

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 20/3628 –**

Einfluss des Bundesministeriums der Finanzen auf Verordnungen aus dem Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 12. September 2022 schickte der Bundesminister für Gesundheit Dr. Karl Lauterbach (BMG) seinen „Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus [...] (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz)“ an das übrige Bundeskabinett. Der Entwurf wurde zwei Tage später vom Kabinett beschlossen. Nach diesem Kabinettsentwurf wird das BMG ermächtigt, wesentliche Einzelfragen der geplanten Personalbemessung in einer Rechtsverordnung zu regeln. Dies betrifft sowohl Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfs als auch solche zur Festlegung der Personalbesetzung. Nach dem Entwurf erlässt das BMG diese Verordnungen aber nicht alleine nach seinem Ermessen, sondern „im Einvernehmen“ mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF).

Regelungen zur Personalbemessung haben den Sinn, fachliche Vorgaben zu machen, um eine ausreichende Personalbesetzung in den einzelnen Krankenhausbereichen möglichst zu jeder Zeit sicherzustellen. Denn es ist erwiesen, dass zu wenig Personal die Patientinnen und Patienten gefährdet. Den Fragestellerinnen und Fragestellern ist bei allem Respekt unklar, welche Kompetenz das Bundesministerium der Finanzen in diesen Fragen beisteuern kann. Alles andere als zwingend, aber eher noch vorstellbar wäre, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, da es hier stets auch um Fragen der Qualität und Attraktivität von Arbeitsplätzen sowie der Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt geht.

Das Bundesministerium der Finanzen wäre nach Ansicht der Fragestellenden nur dann gegebenenfalls einzubeziehen, wenn ein zusätzlicher Bundeszuschuss zur Finanzierung der zusätzlichen notwendig werdenden Stellen geschaffen würde. Dies ist aber ausweislich des Gesetzentwurfs nicht der Fall. Es existiert dauerhaft lediglich ein Bundeszuschuss „zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen“. Auch wenn die Definition versicherungsfremder Leistungen in der Fachwelt sehr umstritten ist und teils sehr weit ausgelegt wird, gibt es niemanden, der oder die eine fachgerechte und ausreichende Versorgung mit Pflege im Krankenhaus dazurechnen würde. Richtig ist, dass es in der Vergangenheit immer wieder Erhöhungen oder Reduzierungen des Bundeszuschusses gab. Diese waren aber immer durch mehr oder

minder massive und temporäre exogene Faktoren ausgelöst (z. B. Wirtschaftskrise oder Pandemie). Eine gute Krankenhauspflege gehört auch in diese Kategorie eindeutig nicht, sondern ist originäre und dauerhaft zu erbringende Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Nun könnte man noch eine Betroffenheit über die private Krankenversicherung (PKV) und die Beihilfe konstruieren. Denn das BMF und die ihm unterstellte Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) beaufsichtigen die PKV. Aber auch hier würde niemand in Zweifel stellen, dass es auch eine Kernaufgabe der PKV ist, eine angemessene Krankenhauspflege zu finanzieren. Ähnliches gilt für die Beihilfe; hier kommt noch hinzu, dass die Hauptbetroffenheit bei der Beihilfe bei den Ländern liegt. Diese werden aber weder bei dem Gesetzgebungsverfahren noch bei der darin geplanten Verordnunggebung beteiligt. Die Rechtsverordnung erlässt das BMG ohne Beteiligung des Bundesrates.

Der Gesetzentwurf selbst und seine Begründung beinhalten keine Begründung für das genannte Vorgehen. Es bleibt den Fragestellenden und der Öffentlichkeit letztlich nur die Vermutung übrig, dass das BMF lediglich aufgrund dessen, dass bereits „Steuergelder in Milliardenhöhe in die gesetzliche Krankenversicherung“ geflossen seien (z. B. hier: <https://www.rnd.de/politik/klinik-pflegekraefte-karl-lauterbach-gibt-christian-lindner-mitspracherecht-FFH47WOYU5A17BLX2A6ZYBZGHI.html>), ein grundsätzliches Mitspracherecht in allen Fragen erhält, die die Ausgaben der GKV betreffen. Die Fragestellenden beurteilten dies, wenn es denn zutreffend ist, äußerst kritisch. Denn damit würde sich erstens der Gestaltungsspielraum des BMG, über Leistungen der GKV und ihre Qualität zu entscheiden, erheblich eingengt, zweitens entspricht das auch nicht der Bedeutung, die der reguläre Bundeszuschuss in der Finanzierung der GKV ausmacht (rund 5 Prozent), und drittens müsste man – wenn man minimale Ressortbetroffenheiten zum Maßstab für derart eingreifende Mitsprachemöglichkeiten nimmt – beispielsweise erst recht auch dem BMG Mitsprachemöglichkeiten bei allen Entscheidungen des BMF einräumen, die die soziale Lage der Bevölkerung als wichtigste Determinante ihrer Gesundheit betreffen.

1. Wird die Bundesregierung an der Beteiligung des BMF an der genannten Verordnung festhalten oder den Koalitionsfraktionen im Gesetzgebungsverfahren einen Formulierungsvorschlag unterbreiten, der den Einvernehmensvorbehalt beseitigt (bitte begründen)?

Es sind derzeit keine dahingehenden Änderungen an der von der Bundesregierung beschlossenen Gesetzesvorlage geplant.

2. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfs als auch solche zur Festlegung der Personalbesetzung Kernkompetenzen des BMG sind?

Nach Auffassung der Bundesregierung unterfallen Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung und zur Festlegung der Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus dem Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

3. Welche Kompetenzen hat das BMF in dieser Frage?
4. Weshalb wurde der Einvernehmensvorbehalt gewählt und nicht ein schwächerer Vorbehalt wie der des Benehmens oder lediglich ein Anhörungsvorbehalt?
5. Wie rechtfertigt sich ein so starkes Mitspracherecht angesichts der relativ geringen Bedeutung des Bundeszuschusses an den gesamten Ausgaben der GKV?

Die Fragen 3 bis 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Angesichts der steigenden Bedeutung der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und begrenzter Handlungsspielräume im Bundeshaushalt erfolgt eine Einbindung des Bundesministeriums der Finanzen.

6. Weshalb ist angesichts der Betroffenheit der Länder – einerseits über die Beihilfe, andererseits über die ihnen obliegende Krankenhausplanung – keine Beteiligung des Bundesrates an der Verordnungsgebung geplant?

Die Rechtsverordnung kann ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden, da sich keine Auswirkungen auf die Länder und ihre Verwaltungen ergeben. Die den Ländern obliegende Krankenhausplanung sowie die ordnungsbehördliche Aufsicht über die Krankenhäuser werden durch die zu erlassende Rechtsverordnung nicht berührt. Über den Einsatz des Personals entscheiden die Krankenhäuser und ihre Träger im Rahmen ihrer Organisationshoheit. Datenübermittlungen der Krankenhäuser in Bezug auf das Pflegepersonal erfolgen bereits in anderen Zusammenhängen, wie der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, ohne Einbeziehung der Landesbehörden, so dass auch im Rahmen der Ausführung der zu erlassenden Rechtsverordnung keine Verwaltungstätigkeit der Landesbehörden erforderlich ist.

7. Ist es richtig, dass die Betroffenheit der PKV keine Rolle bei der Entscheidung für den Einvernehmensvorbehalt gespielt hat?

Soweit Fragen der privaten Krankenversicherung unmittelbar tangiert sind, erfolgt eine Beteiligung des Bundesministeriums der Finanzen im Rahmen der Ressortbeteiligung.

8. Weshalb wurde in dem Gesetzentwurf auf eine Begründung für den Einvernehmensvorbehalt verzichtet?

Wie begründet die Bundesregierung dies?

Die Begründung zum Gesetzentwurf dient insbesondere dem Zweck der besseren Nachvollziehbarkeit des Gesetzentwurfs, auch um die spätere Anwendung in korrekter Form sicherzustellen. Die Herstellung des Einvernehmens zweier Bundesministerien im Rahmen eines Verordnungserlasses bedarf dabei keiner weiterreichenden Begründung, da das dazu anzuwendende Verfahren bekannt ist.

9. Wurde erwogen, das dem Sachverhalt aus Sicht der Fragestellenden nächstehende BMAS mitzubeteiligen an der Verordnung?

Dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde der Referentenentwurf entsprechend der in § 45 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) vorgesehenen Beteiligung der Bundesministerien rechtzeitig übersandt. Das BMAS hat im Rahmen der Ressortanhörung keine spezielle Beteiligung an dem Erlass der Rechtsverordnungen ange-regt.

10. Wie kam es zwischen dem Referentenentwurf, der den Einvernehmensvorbehalt noch nicht beinhaltete, und dem Kabinettsentwurf zu dieser Änderung?

Im Rahmen der Ressortabstimmung haben sich die beteiligten Bundesministerien darauf verständigt, dass die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen erfolgt. Der Referentenentwurf wurde dahingehend angepasst.

11. Ist geplant, dass bei neuen Gesetzgebungsvorhaben, die möglicherweise auch ausgabenrelevante Verordnungsermächtigungen des BMG beinhalten, ebenfalls Einvernehmensvorbehalte des BMF eingefügt werden (z. B. bei Gesundheitskiosken, Krankenhausfinanzierungsreform, Sprachmittlung als GKV-Leistung, sektorenübergreifende Bedarfsplanung, Aufhebung der Budgetierung im hausärztlichen Bereich, Reform Notfallversorgung, psychotherapeutische Bedarfsplanung, ...)?
12. Was sind generell die Kriterien, ob das BMF im Speziellen oder andere Ressorts im Allgemeinen eine Vetoposition bei Entscheidungen erhalten?

Die Fragen 11 und 12 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Herstellung des Einvernehmens mit dem Bundesministerium der Finanzen ist auf die Verordnung zur Festlegung von Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung und zur Festlegung der Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus begrenzt. Ob bei weiteren Verordnungsermächtigungen weitergehende Beteiligungsrechte anderer Ressorts vorzusehen sind, ist eine Einzelfallentscheidung, die vom konkreten Regelungsvorhaben abhängt.

13. Mit welchen Interessensgruppen und zu welchen Zeitpunkten hat welches der beteiligten Bundesministerien zu diesem Gesetzentwurf Gespräche geführt?

Der Gesetzentwurf wurde am 23. August 2022 im Rahmen der Verbändeanhörung mit den betroffenen Verbänden und Interessengruppen erörtert. Die Stellungnahmen der Verbände sollen, soweit die einzelnen Verbände der Veröffentlichung zugestimmt haben, auf der Internetseite des BMG veröffentlicht werden.

14. Wie kommt die Bundesregierung auf die in der Kostenschätzung getätigten Annahme, dass ab dem Jahr 2025 5 000 zusätzliche Pflegekräfte durch diese Regelung eingestellt werden müssten?
15. Wie viele Vollzeitäquivalente arbeiten derzeit in der Krankenhauspflege?
Wie viel Prozent Aufwuchs würden 5 000 zusätzliche Stellen bedeuten?
Wie viele Stellen sind das pro Krankenhaus?
16. Ist es nach Kenntnis der Bundesregierung richtig, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und die Gewerkschaft ver.di von einem durch die PPR (Pflegepersonalregelung) 2.0 notwendig werdenden Aufwuchs von 40 000 bis 80 000 Stellen gesprochen haben, und wie erklärt sich die große Diskrepanz zu den in der Kostenschätzung der Bundesregierung getätigten Angaben?

Die Fragen 14 bis 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei den im Vorblatt der Gesetzesvorlage zu den Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand und „Weiteren Kosten“ genannten 5 000 Pflegekräften handelt es sich um eine beispielhafte Annahme zur Veranschaulichung der Kosten, die mit der Einstellung von Pflegekräften verbunden sind. Da eine Pflegekraft nach Angaben des Statistischen Bundesamts rund 65 000 Euro pro Jahr kostet, würden bei der Einstellung von bspw. 5 000 Pflegekräften ab dem Jahr 2025 alle Kostenträger jährlich mit rund 325 Mio. Euro belastet. Die Zahl von 5 000 Pflegekräften wurde demnach lediglich beispielhaft verwendet. Eine Prognose der Bundesregierung über den Personalmehrbedarf in der Pflege im Krankenhaus ist damit in keinerlei Weise verbunden. Eine fundierte Schätzung des Personalmehrbedarfes ist aus Sicht der Bundesregierung erst nach Einführung der Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung und zur Festlegung der Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus möglich.

Im Jahr 2020 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 322 970 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt mit oder ohne direktem Beschäftigungsverhältnis im Pflegedienst der Krankenhäuser (ohne die in der Psychiatrie eingesetzten Pflegekräfte) beschäftigt (vgl. Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Statistisches Bundesamt (destatis), 2022). Mit der Einstellung von 5 000 Vollkräften ist demnach eine Steigerung von 1,5 Prozent verbunden.

