

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, Christine Aschenberg-Dugnus, Nicole Bauer, Jens Beeck, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Dr. Marco Buschmann, Carl-Julius Cronenberg, Britta Katharina Dassler, Christian Dürr, Hartmut Ebbing, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Otto Fricke, Reginald Hanke, Peter Heidt, Markus Herbrand, Katja Hessel, Dr. Gero Clemens Hocker, Dr. Christoph Hoffmann, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Karsten Klein, Dr. Marcel Klinge, Pascal Kober, Carina Konrad, Konstantin Kuhle, Michael Georg Link, Till Mansmann, Dr. Jürgen Martens, Alexander Müller, Frank Müller-Rosentritt, Dr. Martin Neumann, Bernd Reuther, Dr. h. c. Thomas Sattelberger, Matthias Seestern-Pauly, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Benjamin Strasser, Katja Suding, Linda Teuteberg, Michael Theurer, Manfred Todtenhausen, Gerald Ullrich, Johannes Vogel (Olpe), Katharina Willkomm und der Fraktion der FDP

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 19/23483, 19/24231, 19/24535 Nr. 9, 19/24727 –**

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

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Zur Sicherung einer nachhaltigen und bedarfsgerechten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger bedarf es eines umfassenden Konzeptes. Der vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) stellt jedoch ein bloßes Kurieren von Symptomen dar. Ein so komplexes System wie das Gesundheitssystem kann nicht durch unzählige Einzelmaßnahmen gestärkt und auf eine dauerhafte Finanzierungsgrundlage gestellt werden, sondern braucht eine umfassende Strategie, die Gesundheitsversorgung neu und vor allem nachhaltig denkt.

Der Anspruch des Gesetzgebers ist es, das Gesundheitswesen sowie die Pflege und insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) für alle Versicherten als Solidarsysteme dauerhaft finanzierbar zu erhalten.

Die Corona-Pandemie stellt derzeit auch die sozialen Sicherungssysteme vor besondere finanzielle Herausforderungen und bringt erhebliche Mehrkosten mit sich. Für das nächste Jahr wird – coronabedingt – mit einer Finanzierungslücke der GKV von 16 Mrd. Euro gerechnet. Aber auch ohne Corona werden die Kostensteigerungen in GKV und SPV durch Leistungsausweitungen – so nachvollziehbar sie im Einzelfall sind – zu einer schweren Hypothek für die kommenden Jahre.

In einem internen Papier aus dem Kreis der GKV, das die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ am 17.11.2020 zitierte (www.faz.net/aktuell/wirtschaft/so-sehr-belastens-spahns-plaene-die-krankenkassen-17055629.html?), wird der finanzielle Zusatzbedarf von 2019 bis 2022 auf ca. 33 Mrd. Euro geschätzt. Verantwortlich seien die zahlreichen Gesetze der jüngsten Zeit. Bereits ohne Berücksichtigung der Pandemie-Kosten seien die Ausgaben wegen der Reformen rechnerisch um 8,2 Mrd. Euro im Jahr gestiegen. Das sind 3,4 Prozent der Leistungsausgaben eines Jahres, die 2019 knapp 240 Mrd. Euro betragen. Die Kostenexplosion sei nur abzumildern, wenn entweder Leistungen eingeschränkt, Beiträge erhöht, Reserven angezapft oder die Mittel aus dem Bundeszuschuss ausgeweitet würden.

Der Gesetzentwurf des GPVG sowie die von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten Änderungsanträge bremsen aber nicht die Kostensteigerungen, sondern sehen sogar Leistungsausweitungen zu Lasten von GKV und SPV im dreistelligen Millionenbereich vor. Zudem sollen die Finanzreserven der Krankenkassen erheblich abgeschmolzen werden, um die pandemiebedingte Finanzierungslücke der GKV zu verkleinern. Trotzdem werden auch Beitragserhöhungen in Aussicht gestellt. Die Bundesregierung spricht in der Antwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion (BT-Drs. 19/24244) von einem „angemessenen Beitrag zur Bewältigung der finanziellen Folgen der Corona-Krise“.

Die Gesetzesflut in der 19. Wahlperiode des Bundestages ist jedoch nicht nur für die enorme Kostensteigerung verantwortlich. Die zahlreichen Änderungsgesetze zum Fünften Sozialgesetzbuch sind – wie Ulrich Becker und Thorsten Kingreen in ihrem Vorwort zur 7. Auflage des SGB-V-Kommentars schreiben – „inhaltlich gravierend und sprachlich deprimierend“. Einzelne Vorschriften seien „kaum noch les-, geschweige den kommentierbar“. Das GPVG setzt diese Tradition nahtlos fort. Gerade für die medizinische Versorgung benötigen wir jedoch eine klare Gesetzgebung, die für alle Betroffenen verständlich und nachvollziehbar ist. Das gilt sowohl für Ärzte, Krankenhäuser, andere Leistungserbringer und Krankenkassen als auch – vor allem – für die Versicherten und die Patienten.

Ein Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege muss mehr sein als das bunte Zusammensetzen von Restanten aus anderen Gesetzgebungsverfahren. Auch müssen sich die gesundheitspolitischen Maßnahmen praktisch umsetzen lassen und dürfen nicht rein symbolpolitisch motiviert sein. So wurde bereits in der Vergangenheit deutlich, dass die bloße Finanzierung neuer Stellen in der Pflege nicht genügt, wenn schon die bestehenden Stellen mangels Fachpersonals nicht besetzt werden können (www.derwesten.de/panorama/vermishtes/coronavirus-covid-19-intensivstationen-betten-pflegekraefte-mangel-neuinfektionen-rki-kliniken-krankenhaus-klinik-id230628066.html). Derartige Maßnahmen verpuffen, wenn nicht gleichzeitig eine Strategie hinterlegt ist, mit der Pflegepersonal gewonnen und entsprechend ausgebildet werden kann.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Abführung von 8 Mrd. Euro aus dem Vermögen der einzelnen Krankenkassen stellt einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenversicherung dar (vgl. dazu die einzelnen Stellungnahmen

der öffentlichen Anhörung am 16.11.2020). Damit werden vor allem diejenigen Krankenkassen bestraft, die in den letzten Jahren in zulässiger und wirtschaftlich vorausschauender Weise Rücklagen gebildet haben. Des Weiteren ist zu befürchten, dass das vorgesehene Abschmelzen der Finanzrücklagen zu einer wirtschaftlichen Existenzbedrohung einzelner Kassen führt. In besonderem Maße gefährdet sind dabei kleinere Krankenkassen, da sie durch das Auftreten teurer Leistungsfälle schnell in finanzielle Bedrängnis geraten könnten.

Wir wissen, dass Pflegeassistenzkräfte zukünftig in großer Zahl gebraucht werden, und doch versäumt man es, auf bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für deren Ausbildung hinzuwirken. Ungelerntes Personal soll in den Einrichtungen nachqualifiziert werden – in einer ohnehin schon prekären Personalsituation – und das nach regional unterschiedlichen Regelungen. Dabei würden einheitliche Standards nicht nur für mehr Mobilität sorgen, sondern könnten auch für eine Durchlässigkeit der Pflegeausbildung für Menschen mit Haupt- und Gesamtschulabschluss sorgen.

Gleichzeitig zeigt die Pandemie aktuell, dass wir zwar über technisch hinreichend Intensivplätze verfügen, uns jedoch das Personal für die Versorgung der Intensivpatientinnen und -patienten fehlt. Das bereits erprobte Personalbemessungsinstrument, das erstmals Klarheit über den wirklichen Personalmangel schaffen und bedarfsgerechte Personalbesetzungen kalkulieren könnte, wird hingegen nicht eingesetzt. Auch auf eine geplante Anpassung des Instruments an besonders sensitive Bereiche wie die Intensivpflege und die Pädiatrie warten die Beschäftigten bisher vergebens.

Ebenfalls ist eine Erweiterung des Corona-Rettungsschirms auf ambulante Pflegeeinrichtungen mit reinen SGB-V-Verträgen dringend geboten, denn auch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sind in der Corona-Krise zusätzlich belastet. Mindereinnahmen durch niedrigere Auslastung stehen Mehrausgaben, etwa für Schutzausrüstung, gegenüber. Auch hier bedarf es einer Unterstützung, um diese für unser Gesundheitswesen wichtige Säule dauerhaft zu erhalten (www.aerztezeitung.de/Politik/Rehakliniken-kaempfen-ums-Ueberleben-in-der-Pandemie-413679.html).

Die Regierungskoalition hat es versäumt, die Verlängerung eines Schuttschirms für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Müttergenesungswerks ab dem 30.09.2020 vorzusehen. Das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz füllt diese Lücke nur teilweise, indem ab dem 18.11.2020 mit § 111d SGB V der Schuttschirm in modifizierter Form bis zum 31.01.2021 vorgesehen wird. Es braucht aber einen lückenlosen Schuttschirm, damit die Einrichtungen ihre pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehraufwendungen geltend machen können. Die Einrichtungen müssen die gesetzliche Möglichkeit erhalten, diese rückwirkend zum 01.10.2020 gegenüber den Krankenkassen geltend machen zu können.

Das IGES Institut kam in seinem im Januar 2020 veröffentlichten Gutachten zur stationären Hebammenversorgung zum Ergebnis, dass rund 40 Prozent der in Kliniken angestellten Hebammen aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung – nicht zuletzt durch fachfremde Tätigkeiten – eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit erwägen und 25 Prozent über eine gänzliche Aufgabe der Tätigkeit nachdenken. Es sind daher dringend nachhaltige und effektive Maßnahmen notwendig, um eine ausreichende personelle Versorgung in Kreißsälen sicherzustellen. Das mit dem Gesetzentwurf des GPVG beabsichtigte Hebammenstellen-Förderprogramm ist dafür allerdings ungeeignet. Es bedarf vielmehr einer zur Erreichung der konkret vor Ort benötigten Betreuungsrelation erforderlichen Finanzierung von Hebammenstellen und Stellen für Hebammen assistierendes Personal. Dabei müssen auch die Versorgungsstufen im Rahmen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) angemessene Berücksichtigung finden.

Im Kindesalter werden die Grundsteine für eine gute gesundheitliche Entwicklung im weiteren Leben gelegt. Ziel muss sein, dass jedes Kind unabhängig von Wohnort oder sozialer Herkunft Zugang zu einer optimalen Gesundheitsversorgung bekommt. Dafür

muss eine solide Finanzierung der stationären Pädiatrie gewährleistet sein. Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf vorsieht, die gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 SGB V zu erstellende Liste bis zum 31.12.2020 um Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin zu erweitern, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Allerdings ist sehr zweifelhaft, ob auch mit dem vorgesehenen Förderbetrag die Vorhaltung der notwendigen Leistungen pädiatrischer Stationen sichergestellt werden kann. Es ist erforderlich, eine Kostendeckung inklusive aller anfallenden Vorhaltekosten zu erreichen und die Pädiatrie insgesamt auf eine solide finanzielle Grundlage zu stellen.

II. Der Bundestag fordert die Bundesregierung daher auf,

umgehend einen überarbeiteten Gesetzentwurf vorzulegen, der im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel

1. das Fünfte und Elfte Sozialgesetzbuch neu ordnet und dabei die Versorgungspfade für alle Betroffenen (Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen) klar und verständlich regelt;
2. auf eine stärkere Vernetzung der Akteure setzt und damit für spürbare Versorgungsverbesserungen sorgt, das gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen. Kerngedanke muss dabei das Prinzip „ambulant vor stationär“ sein. Fehl-, Über- und Unterversorgungen können so vermieden werden;
3. für vom Innovationsfonds geförderte Projekte einen Pfad vorgibt, wie diese tatsächlich in die Regelversorgung überführt werden können. Am Ende einer erfolgreichen Förderung sollte eine zwingende Beratung in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen werden;
4. keinen Rückgriff auf die Finanzrücklagen der Krankenkassen vorsieht;
5. die Mindestreserve der Kassen bei 0,25 Monatsausgaben und die Obergrenze für maximale Finanzreserven auf 1 Monatsreserven festlegt;
6. die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auf eine dauerhaft stabile Grundlage stellt. Um das zu erreichen, soll mehr und fairer Wettbewerb ermöglicht werden, der mit einem Gewinn an Wirtschaftlichkeit und einer Verbesserung der Qualität flankiert wird. Die Ausweitung von Selektivverträgen, zum Beispiel auf den stationären Bereich, soll sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit verbessern. Die Verwaltungsausgaben der Kranken- und Pflegekassen sollen transparenter und vergleichbarer dargestellt werden. Gleichzeitig sollen Anreize für geringere Verwaltungsausgaben gesetzt und Sanktionen für ungerechtfertigt hohe Verwaltungsausgaben eingeführt werden;
7. auf die Abstimmung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für die Ausbildung von Pflegeassistentinnen und -assistenten hinwirkt;
8. die Einführung des von DKG, Pfliegerat und ver.di entwickelten Personalbemessungskonzeptes PPR 2.0 als flexiblen Ganzhausansatz unter gleichzeitiger Ausschöpfung digitaler Ressourcen zum Bürokratieabbau schnellstmöglich umsetzt;
9. die Erforschung und Entwicklung weiterer bedarfsgenauer, innovationsoffener und flexibler Personalbemessungsinstrumente mindestens für die Bereiche Intensivmedizin und Pädiatrie in Auftrag gibt;
10. die Bundesregierung verpflichtet, eine Prüfung zu veranlassen, ob und in welchem Umfang die „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP) nach Vorbild der Schweiz und Österreich geeignet sein kann, die PPR 2.0 zu erweitern;

11. sicherstellt, dass die Pflegepersonaluntergrenzen durch ein wissenschaftlich belegtes, bedarfsgerechtes Pflegepersonalbemessungssystem ersetzt werden;
12. die Erweiterung des Anwendungsbereiches von § 150 Absatz 2 SGB XI auf alle ambulanten Pflegeeinrichtungen (psychiatrische Krankenpflegedienste, Intensivpflegedienste sowie SAPV-Dienste, die nur einen Versorgungsvertrag nach dem SGB V aufweisen) sowie der Wiederaufnahme von Rehakliniken unter den § 150 Absatz 2 SGB XI vorsieht;
13. es den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Müttergenesungswerks ermöglicht, ihre pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehrausgaben nach dem durch das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz modifizierten § 111d SGB V rückwirkend zum 01.10.2020 geltend machen zu können;
14. eine hinreichende Finanzierung der benötigten Betreuungsrelationen in der stationären Geburtshilfe sicherstellt;
15. eine hinreichende Finanzierung der stationären Pädiatrie sicherstellt.

Berlin, den 24. November 2020

Christian Lindner und Fraktion

