2021 abfangen müssen. Das führt dazu, dass diese Musterkasse Ende 2021 Rücklagen unter 0,4 Monatsausgaben ausweist. Es ist ja bereits angesprochen worden, das Thema RSA. In Bezug auf die Folgen von Unwuchten haben wir ja bekanntermaßen einen anderen Blick. Es ist bekannt, dass die AOK-Gemeinschaft durch das GKV-FKG nach vorne raus mit über 900 Millionen Euro p.a. ab 2021 belastet wird und hier Handlungsbedarf besteht. Sie sehen also, dass die Musterkasse dann auch sehr schnell bereits Ende in 2021 unter die Schwelle der Mindestrücklagen von 0,2 Monatsausgaben rutscht. Wenn das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot in der Ausgestaltung so bleibt, wie es ist, sind hier ja dann auch Anhebungen des Beitragssatzes bei einem Schwellenwert von 0,8 erst Anfang 2022 für diese Kasse möglich. Bein einem Schwellenwert von einer Monatsausgabe ist eine Anhebung frühestens mit Wirkung des 4. Quartals 2021 möglich. Das heißt dann auch naturgemäß, dass diese Anhebungen deutlich höher ausfallen müsste und zu eklatanten Unwuchten führt. Es gibt Konflikte mit der Haushaltsführung, weil man da auf der einen Seite, auf Grund dieser gesetzlichen Vorgaben, auf der Zusatzbeitragssatzseite zu Beginn des Jahres dann den Beitragssatz nicht anheben, auf der anderen Seite werden aber Haushalte vorgelegt, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Mindestrücklage unterschreiten und als solche nicht genehmigungsfähig sind. Des Weiteren muss man auch darauf hinweisen, dass noch ein anderer Eingriff in den Wettbewerb vorliegt. Kassen, die mit höheren Rücklagen in diese Regelungen einsteigen, haben, auf Grund der geschilderten Mechanik, ebenfalls am Ende des Jahres 2021 nur ein geringeres Vermögen bis unterhalb der Mindestrücklagengrenze. Andere Kassen die zu Beginn dieses Prozesses, mit geringerem Rücklagen von beispielsweise 0,8 Monatsausgaben oder leicht darunter einsteigen, haben die Möglichkeit den Zusatzbeitrag so anzupassen, dass sie am Ende des Jahres 2021 mit 0,8 Monatsausgaben Rücklagen aus dem Rennen gehen und somit für den Zusatzbeitragssatz im Jahre 2022 deutlich besser gerüstet sind. Fazit: Wir würden uns einen deutlich höheren Bundeszuschuss wünschen, wenn er schon nicht die ganze Finanzierungslücke des Jahres 2021 ausfinanzieren kann. Auf jeden Fall ist aus unserer Sicht das Anhebungsverbot von Zusatzbeiträgen grundsätzlich zu streichen als unzulässiger Eingriff auch in die Haushaltsautonomie. Wenn das Anhebungsverbot nicht gestrichen wird, dann sind die für das Zusatzbeitragsanhebungsverbot relevanten Finanzreserven nach § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V um den vollständigen GPVG-Finanzierungsanteil nach § 272 Absatz 1 zu kürzen und der Schwellenwert bei 1,0 Monatsausgaben zu belassen. Es ist wichtig, dass den Schwellenwert alleine bei 1,0 Monatsausgaben zu belassen, das Problem nicht löst.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich würde meine Frage gerne an den BKK-Dachverband richten, und zwar würde mich auch interessieren, wie Sie die vorgesehenen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung für das Jahr 2021 bewerten? Vor allem interessiert mich, wie Sie die Situation für die kleinen Krankenkassen bewerten? Gibt es da einen zusätzlichen Handlungsbedarf?

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband (BKK)): Erst einmal grundsätzlich: Zur ordnungspolitischen Betrachtung und zur Mechanik schließe ich mich inhaltlich voll den Ausführungen von Frau Elssner und Herrn Hohnl an. Das muss nicht verwundern, wir haben ja auch bei den bisherigen Gesetzen sehr eng zusammen gearbeitet. Das gilt also auch für die Betrachtung des Risikostrukturausgleichs. Wir warnen dringend davor, das vereinbarte Paket im FKG, das aus unserer Sicht ein ausgewogenes Belastungspaket für alle Krankenkasse ist, wieder aufzumachen. Jetzt zur spezifischen Frage, zu kleineren Kassen. Die Mehrheit der Betriebskrankenkassen, gleich ob geöffnet oder geschlossen, hat weniger als

Lektorierte Fassung

fünfzigtausend Mitglieder. Ich nehme exemplarisch die BKK-Diakonie mit Sitz in Bethel mit rund fünfunddreißigtausend Mitgliedern. Die BKK-Diakonie verfolgt schon heute eine Linie, ihr Vermögen abzuschmelzen auf das heute zulässige Mindestmaß. Das ist eine nicht ungefährliche Finanzstrategie, denn das 0,2-fache einer Monatsausgabe wären bei dieser Kasse 1,8 Millionen Euro, das 0,8-fache 7,3 Millionen Euro. Die BKK-Diakonie hat mindestens einen Nachteil, wo sie vorher bereits eine Spinraza-Behandlung bezahlen musste Allein die Arzneimittelkosten in diesem Einzelfall liegen addiert bei rund 3,7 Millionen Euro, für einen Fall. Spätestens Ende 2021 soll der Risikopool kommen. Bis dahin muss die Kasse das weitgehend allein finanzieren beziehungsweise muss ihren Beitragssatz, ihren Zusatzbeitragssatz, erhöhen. Käme ein weiterer Fall eines besonders teuren Hilfsmittels oder eines solchen Arzneimittels hinzu, kommt die Kasse in akute Insolvenzgefahr. Kollege Hoyer hat schon gesagt, die Vorgaben aus den einzelnen Gesetzen sind widersprüchlich. Deshalb plädieren wir dafür, möglichst einheitlich an den Kriterien von VEG und FKG festzuhalten. Diese Gesetze sahen eine Ausnahme für Krankenkassen bis fünfzigtausend Mitglieder vor. Ich finde es, bitte verzeihen Sie mir den Ausdruck, leicht perfide, dass im Änderungsantrag jetzt eine Ausnahme für kleine Kassen gemacht werden soll, aber erst nachdem man ihre Rücklagen abgeführt hat, und dann auch erst mit Wirkung auf 2021 beziehungsweise Ende 2021. Das erscheint mir doch äußerst merkwürdig. Entweder bestehen dort besondere Situationen, dann muss man sie von vornherein ausnehmen. Oder es gibt keine Besonderheiten, dann verstehe ich diesen Änderungsantrag nicht.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage gerne richten an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Smetak. Wie sehen Sie die vorgesehenen Änderungen zur flexibleren Möglichkeit bei den Selektivverträgen nach § 140a SGB V? Wir wären für eine Einschätzung und Bewertung dankbar.

ESV **Dr. Norbert Smetak**: Selektivverträge in Baden-Württemberg sind ein Garant für eine hohe Patientenzufriedenheit und eine bessere Versorgung. Diese bessere Versorgung erreichen wir durch eine bessere Steuerung, einerseits. Wir haben eine gute Verknüpfung zwischen Haus- und Fachärzten, strukturierte Behandlungspfade. Wir konnten mit diesen Verträgen nachweisen, dass wir eine bessere Mortalität erreichen, das heißt, es sterben weniger Patienten, die an schweren Erkrankungen, wie Herzinsuffizienz oder koronale Herzerkrankungen erkrankt sind. Wir konnten damit ungefähr zwanzig Prozent Senkung nachweisen gegenüber der normalen Versorgung, und wir konnten auch weniger Krankenhausaufenthalte nachweise, was sowohl den Kosten als auch natürlich dem Wohl des Patienten zugutekommt. Diese Verträge sind Vollversorgungsverträge. Jetzt hat der Gesetzgeber eine Verbesserung vorgesehen. Zumindest ist eine regionale Komponente vorgesehen, Selektivverträge nach § 140a SGB V vorzunehmen. Das kann man uneingeschränkt natürlich befürworten. Es sind ja auch noch andere positive Aspekte zu erwarten, wie mehr entsprechende Vertragspartner, die gestattet werden. Auch können schon im Innovationsfonds vorhandene Projekte dann überführt werden. Die Wirtschaftlichkeit muss nicht mehr zwangsweise nach vier Jahren geprüft werden. Das ist der richtige Schritt in die richtige Richtung. Allerdings sind hier wohl doch eher kleinere Verträge dann anhängig, die eben nicht wie die Vollversorgungsverträge, die wir haben, eine entsprechende Nachhaltigkeit und auch Vielfalt entwickeln und diese Prozesse, die diese Vorteile bringen, vollumfänglich erreichen können. Weiterhin besteht noch das Problem, dass die Finanzierung von Verträgen jetzt auch in Gefahr gerät durch die aktuellen finanziellen Einschränkungen, die den Kassen zur Verfügung stehen. Also so wurde uns von Baden-Württemberg gespiegelt, dass der regionale Morbi-RSA und auch die Rücklageneinschränkungen die finanziellen Mittel für Selektivverträge eventuell einschränken könnten. So würde man doch eine Finanzierungssituation für solche Selektivverträge, sei es eine Art DNT oder ein Formmodell, diskutieren sollen, um hier Selektivverträge, die ihre Qualität bewiesen haben, am Leben zu erhalten.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KZBV. Es ist vorgesehen, die Regelungen aus der COVD-19-Versorgungsstrukturenschutzverordnung zur Liquiditätshilfe für Vertragszahnärzte in eine gesetzliche Grundlage zu überführen. Warum sehen Sie das in Ihrer Stellungnahme kritisch?

nicht lektorierte Fassung

SV **Martin Hendger** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Die Zahlen unserer Evaluation hinsichtlich des zahnärztlichen Leistungsgeschehens in diesem Jahr sprechen eine eindeutige Sprache. Die Corona-Pandemie hat die Zahnarztpraxen mit voller Wucht getroffen. Schaut man sich die Monate April und Mai an, kam es zu extremen Einbrüchen im Leistungsgeschehen. Je nach Region sogar über 40 Prozent Rückgang im Vergleich zum Vorjahrszeitraum. Bezogen auf das erste Halbjahr 2020 waren circa 85 Prozent aller Zahnarztpraxen von Leistungseinbrüchen betroffen. Hier liegt der Schnitt bei 23 Prozent Rückgang der Leistungsmenge. Die im Juni erkennbaren ersten Normalisierungstendenzen haben sich mittlerweile aufgrund des dynamischen Anstiegs der Infektionszahlen und des aktuellen Teil-Lockdown wieder ins Gegenteil verkehrt, sodass es erneut erhebliche Rückgänge im Leistungsgeschehens gibt. Fußend auf diesen Erkenntnissen sehen wir deshalb dringenden Änderungsbedarf bei den Sonderregelungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Die reine Überführung der Covid-19-Versorgungsstrukturenschutzverordnung in das SGB V reicht nicht aus. Sie hat lediglich zur Folge, dass die Rückzahlungsverpflichtung der Liquiditätshilfe in 2021 und 2022 gesetzlich verankert wird. Damit verlagert beziehungsweise potenziert sich das Problem für die Praxen, die in 2020 eine Liquiditätshilfe in Anspruch genommen haben, in das Jahr 2021 und das mitten in der noch andauernden Pandemiesituation. Wir haben große Sorgen, dass gerade die jungen Praxen aufgrund des hohen Investitionsvolumens und des noch in der Aufbauphase befindlichen Patientenstamms diesen Belastungen nicht standhalten können. Ein weiterer Effekt wird sein, dass ältere Praxisinhaber ihre Tätigkeit früher als geplant aufgeben werden. Insofern besteht die Gefahr, dass uns Versorgungsstrukturen wegbrechen und damit die Sicherstellung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung gerade auch im ländlichen und strukturschwachen Bereichen gefährdet wird. Deshalb bitten wir Sie, für die Praxen und die Praxisteams jetzt mit dem GPVG Rahmenbedingungen in der Form zu schaffen, dass die Liquidität der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auch für das Jahr 2021 gesichert ist, darüber hinaus unter angemessener Mitwirkung der Krankenkassen eine Härtefallregelung in Form von Ausgleichszahlungen an Praxen ermöglicht wird, die besonders hart betroffen sind, bei der Fortschreibung der Gesamtvergütungen auf der Länderebene die Verzerrungen der Pandemie keine Berücksichtigung finden dürfen. Ein Pandemiezuschlag im Bewertungsmaßstab verankert wird, der die deutlich erhöhten Aufwände sowohl hinsichtlich der Rüstzeiten, des erhöhten Informationsbedarfes sowie die exorbitant gestiegenen Preise für PSA abdeckt. Auch hier, anders als im ärztlich ambulanten Bereich, gibt es keine Belieferung der Praxen mit Schutzausrüstung. Lediglich die Belieferung der von uns eigenständig etablierten 170 Schwerpunktpraxen mit PSA ist kostenmäßig mit dem GKV-SV vertraglich geregelt.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Es sind Erleichterungen zum Abschluss von Selektivverträgen nach § 140a SGB V vorgesehen. Bei Hilfsmittelerbringern gibt es die Ängste, dass damit Kollektivverträge ausgehebelt werden? Können Sie diese Ängste nehmen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Zunächst befürworten wir die Möglichkeit hier Selektivverträge auch in deutlichem Umfang abschließen zu können. Ich gehe nicht davon aus, dass deswegen Kollektivverträge ausgehebelt werden. Wir haben nach wie vor, in eigentlich fast allen Bereichen, eine deutliche Dominanz der Kollektivverträge. Wir sind aber als Kassenvertreter natürlich auch der Auffassung, dass die Möglichkeit zu Selektivverträgen gestärkt werden soll, weil wir uns davon eine Verbesserung der Versorgung und möglicherweise, hoffentlich auch mehr Wirtschaftlichkeit erwarten.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband. Ich möchte Sie zu Ihrer Einschätzung nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 26. Mai fragen. Sehen Sie nach dem Urteilsspruch zum Genehmigungsvorbehalt bei Fristversäumnis die Notwendigkeit einer Klarstellung in § 13 Absatz 3a SBG V, wenn ja, welchen?

nicht korrigierte Fassung

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (Caritas)): Mit dem BSG-Urteil wurde erstmals hier zu § 13 Absatz 3a die Position der Versicherten dahingehend schlechter gestellt, dass hier zwar gewahrt wurde, dass die Kostenerstattung nach wie vor von der Genehmigungsfiktion umfass ist, nicht aber der Naturalleistungs- oder Sachleistungsanspruch. Mit vorliegendem Urteil ging es um die Medikamentenverordnung bei einem Präparat, was gegebenenfalls auch off label use zu verordnen gewesen wäre. Da das Gesetz nach meiner Einschätzung an der Stelle auch nicht ganz eindeutig ist, sonst hätte das Bundessozialgericht das Urteil auch nicht getroffen, sollte meines Erachtens § 13 Absatz 3a auch dahingehend präzisiert werden, dass ohne jeglichen Zweifel von der Genehmigungsfiktion und damit auch von dem Fristverlauf, den die Kassen hier einzuhalten haben, die Sachleistungsansprüche umfasst sind. Ansonsten würde die Regelung dahingehend ins Leere laufen, dass gerade Menschen mit … sich die Beschaffungen auch nicht leisten können, hier Sachleistungsansprüche auch ins Leere gehen. Abgesehen davon würden sich die Verfahren der Kassen bei Sachleistungsansprüchen hinziehen. Insoweit sehe ich durchaus notwendigen Korrekturbedarf an § 3a.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Pfeiffer. Wie bewerten Sie die Einführung des Hebammenstellenförderprogramms?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir sehen es positiv, dass die Hebammen stärker unterstützt werden sollen. Wir haben auch entsprechende Quoten in der Vergangenheit für sinnvoll erachtet und unterstützt. Wir halten es auch für sehr positiv, dass hier zielgerichtet Geburtskliniken gefördert werden, die mindestens 500 Geburten pro Jahr durchführen. Mit der Festlegung einer Mindestanzahl an Geburten wird sowohl die Erfahrung der beschäftigten Hebammen und die qualitativ hochwertige Betreuung während der Geburt weiter gefördert und damit auch eine Konzentration von Geburtskliniken gefördert. Um das noch besser zu fokussieren, sehen wir eine weitere Verbesserung darin, wenn die Förderfähigkeit auf eine Vollzeitstelle bei mindestens 800 Geburten festgelegt wird, da mit 800 Geburten eine Fachabteilung für Geburtshilfe, die eine leitliniengerechte Facharztpräsenz ermöglicht, besser realisiert werden kann. Wir halten es aber auch für notwendig, dass das konzentriert wird auf das entsprechend qualifizierte Fachpersonal. Die hier im Gesetzentwurf vorgesehene Förderung von weiterem unterstützendem Fachpersonal lehnen wir ab, weil wir befürchten, dass die Konzentration auf das qualifizierte Fachpersonal damit aufgeweicht wird. Solche zusätzlichen Finanzierungswege, die bei zeitlich begrenzten Personalförderprogrammen angewandt werden, dienen einem kurzfristigen Personalaufbau. Um das Ganze nachhaltig zu gestalten, sehen wir es als notwendig an, dass ein gesetzlicher Betreuungsschlüssel eingeführt wird, der sicherstellt, dass mindestens eine Hebamme auf zwei Gebärende während der entscheidenden Phasen der Geburt kommt. Deswegen halten wir eine Klarstellung im Gesetzestext für notwendig, dass diese Quote erreicht wird und nicht mit dem Personalförderprogramm ausläuft.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Was halten Sie von unserem Vorhaben, in der stationären Altenpflege 20 000 Assistenzkraftstellen zu fördern?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)): Wir finden das im Grundsatz sehr gut. Es kommt zu einer spürbaren Verbesserung vor Ort. Die muss tatsächlich spürbar werden, weil erlebt wird, habe ich am Wochenende verlässlich frei oder nicht, werde ich aus dem Frei gerufen, werde ich nicht aus dem Frei gerufen? Wir sind allerdings skeptisch, eine Engführung über das Qualitätsniveau III zu machen, wenn auch schon das Modellprogramm einen erheblichen Bedarf in allen Qualitätsniveaus sieht. Da fürchten wir, dass es ähnlich gehen könnte, wie bei dem Fachkraftstellenprogramm, dass es zum Schluss einen Riesenunterschied gibt, zwischen dem, was finanziert ist und zwischen dem, was besetzt werden kann. Ansonsten finden wird dieses Vorgehen genau richtig.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Spitzenverband der Heilmittelverbände. Wir wollen das Inkrafttreten der bundesweiten Heilmittelverträge vom 1. Oktober 2020 auf

nicht lektorierte Fassung

den 1. Januar 2021 verschieben und wir sehen in einem Änderungsantrag eine Verlängerung der Hygienepauschale aufgrund der COVID-Pandemie vor. Wie beurteilen Sie das insgesamt?

SV **Heinz Christian Esser** (Spitzenverband der Heilmittelverbände): Die beiden Verlängerungsregelungen tragen wir mit. Das ergibt sich aus der Sache und das ist sicherlich vertretbar. Wir haben allerdings ein Problem mit dem Änderungsantrag Nummer 12 zum Thema Hygienepauschale. Wir sehen die gute Absichto, die dahintersteckt. Die erkennen wir auch uneingeschränkt an, aber das Thema der Vergütung der Hygienemaßnahmen ist Gegenstand der Schiedsverfahren, die zurzeit für alle Heilmittelbereiche laufen. Da kann man die Hygienepauschale nicht so einfach mit einer Pauschale für alle Bereiche in gleicher Höhe regeln. Ich nenne Ihnen ein Beispiel. Bei logopädischen Behandlungen und Verordnungen haben Sie ohne weiteres zehn bis zwanzig Anwendungen auf einer Verordnung. Wenn Sie zwanzig Anwendungen haben, wäre die Hygienepauschale 7,5 Cent pro Anwendung, wenn es bei 1,50 Euro bliebe. Das ist nicht vertretbar. Ähnlich ist es im logopädischen Bereich, aber auch im physio- und ergotherapeutischem Bereich, wo durchschnittlich knapp acht Anwendungen auf eine Verordnung entfallen. Dort wäre 1,50 Euro bei Weitem nicht kostendeckend. Überlassen Sie deshalb bitte eine gerechte Entschädigung für den Mehraufwand den Schiedsverfahren. Wir werden dazu bis zum Jahresende eine Regelung haben. Damit ist allen am besten gedient. Dennoch vielen Dank für die Initiative.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Können Sie uns erläutern, wie sich der anvisierte Finanzbedarf für 2021, also die 6,6 Milliarden Euro genau zusammensetzen und dann auf einen Teil Ihrer Stellungnahme eingehen, in dem Sie die Bereinigungsregelungen der Gesamtvergütung im Rahmen der TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz)-Gesetzgebung thematisieren und hier einen Nachbesserungsbedarf sehen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben im Sommer gemeinsam mit dem Ministerium den Finanzbedarf für das Jahr 2021 geschätzt. Mit den 16,6 Milliarden Euro waren wir uns zumindest im August bzw. Anfang September einig. Wir haben dann in der Folgezeit im September jetzt nochmal eine neue Schätzung vorgenommen und sind auf deutlich höhere Werte gekommen, was die Ausgabenbelastung für 2020 angeht. In der vorherigen Fragerunde ist schon diskutiert worden, wie die Finanzierung erfolgen soll. Wir haben zum einen das Problem, dass nur ein geringer Teil dieser Lücke durch einen Bundeszuschuss gefüllt werden soll, ein weiterer Teil aus der Abschmelzung von Reserven und der Erhöhung von Beitragssätzen. Der Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung ist schon angesprochen worden. Wir sind davon ausgegangen und fordern auch weiterhin eine höhere Beteiligung des Bundes, um diese Lücke zu füllen. Wir haben zudem bei der Einschätzung des Schätzerkreises für das Jahr 2021 eine Differenz bei der Einschätzung der Finanzentwicklung für 2021 gegenüber dem Ministerium und dem Bundesamt für soziale Sicherung. Die Differenz liegt bei eineinhalb bis zwei Milliarden Euro und ist im Wesentlichen auf ein Problem der Bereinigung oder Unterbereinigung von Regelungen aus dem TSVG zurückzuführen. Im TSVG ist festgelegt worden, dass bestimmte ärztliche Leistungen außerhalb des budgetierten Honorarvolumens finanziert werden. Dort braucht es eine Kennzeichnung durch die Ärzte, dass hier also eben bestimmte Behandlungen außerhalb der normalen Sprechstundenzeiten etc. durchgeführt werden. Im TSVG ist dann festgelegt worden, dass dieser Teil des Honorars aus dem budgetierten Gesamtvolumen herausgerechnet werden muss, damit keine Doppelzahlung stattfindet. Nun sieht aber das TSVG vor, dass hier diese Bereinigung lediglich für ein Jahr erfolgen soll und danach eben keine Bereinigung mehr stattfindet. So, wie wir das derzeit sehen, ist ganz generell die Erfahrung mit neuen Leistungen oder neuen Honorierungsformen, dass es eine sogenannte Anlaufphase gibt, in der eben die Leistungen dann nicht in dem Maße abgerechnet werden, wie das im Endzustand dann der Fall sein wird, so dass wir also in den ersten Quartalen hier nur eine unterdurchschnittliche Honorierung in diesem Bereich haben. Wir haben zudem auch eine unterdurchschnittliche – will ich es jetzt mal nennen – Kennzeichnung dieser zu bereinigenden Leistungen. Es gab offensichtlich auch Hinweise, dass hier nicht so viel gekennzeichnet werden soll. Nach den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses war das nur jede

nicht korrigierte Fassung

zweite potenziell förderfähige Leistung nach TSVG, die gekennzeichnet wurde und die andere Hälfte nicht bereinigt werden konnte. Von daher sehen wir die Notwendigkeit, den Bereinigungszeitraum zu verlängern, und das würde nach unserer Schätzung eben für 2021 die Vermeidung einer Doppelfinanzierung in Höhe von 1,5 bis 2 Mrd. Euro bedeuten.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Hebammenverband, und zwar möchte ich gern wissen, für die vielfach geforderte Eins-zu-eins-Betreuung existieren ja sehr unterschiedliche Vorstellungen, in welcher Phase der Geburt diese Betreuungsrelation gelten soll, und dadurch ergibt sich auch ein sehr unterschiedlicher Personalbedarf. Halten Sie vor diesem Hintergrund die Erarbeitung von Personalvorgaben, etwa durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, für sinnvoll, um eine valide Entscheidungsgrundlage für eine weitere Personalaufstockung nach dem jetzt geplanten ersten Schritt zu erhalten?

SVe **Andrea Ramsell** (Deutscher Hebammenverband (BHV)): Wir haben in Deutschland kein Personalbemessungsinstrument für Hebammen. Ein Personalbemessungsinstrument ist sehr üblich in anderen Ländern, um wirklich den individuellen Bedarf der Kliniken festzustellen und um genau zu wissen, wie viele Frauen brauchen wann wieviel Betreuung. Das heißt, man geht davon aus, dass man sagt, wir haben zu Spitzenzeiten die und die Auslastung, und jede Frau hat das Recht auf eine Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt. Das sollte grundsätzlich klar sein und daran bemisst sich das Personal und die Personalbemessung. Wir müssen davon ausgehen, dass wir von der Frau ausgucken und sagen, die Frau hat das Recht auf eine Geburtsbegleitung, und daran müssen wir die Personalbemessung festlegen. Also, Boyfriend Plus zum Beispiel aus England wird häufig in Ländern verwendet und ergibt eine sehr genaue Grundlage dafür. Ob wir das dann vom G-BA weiter verifizieren lassen, denke ich, ist ein zweiter Schritt, aber von der Frau aus zu denken und sagen, wieviel Personal brauchen wir, damit jede Frau eine Hebamme zur Betreuung hat, ist der richtige Weg.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband und den GKV-Spitzenverband. Ich knüpfe an an die Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes. Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene mit schwerer Mehrfachbehinderung können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege derzeit nicht in Anspruch nehmen, da es bundesweit kaum SGB XI-Einrichtungen gibt, die speziell auf die Bedürfnisse dieser jungen Menschen ausgerichtet sind. Könnten diese Leistungen der Tages- und Nachtpflege auch analog geregelt werden zur Kurzzeitpflege, dass nämlich in begründeten Einzelfällen diese Leistungen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (Caritas)): Elisabeth Fix für den Deutschen Caritasverband. Wir haben diese Problemanzeige ja aus dem Bereich der Behindertenhilfe immer wieder, und vor Jahren wurde ja die Regelung geschaffen, dass Kurzzeitpflege in begründeten Ausnahmefällen und Einzelfällen eben wie genau diese auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden kann, sozusagen Entlastungsleistungen, die für die Tages- aber auch die Nachtpflege gerade für die Eltern von schwerst mehrfachbehinderten Kindern sehr sehr wichtig ist. Dafür muss es ein entsprechendes Angebot geben, was aus unserer Sicht sehr gut in Einrichtungen der Eingliederungshilfe geschaffen werden könnte. Somit plädieren wir für eine Ausweitung der Regelung des Ausnahmefalls auf die Tages- und Nachtpflege mit einer entsprechenden Ergänzung im SGB XI.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Ich kann mich dem anschließen, auch wir halten es für sinnvoll, eine gesetzliche Regelung einzuführen, die es ermöglicht, speziell Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schwerer Mehrfachbehinderung auch Leistungen der Tages- und Nachtpflege in begründeten Einzelfällen in geeigneten Einrichtungen, in für Menschen mit Behinderung und anderen geeigneten Einrichtungen zu erhalten. Wir haben aber da tatsächlich das Anliegen, dass es in diesen Einzelfällen der erweiterte Leistungsanspruch tatsächlich allein den Interessen der pflegebedürftigen Personen und ihren Familien dient und es nicht dazu führt, dass es zu finanziellen Entlastungen für die Träger, die im Bereich der

Nicht korrigierte Fassung

Hilfe für Menschen mit Behinderungen agieren, kommt. Entscheidend ist der Vorteil für die Personengruppe, die eben genannt worden ist.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Danke. Meine Frage geht zum einen an den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der Gesetzentwurf sieht die Aufnahme von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Liste der von Sicherstellungszuschlägen profitierenden Häuser bis zum 31. Dezember 2020 vor. Ist diese Regelung in Ihren Augen auch mit Blick auf die Vorhaltekosten ausreichend?

SV **Dr. Thomas Fischbach** (Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)): Zunächst einmal will ich festhalten, dass der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und –ärztinnen natürlich die Regelungen der Aufnahme von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Liste der von Sicherstellungszuschlägen profitierenden Häuser ganz grundsätzlich begrüßt. Wo wir uns ein bisschen schwer mit tun ist, dass diese Finanzierung in Form von Pauschalbeträgen gestaltet werden soll, weil die Lage in den Kliniken sehr unterschiedlich ist. Die Vorhaltekosten, die sie brauchen und die für eine Aufrechterhaltung eines Mindeststrukturstandards wenig flexibel sind, richten sich für die Kliniken ganz vorwiegend an den Fallzahlen aus. Also, die Vorhaltekosten in den Kliniken sind ja wenig disponibel, wenn man einen bestimmten Mindeststandard der Versorgung halten will. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser stellt sich aber unterschiedlich dar, je nachdem, wie die Fallzahlen in den Kliniken sind und mit wieviel Defiziten die Fachabteilungen arbeiten müssen, und daher halten wir eine pauschale Finanzierung für zielführend. Wir sind der Meinung, dass die Fixkosten von versorgungsrelevanten Fachabteilungen auf jeden Fall gegenfinanziert werden müssen. Und da würden wir uns halt eine Änderung wünschen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Aus unserer Sicht ist das natürlich keine globale Lösung. Die Sicherstellungszuschläge, die 400 000 Euro, sind nur für diejenigen vorgesehen, die in eng besiedeltem Raum liegen. Wir haben im G-BA das Problem, dass der G-BA die Regionen sehr eng schneidet: 100 Personen pro Quadratkilometer ist die Ausgangsnorm. Diese verhindert, dass in vielen Regionen die Kliniken in die Gunst kommen können. Die Regionalplanung in Deutschland geht zum Beispiel von 160 Personen pro Quadratmeter aus. Das wäre natürlich viel besser. Aber auch die 400 000 Euro als einmaliger Zuschlag lösen nicht die Vorhalteproblematik aller Kliniken. Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, darüber nachzudenken, den Kinderkliniken das Recht zu geben, sich als besondere Einrichtung zu definieren. Sie hätten dann das Recht, ein Jahreskostenbudget mit den Krankenkassen zu vereinbaren und aus den Fallpauschalen rauszugehen. So eine Möglichkeit haben wir zum Beispiel für die rheumatologischen Kinderkliniken. Diese können ihren Jahresgeldbedarf in Abhängigkeit von Behandlungsbedarf und damit alle Vorhaltekosten decken. Das wäre die wirklich systemische Lösung. Das hier ist zwar gut und hilft einigen, aber löst die grundsätzliche Problematik der Kostenunterdeckung nicht.

Abg. **Bettina Müller (**SPD): Ich hätte eine Frage an den Deutschen Caritasverband und an ver.di. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit dem Pflegehilfskräfteprogramm, die Förderung von zusätzlich 20 000 Stellen in den Einrichtungen für Pflegehilfskräfte mit Qualifizierungsniveaus QN 3. Da zu wenig QN 3-Pflegekräfte auf dem Markt sind, soll es eine Weiterqualifizierungsmöglichkeit für QN 1- und QN 2-Kräften geben. Wie beurteilen Sie die hierfür vorgesehenen Rahmenbedingungen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (Caritas)): Wir halten das vorgesehene Qualifizierungsniveau von QN 3 für angemessen. Dafür hatten wir uns auch eingesetzt. Sie haben zurecht angesprochen, dass zu wenige QN-3-Kräfte auf dem Markt sind. Daher ist es richtig, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass QN 1- und QN 2-Kräfte im Pflegehilfskräfteprogramm beschäftigt werden können. Nur erachten wir die Fristen, die für die Nachqualifizierung oder Weiterqualifizierung zu QN 3 vorgesehen sind, für weitaus zu großzügig. Denn dann muss erst im dritten Jahr mit den Rückstellungen begonnen werden, um hier weiterzuqualifizieren. Darin liegen große Risiken: erstmal, dass QN 1- und QN 2-Kräfte einfach in der Einrichtung beschäftigt

nicht lektorierte Fassung

werden, ohne dass es zu dieser berufsbegleitenden Weiterqualifizierung kommt. Die Möglichkeit, dass es nicht … des Arbeitgebers damit verbunden wird, ist auch gegeben, wenn vorgesehen ist, dass erst im dritten Jahr mit der Qualifizierung begonnen werden muss. Und der zweite Punkt ist natürlich, dass sich dann erst im dritten Jahr unter Umständen herausstellt, dass eine QN 1- oder QN 2-Kraft gar nicht geeignet ist, sich zur QN 3-Kraft nachzuqualifizieren.

SV **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Auch wir begrüßen grundsätzlich den Schritt, dass mit dem GPVG ein erster Schritt zur Einführung des wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens begangen wird. Aber es muss über die nächsten Schritte auf dem Weg zu den Zielvorgaben für den personellen Aufbau schnell Klarheit herrschen, und es muss einen detaillierten Zeitplan geben. Zur konkreten Frage: Die Pflege in den stationären Einrichtungen verlangt ein hohes Maß an Fachlichkeit. Daher begrüßen wir die grundsätzliche Ausrichtung des Programms auf das Qualitätsniveau 3 und, dass es Übergangsmöglichkeiten gibt. Weil, ohne Frage, das Potenzial da ist für die Weiterqualifizierung von QN 1- und QN 2-Kräften. Das ist sinnvoll und sachgerecht, um eine Durchlässigkeit zu gewährleisten und den Beschäftigten eine gute Perspektive zu bieten. Bestenfalls sollte sich daran perspektivisch die Fachkraftausbildung anschließen, denn das ist das Maß aller Dinge. Ich kann mich anschließen an die Ausführungen von Frau Dr. Fix. Auch wir halten die Übergangsregelung für zu lang. Ich möchte einen Aspekt hinzufügen: Wir sehen die Regelung in § 85 Absatz 9 Nummer 1 c, die vorsieht, dass zusätzliche Pflegehilfskräfte auch dann refinanziert werden, wenn sie über keine landesrechtlich geregelten Assistenzausbildungen verfügen, wenn innerhalb von drei Jahren aus verschiedenen Gründen mit der Ausbildung nicht begonnen werden kann, für nicht sachgerecht an. Darin liegt ein Schlupfloch, mit dem die notwendigen Voraussetzungen an die Fachlichkeit auch leicht umgangen werden könnten. Es leistet einer Dequalifizierung des Pflegeberufs weiterhin Vorschub und führt zu einer zusätzlichen Belastung der Pflegefachkräfte, die letztendlich dafür sorgen müssen, dass die Hilfskräfte angeleitet und integriert werden. Letztendlich könnte das Risiko einer Verschlechterung der Versorgungsqualität darin inbegriffen sein. Deshalb halten wir es für erforderlich, dass dieser Halbsatz in der entsprechenden Regelung gestrichen wird.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die erste Frage geht an den Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den GKV-Spitzenverband, also Herrn Dr. Weinhart, Herrn Baum und Frau Dr. Pfeiffer. Die Frage lautet: Der Spitzenverband der Fachärzte hat in seiner schriftlichen Stellungnahme die Relevanz der Überwindung der stationär-ambulanten Sektorengrenze hervorgehoben. Halten Sie die vorgesehenen Erweiterungsmöglichkeiten für Selektivverträge für ausreichend, um das Ziel zu erreichen, oder müsste man nicht andere Wege gehen? Wäre zum Beispiel die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Beispiel mit einem gemeinsamen Gebührensystem für ambulante Leistungen möglich und sinnvoll? Würde es helfen, das DRG-System abzuschaffen und für Krankenhäuser ähnliche Vergütungssysteme einzuführen, wie wir sie im ambulanten ärztlichen Bereich haben?

SV **Dr. Helmut Weinhart** (Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa)): Der SpiFa begrüßt die gesetzlichen Klarstellungen und Änderungen zur Flexibilisierung der Selektivverträge nach § 140a SGB V ausdrücklich. Wir sehen darin eine Stärkung der Verträge zur besonderen Versorgung als wesentlichem Instrument für Innovationen und an der Schnittstelle ambulant-stationär zur Integration verschiedener Leistungserbringer. Wir haben in dem Vorschlag, den wir in die Bund-Länder-Kommission eingebracht haben, letztlich die Definition eines dritten Versorgungsbereiches genau für diesen Bereich, der je nach der Komorbidität der Patienten sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden könnte, initiiert. Dies ausschließlich mit Selektivverträgen nach § 140a zu regeln, ist sicher nicht ausreichend. Wir müssen diese Schnittstelle überwinden, indem beide Versorgungsbereiche, also sowohl der ambulante Versorgungsbereich als auch der stationäre Versorgungsbereich, Zugriff auf die Behandlung in diesem Bereich haben, indem man ein neues Vergütungssystem für diesen Bereich aufsetzt. Als Übergangslösung hatten wir vorgeschlagen, dass wir zunächst in dem Vergütungssystem der DRG-Vergütung bleiben und

nicht korrigierte Fassung

die InEK-Kalkulation heranzieht. Zunächst kann als Übergang mit einer 90-Prozent-Vergütung aus der InEK-Kalkulation bzw. des DRG das Ganze gewährleisten werden. Die jetzt im Gesetzestext vorgegebenen Regelungen, den § 140a etwas zu modifizieren, kann das mit Sicherheit nur zum Teil leisten.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Grundsätzlich ist es natürlich zu begrüßen, dass das vertraglich Instrumentale erweitert wird, um sektorübergreifend da besser den Eingang finden zu können. Das ist grundsätzlich positiv. Sie haben darauf angesprochen, die Überwindung oder Abschaffung des DRG-Systems. Da sind wir schon der Meinung, dass der Kern der stationären Versorgung, der in der GKV und PKV über 85 Milliarden Euro ausmacht, nach den Prinzipien der stationären Versorgungsvergütung weiter finanziert werden muss. Dort, wo wir Überbrückungen in andere Bereiche brauchen, sind solche Verträge hinfällig, aber der Kern muss im System laufen. Das ist für uns zunächst das DRG-System. Wir selbst diskutieren aber Öffnungen im DRG-System. Gibt es Unebenheiten? Wir müssen mehr Elemente der Vorhaltung berücksichtigen können. Die Preisbindung als solches muss stärker auch Personalkostensteigerung berücksichtigen. Aber wir bleiben in diesem System der Finanzierung bleiben. Dazu gehören die Fallpauschalen, dazu gehören ergänzende Regelungen, etwa wie wir sie in der Psychiatrie haben.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir halten die Erweiterung der möglichen Vertragspartner auch auf andere Sozialversicherungszweige und andere Leistungsträger der Daseinsvorsorge, wie sie jetzt vorgesehen ist, für sehr sinnvoll. Wir gehen davon aus, dass damit weitere innovative Versorgungskonzepte umgesetzt werden können, auch über Sektorengrenzen und Sozialversicherungsbereiche hinweg. Die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung mit einem gemeinsamen Gebührensystem für ambulante Leistung macht aus unserer Sicht Sinn. Wir haben schon einen Auftrag aus dem MDK-Reformgesetz, den AOP-Katalog (Ambulante Operationen) zu erweitern. Das ist ja der einzig wirklich sektorenübergreifende Ansatz in dieser Legislaturperiode. Hier sollen Leistungserbringer unabhängig und einheitlich vergütet werden. Hier ist allerdings noch zu erweitern, und das ist auch vorgesehen, die Möglichkeit zur Abbildung von unterschiedlichen Schweregraden, das gehört auch zum Teil zu den laufenden Gutachtenauftrag zum AOP-Katalog. Hinsichtlich des DRG-Systems, das ja seit 15 Jahren in Deutschland existiert. Das ist inzwischen hoch komplex und ist aus verschiedenen Gründen in die Kritik geraten. Wir sehen aber nicht das Problem in dem DRG-System selbst, sondern in der Krankenhausstruktur und darüber hinaus sehen wir aber natürlich auch einen Anpassungsbedarf, wenn man an der leistungsorientierten Krankenhausvergütung festhält. Wir halten das nach wie vor für richtig. Dann sollte man natürlich dennoch eine stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten einführen, Vergütungskomponenten die sich an Versorgungsstufen orientieren und auch die adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen. Wir halten es auf jeden Fall für falsch, ein System einzuführen, das sich an Einzelleistungen orientiert, wie das ja zumindest überwiegend im ärztlichen Bereich der Fall ist. Das sehen wir für den Krankenhausbereich nicht für angezeigt.

Abg. Spangenberg (AfD): Die zweite Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Baum. Herr Baum, es wird ja gesagt, flache Hierarchien im Krankenhaus gelten als hilfreich. Die Personalzufriedenheit wird erhöht und somit das Personal ans Krankenhaus gebunden. Nun erleben wir, dass Hebammen akademisiert wurden und gleich danach eine zusätzliche neue Berufsgruppe im Krankenhaus eingezogen ist, nämlich die der Hebammenassistenten. Die sollen putzen und andere Hilfsarbeiten machen. Das sind aber Tätigkeiten die auch in anderen Bereichen im Krankenhaus anfallen. Die Frage ist jetzt: Halten Sie die Einrichtung solcher neuen Personalgruppen für sinnvoll oder sollte das Krankenhaus nicht ausreichend Personal für Hilfstätigkeiten nach eigenen Vorstellungen einsetzen können, die natürlich auch entsprechend honoriert bzw. finanziert werden müssen?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Ich kann sagen, dass wir im Krankenhaus aktuell etwa 9 500 Hebammen eingestellt haben, davon 2 000 in Vollkraft und etwa 6 600 in Teilzeit. Wir erwarten jetzt von diesem neuen Programm, das wir 500 Hebammen zusätzlich einstellen können und weitere 700 Hilfskräfte. Gerade

Nicht lektorierte Fassung

auch die Hilfskräfte benötigen wir auf jeden Fall. Das ist ganz wichtig. Deswegen sehen wir das eigentlich nicht so, dass wir insgesamt nur Hilfskräfte einstellen müssten aus anderen Bereichen, unabhängig von diesem Hebammenprogramm. Ansonsten sind wir sehr optimistisch, dass wir die zusätzlich finanzierten Hebammen auch tatsächlich finden am Arbeitsmarkt. Zumal etwa rund 800 Hebammen jährlich ihre Ausbildung abschließen.

Abg. Spangenberg (AfD): Die nächste Frage geht an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, Herrn Wagner und dem Deutschen Pflegerat, Frau Döring. Die Frage lautet: Für eine zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, sollen mit dem Gesetz bis zu 20 000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege finanziert werden. Halten Sie das für sinnvoll oder werden damit vielleicht nur 20 000 Stellen geschaffen, die zu besetzen schwierig wird. Wäre das Geld nicht besser eingesetzt für die Arbeitgeber, damit die Arbeitsbedingungen in den Pflegeeinrichtungen, sprich Kinderbetreuung, verlässliche Dienstplangestaltung usw., Rücksicht auf familiäre Umstände und die Belange älterer Mitarbeiter verbessert werden, günstiger wäre und damit so zu gestalten, dass mehr Menschen in diesem Beruf gehalten werden können?

SV **Franz Wagner** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Wir halten grundsätzlich die Schaffung der 20 000 Stellen für sinnvoll, allerdings für etwas zu wenig ehrgeizig. Unter zwei Aspekten: 20 000 Stellen verteilt auf 14 500 Pflegeheime sind natürlich eine begrenzte Maßnahme. Uns fehlt aber vor allem eine verbindliche Aussage bezüglich der weiteren Schritte zur Umsetzung des entwickelten Personalbemessungsverfahrens. Von dem her wünschen wir uns eine höhere Zahl und das in einem absehbaren Zeitraum, in dem dann tatsächlich die Vollausbaustufe erreicht werden kann. Wir halten das für ein wichtiges Signal in die Berufsgruppe hinein, um deutlich zu machen, es wird in absehbarer Zeit spürbare Verbesserungen geben. Zudem, wie schon vorhin ausgeführt, zu Caritas und Verdi erscheint uns wichtig, dass als Anforderung beschrieben wird, das innerhalb der 3 Jahresfrist eine Ausbildung zur Pflegeassistentin auf Qualitätsniveau 3 erreicht wird und dazu eben auch das genau da definiert wird, welche Möglichkeiten bestehen, die dann dem Träger nicht anzurechnen sind. Das ist uns im Moment noch zu vage formuliert. Man könnte es so beschreiben zum Beispiel, das Mutterschutz oder Erziehungsurlaub ein solcher Ausnahmetatbestand ist. Es sollte aber nicht so offen formuliert werden.

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat (DPR)): Ich stehe voll hinter dem, was Herr Wagner ausgeführt hat. Ergänzend noch. Wir verstehen nicht, warum sich zwischen dem Kabinettsentwurf und dem jetzigen Entwurf eine Änderung ergeben hat. Da war für die Qualifizierung dieser QN 3-Stellen vorgesehen, dass sie in drei Jahren die Ausbildung abgeschlossen haben müssen, weil es auch zweijährige Ausbildungen gibt. Es kann nicht schwierig sein, bei zwei Stellen bei großen Einrichtungen es so hinzubekommen, dass Pflegeassistenten nach Landesrecht ausgebildet werden in den drei Jahren. Es kann nicht sein, dass in dem Gesetz jetzt nur gefordert wird, dass sie die Ausbildung begonnen haben, weil da überhaupt nicht klar ist, ob sie die dann auch abschließen.

Abg. Westig (FDP): Meine erste Frage geht an den Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Die Finanzierung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Pflegepersonalstärkungsgesetz hat sich in der Praxis kaum niedergeschlagen. Sehen sie jetzt bei der Gewinnung von 20 000 Hilfskräften bessere Chancen, dass sich das Personal spürbar erhöht?

SVe **Anna Cattarina Klein** (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB)): Der VDAB begrüßt die Finanzierung von zusätzlich 20 000 Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege über einen gesonderten Zuschlag. Die Entwicklungen des vergangenen Jahres haben gezeigt, dass die Akquirierung von zusätzlichen Pflegefachkräften trotz der gesonderten Finanzierung aus den Mitteln der Krankenversicherung sehr schwierig ist. Nun besteht mit den vorgesehenen Regelungen die Möglichkeit, mehr Hilfskräfte zu beschäftigen und finanziert zu bekommen. Gerade auch im Hinblick auf das neue Personalbemessungsinstrument für die Langzeitpflege ist dies ein guter und wichtiger Indikator dafür, welches Potenzial diesbezüglich im Arbeitsmarkt tatsächlich vorhanden ist. Denn

Nicht korrigierte Fassung

bei der Einführung des Personalbemessungsverfahrens spielt die Gewinnung von weit mehr als 20 000 zusätzlichen Assistenzkräften eine zentrale Rolle. Für die Einrichtungsträger ist es in der Umsetzung wichtig, dass das aktuelle Verfahren zur Beantragung des Vergütungszuschlags möglichst einfach und unbürokratisch umzusetzen ist. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Pflegepersonalschlüssel in den stationären Einrichtungen tatsächlich erhöht wird und somit eine verbesserte, pflegerische Versorgung stattfinden kann.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Dann geht meine Frage an den Deutschen Caritasverband. Frau Dr. Fix, können Sie uns kurz schildern, wie derzeit die Situation in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist, welche Entwicklung Sie für den Winter erwarten und inwiefern dieses Gesetz Besserung verspricht.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (Caritas)): In der Tat stellt sich die Situation für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen in diesem Winter schwierig dar. Die Einrichtungen haben seit dem Frühjahr wieder begonnen, ihren Regelbetrieb unter den neuen Corona-Bedingungen aufzunehmen. Aber aufgrund der Einhaltung des Abstandsgebots und der Hygienevorschriften gibt es eine stark geminderte Auslastung. Die Quoten sind zum Teil 70 Prozent oder darunter. Wir erwarten für den Winter eine Verschlechterung der Situation. Dazu kommen Mehraufwendungen. Die DKV und die Deutsche Rentenversicherung haben zwar den Einrichtungen acht Euro zugestanden, aber das reicht auf gar keinen Fall aus, um beispielsweise Mehraufwendungen für kleinere Gruppengrößen und das Personal, das sie dadurch brauchen, in Ansatz bringen zu können. Deswegen sind wir froh, dass mit dem Änderungsantrag, der hier vorgesehen ist, ein Schutzschild gespannt wird, der eine Verhandlungslösung zum 1. Oktober vorsieht. Wir bitten aber zu bedenken, dass dieses Gesetz erst zum 01.01.2021 in Kraft tritt. Dann würden die Einrichtungen wegen des fehlenden Schutzschildes nach § 111b im Moment in der Luft hängen. Das kann für kleinere Einrichtungen bis zur Insolvenz auf jeden Fall führen. Deswegen bitten wir als Übergangslösung den Ausgleichsmechanismus nach § 111b in Kraft zu setzen, bis das GPVG wirken kann und die Verhandlungen aufgenommen werden können.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine erste Frage geht an den Spitzenverband der Fachärzte, also SpiFa. Sehen Sie die Finanzierung der Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V ausreichend gesichert?

SV **Dr. Helmut Weinhart** (Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa)): Der SpiFa begrüßt die gesetzlichen Klarstellungen und die weiteren Änderungen zur Flexibilisierung der Selektivverträge in § 140a SGB V ausdrücklich. Wir sehen darin die Stärkung der Verträge zur besonderen Versorgung als wesentliches Instrument für Innovationen in der Gesundheitsversorgung, des Qualitätswettbewerbs zwischen Kostenträgern zu Gunsten der Versicherten und den notwendigen Abbau der ambulant-stationären Sektorengrenze, wie zuvor schon ausgeführt. Vor dem Hintergrund einer zunehmend schwieriger werdenden Finanzlage der Krankenkassen aufgrund der Pandemie und konjunkturbedingt sinkender Beitragseinnahmen sowie der gleichzeitigen Realisierung von Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung sieht der SpiFa das finanzielle Fundament zum weiteren Abschluss von Verträgen zur besonderen Versorgung als gefährdet an. Um Innovationen und individuelle Versorgungslösungen für Versicherte auch in Zeiten einer zunehmend schwieriger werdenden finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherungen zu fördern, … . Aus unserer Sicht bietet sich das beitragsneutrale Instrument der Anschubfinanzierung an. Die Anschubfinanzierung kennen wir aus den Verträgen zur integrierten Versorgung, die Ende 2008 ausgelaufen ist und nicht mehr verlängert wurde. Mit dieser Anschubfinanzierung kann ein festes Finanzierungsfundament für die Verträge zur besonderen Versorgung gesetzt werden. Die Aufnahme solcher Anreize für die innovative und individuelle Versorgung, würden wir ausdrücklich begrüßen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an den bpa. Die Anstrengungen der Bundesregierung in diesem Gesetzentwurf konzentrieren sich im Wesentlichen auf die stationären Einrichtungen, dabei werden die meisten Menschen zu Hause versorgt. Wie ist die Situation in der ambulanten Versorgung? Welche Veränderungen oder Konzepte braucht es dort, mit Blick auf die Personalausstattung und den Skill-Mix?

Nicht korrigiert. Fassung

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)): Es ist ja nicht verkehrt, dass sich das auf den stationären Bereich konzentriert, aber natürlich darf man den ambulanten Bereich nicht aus den Blick verlieren. Wir erleben dort seit Jahren eine erhebliche Arbeitsverdichtung. Immer mehr muss in immer kürzerer Zeit gemacht werden. Um es mal ganz praktisch zu machen: Springerdienste stehen nicht zur Verfügung. Wir glauben schon, dass wir in diese Richtung nachdenken müssen, um die häusliche Pflege dort nachhaltig zu stärken und letztlich auch die Angehörigen zu entlasten. Also wir brauchen auch dort diese Unterstützung. Das kann in vielfältiger Form sein, Springerdienste hatte ich genannt, aber auch bei anderen Themen. Wir kümmern uns um Qualifizierung, wir kümmern uns um Ausbildung, wir kümmern uns aber auch um Zuwanderung und auch dort würden wir uns sehr viel mehr Unterstützung wünschen, damit wir zum Schluss schlichtweg dazu kommen, dass die Arbeitsverdichtung wieder zurückgefahren wird.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Dann frage ich den Deutschen Hebammenverband. Ist das im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltene Hebammenstellenförderprogramm aus Sicht Ihres Verbandes eine geeignete Maßnahme zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe.

SVe **Andrea Ramsell** (Deutscher Hebammenverband (BHV)): Was wir sehr begrüßen ist die Zielsetzung der 1:1-Betreuung. Das ist eine unserer Kernforderungen. Das sehen wir sehr positiv an den Gesetzentwurf. Wir sind ja in der glücklichen Lage, dass wir wissen, wie die Situation in der klinischen Geburtshilfe aussieht. Wir kennen die Bedingungen durch das Dienstgutachten [14:08:32] des BMG. Da müssen wir leider sagen, dass der Gesetzentwurf überhaupt nicht weitreichend ist, um wirkliche Veränderungen in der klinischen Geburtshilfe voranzubringen. Wir sehen, dass die Hebammen im Schnitt drei bis vier Frauen pro Schicht betreuen. Das ist viel zu viel. Das ist eine absolute Überforderung. Aber nicht nur das, wir wissen auch durch das Gutachten, dass sie noch ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit sogenannten fachfremden Tätigkeiten verbringen. Fachfremde Tätigkeiten, klingt erstmal sehr schön, das heißt aber nur, dass die Hebammen putzen, die Kreisbetten abziehen und die Wäschesäcke sortieren. Das machen sie zu ein Drittel ihrer Arbeitszeit. Daneben betreuen sie drei bis vier Frauen. Das geht an der 1:1-Betreuung weit vorbei. Wir haben von 2017 auf 2018 einen Verlust, das kann man bei Destatis sehen, von 422 Hebammen in der klinischen Geburtshilfe. Das ist bei insgesamt 11 000 Hebammen in Deutschland eine wirklich beängstigende Zahl. Wir wissen vom IGES-Gutachten, dass fast die Hälfte der Hebammen überlegt, ihre Tätigkeit in der Klinik weiter zu reduzieren oder aufzugeben. Wenn wir jetzt nicht große strukturelle Veränderungen herbeiführen, dann werden wir diese Situation nicht lösen können. Da greift dieser Gesetzentwurf deutlich zu kurz.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den DGB an Herrn Robert Spiller. Welche Gefahren entstehen nach Einschätzung des DGB mit der Finanzierung von bis 20 000 zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte über einen Vergütungszuschlag aus der Pflegeversicherung?

SV **Robert Spiller** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der DBG begrüßt grundsätzlich das Ansinnen des Gesetzgebers, ein Personalbemessungsverfahren auf den Weg zu bringen. Wir sehen aber kritisch, dass das Gesetz keine Anforderungen an die durch die Pflegeeinrichtungen sicherzustellenden Qualifikationen der zusätzlichen Pflegehilfskräfte ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung stellt. Eine angemessene Qualifizierung in der Pflege muss unbedingt entgegengesetzt werden, um so wichtige Dinge in der Gesellschaft aufzuwerten und dem Thema Fachkräftemangel adäquat Einheit gebieten zu können. Die Pflege und Versorgung von Menschen erfordert ein Großmaß an Fachlichkeit, Engagement und Verantwortung. Dafür braucht es das Qualifikationsmerkmal QN3. Wir halten es in jeden Fall für dringend notwendig, im Rahmen des Stellenaufbauprogrammes einen entsprechenden Nachweis über das Vorhandensein dieses Qualifikationsniveaus hinzuzufügen. Weiterhin sehen wir kritisch, dass der § 85 vorsieht, dass zusätzliche Pflegehilfskräfte auch dann Refinanzierung werden sollen, wenn sie über keinerlei landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung verfügen.

Nicht lektorierte Fassung

Das gilt auch für den Fall, wenn eine Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die diese Einrichtung nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist. Eine solche Regelung lehnen wir als Gewerkschaft ab. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es wichtig, dass allen Hilfskräften ermöglicht wird, sich weiter zu qualifizieren. Die Beschäftigen brauchen eine Perspektive, eine entsprechende Fachkraftausbildung antreten und abschließen zu können. Ganz grundsätzlich ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass in den 20 000 Stellen als Programm zwar ein wichtiger Baustein sind, aber eigentlich muss es in einer Gesamtlösung um einen bundeseinheitliche Pflegepersonalbemessung geben. Dieser Prozess muss konsequent und zielgerichtet vorangetrieben werden. Hier sehen wir zumindest die Gefahr, dass dieser Prozess zerfasert in einzelne Schritte, solange das für den DGB und die Gewerkschaften maßgebliche Rundganggutachten, das hierfür wichtige Kriterien definieren sollte, nicht in seiner ganzen fachlichen Breite umgesetzt wird. Deswegen möchten wir dringend darauf hinweisen, dieses Gutachten und den Pflegepersonalbemessungsprozess entsprechend zu forcieren und konsequent umzusetzen, um das Thema auch wirklich in seiner ganzen Notwendigkeit gut beantworten zu können.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Dr. Gerlinger. Was sagen Sie zur Nachhaltigkeit der vorgeschlagenen Regelungen, wonach die Finanzreserven der Kassen den Anstieg der Zusatzbeiträge dämpfen sollen? Wagen Sie darüber hinaus einen Ausblick über 2022 hinaus.

ESV **Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**: Die Rücklagen der Krankenkassen sollen abgebaut werden, um einen Anstieg der Zusatzbeiträge zu dämpfen, zumindest kurzfristig zu dämpfen. Das verändert natürlich nicht die Einnahmensituation der Krankenkassen, sondern verschiebt die Beitragssatzanhebung dann in die Zukunft. Das ist keine langfristige Strategie, das ist erstmal nicht beabsichtigt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat in den letzten Jahren von der Zunahme der Beschäftigung von der guten Konjunktur profitiert. Die Beiträge sind im Wesentlichen stabil geblieben. Das muss nicht so bleiben und das verdeutlicht auch gerade, wenn man den demokratischen Wandel noch in Rechnung stellt, dass es eine wichtige Zukunftsaufgabe ist, die GKV-Finanzen nochmal auf eine solide Grundlage zu stellen. Konzepte dafür liegen vor. Sowohl kurz als auch langfristige Orientierungen zielen vor allem darauf, die Beitragsbemessungsgrundlagen zu erweitern. Das geschieht in den diversen Modellen zur Bürgerversicherung mit jeweils unterschiedlichen Vorschlägen. Studien besagen, dass je nach Variante mit durchaus erheblichen Reduzierungen von Beitragssätzen zu rechnen ist, wenn ein Modell einer Bürgerversicherung umgesetzt werden könnte und das könnte ein Bestandteil einer Strategie sein, die Gesamtbeiträge nicht über 40 Prozent steigen zu lassen.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Diese Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Dr. Gerlinger. Herr Gerlinger sehen Sie Alternativen jenseits der Erhöhung des Bundeszuschusses, um die Zusatz Beiträge in den nächsten Jahren zu dämpfen oder sogar zu senken? Wie bewerten Sie in diesem Kontext unseren Antrag zur Verbeitragung von Kapitaleinkünften?

ESV **Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**: Ich hatte eben schon darauf hingewiesen, dass die Verbreitung der Einnahmenbaus, also der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die Abflachung der Versicherungspflichtgrenze oder die Vorbeitragung von sonstigen Einkünften neben den Arbeitseinkommen wichtige Komponenten einer solchen Strategie sein könnten. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. Zum einen geht es mittel- und langfristig um die Finanzierung der Krankenversicherungen, die mir so nicht gesichert scheint. Dabei spielen auch verteilungspolitische Gründe eine Rolle. Es ist erstmal nicht einzusehen, dass nur Arbeitseinkommen aus abhängiger Arbeit verbeitragt werden und andere Einnahmequellen dabei nicht. Die von den LINKEN. vorgeschlagene Verbeitragung von Kapitaleinkünften wäre eine Komponente einer solchen Strategie. Man muss dabei allerdings auch darauf achten, gerade unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, gerade Geringverdiener, nicht belastet werden. Wichtig ist, dass die Beitragspolitik von Arbeitgebern und Versicherten insgesamt erhalten bleibt. Dies scheinen mir ganz wichtige Aspekte zu sein. Geringverdiener müssten darüber hinaus

nicht korrigierte Fassung

durch Freibeträge, durch ein Zwei-Säulen-Modell, oder was auch immer da in der Diskussion ist, entlastet werden. Grundsätzlich, um das nochmal zu betonen, scheinen mir bald eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, der Versicherungspflichtgrenze und die Verwaltung von Kapitaleinkünften wichtige Elemente zu sein, die Finanzen der GKV auf eine sichere Grundlage zu stellen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Nochmal einen Themenwechsel zu den Selektivverträge. Nochmal eine Frage an Prof. Dr. Dr. Gerlinger. Bitte legen Sie uns einmal grundsätzlich da, welche Vor- und Nachteile Sie in Selektivverträgen nach §140a SGB V sehen? Wie sehen Sie die Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens?

ESV **Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**: Ich sehe Selektivverträge erst einmal kritisch. Sie können zwar ein Experimentierfeld für Qualitätsverbesserung und Innovationen sein. Erfahrungen zeigen mir, dass Kassen in den letzten Jahren ihren Dienst genommen haben, um sich attraktiv für gute Risiken zu machen. Zudem ist es nicht einsichtig, warum Verbesserungen, die mit Selektivverträgen erzielt werden, nicht allen Versicherten zugänglich gemacht werden sollen. Was die aktuellen Änderungen angeht, so ist der Passus gestrichen worden, dass die Selektivverträge nach vier Jahren oder im vierten Jahr ihre Wirtschaftlichkeit nachweisen müssen. Man könnte natürlich sagen, das Wirtschaftlichkeitsgebot von § 12 Abs. 1 SGB V gilt weiter. Man muss aber sehen, dass es besondere Bedingungen bei den Selektivverträgen gibt, weil hier in allgemeinen eine Einschubfinanzierung notwendig ist. Hier auch die Kosten der Regelversorgung meistens erhöht sind. Es ist schon eine Bestimmung notwendig, wie die Wirtschaftlichkeit bei solchen Verträgen bestimmt werden soll. Hier wäre auch eine Präzisierung durch den Gesetzgeber in dieser Richtung notwendig. Ich möchte nochmal ganz kurz einen Satz sagen zu den Studien, die jetzt in der Wirtschaftlichkeit betreffen. Generell ist der Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen kritisch zu beurteilen. Ein wichtiger Grund liegt darin, dass sich in Selektivverträgen üblicherweise besonders motivierte und gesundheitsbewusste Menschen einschreiben, die auch besonders intensiv an der Bewältigung ihrer Krankheit mitwirken. Dieser Aspekt wird in den meisten Wirtschaftlichkeitsberechnungen und Evaluationen vernachlässigt. Das hat zur Folge, dass die positiven Bewertungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht berücksichtigen, dass zumindest ein Teil der Verbesserungen im Hinblick auf Qualität und Ausgaben auf die Partizipation besonders Gesunder und Motivierter zurückzuführen ist.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zwei Fragen richten sich an Herrn Prof. Dr. Heinz Rothgang. Welche Kriterien sollte eine Gesamtstrategie zur Einführung des von Ihnen entwickelten Personalinstruments erfüllen? Welche Potenziale für hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal sehen Sie bei der Einführung dieses Personalbemessungsinstruments?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Die erste Frage war die nach der Gesamtstrategie. Ich denke, dass eine Gesamtstrategie zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens drei Elemente haben sollte. Zum einen brauchen wir einen verbindlichen Zeitplan, in dem festgelegt wird, wieviel Stufen noch kommen, wann diese Stufen kommen und in welcher Schrittlänge diese Stufen kommen. Was wir jetzt hier heute diskutieren im Gesetzentwurf, ist der erste Schritt. Dieser erste Schritt ist vollkommen richtig und alles was da drin steht, ist gut begründet. Da kann man nichts gegen sagen. Was fehlt ist, wie die Perspektive und die Verbindlichkeit aussehen und ein starkes Signal in die Pflegeszene auszusenden, auch in Bezug auf die Rekrutierung von weiterem Personal. Da hoffe ich sehr, dass das demnächst passiert … erfolgt. Zweitens brauchen wir die modellhafte Einführung in einigen auswählten Pflegeeinrichtungen. Es geht hier nicht nur darum, mehr Personal in die Einrichtung zu stecken, sondern auch die Organisationsabläufe in Einrichtungen zu verändern. Und da wäre es sehr wichtig, dass wir experimentell, in einigen Versuchslaboren, die vollkommene Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens vorwegnehmen und dann sehen, wie muss eine Einrichtung dann aufgestellt werden und welche Wege dahin gibt es? Um zu verhindern, dass 14.000 Einrichtungen sich auf den Weg und natürlich ...(14:23:07) ... Wenn der zweite Schritt 2023 erfolgen soll, dann bedeutet das, dass wir mit diesem Versuchslaboren sehr,

nicht korrigierte Fassung

sehr zeitnah, also in der ersten Jahreshälfte 2021, anfangen müssen, damit wir überhaupt eine Chance haben, dass das Ergebnis dieser modellhaften Einführung dann in mehreren Städten umgesetzt werden kann. Drittes Element der Gesamtstrategie muss eine Ausbildungsoffensive sein, für Assistenzkräfte mit Ausbildung, also QN 3, weil wir bisher in der Konzertierten Aktion Pflege im Pflegeberufegesetz, in den Kammern, vor allem immer die Fachkräfte im Auge gehabt haben.
Fachkräfte sind wichtig und alle die Anstrengungen, die wir mal geplant haben, sind berechtigt. Aber man muss jetzt auch in die zweite Reihe gucken. Da brauchen wir ein auch zwischen den Ländern abgestimmtes Verfahren, das da Harmonisierung vorsehen sollte und das eine Durchlässigkeit nach oben beinhaltet, so dass man von QN 1 und 2 nach QN 3 und von QN 3 auch nach QN 4 weiterkommen kann. Diese drei Elemente, Ausbildungsoffensive, modellhafte Einführung, verbindlicher Zeitplan, das zusammen wäre eine Gesamtstrategie. Nicht erwähnt habe ich jetzt dabei die akademische ausgebildeten Pflegekräfte. Da müssen wir einräumen, bei unserer Beobachtungsstudie konnten wir dazu keine Erkenntnisse verbuchen, weil wir die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte am Bett nicht vorgefunden haben. Auch bei den theoretischen Arbeiten konnten wir ihnen sagen, es gibt bestimmte Vorbehaltsaufgaben, die nur akademisch ausgebildete Pflegekräfte erledigen können. Insofern ist unser Personalbemessungsverfahren an dieser Stelle noch nicht vollkommen entwickelt und da müssen wir in der modellhaften Einführung beobachten, an welchen Stellen wir akademisch ausgebildete Pflegekräfte auf der Ebene von Wohnbereichen, auf der Ebene von Einrichtungen, nicht auf der Ebene von einzelnen Interventionen, sinnvoll integrieren können in ein Pflegeheim der Zukunft, das bald auch anders aussieht, dass sehr viel mehr Assistenzkräfte hat und nicht nur den Bereich der Fachkräfte. Und dann darüber auch die Spitze der akademisch ausgebildeten Kräfte, die das Ganze verantworten.

Abg. **Dr. Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Frau Ramsell vom Deutschen Hebammenverband. Sie haben das IGES-Gutachten schon angesprochen. Darin wird auch nochmal dargelegt, wie man die stillen Reserven heben könnte, um wieder mehr Hebammen zurück in die Kreißsäle zu bekommen. Was ist da die Position des Deutschen Hebammenverbandes? Welche Maßnahmen schlagen Sie vor? Und wie würde sich das mit unserer Forderung zu einem Kulturwandel in der Geburtshilfe verbinden?

SVe **Andrea Ramsell** (Deutscher Hebammenverband (BHV)): Die stille Reserve, also erstmal würde ich grundsätzlich sagen, dass wir von der anderen Seite denken müssen, wenn wir die Eins zu Eins-Betreuung in die Kliniken umsetzen. Die wird im Gesetzentwurf auch als Ziel genannt. Damit würden wir automatisch die Arbeitsbedingungen der Hebammen verbessern und dann werden wir auch wieder Hebammen finden, die klinisch in der Geburtshilfe arbeiten. Ich kann das deswegen so genau sagen, weil die Modelle des Hebammenkreißsaals, das heißt, wenn Kliniken Hebammenkreißsäle anbieten, zeigt sich da ganz deutlich, dass diese Kliniken deutlich weniger Sorge habe, ihre Stellen zu besetzen, als andere Kliniken. Wir wissen insgesamt die Klinken haben im Schnitt 18 Prozent offene Stellen, auf Hebammenkreißsäle trifft das nicht zu. Das heißt also dort, wo Eins zu Eins-Betreuung gelebt und angeboten wird, finden die Hebammen attraktive Stellen für sich. Das ist ein Punkt. Also die Eins zu Eins-Betreuung geht gleichzeitig mit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen einher. Wir wissen sehr viel, wir wissen, wir haben nach wir vor ganz viele Bewerberinnen auf unsere Ausbildungsstellen, die hoch motiviert sind und die zu Beginn auch in der Klinik arbeiten wollen. Nach vier Jahren tun diese jungen Frauen das in der Regel nicht mehr, weil sie sagen, diese Bedingungen sind für mich nicht akzeptabel. In dem Moment, wo die originären Hebammentätigkeiten wieder in den Vordergrund rücken. Ich habe vorhin gesagt, ein Drittel der Hebammenzeit wird verbracht mit dem Putzen und Reinigen der Kreißsäle und mit der Betreuung von vier Frauen gleichzeitig. Da finden sich Hebammen nicht wieder und sagen, das ist keine Arbeit die wir uns vorstellen können. Das ist keine Frau-zentrierte Geburtshilfe. Wir haben – ich habe es hier – das nationale Gesundheitsziel rund um die Geburt. Wenn wir es schaffen, dieses Ziel umzusetzen – da sind ganz klare Ziele formuliert – wir haben ja im Grund alles. Wir wissen vom IGES-Gutachten wie die aktuelle Situation ist. Und wir wissen, wir wollen das Ziel der Frau-zentrierten Geburtshilfe in Deutschland umsetzen. Wenn wir das alles tun, dann werden wir Hebammen motivieren können, wieder in den

nicht lektorierte Fassung

Kreißsälen zu arbeiten. Im Moment sagen die Kolleginnen ganz klar, eine Vollzeitstelle kann ich nicht leisten, das schaffe ich körperlich einfach gar nicht. Deswegen haben wir auch 73 Prozent Teilzeitkräfte von Hebammen, weil die Kolleginnen ganz klar sagen, in Vollzeit geht das nicht. Wir brauchen ein Geburtshilfestärkungsgesetz und wir brauchen einen Kulturwandel in der Geburtshilfe und dann werden wir auch Hebammen finden, die in der Klinik arbeiten. Denn ausgebildete Hebammen haben wir zum Glück ausreichend in Deutschland.

Abg. **Dr. Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage geht an Helmut Hildebrand, vom Bundesverband Managed Care e. V. Warum ist aus Ihrer Sicht die geplante Regelung im § 140a SGB V nicht ausreichend, um die integrierte Versorgung in Deutschland aus ihrem Nischendasein zu befreien?

SV **Helmut Hildebrand** (Bundesverband Managed Care e. V.): Die Voraussetzung ist, also einige Kollegen haben das schon beschrieben, dass einige der Grundlagen, die jetzt in dem Gesetzentwurf drin sind, durchaus positiv sind, aber es fehlen die richtigen Anreize. Die Anreize fehlen sowohl für die Krankenkassen, wie auch für die neuen Sozialversicherungsträger, die jetzt mit hineingekommen sind, wie aber auch für die Leistungserbringer. Die Herausforderung ist, wie können solche Anreize geschaffen werden? Eine der Möglichkeiten könnte sein, das was in den angelsächsischen Ländern weiter verbreitet ist, entsprechende politische Signale zu setzen. Prof. Dr. Rothgang hat es eben für den Pflegebereich angesprochen. Wir können es auch für die integrierte Versorgung anfordern, ein Signal zu setzen, dass der Gesetzgeber tatsächlich eine massive Investition in integrierte Versorgung wünscht und beabsichtigt. Und insofern damit auch ein deutliches Zeichen setzt, dass sich alle Beteiligten im Gesundheitswesen auf den Weg machen, solche Verträge zu entwickeln. Da gibt es diese Möglichkeit zu sagen, dass man bestimmte Zielzahlen angibt, dass man auch das Bundesamt für soziale Sicherung von der restriktiven Aufsicht zu einer proaktiven Aufsicht wandelt. Und es gibt natürlich die Möglichkeit, über den Zuweisungsteil aus dem Gesundheitsfonds zusätzliche und das können durchaus kleinere Prozentsätze sein, als Aufschläge zu geben, um damit einen Anreiz zu schaffen. Wir haben dafür ein Konzept vorgeschlagen mit einem Fondsmodell, wo auch Private sich durchaus daran beteiligen können, die ja durchaus Anlagemöglichkeiten im Gesundheitswesen sehen, aber dadurch dann neutralisiert würden. Und damit könnte dann der Anteil aus dem Gesundheitsfonds, der sicherlich knapp sein wird in den nächsten Jahren, zusätzlich gepusht werden, gehebelt werden, um damit ein größeres Volumen für diese Anschubfinanzierung einzusetzen.

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüddel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Das war eine gute Verzinsung von anderthalb Minuten. Ich schließe die Anhörung, bedanke mich bei allen Akteuren, wünsche weiterhin gute Beratungen und wir sehen uns in knapp einer halben Stunde in unserem Sitzungssaal E 300, um die Ausschusssitzung fortzuführen, die wir heute Morgen begonnen haben.

Schluss der Sitzung: 14:32 Uhr

Erwin Rüddel, MdB
Vorsitzender

Nicht korrigierte Fassung