

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/2006 –**

Stand und Reform der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser

Vorbemerkung der Fragesteller

Obwohl Expertinnen und Experten immer wieder erhebliche Probleme bei der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern diagnostizieren (vgl. Augurzky in: Krankenhausreport 2017, S. 4 ff.), haben CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag darauf verzichtet, Änderungen an der bestehenden Investitionsfinanzierung sowie der Krankenhausplanung auf den Weg zu bringen. Diese wurden im Gegenteil ausdrücklich ausgeschlossen. Da die von den Ländern bereitgestellten Investitionsmittel nach wie vor nicht ausreichen (ebenda), nutzen Krankenhäuser weiter die eigentlich für die Finanzierung beispielsweise von Pflegepersonal vorgesehenen Betriebsmittel, um notwendige Investitionen bezahlen zu können. In ihrem Koalitionsvertrag haben die drei Parteien zudem vereinbart, den aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzierten Strukturfonds unverändert fortzuführen. Weder wurde eine Evaluation der bislang verausgabten Mittel festgeschrieben noch ist eine verbindliche Beteiligung der privaten Krankenversicherungen vorgesehen.

Die Fragesteller befürworten demgegenüber eine grundlegende Reform, die durch eine Beteiligung der Krankenkassen die Investitionsfinanzierung auf eine stabile Basis stellt und den Krankenkassen zugleich Mitsprache bei der Krankenhausplanung ermöglicht (vgl. Bundestagsdrucksache 18/5381).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Deutschland verfügt über ein hochentwickeltes und leistungsfähiges Krankenhauswesen. Damit die Krankenhäuser in der Lage sind, ihre Substanz zu erhalten, sich verändernden Patientenbedürfnissen Rechnung zu tragen und mit der technologischen Entwicklung mitzuhalten, bedarf es einer ausreichenden Investitionstätigkeit. Die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung ist im Koalitionsvertrag bekräftigt worden. Gleichzeitig sind die bestehenden Versorgungskapazitäten weiter an die Erfordernisse einer bedarfsgerechten und zu-

kunftsorientierten Versorgungslandschaft anzupassen. Vor diesem Hintergrund ist im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode vereinbart, dass der mit dem Krankenhausstrukturgesetz errichtete Krankenhausstrukturfonds über einen Zeitraum von vier Jahren mit einem deutlich erhöhten Fördervolumen von insgesamt einer Milliarde Euro jährlich fortgeführt wird, das zur Hälfte von den Ländern kofinanziert wird. Das Volumen des Strukturfonds wird damit um das Vierfache erhöht.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Jahr 2016 bei dem RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) ein Gutachten zum Stand und zur Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich in Auftrag gegeben, das auf der Internetpräsenz des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht worden ist (www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details/?bmg%5Bpubid%5D=3146). Eines der Ziele der Gutachtenvergabe war die Schaffung einer fundierten Informationsgrundlage zum bestehenden Investitionsbedarf, zur Höhe der Investitionsfördermittel der Länder sowie zur sich daraus ergebenden Förderlücke.

Die Antworten zu den Fragen 8 bis 14, 16 und 17 beruhen auf Angaben des Bundesversicherungsamts (BVA), auf der Grundlage der von ihm gegenüber den Ländern erlassenen Auszahlungsbescheide. Die Darstellung berücksichtigt sämtliche bereits bewilligten Anträge der Länder, für die bis zum 8. Mai 2018 Mittel zur Auszahlung gebracht wurden.

1. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das jährliche Volumen der von den Bundesländern zur Verfügung gestellten Investitionsfördermittel zwischen 1991 und 2017 unter Berücksichtigung der Preissteigerungsrate (Verbraucherpreisindex) entwickelt (bitte prozentual je Bundesland darstellen)?

Nach dem Gutachten des RWI (Seite 21) waren die Investitionsmittel 2015 bei Herausrechnung der Preisinflation von Investitionsgütern um 36 Prozent geringer als 1992. Nach der Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung aus dem Jahr 2017 (dort Seite 75) betrug der reale Wert der Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)-Gesamtfördermittel im Jahr 2015 noch 50,3 Prozent der Fördermittel des Jahres 1991. Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen. Die DKG beziffert die prozentual länderbezogene Entwicklung der Fördermittel seit dem Jahr 1991 unter Berücksichtigung des Verbraucherpreisindex wie folgt:

Bundesland	Reale Veränderung gegenüber 1991 in %
Baden-Württemberg	- 11,9 %
Bayern	- 50,6 %
Berlin	- 80,2 %
Brandenburg	- 74,3 %
Bremen	- 31,4 %
Hamburg	- 14,7 %
Hessen	- 12,6 %
Mecklenburg.-Vorpommern	- 71,6 %
Niedersachsen	- 13,0 %
Nordrhein-Westfalen	- 47,9 %
Rheinland-Pfalz	- 41,1 %
Saarland	- 52,8 %
Sachsen	- 72,0 %
Sachsen-Anhalt	- 85,2 %
Schleswig-Holstein	- 10,4 %
Thüringen	- 74,5 %
Deutschland	- 49,6 %

Quelle: Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (März 2017), Seite 73.

2. Welche weiteren Sonderförderungen und -programme wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in welcher Höhe und von wem darüber hinaus in diesem Zeitraum den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt?

In einer Befragung der obersten Landesgesundheitsbehörden durch das RWI haben sechs Länder die Durchführung von Sonderförderprogrammen bestätigt. Programminhalte und Fördervolumina ergeben sich aus nachstehendem Schaubild.

	Berlin	2016-2018: Kommunalinvestitionsprogramm Gesamtvolumen von rund 71,6 Mio. Euro
	Hessen	2016: Kommunalinvestitionsprogramm (Volumen: 76 Mio. €) Jährlich: Darlehensprogramm des Landes mit begleitenden Landesbürgschaften (Volumen: 150 Mio. € p.a.)
	Niedersachsen	Ab 2017: Sondervermögen für Krankenhausinvestitionen Gesamtvolumen von rund 680 Mio. Euro Laufzeit von 25 Jahren ermöglicht längerfristige Finanzierung von Investitionen Finanzierung durch Land und Kommunen
	Nordrhein-Westfalen	(1) 2011-2014: Einzelförderung durch den „Sonderfonds Krankenhäuser“ Gesamtvolumen von 12,7 Mio. € Gegenstand der Förderung: Modellhafte Identifizierung und Realisierung von Qualitätchancen vor allem durch erhöhte Nutzer- und Patientenorientierung. (2) 2017: Aufstockung der KHG-Mittel um zusätzliche 250 Mio. €
	Schleswig-Holstein	2014: Zuwendungen nach LHO im Rahmen eines Sonderprogrammes (Zensusmittel) in Höhe von 5,7 Mio. Euro 2015-2016: Zuwendungen nach LHO im Rahmen eines Sonderprogrammes in Höhe von voraussichtlich rund 20,5 Mio. Euro 2017-2022: Infrastrukturprogramm IMPULS fördert Krankenhäuser mit 135 Mio. €
	Thüringen	1994-2001: Sonderinvestitionen für das Klinikum Erfurt Gesamtvolumen von rund 195 Mio. Euro

Quelle: Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Gutachten des RWI, 6. Dezember 2018, Seite 25.

3. a) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das insgesamt zur Verfügung gestellte Investitionsfördervolumen zwischen 1991 und 2017 preisbereinigt je Krankenhausfall entwickelt (bitte prozentual darstellen)?

Nach den Berechnungen der DKG sank das von den Ländern bereitgestellte Investitionsvolumen im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2015 je Krankenhausfall um 61,8 Prozent (Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, März 2017, Seite 75 f.). Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen.

- b) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das insgesamt zur Verfügung gestellte Investitionsfördervolumen zwischen 1991 und 2017 preisbereinigt je Einwohner entwickelt (bitte prozentual darstellen)?

Nach den Berechnungen der DKG sank das von den Ländern bereitgestellte Investitionsvolumen im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2015 je Einwohner um 50,8 Prozent (Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, März 2017, Seite 75 f.). Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen.

4. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen 1991 und 2017 die Investitionsquote allgemeiner und sonstiger Krankenhäuser gemessen an den bereinigten Krankenhauskosten entwickelt, und wie hat sich im gleichen Zeitraum die volkswirtschaftliche Investitionsquote bundesweit entwickelt?

Nach dem Gutachten des RWI (S. 21) entsprach der Fördermittelanteil 1991 ca. 10 Prozent des Gesamtumsatzes der Krankenhäuser und ist bis 2015 auf ca. 3,5 Prozent zurückgegangen. Nach den Berechnungen der DKG sank die Krankenhaus-Investitionsquote von 9,7 Prozent im Jahr 1991 auf 3,3 Prozent im Jahr 2015 (Anteil der Fördermittel an den bereinigten Kosten aller Krankenhäuser) bzw. von 11,4 Prozent im Jahr 1991 auf 4,0 Prozent im Jahr 2015 (Anteil der Fördermittel an den bereinigten Kosten der nach dem KHG geförderten Krankenhäuser). In diesem Zeitraum sank die volkswirtschaftliche Investitionsquote (Quotient von Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt) in Deutschland nach Angaben der DKG von 24,9 Prozent im Jahr 1991 auf 19,9 Prozent im Jahr 2015 (Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, März 2017, Seite 76 f.). Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen.

5. Welche Förderquote bei den Krankenhausinvestitionen sieht die Bundesregierung beispielsweise vor dem Hintergrund der Digitalisierung, der demographischen Entwicklung mit einer Zunahme des Anteils älterer Patientinnen und Patienten sowie von Maßnahmen zur Steigerung der Energieeffizienz bei Krankenhäusern als notwendig an?

Das BMG verfügt nicht über eigene Erkenntnisse zur notwendigen Höhe einer Förderquote. Nach dem Gutachten des RWI (S. 35) beträgt der Investitionsbedarf der Krankenhäuser für bestandserhaltende Investitionen ca. 5,4 Mrd. Euro jährlich.

6. Wie viele Krankenhäuser (absolut und prozentual) waren nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2010 bis 2016 voll investitionsfähig (konnten nach eigener Einschätzung ausreichend investieren, um ihre Substanz zu erhalten)?

Eine Befragung von 167 Allgemeinkrankenhäusern durch das Branchencenter der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (BDO) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) im Jahr 2015 hat ergeben, dass sich 62,8 Prozent der befragten Krankenhäuser als schwach investitionsfähig, 12,0 Prozent als nicht investitionsfähig und 25,2 Prozent als ausreichend investitionsfähig einschätzen (BDO, DKI, Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, 2015, Seite 20).

7. Wie groß ist aktuell nach Ansicht der Bundesregierung der tatsächliche Finanzierungsbedarf der Krankenhäuser für bestandserhaltende Investitionen?

Nach den Berechnungen des RWI beläuft sich der jährliche Investitionsbedarf zum Erhalt der Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser auf 5,4 Mrd. Euro (Gutachten des RWI, Seite 35).

8. Wie viele Anträge zur Auszahlung von Fördermitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurden bislang bewilligt (bitte nach antragstellenden Bundesländern und jeweils bewilligter Auszahlung aufschlüsseln)?

Bis zum 8. Mai 2018 sind vom BVA nach § 12 Absatz 2 Satz 4 KHG in Verbindung mit § 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) insgesamt 53 Anträge bewilligt worden, vier davon teilweise. Ein weiterer Antrag wurde negativ beschieden. Die Auszahlung nach Ländern verteilt sich wie folgt:

<i>Bundesland</i>	<i>Auszahlungen</i>	<i>Auszahlungsbetrag</i>	<i>Rückzahlungen</i>	<i>Gesamt</i>
Baden-Württemberg	5	63.718.165,68 €	-	63.718.165,68 €
Bayern	7	76.864.269,69 €	-	76.864.269,69 €
Berlin	1	21.650.000,00 €	-	21.650.000,00 €
Brandenburg	3	13.998.530,50 €	-	13.998.530,50 €
Bremen	1	4.739.426,64 €	-	4.739.426,64 €
Hamburg	2	12.529.505,04 €	-	12.529.505,04 €
Hessen	2	8.957.500,25 €	-	8.957.500,25 €
Mecklenburg-Vorpommern.	1	2.500.000,00 €	-425.853,50 €	2.074.146,50 €
Niedersachsen	5	46.167.111,12 €	-	46.167.111,12 €
NRW	15	91.222.937,25 €	-	91.222.937,25 €
Rheinland-Pfalz	3	23.958.156,30 €	-	23.958.156,30 €
Saarland	2	6.051.228,69 €	-	6.051.228,69 €
Sachsen	3	23.565.927,00 €	-	23.565.927,00 €
Sachsen-Anhalt	3	14.020.358,00 €	-	14.020.358,00 €
Gesamt	53	409.943.116,16 €	-425.853,50 €	409.517.262,66 €

9. Bei wie vielen bewilligten Anträgen trägt das antragstellende Land mehr als 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Bei sieben bewilligten Anträgen werden mehr als 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten (bereits) vom antragstellenden Bundesland getragen; dies betrifft je einen Antrag des Freistaates Bayern, der Freien und Hansestadt Hamburg und des Landes Niedersachsen sowie je zwei Anträge der Länder Hessen und Sachsen-Anhalt. Bezogen auf Bayern und Hamburg beläuft sich der Anteil des Landes auf ein Vielfaches der Auszahlung aus Mitteln des Strukturfonds. In fünf der vorgenannten sieben Fälle trägt auch der Krankenhausträger zusätzlich zur Finanzierung bei.

10. Bei wie vielen bewilligten Anträgen sind auch die Träger der zu fördernden Einrichtung beteiligt (bitte jeweilige Bundesländer und Summe darstellen)?

Bei insgesamt 39 der bewilligten Anträge sind auch die Krankenhausträger der zu fördernden Einrichtung beteiligt. Deren finanzielle Beteiligung in den einzelnen Ländern stellt sich wie folgt dar:

Bundesland	Fördermittel aus dem Strukturfonds	Finanzierungsanteil Bundesland	Finanzierungsanteil des KH-Trägers
Baden-Württemberg	4.350.000,00 €	4.150.000,00 €	363.000,00 €
	1.650.000,00 €	1.600.000,00 €	162.000,00 €
	518.165,68 €	492.000,00 €	54.834,32 €
	31.300.000,00 €	31.300.000,00 €	6.940.000,00 €
	25.900.000,00 €	25.600.000,00 €	5.679.000,00 €
Berlin	21.650.000,00 €	12.505.000,00 €	9.145.000,00 €
Brandenburg	*4.902.293,00 €	5.052.935,00 €	2.894.130,00 €
	5.052.935,00 €	5.052.935,00 €	1.044.130,00 €
	*4.043.302,50 €	5.052.935,00 €	2.394.630,00 €
Bremen	4.739.426,64 €	4.739.426,64 €	2.411.458,06 €
Hamburg	5.779.505,04 €	26.309.494,96 €	16.000.000,00 €
Hessen	4.727.569,58 €	4.772.430,42 €	471.000,00 €
	4.229.930,67 €	4.270.069,33 €	490.000,00 €
Niedersachsen	35.000.000,00 €	35.000.000,00 €	10.000.000,00 €
	2.450.000,00 €	2.450.000,00 €	258.449,00 €
	250.000,00 €	250.000,00 €	152.300,00 €

Bundesland	Fördermittel aus dem Strukturfonds	Finanzierungsanteil Bundesland	Finanzierungsanteil des KH-Trägers
Nordrhein-Westfalen	2.821.881,00 €	2.144.629,56 €	677.251,44 €
	114.931,00 €	81.292,66 €	33.638,34 €
	458.789,00 €	367.031,20 €	91.757,80 €
	1.744.223,00 €	1.395.378,40 €	348.844,60 €
	8.454.369,50 €	6.763.495,60 €	1.690.873,90 €
	389.954,50 €	311.963,60 €	77.990,90 €
	987.528,00 €	790.022,40 €	197.505,60 €
	5.692.491,00 €	3.984.743,70 €	1.707.747,30 €
	703.343,00 €	562.674,40 €	140.668,60 €
	12.482.246,00 €	9.985.796,80 €	2.496.449,20 €
	1.263.903,50 €	631.951,75 €	631.951,75 €
	514.495,75 €	411.595,60 €	102.899,15 €
	808.506,50 €	446.805,20 €	361.701,30 €
	53.713.902,00 €	40.682.909,37 €	13.030.992,63 €
	1.072.373,50 €	857.898,80 €	214.474,70 €
Rheinland-Pfalz	6.828.500,00 €	6.828.500,00 €	3.602.000,00 €
	6.129.656,30 €	6.129.656,30 €	1.362.146,00 €
	11.000.000,00 €	11.000.000,00 €	16.533.636,00 €
Saarland	2.913.225,50 €	2.913.225,50 €	1.859.551,00 €
	3.138.003,19 €	3.138.003,19 €	2.652.407,62 €
Sachsen-Anhalt	9.966.633,00 €	7.100.000,00 €	5.400.000,00 €
	3.000.000,00 €	3.600.000,00 €	3.500.000,00 €
	1.053.725,00 €	3.320.800,00 €	1.441.842,00 €

* Teilbewilligung

11. Wie viele bewilligte Anträge haben jeweils nach § 12 Absatz 1 KHG den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen zum Inhalt (bitte jeweils nach Bundesländern und Förderzweck darstellen)?

Die nachfolgende Darstellung gibt Auskunft über die Bewilligungsentscheidungen nach Fördertatbeständen in den einzelnen Ländern.

Dabei wird der vom BVA ermittelte Fördersachverhalt bzw. -tatbestand nach § 1 Absatz 1 KHSFV zugrunde gelegt, nicht die (u.U. davon abweichende) Einstufung der Antragsteller. In Einzelfällen ist im Sinne der Antragstellung über mehrere förderfähige Vorhaben ein Bescheid ergangen bzw. über abgrenzbar selbst-

ständig beantragte Teile bzw. Kostenpositionen eines geförderten Vorhabens erneut befunden worden. Die Gesamtzahl der Vorhaben ist damit nicht notwendigerweise identisch mit der Zahl der Antragsbewilligungen. Die Bewilligungen mit einem Abbau von Überkapazitäten werden nachfolgend als ersatzlose Schließungen im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV ausgewiesen. Der nicht ersatzlose Abbau (vgl. § 1 Absatz 3 KHSFV) im Rahmen von Konzentrationsmaßnahmen (vgl. § 1 Absatz 1 Nummer 2, letzter Halbsatz, 1. Alternative KHSFV) wird insoweit nicht gesondert abgebildet.

Bewilligungsentscheidungen nach Fördertatbeständen je Bundesland

Bundesland	Schließung § 1 Abs. 1 Nr. 1	Konzentration § 1 Abs. 1 Nr. 2	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3a	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3b
Baden-Württemberg		4		1
Bayern		5 (4) ¹		2
Berlin		1		
Brandenburg		1		2
Bremen		1		
Hamburg		2		
Hessen	2			
Mecklenburg-Vorp.	1 ²	1 ²		
Niedersachsen		4		1
Nordrhein- Westfalen	5	6	4	
Rheinland-Pfalz		3 (2) ¹		
Saarland		2		
Sachsen		3 ³		1 ³
Sachsen-Anhalt	2 ⁴	1	1 ⁴	

¹ Jeweils ein Antrag betrifft einen abgrenzbar selbständigen Teil eines bereits antragsgegenständlichen Konzentrationsvorhabens.

² Der Bescheid fördert die Schließung einer Abteilung sowie die Konzentration einer weiteren Abteilung des (Alt-) Standorts an einem neuen Standort.

³ Ein Konzentrations- und ein Umwandlungsvorhaben wurden gemeinsam beschieden.

⁴ Ein Schließungs- und ein Umwandlungsvorhaben wurden gemeinsam beschieden.

12. Wie verteilen sich die bewilligten Fördermittel auf die in § 12 Absatz 1 KHG genannten Zwecke Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen (bitte jeweils nach Bundesländern und Förderzweck darstellen)?

Die entsprechend bewilligten Fördermittel (Angaben in Euro) verteilen sich nach Fördertatbeständen und Ländern wie folgt:

Bundesland	Schließung § 1 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV	Konzentration § 1 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3a KHSFV	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3b KHSFV
Baden-Württemberg		63.200.000		518.165,68
Bayern		75.334.167,19		1.530.102,50
Berlin		21.650.000,00		
Brandenburg		4.902.293,00		9.096.237,5
Bremen		4.739.426,64		
Hamburg		12.529.505,04		
Hessen	8.957.500,25			
Mecklenburg-Vorpommern	1.037.073,25 ¹	1.037.073,25 ¹		
Niedersachsen		45.917.111,12		250.000
Nordrhein-Westfalen	4.718.603,25	73.969.464,50	12.534.869,50	
Rheinland-Pfalz		23.958.156,60		
Saarland		6.051.228,69		
Sachsen		22.202.927,00		1.363.000
Sachsen-Anhalt	3.924.125,00	9.966.633,00	129.600	

¹ Die Kosten wurden hälftig den gemeinsam beschiedenen Vorhaben zugeordnet; eine genaue Zuordnung ist angesichts hinreichend förderfähiger Kosten in dem bereits 2016 ergangenen Bescheid nicht erfolgt; gleiches gilt für entsprechende Rückzahlungen, die jeweils hälftig in Abzug gebracht wurden.

13. a) Wie viele Umwandlungen von Krankenhäusern in nicht stationäre örtliche Versorgungseinrichtungen werden jeweils in den Bundesländern mit den bewilligten Mitteln gefördert (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?
- b) Wie viele Konzentrationen von stationären Versorgungsangeboten werden jeweils in den Bundesländern mit den bewilligten Mitteln gefördert (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Auf die tabellarische Darstellung in der Antwort zu Frage 11 wird verwiesen. Danach wurden sieben Umwandlungsvorhaben nach § 1 Absatz 1 Nummer 3b KHSFV (mit nicht akutstationären Versorgungseinrichtungen als Zielstruktur) und fünf weitere Vorhaben nach § 1 Absatz 1 Nummer 3a KHSFV (Umwandlung in eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung) bewilligt, ebenso 32 Konzentrationsvorhaben (nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV).

14. Welche Investitionsvorhaben wurden gefördert, obwohl deren Umsetzung schon vor Einführung des Strukturfonds geplant war?

Seitens der antragstellenden Länder ist gegenüber dem BVA nicht darzulegen, wann erste Abstimmungen oder Planungen durch die Träger erfolgt sind. Maßgeblich für die Förderfähigkeit und damit die Bewilligung ist, dass die Umsetzung eines Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen hat (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 KHG, § 1 Absatz 2 Satz 1 KHSFV). Als Vorhabenbeginn gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags (§ 1 Absatz 2 Satz 2 KHSFV).

Einzelne Vorhaben, die selbständige Abschnitte eines bereits vor dem 1. Januar 2016 begonnenen Gesamtvorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2016 begonnen werden und die Voraussetzungen eines förderfähigen Vorhabens nach § 1 Absatz 1 KHSFV erfüllen. Soweit dies in wenigen Einzelfällen angezeigt war, hat sich das BVA bestätigen lassen, dass ein zur Förderung beantragtes Vorhaben nicht vor dem 1. Januar 2016 ins Werk gesetzt wurde bzw. bereits ausweislich anfänglicher Planungen (vor 2016) einen selbständig förderfähigen Abschnitt eines, vor dem 1. Januar 2016 begonnenen Vorhabens, darstellt.

15. a) Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher umgesetzt, um mögliche Mitnahmeeffekte bei der Strukturfondsförderung zulasten der bestehenden Investitionsförderung zu vermeiden?
b) Welche Maßnahmen sind bei der Weiterführung des Strukturfonds geplant?

Eine Förderung aus den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds setzt voraus, dass es sich bei den geförderten Umstrukturierungsmaßnahmen um neue Maßnahmen handelt, deren Umsetzung erst nach dem 1. Januar 2016 begonnen hat. Außerdem waren die Länder verpflichtet, ihr bisheriges Investitionsniveau für die Dauer des Förderzeitraums beizubehalten und um die Kofinanzierung zu erhöhen. Auch im Rahmen der Fortführung des Krankenhausstrukturfonds werden Mitnahmeeffekte auf diese Weise auszuschließen sein.

16. Wie viele palliative Versorgungsstrukturen werden nach Kenntnis der Bundesregierung nach § 12 Absatz 1 KHG aus Mitteln des Strukturfonds gefördert (soweit möglich bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Aus Mitteln des Strukturfonds wurde auf Antrag des Landes Niedersachsen ein Hospiz gefördert.

- a) Wie viele Umwandlungen von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit den bewilligten Mitteln gefördert (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Die Zahlen sind der tabellarischen Darstellung in der Antwort zu Frage 11 zu entnehmen.

- b) Wie viele akutstationäre Krankenhausbetten werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit Hilfe der bewilligten Fördermittel abgebaut (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Insgesamt werden – auf Grundlage der in den Anträgen der Länder gegenüber dem BVA gemachten Angaben – 2 895 Planbetten abgebaut:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der abzubauenen Planbetten</i>
Baden-Württemberg	225
Bayern	658
Berlin	47
Brandenburg	52
Hamburg	26
Hessen	205
Mecklenburg-Vorpommern	31
Niedersachsen	187
Nordrhein-Westfalen	887
Rheinland-Pfalz	239
Saarland	103
Sachsen	101
Sachsen-Anhalt	134

- c) Wie viele Krankenhausabteilungen werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit Hilfe der bewilligten Fördermittel geschlossen (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Insgesamt wurden bzw. werden 32 Abteilungen geschlossen:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der geschlossenen/ zu schließenden Abteilungen</i>
Baden-Württemberg	4
Bayern	8
Bremen	1
Brandenburg	4
Hamburg	2
Mecklenburg-Vorpommern	2
Niedersachsen	1
Nordrhein-Westfalen	8
Sachsen	1
Sachsen-Anhalt	1

- d) Wie viele rechtlich selbständige Krankenhäuser bzw. Standorte von Krankenhäusern werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit Hilfe der bewilligten Fördermittel geschlossen (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Insgesamt wurden bzw. werden 30 Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte geschlossen:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der geschlossenen/zu schließenden Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte</i>
Baden-Württemberg	4
Bayern	3
Berlin	1
Hamburg	1
Hessen	2
Niedersachsen	4
Nordrhein-Westfalen	7
Rheinland-Pfalz	2
Saarland	2
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	2

17. a) Wie viele Neubauten (Bettenhäuser, Funktionstrakte usw.) werden aus Mitteln des Strukturfonds gefördert (soweit möglich bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Aus Mitteln des Strukturfonds wurden insgesamt 21 Neubauten (Bettenhäuser, Funktionstrakte u. ä.) gefördert:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der geförderten Neubauten</i>
Baden-Württemberg	3
Bayern	2
Berlin	1
Brandenburg	2
Bremen	1
Hamburg	1
Niedersachsen	2
Nordrhein-Westfalen	4
Rheinland-Pfalz	2
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	1

- b) Sind Neubauten nach Ansicht der Bundesregierung mit dem Ziel des Strukturfonds vereinbar?

Ziel des Krankenhausstrukturfonds ist die Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich durch Anpassung der bestehenden Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf. Nach den Vorgaben der KHSFV sind die Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen des Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen förderfähig. Neubaumaßnahmen oder bauliche Erweiterungsmaßnahmen können etwa dadurch erforderlich werden, dass ein aufnehmendes Krankenhaus im Fall einer Konzentration seine Versorgungskapazitäten erhöht. Ebenso ist denkbar, dass ein Krankenhaus im Rahmen der Umwandlung bestehender Versorgungskapazitäten in andere Fachrichtungen oder nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen seine Versorgungsstruktur durch eine Neubaumaßnahme an die neue Zweckbestimmung anpasst. Insoweit ist die Förderung von Neubaukosten mit dem Ziel des Krankenhausstrukturfonds vereinbar. Zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten werden Fördermittel für Neubauten nur dann bewilligt, wenn und soweit die zuvor an anderen Standorten bestehenden Versorgungsangebote an dem Neubau – in restrukturierter Form – fortgeführt werden, wenn der Neubau also erkennbar in einem kausalen Zusammenhang mit dem förderfähigen Vorhaben steht und damit als erforderliche Baumaßnahme im o.g. Sinne zu bewerten ist.

18. Existieren nach Kenntnis der Bundesregierung über den Inhalt der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) hinausgehende Vergabekriterien auf Landesebene, und wenn ja, welchen Inhalt haben diese?

Gemäß den Vorgaben der KHSFV haben die Länder im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Entscheidung darüber getroffen, für welche Umstrukturierungsvorhaben ein Antrag auf Förderung bei dem BVA zu stellen war. Das Bayerische Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat hat am 19. Juli 2016 eine Richtlinie zur Förderung der Umwandlung von Krankenhäusern (Umwandlungsförderrichtlinie) erlassen, um die Einzelheiten zur Durchführung der in der KHSFV vorgesehenen Umwandlungsförderung zu regeln.

19. Befürwortet die Bundesregierung künftig die Festlegung von Förderquoten für die in § 12 KHG genannten unterschiedlichen Zwecke des Strukturfonds?

Wenn ja, wo würde die Bundesregierung den durch eine Förderquote zum Ausdruck kommenden wesentlichen Schwerpunkt setzen?

Wenn nein, warum nicht?

Das BMG hält die Festlegung von Förderquoten zur Priorisierung der bereitgestellten Fördermittel nicht für zielführend, weil hierdurch eine passgenaue und individuell bedarfsgerechte Auswahl der für die Förderung in Betracht kommenden Umstrukturierungsvorhaben erschwert würde. Aufgrund der heterogenen Krankenhausstrukturen in den Ländern ist davon auszugehen, dass auch der bestehende Umstrukturierungsbedarf von Land zu Land stark variiert.

20. a) Haben sich die Privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung des Krankenhaus-Strukturfonds nach § 12 KHG beteiligt, und wenn ja, in welcher Höhe?

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben sich an der Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds nicht beteiligt.

- b) Wenn nein, warum haben sich Private Krankenversicherungen nicht an der Finanzierung beteiligt, obwohl auch deren Versicherte von den mit dem Strukturfonds bezweckten Verbesserungen der Versorgungsstrukturen profitieren?

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. hat seine Ablehnung einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen damit begründet, dass strukturverbessernde Maßnahmen der Länder nach seiner Auffassung eine Aufgabe der Daseinsvorsorge darstellen, die aus öffentlichen Mitteln der Länder, nicht aber aus Beiträgen von gesetzlich oder privat Versicherten zu erfüllen ist. Darüber hinaus stelle die Beteiligung am Krankenhausstrukturfonds für die privaten Versicherungsunternehmen eine versicherungsfremde Leistung dar. Die Versicherungsbeiträge seien nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Es gebe damit einen engen Zusammenhang von Versicherungsprämie und erwarteter Versicherungsleistung. Weder könne der Gesetzgeber in diese versicherungsvertragliche Verpflichtung eingreifen und eine Verwendung der Versichertengelder für versicherungsfremde Leistungen anordnen, noch dürften die Versicherungsunternehmen vereinnahmte Beträge für versicherungsfremde Leistungen, etwa zur Förderung strukturverbessernder Maßnahmen in den Ländern, verwenden. Einen staatlichen Zuschuss zur pauschalen Abgeltung von möglichen Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen, wie in § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die gesetzliche Krankenversicherung geregelt, erhielten die Unternehmen der privaten Krankenkassen gerade nicht. Schließlich beteiligten sich die privat Versicherten als Steuerzahler über steuerfinanzierte Bundeszuschüsse bereits in erheblichem Maße an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

21. Wodurch konkret hat die Bundesregierung bislang auf eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungen hingewirkt?

Der Gesetzgeber hat in § 12 Absatz 1 Satz 2 KHG eine freiwillige Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Strukturfonds-Förderung ausdrücklich vorgesehen (vgl. auch § 10 KHSFV).

22. Beabsichtigt die Bundesregierung wie von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 2017 gefordert (GMK-Beschluss „Gemeinsames Investitionsprogramm von Bund und Ländern zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung“) eine weitere Finanzierung des Strukturfonds künftig aus Mitteln des Bundes und der Länder, um die gesetzliche Krankenversicherung nicht weiter zu belasten und alle Versicherten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus angemessen und gerecht an der Finanzierung der Versorgungsverbesserungen zu beteiligen?

Wenn nein, warum nicht?

Nach den Vorgaben des Koalitionsvertrags für die 19. Legislaturperiode wird der fortgesetzte Krankenhausstrukturfonds hälftig aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder finanziert.

23. Welche Bundesländer haben nach Kenntnis der Bundesregierung von der Möglichkeit in § 10 des KHG Gebrauch gemacht und gewähren leistungsorientierte Investitionspauschalen (bitte nach Ländern und derzeitigem Anteil der Pauschalen an der gesamten Investitionsfinanzierung des jeweiligen Landes darstellen)?

Seit dem Jahr 2012 können die Länder eigenständig entscheiden, ob sie Investitionspauschalen

eingeführen oder weiterhin bei dem bestehenden System der Pauschal- und Einzelförderung bleiben. Nach dem Gutachten des RWI (S. 24f.) haben die Länder Berlin, Brandenburg, Hessen und Saarland leistungsorientierte Investitionspauschalen eingeführt. Bremen und Sachsen-Anhalt planen die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen im Jahr 2018 bzw. im Jahr 2019. Nordrhein-Westfalen hatte bereits im Jahr 2008 die Einzelförderung durch eine Baupauschale ersetzt. Dem BMG liegen keine Informationen darüber vor, zu welchem Anteil die Länder die bereitgestellten Investitionsmittel auf leistungsorientierte Investitionspauschalen und auf die herkömmliche Einzel- und Pauschalförderung verteilen.

24. a) Welche Bundesländer gewähren nach Kenntnis der Bundesregierung neben der Pauschalförderung auch Einzelzuweisungen bzw. beabsichtigen die Wiedereinführung von Einzelförderungen?
- b) In welchem finanziellen Umfang und mit welchem Förderzweck sind diese Einzelzuweisungen vorgesehen?

Nach Kenntnis des BMG hat der Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen im März 2018 eine Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes beschlossen, in der die Wiedereinführung einer zielgerichteten Einzelförderung neben der bisherigen Pauschalförderung vorgesehen ist. Ziel der Regelung ist ein optimierter Umgang mit Fördermitteln, um bei Ausweisung entsprechender Förderschwerpunkte im Investitionsprogramm des Landes Akzente setzen zu können (Landtagsdrucksache 17/1046, Seite 132).

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula-Schulz-Asche,
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

– Drucksache 19/2017 –

Umsetzung einer besseren Finanzierung der Pflege im Krankenhaus

Vorbemerkung der Fragesteller

CDU, CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 vereinbart, die Pflegepersonalkosten künftig unabhängig von den Fallpauschalen zu vergüten und die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umzustellen (vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 2018, S. 99). Der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn kündigte auf dem 17. Nationalen DRG-Forum (DRG = Diagnosebezogene Fallgruppen) an, „im Grundsatz“ an den Fallpauschalen festzuhalten. Vor dem Hintergrund der laut Koalitionsvertrag beabsichtigten Herauslösung der Pflege aus dem DRG-System sagte er, es sei ein „schwieriger Spagat“, die Pflege gesondert zu finanzieren und zugleich die Krankenhäuser nicht aus ihrer betriebswirtschaftlichen Verantwortung zu entlassen. Es sei leichter, dies in einem Koalitionsvertrag zu formulieren als es am Ende praktisch umzusetzen. (vgl. Rede Jens Spahn, Eröffnung des 17. Nationalen DRG-Forums am 15. März 2018). Auch der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Erwin Rüdell (CDU/CSU), äußerte sich in derselben Veranstaltung skeptisch. Das, was im Koalitionsvertrag stehe, werde nicht immer eins zu eins umgesetzt (vgl. Meldung Bibliomed-Manager vom 16. März 2018). Demgegenüber sagte der stellvertretende Vorsitzende der Fraktion der SPD Karl Lauterbach, man werde die Pflege „komplett aus den Fallpauschalen herausnehmen“ und „zur Kostenerstattung in den Krankenhäusern zurückkehren“ (vgl. Rede im Deutschen Bundestag am 23. März 2018). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und wie die Bundesregierung sicherstellen will, dass kalkulierte Mittel für die Pflege auch in der Pflege ankommen und wie Fehlanreize zu Lasten der Pflege verhindert werden können.

Vorbemerkung der Bundesregierung:

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die laufende Legislaturperiode zielt darauf ab, die Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern zu verbessern. Ebenso soll eine verbesserte Vergütung des Pflegepersonals erreicht werden. Die Pflegepersonalausstattung und die Pflegepersonalkostenfinanzierung werden deshalb bereits möglichst zeitnah mit den in Vorbereitung befindlichen Maßnahmen für ein Pflegesofortprogramm gestärkt. Diesem Ziel ist auch

der Ansatz verpflichtet, Pflegepersonal nach dem krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und dem hierfür entstehenden Aufwand zu vergüten. Die mit der Einführung des DRG-Systems verbundene Transparenz und Leistungsorientierung soll dabei jedoch erhalten bleiben. Zur Umsetzung der Ziele des Koalitionsvertrages kommen verschiedene Lösungsoptionen in Frage. Die zu erwartenden und teilweise weitreichenden Folgen der unterschiedlichen Lösungsoptionen für die Krankenhausfinanzierung sind sorgfältig abzuwägen.

1. a) Welchen Umfang haben nach Kenntnis der Bundesregierung die für Pflegepersonalkosten im Krankenhaus im DRG-System bislang ausgewiesenen Mittel?

Die Pflegepersonalkosten werden im DRG-System bislang nicht gesondert ausgewiesen. Vielmehr beziehen sich die Bewertungsrelationen des DRG-Systems auf den Gesamtaufwand einer Krankenhausbehandlung, die neben den Personalkosten des Pflegedienstes z. B. auch die Personalkosten des ärztlichen Dienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes sowie die Sachkosten des medizinischen Bedarfs umfasst.

- b) Ist diese Summe nach Auffassung der Bundesregierung für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Pflegeleistungen im Krankenhaus ausreichend, und wenn nein, welche Mittel (in Euro) müssten nach Auffassung der Bundesregierung für eine bedarfsgerechte Pflegefinanzierung zur Verfügung gestellt werden?

Ausweislich des Kostennachweises der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die Personalkosten des Pflegedienstes für die allgemeinen Krankenhäuser im Jahr 2016 auf rund 16,67 Mrd. Euro. In diesen Kosten sind in einem nicht bekannten Umfang die Kostenanteile von sogenannten Abzügen enthalten, die nicht über die Entgelte des DRG-Systems vergütet werden. Im Einzelnen handelt es sich hier um Abzüge für wissenschaftliche Forschung und Lehre, Abzüge für Ambulanzen und sonstige Abzüge. Die sonstigen Abzüge umfassen vor allem Abzüge für vor- und nachstationäre Behandlungen, ärztliche und nicht-ärztliche Wahlleistungen und belegärztliche Leistungen. Nach Hochrechnungen auf der Grundlage bestimmter Annahmen sowie des Kostennachweises der Krankenhäuser 2016 und des Report-Browsers zum DRG-System 2018, das auf dem Datenjahr 2016 basiert, kommt die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu der Einschätzung, dass das hochgerechnete DRG-Erlösvolumen für den Pflegedienst die Pflegepersonalkosten um rund 160 Mio. Euro überschreitet.

2. a) Welche Erkenntnisse der Bundesregierung unterstützen die Einschätzung des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn, dass „Geld, das für die Pflege vorgesehen ist, nicht in der Pflege ankommt“ (vgl. Rede des Ministers zur Eröffnung des 17. Nationalen DRG-Forums am 15. März 2018, <https://youtu.be/I1cMvGg0NL8>; abgerufen am 27. März 2018)?
- b) Auf welchen Gesamtumfang (in Euro) schätzt die Bundesregierung eine solche zweckwidrige Verwendung von Mitteln, die ursprünglich für Pflegepersonalkosten vorgesehen waren?

Ein vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenes Gutachten zu Stand und Weiterentwicklung der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich, das auf der Internetpräsenz des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht ist (www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/

ministerium/details/?bmg%5Bpubid%5D=3146), lässt eine beträchtliche Förderlücke bei der Investitionsmittelfinanzierung durch die Länder erkennen. Die jährliche Förderlücke, d. h. der Differenzbetrag zwischen den von den Ländern zur Verfügung gestellten Fördermitteln und dem Investitionsbedarf, liegt je nach Berechnungsmethode zwischen rund 2,6 Mrd. Euro und rund 3,8 Mrd. Euro. Notwendige Investitionen der Krankenhäuser, für die die Fördermittel der Länder nicht ausreichen, müssen daher aus Eigenmitteln der Krankenhäuser, gegebenenfalls mit Unterstützung der Krankenhausträger finanziert werden. Sowohl angesichts der Größenordnung der Förderlücke als auch angesichts der Problematik von langjährig unzureichenden Investitionsmittelzahlungen der Länder, ist davon auszugehen, dass Betriebsmittel, die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten vorgesehen sind, von den Krankenhäusern auch für investive Zwecke eingesetzt werden müssen.

3. a) Was sind aus Sicht der Bundesregierung die Ursachen für eine solche zweckwidrige Verwendung von für die Pflegepersonalkosten vorgesehenen Mitteln?
- b) Welchen Anteil an den Ursachen der zweckwidrigen Verwendung von Pflegepersonalkosten hat nach Ansicht der Bundesregierung die unzureichende Investitionsfinanzierung, und auf welche Weise will die Bundesregierung dieses Problem lösen?

Soweit Erlöse, die auf der Grundlage von Pflegepersonalkosten kalkuliert werden, von Krankenhäusern für andere Zwecke verwendet werden, liegen der Bundesregierung keine belastbaren Analysen über einzelne Ursachen und mögliche Ursachenanteile vor. Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen. Nach geltendem Recht werden die Mittel zur Förderung von Investitionen der Krankenhäuser von den Ländern aufgebracht. Dabei sind die Fördermittel so zu bemessen, dass sie die unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionen decken. Der Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode hat die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung bekräftigt. Durch die vorgesehene Fortführung des Krankenhausstrukturfonds werden die Länder bei der Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturen im Krankenhausbereich unterstützt. Dies wird sich positiv auf die Effizienz der Investitionsfinanzierung auswirken.

4. Hält die Bundesregierung die Einführung einer Nachweispflicht für geboten, um sicherzustellen, dass die für Pflege vorgesehenen Mittel auch tatsächlich in der Pflege ankommen?

Wenn nein, warum nicht?

In einem pauschalierenden Entgeltsystem liegt es grundsätzlich in der betriebswirtschaftlichen Verantwortung der Krankenhäuser, die Betriebsmittel, die sie über die Vergütung von Krankenhausleistungen erhalten, eigenverantwortlich für eine effektive und effiziente Versorgung der Patientinnen und Patienten einzusetzen. Mit einer Nachweispflicht wäre einerseits zusätzlicher bürokratischer Aufwand verbunden. Zugleich kann dann krankenhausespezifischen Bedarfen für einen flexiblen Mitteleinsatz nicht mehr hinreichend Rechnung getragen werden. Andererseits stellt die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder eine dauerhafte Herausforderung für eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung dar.

5. Beabsichtigt die Bundesregierung, bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten zur „Kostenerstattung in den Krankenhäusern zurückzukehren“ (Karl Lauterbach in der Rede vom 23. März 2018 vor dem Deutschen Bundestag)?
6. Wenn nein, existieren in der Bundesregierung auch andere Überlegungen zur Umsetzung eines künftigen Finanzierungssystems für Pflege im Krankenhaus, und welche sind dies?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für Änderungen bei der Pflegepersonalkostenfinanzierung kommen verschiedene Lösungsoptionen in Frage. Die zu erwartenden und teilweise weitreichenden Folgen der unterschiedlichen Lösungsoptionen für die Krankenhausfinanzierung sind sorgfältig abzuwägen. Aktuell werden Maßnahmen für ein Pflegesofortprogramm vorbereitet, die auf eine möglichst zeitnahe Stärkung der Pflegepersonalausstattung und der Pflegepersonalkostenfinanzierung abzielen.

7. Welche Vor- oder Nachteile hätte nach Ansicht der Bundesregierung einerseits die Rückkehr zum Prinzip der Kostenerstattung bei den Pflegepersonalkosten oder andererseits ein zur unmittelbaren Erlösrelevanz von Pflegeleistungen führendes System der leistungsbezogenen Pflegefinanzierung im Krankenhaus im Hinblick auf (bitte zu den Fragen 7a bis 7k jeweils gesondert Stellung nehmen)
 - a) die Höhe der für Pflegestellen zur Verfügung stehenden Mittel;
 - b) die Anzahl der im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Pflegekräfte;
 - c) die Qualität von Pflegeleistungen im Krankenhaus;
 - d) die Behebung von Versorgungsdefiziten bei der Pflege einzelner Gruppen, wie zum Beispiel Demenzpatientinnen und Demenzpatienten;
 - e) die Entlastung der Pflegekräfte von patientenfernen Aufgaben, die Weiterentwicklung der Aufgabenverteilung und des Qualifikationsmix im Krankenhaus;
 - f) die Arbeitsbedingungen für die Pflege im Krankenhaus;
 - g) die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen;
 - h) die Position der Pflegeberufe bei krankenhaushinteren Personalbudget- bzw. Personalstellenverhandlungen;
 - i) den Dokumentationsaufwand;
 - j) die Transparenz der Mittelverwendung;
 - k) die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung?

Die Fragen 7 bis 7k werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auch innerhalb des Kostenerstattungsprinzips oder einer leistungsbezogenen Pflegefinanzierung lassen sich die Punkte a bis k unterschiedlich ausgestalten, so dass mögliche Vor- oder Nachteile von der jeweils konkreten Ausgestaltung eines Systems abhängen. Mit den unterschiedlichen Optionen sind unterschiedlich weitreichende Folgen für die Krankenhausfinanzierung verbunden. Einzelne Optionen sind daher sorgfältig unter Beachtung der Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit abzuwägen.

8. Mit welchem zeitlichen Aufwand rechnet die Bundesregierung für die im Koalitionsvertrag vorgesehene Bereinigung der DRG-Kalkulationen um die Pflegepersonalkosten, und in welchem Zeitraum soll dies geschehen?

Es ist mit einem großen Umsetzungsaufwand zu rechnen. Die konkrete Dauer hängt von der konkreten Ausgestaltung ab.

9. Sollen bestehende Instrumente wie der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) und die Zusatzentgelte für Pflegegrade in ein neues System zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten integriert werden, und wenn ja, auf welche Weise?

Das Ob und Wie einer Einbeziehung hängt von der zu klärenden konkreten Ausgestaltung eines Systems ab.

10. Auf welche Weise und durch wen soll der „krankenhausindividuelle Pflegepersonalbedarf“ (Zitat aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD) nach Auffassung der Bundesregierung ermittelt werden, und wie soll er gegenüber den Kostenträgern nachgewiesen werden?

Auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu Frage 7 wird verwiesen.

11. In welchem Umfang sollen die ermittelten Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf bei der vorgesehenen Pflegepersonalkostenvergütung nach Auffassung der Bundesregierung „berücksichtigt“ werden, wie es im Koalitionsvertrag heißt?

Auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu Frage 7 wird verwiesen.

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/2082 –

Zukunft der elektronischen Gesundheitskarte

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) waren große Hoffnungen verbunden. Eine Digitalisierung im Gesundheitssektor bietet viele Chancen, etwa für die bessere Nutzbarkeit von Daten, Einsparungen und den Abbau von Bürokratie.

Insgesamt läuft die Einführung der eGK schleppend, zudem sind bislang kaum Vorteile und Verbesserungen im Vergleich zur alten Krankenversichertenkarte erkennbar. Von den ursprünglich geplanten Funktionen sind bis heute nur Basisfunktionen nutzbar. Insbesondere für die Versicherten bietet die eGK nach Auffassung der Fragesteller bislang keinen Mehrwert. Statt der Verfügbarkeit von umfangreichen Patientendaten wie Rezepten, Behandlungsinformationen oder Impfdaten kann bislang kaum mehr als die Adresse und Versichertennummer von Versicherten gespeichert werden.

Sollten in Zukunft mehr Daten auf der eGK gespeichert werden, ist es zudem fraglich, ob die Versicherten diese Daten mit einfachen Mitteln abrufen können werden. Es besteht nach Auffassung der Fragesteller die Gefahr, dass ihnen der Zugang zu den über sie gespeicherten Daten weitestgehend verwehrt bleibt.

Von zentraler Bedeutung für einen langfristigen Erfolg der eGK ist es also, dass erstens das System einfach in der Nutzung sowohl für Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken als auch für die Versicherten selbst ist. Jeder Mensch muss mit einfachen Mitteln überprüfen können, welche Daten über ihn auf der eGK und in den verbundenen Systemen abgespeichert sind. Zweitens muss der Datenschutz durch eine wirksame Verschlüsselung und sichere Speicherung der Daten gewährleistet werden. Sensible Gesundheitsdaten dürfen nicht in die Hände von Hackern und Kriminellen gelangen. Drittens müssen die Kosten für die eGK in einem vertretbaren Rahmen gehalten werden. Der verantwortungsvolle Umgang mit den Ressourcen von Versicherten, Ärzten, Kliniken, Apothekern, Krankenkassen und nicht zuletzt auch der Steuerzahler muss jederzeit gewährleistet sein. Und viertens müssen sich behandelnde Mediziner darauf verlassen können, dass die auf der eGK abgespeicherten und über die eGK abrufbaren Daten korrekt sind und auch korrekt übertragen werden. Die Haftungsfrage für fehlerhafte Daten muss eindeutig geklärt sein.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung befördert den Aufbau einer sicheren Informations- und Kommunikationsinfrastruktur im Gesundheitswesen, für den der Gesetzgeber Fristen vorgegeben hat. Die Telematikinfrastruktur wird die Beteiligten im Gesundheitswesen sicher miteinander vernetzen und Versicherte in die Lage versetzen, ihren jeweiligen Behandlern verlässliche medizinische Daten zur Verfügung zu stellen. Nachdem im Jahr 2017 die Erprobung der sicheren Online-Anbindung von Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten mit der ersten Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, dem "Online-Versichertenstammdatendienst", erfolgreich abgeschlossen wurde, hat im Dezember 2017 die Ausstattung der Arzt- und Zahnarztpraxen begonnen. Der Prozess der Anbindung der Arzt- und Zahnarztpraxen wird kontinuierlich fortgesetzt und die Bundesregierung erwartet, dass durch Eintritt weiterer Marktteilnehmer Mitte dieses Jahres eine weitere Dynamik beim Aufbau dieses sicheren Gesundheitsnetzes entstehen wird. In den weiteren Ausbausritten werden die Krankenhäuser, die Apotheken sowie der Pflegebereich einbezogen. Darauf aufbauend werden schrittweise ab 2019 die ersten medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte, der elektronische Medikationsplan sowie die Notfalldaten und anschließend die elektronische Patientenakte eingeführt. Die elektronische Patientenakte muss so gestaltet werden, dass sie bei allen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten, den Krankenhäusern und in weiteren medizinischen Einrichtungen sektorübergreifend einsetzbar ist. Sie soll bei einem Kassenwechsel übertragbar sein. Versicherte sollen den Leistungserbringern einen sicheren Zugang zu ihren medizinischen Daten ermöglichen können. Sie müssen aber auch in die Lage versetzt werden, mit modernen Verfahren, die sie aus ihrem alltäglichen Leben gewohnt sind, selbst auf ihre Daten zugreifen zu können.

1. Welche Anzahl der eGK der ersten Generation (G1), die Anfang Oktober 2017 ungültig geworden sind, sind aktuell von den einzelnen Krankenkassen noch nicht gegen neuere Karten ausgetauscht worden?

Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbands haben vor Oktober 2017 alle betroffenen Versicherten eine neue Karte erhalten.

2. Welche Anzahl an eGK der Generation G1+ sind aktuell bei den einzelnen Krankenkassen noch in Umlauf, wann werden diese ungültig, und wann sollen diese jeweils gegen neuere Karten getauscht werden?

Die elektronischen Gesundheitskarten der Generation G1+ dürfen nach Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik und der Gesellschaft für Telematik (gematik) längstens bis zum 31. Dezember 2018 eingesetzt werden und müssen daher von den Krankenkassen bis spätestens zum 31. Dezember 2018 gegen Gesundheitskarten der Generation G 2.0 oder G 2.1 ausgetauscht werden. Die Krankenkassen haben nach Angaben des GKV-Spitzenverbands insgesamt noch ca. 9 Millionen Gesundheitskarten der Generation G1+ im Feld und werden diese spätestens zum 31. Dezember 2018 gegen Gesundheitskarten der Generation G 2.0 bzw. G 2.1 ersetzt haben.

3. Welche Anzahl an eGK der Generation G2 sind aktuell bei den einzelnen Krankenkassen im Umlauf?

Die Krankenkassen haben nach Auskunft des GKV-Spitzenverbands bereits 87 Prozent (63,2 Millionen) der elektronischen Gesundheitskarten der Generation G1+ gegen Karten der Generation G2.0 ausgetauscht.

4. Wie oft musste seit dem 1. Oktober 2017 das ersatzgebundene Papierverfahren für Versicherte genutzt werden, die noch eine ungültige G1-Karte besaßen, und welche Kosten hat dies bei den einzelnen Kassen und insgesamt verursacht?

Da deutlich vor dem 1. Oktober 2017 die elektronische Gesundheitskarte der Generation G1+ flächendeckend im Feld war, kam es nach Auskunft des GKV-Spitzenverbands zu keinem papiergebundenen Ersatzverfahren wegen einer ungültigen G1-Karte.

Andere Gründe führten im 4. Quartal 2017 bundesweit, mit regionalen Schwerpunkten, zu Ablehnungen der Karten der Generation G1+ durch die Praxisverwaltungssysteme. Zahlen über in diesem Zusammenhang durchgeführte Ersatzverfahren liegen nicht vor.

5. Bis wann müssen alle G1+-Karten gegen G2-Versionen getauscht sein?

Die Verwendung von G1+-Karten ist aufgrund der Auflagen an die kryptographischen Verfahren gemäß der Technischen Richtlinie des Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik TR-03116-1 auf den 31. Dezember 2018 begrenzt. Die G1+-Karten müssen bis zum Start der medizinischen Anwendungen ausgetauscht werden, da Versicherte diese mit G1+-Karten nicht nutzen können.

6. Wie und durch welche Verfahren gewährleisten die einzelnen Krankenkassen, dass die von den Versicherten eingereichten Lichtbilder auch wirklich die versicherte Person abbilden?

Es obliegt den Krankenkassen, das Verfahren zur Beschaffung der Lichtbilder für die elektronische Gesundheitskarte zu bestimmen. Die Frage der Identitätsüberprüfung bei der Lichtbildbeschaffung für das Ausstellen der elektronischen Gesundheitskarte war bereits im Jahr 2009 Gegenstand der 74. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger. Im Ergebnis haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder festgestellt, dass die Krankenkassen kraft ihrer Zuständigkeit entscheiden, welches Verfahren der Lichtbildübermittlung sie ihren Versicherten anbieten, wobei Gesichtspunkte des Datenschutzes, Kosten- und Nutzenerwägungen und die Gefahr des Missbrauchs abzuwägen sind. Nach Kenntnis der Bundesregierung sehen die Verfahren der Krankenkassen Prüfschritte vor, um zu verhindern, dass falsche Lichtbilder übermittelt werden (z. B. Übermittlung personalisierter Vordrucke mit Rückantwortkarte, individueller Antragsnummer und Barcode).

7. Welche neuen Funktionen sollen wann eingeführt werden, wie ist hier der genaue Zeitplan?

Derzeit wird im Rahmen des Aufbaus der sicheren Vernetzung des Gesundheitswesens der Online-Versichertenstammdatendienst eingeführt, der eine Prüfung der Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte sowie bei Bedarf eine Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte

ermöglicht. Darauf aufbauend werden schrittweise ab 2019 die ersten medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte, der elektronische Medikationsplan sowie die Notfalldaten und anschließend die elektronische Patientenakte eingeführt. Die wesentlichen funktionalen und technischen Anforderungen zur Entwicklung des elektronischen Medikationsplans sowie die Zulassungsvoraussetzungen hat die gematik festgelegt und Anfang 2018 veröffentlicht. Ergänzend dazu haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung die erforderlichen Finanzierungsvereinbarungen für die Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte getroffen. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, dass die Industrie die entsprechenden Produkte entwickeln, zulassen und am Markt anbieten kann. Die Bundesregierung geht davon aus, dass spätestens Mitte 2019 erste Anbieter die erforderlichen Produkte für die Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte anbieten werden.

Parallel arbeitet die gematik daran, die notwendigen Voraussetzungen dafür festzulegen, dass die Industrie elektronische Patientenakten anbieten kann, die sektorübergreifend bei allen Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen des Gesundheitswesens genutzt werden können. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die gematik diese Arbeiten entsprechend der gesetzlichen Frist Ende 2018 abschließen wird.

8. Welche Funktionen liegen bisher hinter dem ursprünglichen Zeitplan zurück, und ist mit weiteren Verzögerungen zu rechnen, wenn ja, wo, und bei welchen Funktionen, und in welchem Umfang?

Die gematik hat die im E-Health-Gesetz geregelten Fristen für die von ihr zu leistenden Arbeiten eingehalten und die Bundesregierung geht davon aus, dass sie auch die Frist für die Arbeiten zur Einführung der elektronischen Patientenakte Ende 2018 einhalten wird. Bei der Einführung der ersten Anwendung Online-Versichertenstammdatendienst ist es zu erheblichen Verzögerungen gekommen.

9. Welche Kosten sind den einzelnen Krankenkassen und nach Einschätzung der Bundesregierung insgesamt den Ärzten, Kliniken, Apotheken und weiteren Beteiligten bisher für die Einführung der eGK entstanden?
10. Mit welchen Kosten rechnen die einzelnen Krankenkassen und nach Einschätzung der Bundesregierung insgesamt die Ärzte, Kliniken, Apotheken und weiteren Beteiligten für die weitere Umsetzung bis 2021?
14. Welche Kosten sind bisher den einzelnen gesetzlich Krankenversicherten entstanden, welche werden bis 2021 noch entstehen?

Die Fragen 9, 10 und 14 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Kosten für den Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sind von den konkreten Entscheidungen der Selbstverwaltung abhängig. Die Organisationen der Selbstverwaltung haben einen gesetzlichen Auftrag für den Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)). Da die Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur Zuständigkeit der Selbstverwaltung ist, hängen auch die konkret anfallenden Kosten wesentlich von deren Entscheidungen ab. Dies betrifft sowohl die Kosten für die von den Organisationen der Selbstverwaltung gegründeten gematik als auch die für die Einführung und den Betrieb der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen bei den Krankenkassen und den Beteiligten anfallenden Kosten.

Die Verträge, die von den jeweiligen Organisationen einschließlich der einzelnen Krankenkassen mit ihren Lieferanten bzw. Dienstleistern geschlossen wurden, sind der Bundesregierung nicht bekannt. Deshalb können die tatsächlich bislang entstandenen Kosten in weiten Teilen nicht konkret beziffert bzw. abgegrenzt werden. Zudem werden im Rahmen des Aufbaus der Telematikinfrastruktur Maßnahmen durchgeführt, die ohnehin von der Selbstverwaltung in Angriff genommen worden wären. Im Rahmen des Projektes erfolgen sie jetzt besser abgestimmt und standardisiert. Ein Beispiel hierfür ist die Einführung der elektronischen Heilberufsausweise, die dazu dienen, bei zunehmender elektronischer Datenerfassung Zugriffsberechtigungen nachzuweisen und elektronische Dokumente rechtssicher zu unterschreiben. Da der von Seiten des GKV-Spitzenverbands an die gematik zu zahlende Betrag gesetzlich geregelt bzw. durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch Rechtsverordnung festgelegt wird, können dazu konkrete Angaben gemacht werden. Seit Gründung der gematik im Jahr 2005 hat die gematik für ihre Finanzierung bis zum Jahr 2017 von Seiten des GKV-Spitzenverbands insgesamt Beträge in Höhe von rund 606 Mio. Euro erhalten.

Zur Erstattung der erforderlichen Ausstattungskosten und der Kosten für den laufenden Betrieb, die den Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Krankenhäusern und Apotheken im Zusammenhang mit der Einführung der Telematikinfrastruktur entstehen, werden nach § 291a Absatz 7 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 7a und 7b SGB V Finanzierungsvereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband geschlossen, so dass den Leistungserbringern insoweit ihre Kosten refinanziert werden.

11. Zu welchen Kosteneinsparungen hat die eGK bei den einzelnen Krankenkassen und nach Einschätzung der Bundesregierung insgesamt bei Ärzten, Kliniken, Apotheken und weiteren Beteiligten bislang geführt?
12. Welche weiteren Kosteneinsparungen erwarten die einzelnen Krankenkassen und nach Einschätzung der Bundesregierung insgesamt die Ärzte, Kliniken, Apotheken und weiteren Beteiligten für die Zukunft?

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

Mitte Dezember 2017 hat die flächendeckende Anbindung der Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte an die Telematikinfrastruktur begonnen. Der Anschluss an die Telematikinfrastruktur ermöglicht die Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten (Online-Versichertenstammdatendienst). Der Anschluss an die Telematikinfrastruktur ist erst der Anfang. Er ist Voraussetzung für die medizinischen Anwendungen. Als erste medizinische Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte werden die Notfalldaten und der elektronische Medikationsplan umgesetzt. Nach den der Bundesregierung bekannten Informationen ist derzeit davon auszugehen, dass die Industrie ab Mitte 2019 die dafür erforderlichen Produkte (Software) am Markt anbieten kann und somit beide Anwendungen noch 2019 starten können. Da sich das Gesamtprojekt insgesamt in der Einführungsphase befindet und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Aufbau der Telematikinfrastruktur wesentlich von den künftigen Entscheidungen der Organisationen der Selbstverwaltung abhängen, können keine belastbaren Aussagen zu den Kosteneinsparungen erfolgen.

13. Wie hoch sind nach Einschätzung der Bundesregierung die Investitionen, die Arztpraxen durchschnittlich für die benötigte Hard- und Software aufwenden müssen bzw. schon aufgewendet haben?

Es ist gesetzlich geregelt, dass die jeweils betroffenen Selbstverwaltungsorganisationen – bei den Ärztinnen und Ärzten die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband – Vereinbarungen zur Finanzierung der im Zusammenhang mit der Einführung der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten schließen (siehe auch Antwort zu den Fragen 9, 10 und 14). Derzeit existiert eine Finanzierungsvereinbarung für die Einführung des Versichertenstammdatendienstes. Danach erhalten die Ärztinnen und Ärzte zurzeit Installationskosten ab ca. 3 500 Euro, je nach Praxisgröße, sowie laufende Betriebskosten von ca. 90 Euro monatlich. Darüber hinaus wurde bereits eine Finanzierungsvereinbarung für die Einführung der Notfalldaten und des elektronischen Medikationsplans geschlossen. Für die Installation der dafür erforderlichen Software erhalten die Ärztinnen und Ärzte zurzeit 530 Euro sowie 1,50 Euro monatlich für die Betriebskosten.

15. Wie wird bei der eGK der Datenschutz sichergestellt?

Für die Verarbeitung personenbezogener Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte gelten die europäischen und nationalen datenschutzrechtlichen Vorgaben. Maßgeblich ist die ab dem 25. Mai 2018 europaweit unmittelbar anwendbare Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO), die auf nationaler Ebene durch die zeitgleich in Kraft tretende Neufassung des Bundesdatenschutzgesetzes ergänzt wird. Daneben bestehen auch weiterhin im SGB V die in enger Abstimmung mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entwickelten bereichsspezifischen datenschutzrechtlichen Vorgaben für Aufbau und Nutzung der Telematikinfrastruktur und für die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte. Für alle medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gilt das Prinzip der Freiwilligkeit. Die Versicherten entscheiden, ob und welche medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte sie nutzen möchten. Medizinische Daten werden insoweit nur auf Basis einer Einwilligung des Versicherten mittels der elektronischen Gesundheitskarte verarbeitet. Eine erteilte Einwilligung ist jederzeit widerruflich und kann auf einzelne Anwendungen beschränkt werden.

Datenschutz und Datensicherheit sind auch zentrale Anforderungen an alle eingesetzten technischen Komponenten zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und an die organisatorischen Verfahren in der Telematikinfrastruktur. Die Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit in der Telematikinfrastruktur gehört zu den gesetzlichen Kernaufgaben der gematik. Das BMG bezieht die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in die Prüfung der Beschlüsse der gematik ein. Die technischen Sicherheitsanforderungen werden zudem in enger Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik festgelegt. Für die Zulassung von Komponenten und Diensten ist eine Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik gemäß dem Stand der Technik und der aktuellen Bedrohungslage erforderlich.

16. Welche Zertifizierungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik und weitere Sicherheitszertifizierungen (etwa ISO/IEC 15408) liegen für die einzelnen Hardware-Komponenten und für die Software vor, welche fehlen noch?

Für die Hardwarekomponenten der Telematikinfrastruktur werden als Voraussetzung für die Erteilung einer Zulassung durch die gematik Sicherheitszertifizierungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik nach Common Criteria (ISO/IEC 15408) gefordert. Die folgenden Produkte haben eine solche Sicherheitszertifizierung durchlaufen und sind durch die gematik zugelassen: 2 Kartenterminals, 1 Konnektor, 16 Smartcards der bereits im Austausch befindlichen Generation G1+ eGK, 5 Betriebssysteme (COS) für Smartcards der Generation G2 als Basis für die Gesundheitskarte, den Heilberufsausweis, die Institutionskarte (SMC-B) und die Gerätekarten sowie 18 Objektsysteme (vergleichbar mit einer Verzeichnis- und Rechtestruktur) für die jeweils verschiedenen Smartcards der Generation G2.0 bzw. G2.1. Die Übersicht aller aktuell zugelassen Komponenten ist auf der Webseite der gematik (<https://fachportal.gematik.de/zulassungen/online-produktivbetrieb/>) veröffentlicht. Neben dem Konnektor der von der gematik beauftragten Firma RISE GmbH befinden sich noch die Konnektoren und Kartenterminals weiterer Hersteller in laufenden Zertifizierungs- und Zulassungsverfahren. Für den Rollout der medizinischen Fachanwendungen (Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan) müssen die Konnektoren durch ein Softwareupdate erweitert werden. Diese Erweiterungen werden durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifiziert. Die konkreten Festlegungen der Sicherheitsnachweise für die Komponenten und Dienste der Fachanwendung elektronische Patientenakte befinden sich noch in Erarbeitung sowie in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik.

17. Welche Anzahl an Hardwarekomponenten wie etwa Kartenterminals und Konnektoren ist nach Einschätzung der Bundesregierung bereits in Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und anderen Orten installiert worden, und welche Anzahl an Komponenten muss noch installiert werden?

Über die Anzahl der installierten Hardwarekomponenten liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Mittlerweile wurde in ca. 17 000 Arzt- und Zahnarztpraxen die neue Hard-, aber auch Software vollständig installiert, so dass die Praxen an das sichere Netz der Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Praxen werden in Abhängigkeit von der jeweiligen Größe mit einem Konnektor und ggf. mehreren Kartenlesegeräten ausgestattet. Der Rollout in den Krankenhäusern und in den Apotheken soll rechtzeitig mit der Bereitstellung der medizinischen Fachanwendungen erfolgen.

18. Werden genügend Hardwarekomponenten verfügbar sein, um alle Nutzer bis zum 31. Dezember 2018 zu bedienen?

Aktuell sind zwei unterschiedliche Kartenterminals und ein Konnektor am Markt verfügbar. Die Bundesregierung geht davon aus, dass ab Mitte 2018 weitere Anbieter Konnektoren am Markt anbieten werden. Die Bundesregierung wird die Verfügbarkeit der für die Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Krankenhäuser erforderlichen Ausstattung intensiv verfolgen, um gegebenenfalls rechtzeitig handeln zu können.

19. Werden zusätzliche externe Sicherheitstests durchgeführt, um Probleme wie beim elektronischen Anwaltspostfach zu vermeiden, wenn ja, welche, wenn nein, warum nicht?

Die Spezifikationen für die Komponenten und Dienste werden von Anfang an mit einem Security- und Privacy-by-Design-Grundsatz entwickelt. Im Gegensatz zum elektronischen Anwaltspostfach erfolgt die Erarbeitung der sicherheitstechnischen und datenschutzrechtlichen Aspekte gemeinsam mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Die Spezifikationen sind darüber hinaus auf der Webseite der gematik der Öffentlichkeit zugänglich und können jederzeit, auch von unabhängigen Experten, geprüft werden.

Alle Komponenten und Dienste müssen für die Zulassung durch die gematik ihre sicherheitstechnische Eignung nachweisen. Dies erfolgt durch eine Sicherheitszertifizierung für die dezentralen Soft- und Hardwarekomponenten. Im Falle von Diensten der Telematikinfrastruktur muss nach § 291b Absatz 1c Satz 5 SGB V der Nachweis erbracht werden, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet ist. Die Zertifizierungen haben dabei eine Gültigkeit von fünf Jahren und die Verfügbarkeits- und Sicherheitsnachweise von drei Jahren. Nach Ablauf dieser Frist müssen die Nachweise neu erbracht werden.

Darüber hinaus werden Komponenten und Dienste auch nach ihrer Zulassung durch die gematik oder durch von ihr beauftragte Dienstleister Penetrationstests unterzogen. Die Zielsetzung dieser Tests ist sowohl das Aufdecken eventuell verborgener systematischer Schwachstellen als auch das Erkennen von Schwachstellen, die erst nach der Zulassung bekannt werden (z. B. nachträglich bekannt gewordene Schwachstellen von Drittanbieterkomponenten).

20. Durch welche Maßnahmen sollen die zentralen Server mit Patientendaten gesichert werden bzw. werden sie gesichert?

Während die medizinischen Daten der Anwendungen elektronischer Medikationsplan und Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte selbst gespeichert werden, ist für die elektronische Patientenakte ein Betreibermodell vorgesehen, in welchem die Daten auf dem Server des vom Versicherten gewählten Betreibers liegen. Der Zugriff auf diese Daten ist nach den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen nur unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises möglich. Nur der Versicherte selber oder durch den Versicherten Berechtigte können daher Einsicht nehmen. Der Zugriff des Betreibers auf die Daten der Versicherten ist nicht möglich. Die gematik setzt hier bevorzugt auf starke technische statt auf organisatorische Maßnahmen. Im Übrigen erfolgt nach den gesetzlichen Regelungen der Nachweis der Sicherheit nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik durch eine Sicherheitszertifizierung.

21. Gab es bislang Hacker-Angriffe gegen die eGK oder mit ihr verbundene Systeme, wenn ja, wann, und mit welchen Folgen?

Die Telematikinfrastruktur wird durch technische Maßnahmen der Anbieter, Betreiber und der gematik kontinuierlich auf mögliche Angriffsversuche geprüft. Bisher sind keine Hackerangriffe bekannt, die sich speziell gegen die elektronische Gesundheitskarte oder die Telematikinfrastruktur gerichtet haben.

22. Ist es zutreffend, dass vielfach bereits an und mit konkurrierenden Lösungen wie etwa digitalen Patientenakten (www.tk.de/tk/pressemitteilungen/bundesweite-pressemitteilungen/958400) gearbeitet wird, wie etwa bei der tk oder mit dem MedNetNord (www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/telematikplattform-mednetnord-verbindet-praxen-und-kliniken/)?
23. Lassen sich diese konkurrierenden Lösungen in das System der eGK und der mit dieser verbundenen Patientenakte einbinden, wenn ja, wie?

Die Fragen 22 und 23 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung ist bekannt, dass von Seiten der Krankenkassen Patientenaktenprojekte initiiert wurden. Sie begrüßt, dass die Krankenkassen die Digitalisierung des Gesundheitswesens durch die Entwicklung eigener Projekte voranbringt. Es muss aber darauf geachtet werden, dass die Lösungen Interoperabilität bieten. Für die Einführung einer einrichtungsübergreifenden, standardisierten elektronischen Patientenakte ist daher die Gewährleistung der Interoperabilität durch Spezifizierungen der gematik besonders notwendig und wichtig. Die gematik arbeitet daran, bis Ende 2018 die Voraussetzungen für die Einführung der ersten Ausbaustufe datenschutzrechtlich sicherer und mittels der elektronischen Gesundheitskarte unterstützter Patientenakten zu schaffen. Hierzu hat sie Vorgaben zum Beispiel zu technischen Spezifikationen, Standards und Schnittstellen sowie die Zulassungsverfahren festzulegen, so dass verschiedene Anbieter von Patientenaktensystemen ihre jeweiligen Produkte nach diesen Vorgaben in den Markt bringen können. Die Patientenakten sollen bundesweit sektorübergreifend bei allen Leistungserbringern und unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse genutzt werden können. Auch die Krankenkassen können auf dieser Grundlage elektronische Patientenakten anbieten. Die Vorgehensweise der gematik bietet damit auch Chancen für den Erfolg neuer Projekte und Produkte der Krankenkassen und der Industrie.

24. Unterstützen aktuell alle Krankenkassen die Einführung weiterer eGK-Funktionen, wenn nein, welche nicht oder nicht in vollem Umfang?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass alle Krankenkassen ein erhebliches Interesse daran haben, dass die von ihnen ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten für weitere Funktionen genutzt werden können.

25. Trifft es zu, dass der Notfalldatensatz und der Medikationsplan ohne großen Feldtest in den Regelbetrieb gehen sollen?

Es trifft nicht zu, dass der Notfalldatensatz und der elektronische Medikationsplan ohne Feldtests in den Regelbetrieb gehen sollen. Im Rahmen der Zulassungen für die beiden Anwendungen haben die Anbieter Feldtests in ca. 75 Arztpraxen durchzuführen.

26. Welche Planungen gibt es, Impfpässe, Organspendeausweise und Blutspendendaten auf der eGK zu speichern?

Für Versicherte wird künftig zunächst die Möglichkeit geschaffen, auf der elektronischen Gesundheitskarte Hinweise auf das Vorliegen einer schriftlichen Erklärung zur Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende sowie zu deren Aufbewahrungsort zu dokumentieren. Hierdurch soll ein schnelles Auffinden der Dokumente sichergestellt werden. Zusätzlich zum Hinweis auf eine eventuell vorliegende Erklärung zur Organ- und Gewebespendebereitschaft sollen Versicherte

auch die Möglichkeit erhalten, Hinweise auf das eventuelle Vorliegen einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht sowie deren Aufbewahrungsort(e) auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Speicherung dieser sogenannten persönlichen Erklärungen des Versicherten wird inhaltlich und technisch im Rahmen der künftigen Bereitstellung der Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte umgesetzt.

In späteren Ausbaustufen der elektronischen Gesundheitskarte soll diese auch zur Speicherung der eigentlichen Erklärung zur Organ- und Gewebespendebereitschaft in elektronischer Form genutzt werden können. Konkrete Umsetzungsplanungen liegen hierzu noch nicht vor; eine wichtige Umsetzungsvoraussetzung ist, dass für Versicherte flächendeckend geeignete Verfahren bereitstehen, die sicherstellen, dass es sich um authentische, vom Versicherten stammende Erklärungen handelt.

Im Notfalldatensatz der elektronischen Gesundheitskarte können Informationen, beispielsweise zu ggf. vorliegenden neurologischen oder hämatologischen Vorerkrankungen, gespeichert werden, die auch im Rahmen einer möglichen Blutspende medizinisch relevant sein können. Planungen, den eigentlichen Blutspendenausweis auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, gibt es derzeit nicht. Informationen zur Blutgruppe des Versicherten können auf Wunsch des Versicherten im Notfalldatensatz der elektronischen Gesundheitskarte im Datenfeld „Zusätzliche medizinische Informationen auf Wunsch des Patienten“ gespeichert werden. Die Ärztin oder der Arzt darf sich allerdings nicht auf diese Angaben des Versicherten verlassen (Fremdbefund), sondern ist verpflichtet, die Blutgruppe vor einer etwaigen Transfusion erneut zu bestimmen.

Die Schaffung einer Möglichkeit zur digitalen Speicherung des Impfpasses ist im Koalitionsvertrag vorgesehen. Zu den weiteren Umsetzungsplanungen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 13 der Kleinen Anfrage der Fraktion der FDP auf Bundestagsdrucksache 19/320 verwiesen.

27. Sind kleine Feldtests für einzelne Komponenten aus Sicht der Bundesregierung sinnvoll, um ein solch komplexes System einzuführen?

Aus Sicht der Bundesregierung ist es sinnvoll, dass die gematik im Rahmen der Zulassung die Durchführung von Feldtests für die Einführung neuer Anwendungen fordert und hierfür die entsprechenden Konzepte erstellt hat.

28. Wer trägt das Haftungsrisiko für fehlerhaft abgelegte und fehlerhaft übertragene Daten und den ggf. daraus entstehenden Fehlbehandlungen, welche Regelungen zur Haftung sind bereits getroffen worden, welche sollen noch getroffen werden?

Für den Bereich der Datenverarbeitung im Rahmen der Telematikinfrastruktur gelten die allgemeinen haftungsrechtlichen Vorgaben. Dabei kommen vertragliche, deliktische und datenschutzrechtliche Haftungstatbestände in Betracht. Allen haftungsrechtlichen Tatbeständen gemein ist, dass den Datenverarbeiter ein Verschulden für den eingetretenen Schaden treffen muss. Auch die ab dem 25. Mai 2018 unmittelbar geltende DSGVO knüpft bei der Haftung an die Verantwortlichkeit des Datenverarbeiters für den eingetretenen Schaden an. Nach Artikel 82 Absatz 3 DSGVO besteht eine Haftungsbefreiung, wenn der Verantwortliche oder Auftragsverarbeiter in keinerlei Hinsicht für den Umstand, durch den der Schaden eingetreten ist, verantwortlich ist. Dies ist aufgrund der in Artikel 82 Absatz 3 DSGVO vorgesehenen Beweislastumkehr allerdings durch den Verantwortlichen nachzuweisen.

29. Welche Notfallmaßnahmen sind vorgesehen, sollte das eGK-IT-System ausfallen und Karten und weitere Daten temporär nicht mehr zur Verfügung stehen?

Alle Anbieter und Betreiber der Telematikinfrastruktur sind verpflichtet, ein Notfallmanagement für die lokalen und übergreifenden Notfälle zu etablieren und in das übergreifende Notfallmanagement der gematik für die Telematikinfrastruktur zu integrieren. Im Rahmen des übergreifenden Notfallmanagements koordiniert die gematik alle Maßnahmen, die erforderlich sind, einen eingetretenen Notfall zu bewältigen und schnellstmöglich den Wiederanlauf zu ermöglichen. Das IT-Service-Management der gematik ist dabei die zentrale Schnittstelle für alle Anbieter. Das BMG und das Lagezentrum des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik sind mit der gematik und ihren Gesellschaftern zu einer „Taskforce Sicherheit“ zur Koordination von Notfallmaßnahmen vernetzt. Die übergreifenden und szenariobasierten Notfallkonzepte werden in regelmäßigen Übungen mit Anbietern, Gesellschaftern der gematik, der gematik, BMG und Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf ihre Aktualität geprüft und ihre Anwendung trainiert.

Unabhängig davon sind die bisherigen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte so konzipiert, dass ihre Nutzung auch offline möglich ist. Dies gilt für das Einlesen der Versichertenstammdaten genauso wie für das zukünftige Lesen der Notfalldaten oder des elektronischen Medikationsplans. Die medizinische Versorgung ist also nicht von der aktuellen Onlineanbindung der jeweiligen Arztpraxis abhängig. Alle für die Behandlung benötigten Primärdaten liegen im Praxisverwaltungssystem der Ärztin oder des Arztes und stehen daher auch bei einem Ausfall der Onlineanbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung.

30. Wie soll der Zugriff der Versicherten auf ihre Daten auf der eGK und den damit zusammenhängenden Diensten gewährleistet und vereinfacht werden?

Die Bundesregierung beabsichtigt, durch eine Fortschreibung der gesetzlichen Regelungen darauf hinzuwirken, dass Versicherte einen modernen und praktikablen Zugriff auf ihre elektronische Patientenakte erhalten können.

31. Ist geprüft worden, ob bereits existierende Systeme aus anderen Ländern zu geringeren Kosten in Deutschland anstatt des aktuellen eGK-Systems eingeführt werden könnten, wenn ja, welche Systeme wurden wann mit welchem Ergebnis geprüft, wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung und die gematik stehen über das eHealth Network fortlaufend im engen Austausch mit anderen europäischen Staaten und informieren sich so kontinuierlich über aktuelle technologische Entwicklungen.

Es wurden vor der Entwicklung des eGK-Systems andere Systeme verschiedener Länder geprüft (z. B. Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) / Österreich; Elektronisches Patientendossier / Schweiz; Projekt Nationales Patient Register (NPR) / Schweden; Projekt sundhed.dk / Dänemark).

Die rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern unterschieden sich jedoch zu stark von der Ausgangslage in Deutschland, um vollumfänglich adaptiert zu werden.

Einzelne Konzepte, wie z. B. das IHE Framework, hat die Gematik für die Konzeption der elektronischen Gesundheitskarte übernommen. Die Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte wird im Rahmen eines Stufenkonzepts erfolgen. Aus der praktischen Anwendung heraus können so zukünftig Verbesserungen in die konzipierten Folgestufen einfließen.

32. Wie beurteilt die Bundesregierung das aktuelle eGK-System, und wie beurteilt sie die Zukunftsfähigkeit?

Die Bundesregierung sieht die Notwendigkeit für den Aufbau einer sicheren Informations- und Kommunikationsinfrastruktur im Gesundheitswesen. Deshalb ist der weitere Ausbau der Telematikinfrastruktur im Koalitionsvertrag ausdrücklich festgelegt. Die Telematikinfrastruktur wird die Beteiligten im Gesundheitswesen sicher miteinander vernetzen und Versicherte in die Lage versetzen, ihren jeweiligen Behandler verlässliche Daten zur Verfügung zu stellen. Deshalb wird der Aufbau der Telematikinfrastruktur sowohl von den Krankenkassen als auch von allen Leistungserbringerorganisationen unterstützt. Eine Herausforderung besteht darin, in Abwägung der Anforderungen an Datenschutz, Datensicherheit und Praktikabilität das System so weiterzuentwickeln, dass allen Beteiligten, insbesondere auch den Versicherten, eine Teilnahmemöglichkeit am System mit solchen technischen Lösungen angeboten wird, die sie aus ihrem alltäglichen Leben gewohnt sind.

33. Gibt es Überlegungen bzw. Planungen der Bundesregierung, die bisherige eGK-Technik durch eine neue und zukunftsfähigere Technologie zu ersetzen?

Es besteht allgemeiner Konsens, dass eine verlässliche und vertrauenswürdige Telematikinfrastruktur, die höchsten Datenschutz- und Datensicherheitsstandards entspricht, für die Modernisierung des Gesundheitswesens unerlässlich ist. Jetzt geht es zunächst darum, dass die elektronischen Gesundheitskarten und die Ausstattung der Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte, die höchste Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit erfüllen und entsprechend zertifiziert und zugelassen wurden, schnellstmöglich einen Nutzen für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten bringen. Darauf aufbauend stellt sich die Bundesregierung – wie bereits in den Antworten zu den Fragen 30 und 32 dargestellt – der Herausforderung, das System kontinuierlich weiterzuentwickeln und neue Technologien, die von den Menschen akzeptiert und genutzt werden, zukünftig verstärkt einzubeziehen.

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Stephan Brandner und der Fraktion der AfD

– Drucksache 19/2183 –

Ausländische Pflegekräfte in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Immer wieder wird der Fachkräftemangel insbesondere in der Pflege betont. Schon der Pflegebericht 2012 zeigte auf, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf 3,4 Millionen erhöhen wird, während die Zahl der Menschen abnehmen wird, die in der Pflege tätig sind. Insgesamt, so heißt es dort, werden 500 000 Vollzeitkräfte fehlen, wenn nicht gegengesteuert wird (www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030/). Berichten eines Bürgers zufolge, dessen Firma es sich zur Aufgabe gemacht hat, philippinische Fachkräfte anzuwerben, um gegen den Fachkräftemangel im Bereich der Pflege vorzugehen, wird jedoch von der Botschaft vor Ort die Erstellung der notwendigen Visa verweigert.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Gewinnung von Fachkräften für die Pflege ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Sie hat deshalb bereits in der letzten Legislaturperiode zahlreiche Maßnahmen ergriffen, die sowohl zu einer Steigerung der Zahl der Beschäftigten in der Pflege als auch zu einer deutlichen Zunahme der Auszubildenden in diesem Bereich geführt haben (vgl. dazu die Antworten der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Arbeitsbedingungen in der Altenpflege“ auf Bundestagsdrucksache 19/608 vom 2. Februar 2018, sowie die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege“ auf Bundestagsdrucksache 19/1803 vom 23. April 2018).

Die Bundesregierung wird in dieser Wahlperiode weitere Maßnahmen einleiten, um Schritt für Schritt eine spürbare Verbesserung im Alltag der Pflegekräfte zu erreichen. Dies wird die Gewinnung zusätzlicher Fachkräfte für die Pflege erleichtern. Als ersten wichtigen Schritt wird die Bundesregierung als Sofortprogramm gesetzliche Regelungen für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege auf den Weg bringen. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. In weiteren Schritten sollen für

die Pflege im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden. In der ambulanten und stationären Langzeitpflege sollen verbindliche Personalbemessungsinstrumente eingeführt und mit einer konzertierten Aktion Pflege die Situation in der Altenpflege bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Außerdem will die Bundesregierung gemeinsam mit den Tarifpartnern dafür sorgen, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen.

Der ganz überwiegende Teil des Fachkräftebedarfs kann durch inländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gedeckt werden. Die Gewinnung von Fachkräften für die Pflege aus dem Ausland kann hierbei eine ergänzende Maßnahme sein. Für Pflegefachkräfte mit ausländischem Berufsabschluss bestehen bereits jetzt Möglichkeiten, in ihrem Beruf in Deutschland zu arbeiten. Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Erwerbsmigration mit einem Fachkräfteeinwanderungsgesetz neu und transparent zu regeln. Ergänzend hierzu sollen auch die Verfahren für die Gewinnung von Fachkräften vereinfacht und beschleunigt werden. Dies ist insbesondere auch für die Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland von Bedeutung.

1. Wie beurteilt die Bundesregierung die Situation des Fachkräftebedarfs im Bereich der Pflege in Deutschland (bitte nach Bundesländern unterscheiden)?

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) beobachtet kontinuierlich die Fachkräftesituation in Berufen insbesondere anhand der Vakanzzeit, der Relation gemeldeter Arbeitsstellen zu Arbeitslosen und der berufsspezifischen Arbeitslosenquote. Der Fachkräftemangel in der Altenpflege betrifft vor allem examinierte Fachkräfte und Spezialisten (Fachaltenpflegekräfte mit Zusatzausbildungen beispielsweise für klinische Geriatrie, Rehabilitation, Palliativ, Onkologie); er zeigt sich in allen Bundesländern. Bei den Spezialisten handelt es sich – verglichen mit den Altenpflegefachkräften insgesamt – um eine eher kleine Gruppe. Gemeldete freie Stellen für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten sind im Jahresdurchschnitt November 2016 bis Oktober 2017 im Bundesdurchschnitt 171 Tage vakant. Das sind 67 Prozent mehr als die durchschnittliche Vakanzzeit über alle Berufe. Auf 100 gemeldete Stellen kommen im Zeitraum November 2016 bis Oktober 2017 rechnerisch 29 Arbeitslose. Bei Altenpflegehelfern zeigt sich hingegen kein Engpass. So kommen im Jahresdurchschnitt 2017 auf 100 Stellen für Altenpflegehelfer bundesweit rechnerisch 522 Arbeitslose.

In fast allen Bundesländern ist ein Fachkräftemangel in der Gesundheits-, Krankenpflege sowie im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe zu verzeichnen. In Niedersachsen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen deuten die Indikatoren auf Anzeichen für Engpässe hin. In der gesamten Berufsgruppe „Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ beträgt die Vakanzzeit von Stellenangeboten im gleitenden Jahresdurchschnitt November 2016 bis Oktober 2017 146 Tage (43 Prozent über dem Durchschnitt aller Berufe). Auf 100 bei der BA gemeldete Stellen kommen rechnerisch 67 Arbeitslose. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Vakanzzeit um 17 Tage gestiegen und die Arbeitslosen-Stellen-Relation hat sich verringert.

Bei Krankenpflegehelfern zeigt sich kein Engpass. Auf 100 Stellen für Krankenpflegehelfer kommen bundesweit rechnerisch 750 Arbeitslose.

Näheres ist der Engpassanalyse der Statistik der BA, verfügbar unter dem Link <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-12.pdf>, und dem Sonderbericht „Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich“ zu entnehmen, verfügbar unter dem Link: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.

- Wie viele ausländische Pflegekräfte sind derzeit in Deutschland tätig, und wie hat sich ihre Anzahl seit dem Jahr 2000 verändert (bitte nach Herkunftsländern und Jahresscheiben auflisten)?

Angaben zu Beschäftigten nach Berufen stehen auf vergleichbarer Datenbasis ab dem Jahr 2013 zur Verfügung. Nach Angaben der Statistik der BA waren im Juni 2017 bundesweit rund 128 000 ausländische Pflegekräfte sozialversicherungspflichtig und 5 900 ausschließlich geringfügig beschäftigt. Weitere Angaben können der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle zu Frage Nr. 2

Sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig beschäftigte Pflegekräfte (8130; 8131;8132;8133; 8138; 821 (KIDB 2010)) nach Staatsangehörigkeiten

Deutschland
(Arbeitsort)

Stichtag	Beschäftigungsart	Ausländer	darunter				darunter		
			EU ohne Deutschland	EU-11	GIPS-Staaten	Drittstaaten	Asylherkunftsländer (Top 8)	Balkan	osteurop. Drittstaaten
30.06.2013	Sv-pflichtig Beschäftigte	74.046	39.400	25.693	8.432	34.708	1.553	7.192	5.117
	ausschließlich geringfügig Beschäftigte	5.386	1.962	1.086	387	3.503	216	413	879
30.06.2014	Sv-pflichtig Beschäftigte	84.132	45.783	30.317	10.067	38.366	1.666	8.273	5.604
	ausschließlich geringfügig Beschäftigte	5.657	2.184	1.227	462	3.531	253	404	845
30.06.2015	Sv-pflichtig Beschäftigte	95.504	52.673	36.207	10.897	42.839	1.906	10.001	5.917
	ausschließlich geringfügig Beschäftigte	5.602	2.155	1.250	410	3.532	239	429	868
30.06.2016	Sv-pflichtig Beschäftigte	109.502	59.448	42.042	11.688	50.114	2.320	13.062	6.410
	ausschließlich geringfügig Beschäftigte	5.741	2.285	1.338	435	3.533	291	429	788
30.06.2017	Sv-pflichtig Beschäftigte	127.735	66.254	47.775	12.594	61.548	3.483	18.334	6.839
	ausschließlich geringfügig Beschäftigte	5.864	2.345	1.411	416	3.611	389	252	747

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

¹⁾ Aus Datenschutzgründen und Gründen der statistischen Geheimhaltung werden Zahlenwerte von 1 oder 2 und Daten, aus denen rechnerisch auf einen solchen Zahlenwert geschlossen werden kann, anonymisiert.

1) Summe Pflegekräfte ohne anonymisierte Zahlenwerte.

GIPS-Staaten: Griechenland, Italien, Portugal, Spanien

Drittstaaten: Ausland ohne EU-Länder, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz

Asylherkunftsländer: Eritrea, Nigeria, Somalia, Afghanistan, Irak, Iran, Islamische Republik, Pakistan, Syrien, Arab. Republik

Balkanstaaten: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Mazedonien, Serbien

Osteuropäische Drittstaaten: Russische Föderation, Ukraine

- Wie hoch ist nach Ansicht der Bundesregierung der Bedarf an ausländischen Pflegefachkräften bis zum Jahr 2025?

Da die Entwicklung des inländischen Fachkräfteangebotes von einer Vielzahl von ggfs. auch politisch gestaltbaren Parametern abhängig ist, wie bspw. von der Berufsverweildauer, der durchschnittlichen Arbeitszeit oder der Frauenerwerbsquote, ist auch der Bedarf an ausländischen Fachkräften nicht präzise prognostizierbar. Viele der in der letzten Legislaturperiode ergriffenen Maßnahmen zur Fachkräftesicherung werden erst in den nächsten Jahren ihre Wirkung zeigen. Zudem wird auf die in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten in dieser Legislaturperiode geplanten weiteren Maßnahmen verwiesen.

4. Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung, um ausländische Pflegekräfte anzuwerben?

Der Bedarf an Pflegepersonal soll grundsätzlich durch inländische Erwerbspersonen gedeckt werden. Es steht den Trägern von Pflegeeinrichtungen jedoch frei, für ihre Einrichtungen Pflegepersonal im Ausland zu gewinnen. Die Möglichkeiten dafür wurden insbesondere mit der Einführung der Positivliste für Engpassberufe im Jahr 2013 verbessert. Pflegefachkräfte aus allen Drittstaaten können seitdem mit einer in Deutschland anerkannten qualifizierten Berufsausbildung eine Beschäftigung als Pflegefachkraft aufnehmen. Zu den einzelnen Voraussetzungen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie und die BA bieten mit dem Portal www.make-it-in-germany.com Informationen zu den Themen Leben und Arbeiten in Deutschland für Personen aus dem Ausland, die an einer Arbeit in Deutschland – auch im Bereich Pflege, Medizin oder Gesundheit – interessiert sind. Das Portal www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de des Bundesinstituts für Berufsbildung stellt die zentralen Informationen zur Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen in elf Sprachen zur Verfügung.

5. Welche Projekte und Kooperationen werden von Seiten der Bundesregierung seit dem Jahr 2010 unterstützt, um ausländische Pflegekräfte anzuwerben oder fortzubilden?

Für Beschäftigungen in allen Berufen der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege erteilte die BA im Jahr 2016 insgesamt 1 024 Zustimmungen im Rahmen der Positivliste und 3 295 Zustimmungen aufgrund von Vermittlungsabsprachen. Die Bundesregierung fördert die Berufsankennungsberatung – auch zu den Pflegeberufen – seit Oktober 2015 in acht Ländern durch Beratungsstellen vor Ort (Ägypten, China, Indien, Iran, Italien, Marokko, Polen und Vietnam). Deutschen Pflegeeinrichtungen wird mit Modellprojekten der Bundesregierung ein Weg aufgezeigt, in Zukunft möglichst autonom eigene Kooperationen mit vietnamesischen Partneereinrichtungen einzugehen. In der Altenpflege wurde ein Pilot-Modellvorhaben von 2012 bis 2016 erfolgreich durchgeführt, das inzwischen von der Pflegebranche eigenständig in Nachfolgeprojekten mit Erfolg umgesetzt wird. Ein Folgeprojekt in der Krankenpflege läuft von 2016 bis 2019. Die Bundesregierung hat Interesse daran, die Modellvorhaben in weiteren Drittstaaten und/oder weiteren Gesundheitsberufen ab 2019 fortzusetzen.

Im Übrigen hat die BA im Jahr 2013 mit den nationalen Arbeitsverwaltungen von Bosnien-Herzegowina, Serbien, Philippinen und Tunesien bilaterale Vermittlungsabsprachen geschlossen. Im Rahmen dieser Vermittlungsabsprachen werden seit fünf Jahren über das Programm Triple Win, einer Arbeitsgemeinschaft der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZVA) der BA und der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH, qualifizierte ausländische Pflegekräfte bundesweit an deutsche Arbeitgeber der Kranken- und Altenpflege vermittelt und bei der Integration in Deutschland begleitet. Auf Grundlage einer Vermittlungsabsprache zwischen der ZVA der BA und der China International Contractors Association wurde von 2013 bis 2018 außerdem ein Projekt zur Vermittlung chinesischer Pflegekräfte durchgeführt. Partner in diesem Projekt waren neben der ZVA der BA der Arbeitgeberverband Pflege e. V. und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Im März 2018 wurde von

der ZVA ein weiteres Projekt mit Unterstützung der mexikanischen Arbeitsverwaltung begonnen, in dessen Rahmen die ZVA ausgebildete Pflegekräfte aus Mexiko gezielt an Arbeitgeber aus der Altenpflege mit hohem Personalbedarf vermittelt.

6. Welche Voraussetzungen müssen ausländische Pflegefachkräfte erfüllen, um eine Aufenthaltsgenehmigung in der Bundesrepublik Deutschland zu erhalten und eine Tätigkeit im pflegerischen Bereich beziehungsweise eine Ausbildung in der Pflege aufnehmen zu können?

Für die Erteilung eines Aufenthaltstitels zum Zweck der Beschäftigung oder der Aufnahme einer Berufsausbildung sind sowohl die aufenthaltsrechtlichen als auch die beschäftigungsrechtlichen Voraussetzungen zu erfüllen. Zu den aufenthaltsrechtlichen Voraussetzungen zählen insbesondere, dass der Einreise des Ausländers keine Ausweisungsgründe entgegenstehen, der Lebensunterhalt aus der Beschäftigung gesichert ist, die Identität und die Staatsangehörigkeit des Ausländers geklärt ist, die Passpflicht erfüllt wird und dass die Einreise grundsätzlich mit dem zweckentsprechenden Visum erfolgt. Zudem ist es für die Erteilung eines Aufenthaltstitels für Drittstaatsangehörige zu einer Beschäftigung oder einer betrieblichen Berufsausbildung im Pflegebereich grundsätzlich erforderlich, dass ein konkretes Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzangebot vorliegt, dass eine Berufsausübungserlaubnis, soweit diese vorgeschrieben ist, erteilt wurde oder die Erteilung zugesagt ist und dass die Beschäftigung nicht zu ungünstigeren Arbeitsbedingungen erfolgt, als bei vergleichbaren deutschen Arbeitnehmern.

Drittstaatsangehörige können einen Aufenthaltstitel zum Zweck einer ihrer Qualifikation entsprechenden Beschäftigung in einem staatlich anerkannten oder vergleichbar geregelten Ausbildungsberuf mit Zustimmung der BA erhalten, wenn die nach den Regelungen des Bundes oder der Länder für die berufliche Anerkennung zuständige Stelle die Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation mit einer inländischen qualifizierten Berufsausbildung festgestellt hat und die BA für den entsprechenden Beruf oder die entsprechende Berufsgruppe differenziert nach regionalen Besonderheiten festgestellt hat, dass die Besetzung der offenen Stellen mit ausländischen Bewerbern arbeitsmarkt- und integrationspolitisch verantwortbar ist. Diese Voraussetzung wird durch die sogenannte Positivliste der Engpassberufe umgesetzt, die auf Grundlage der Fachkräfteengpassanalyse der BA erstellt und halbjährlich aktualisiert wird. Auf der Positivliste werden u. a. Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Altenpflege aufgeführt. Pflegefachkräfte aus Drittstaaten mit einer in Deutschland anerkannten Berufsausbildung können somit einen Aufenthaltstitel zum Zweck einer ihrer Qualifikation entsprechenden Beschäftigung erhalten.

Dieselbe Personengruppe kann außerdem einen Aufenthaltstitel zum Zweck einer ihrer Qualifikation entsprechenden Beschäftigung in einem staatlich anerkannten oder vergleichbar geregelten Ausbildungsberuf mit Zustimmung der BA erhalten, wenn sie von der BA aufgrund einer Vermittlungsabsprache mit der Arbeitsverwaltung des Herkunftslands vermittelt worden ist. Mit dem Programm Triple Win, das auf derartigen Vermittlungsabsprachen beruht, gewinnt die ZVA der BA in einer Arbeitsgemeinschaft mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH Pflegefachkräfte aus, Bosnien-Herzegowina, Serbien, den Philippinen und Tunesien für den deutschen Arbeitsmarkt.

Staatsangehörige von Andorra, Australien, Israel, Japan, Kanada, der Republik Korea, von Monaco, Neuseeland, San Marino sowie den Vereinigten Staaten von Amerika können darüber hinaus mit Zustimmung der BA einen Aufenthaltstitel

für jede Beschäftigung erhalten. Dies umfasst auch Beschäftigungen im Pflegebereich auf unterschiedlichen Anforderungsniveaus. Voraussetzung ist, dass deutsche Arbeitnehmer sowie Ausländer, die diesen hinsichtlich der Arbeitsaufnahme rechtlich gleichgestellt sind, oder andere Ausländer, die nach dem Recht der Europäischen Union einen Anspruch auf vorrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben, nicht zur Verfügung stehen. Auch Staatsangehörige von Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Mazedonien, Montenegro und Serbien können bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen bis einschließlich 2020 die Zustimmung der BA zur Ausübung jeder Beschäftigung erhalten.

Zum Zweck der betrieblichen Berufsausbildung können Drittstaatsangehörige einen Aufenthaltstitel erhalten, wenn deutsche Arbeitnehmer sowie Ausländer, die diesen hinsichtlich der Arbeitsaufnahme rechtlich gleichgestellt sind, oder andere Ausländer, die nach dem Recht der Europäischen Union einen Anspruch auf vorrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben, nicht zur Verfügung stehen.

Wenn die nach den Regelungen des Bundes oder der Länder für die Berufsankennung zuständige Stelle festgestellt hat, dass Anpassungsmaßnahmen oder weitere Qualifikationen für die Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation mit einer inländischen Berufsqualifikation oder in einem im Inland reglementierten Beruf für die Erteilung der Befugnis zur Berufsausübung oder für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erforderlich sind, kann im Übrigen ein Aufenthaltstitel für die Durchführung einer Bildungsmaßnahme und einer sich daran anschließenden Prüfung erteilt werden. Diese muss dazu geeignet sein, die Anerkennung der Berufsqualifikation oder den Berufszugang zu ermöglichen.

7. Wie unterstützt die Bundesregierung Unternehmen, die sich bemühen, ausländische Pflegekräfte für die Ausbildung und/oder eine Tätigkeit anzuwerben?

Der Arbeitgeber-Service der BA unterstützt Unternehmen bei der Besetzung ihrer Arbeits- und Ausbildungsstellen. Können Stellen nicht durch eine Vermittlung von bei der BA gemeldeten Arbeitssuchenden besetzt werden, wird das Unternehmen individuell zu alternativen Rekrutierungswegen – z. B. zur Rekrutierung im Ausland – beraten. Bei Interesse des Unternehmens stellt der Arbeitgeber-Service den Kontakt zur ZVA der BA her, die entsprechende Dienstleistungen und Programme vorhält, um Unternehmen bei der Rekrutierung im Ausland zu unterstützen.

8. Ist der Bundesregierung bekannt, ob potenziellen Pflegefachkräften derzeit die Ausstellung von Visa verwehrt wird?

Wenn ja, in wie vielen Fällen wurden im Jahr 2017 keine Visa für ausländische Pflegefachkräfte ausgestellt, die bereit waren, eine pflegerische Tätigkeit in Deutschland aufzunehmen, und wie hat sich diese Zahl seit dem Jahr 2000 entwickelt?

Welche Gründe gab es jeweils für die Verweigerung des Visums?

9. Ist der Bundesregierung bekannt, ob deutsche Botschaften im Ausland die Einreise potenzieller Pflegekräfte nach Deutschland gezielt, beispielsweise durch Verzögerungen in der Terminvergabe, verhindern?

Wenn ja, welche Fälle sind der Bundesregierung bekannt, und wie geht sie dagegen vor?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des inhaltlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Kraft Gesetzes (§ 71 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz) sind die Botschaften und Generalkonsulate (Auslandsvertretungen) der Bundesrepublik Deutschland für die Visumerteilung verantwortlich. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen werden Visa grundsätzlich erteilt. Das Auswärtige Amt wird bei der Entscheidung über einzelne Visumanträge grundsätzlich nicht befasst. Kenntnisse über den Stand einzelner bei den Auslandsvertretungen anhängigen Verfahren liegen dem Auswärtigen Amt nicht vor.

10. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, die Einreise für ausländische Pflegefachkräfte zu erleichtern, und welche konkreten Maßnahmen sind in der aktuellen Legislaturperiode geplant?

Die Regelungen für die Fachkräfteeinwanderung nach Deutschland wurden in den vergangenen Jahren erheblich verbessert und vereinfacht. Da voraussichtlich der Bedarf an Fachkräften in den nächsten Jahren weiter steigen wird, hat sich die Bundesregierung mit dem Koalitionsvertrag darauf verständigt, ein Regelwerk zur Steuerung von Zuwanderung in den Arbeitsmarkt und das damit verbundene Recht des Aufenthalts und der Rückkehr in einem Gesetzeswerk zu erarbeiten, das sich am Bedarf der deutschen Volkswirtschaft orientiert. Ein solches Gesetz wird die bereits bestehenden Regelungen zusammenfassen, transparenter machen und, wo nötig, effizienter gestalten. Von diesen Verbesserungen werden auch ausländische Pflegefachkräfte profitieren.

11. Welche sonstigen Maßnahmen trifft die Bundesregierung, um gegen einen Fachkräftemangel in der Pflege vorzugehen?

Die Bundesregierung plant weitreichende Verbesserungen für die Beschäftigten in den Berufen der Kranken- und Altenpflege (siehe dazu auch die Vorbemerkungen der Bundesregierung). Vorgesehen sind unter anderem eine Ausbildungs-offensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeitbeschäftigung, ein Wiedereinstiegsprogramm für Pflegekräfte, die Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften sowie eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten in der Pflege. Außerdem will die Bundesregierung gemeinsam mit den Tarifpartnern dafür sorgen, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen.

Die berufliche Weiterbildungsförderung durch Arbeitsagenturen und Jobcenter leistet einen wichtigen Beitrag zur Deckung des aktuellen und künftigen Fachkräftebedarfs im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Damit werden die

bereits eingeleiteten Verbesserungen für das Pflegepersonal fortgesetzt und erheblich ausgeweitet. In den vergangenen drei Jahren wurden rund 21 000 Eintritte in abschlussorientierte Weiterbildungen zur Altenpflegekraft von den Arbeitsagenturen und Jobcentern gefördert. Die Weiterbildung zu Altenpflegefachkräften kann für Eintritte bis Ende 2019 auch dreijährig gefördert und damit vollständig von Arbeitsagenturen und Jobcentern finanziert werden (§ 131b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).

Mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe, das im Juli 2017 verkündet wurde, wurde der Grundstein für eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige neue Pflegeausbildung gelegt. Die bisher im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden zusammengeführt.

Mit der erstmaligen Regelung von Vorbehaltsaufgaben, die aufgrund der dafür benötigten Qualifikation nur von Pflegefachkräften wahrgenommen werden dürfen, wird die Pflege als eigenständiger Berufsbereich aufgewertet. Die Attraktivität einer Ausbildung in der Pflege wird auch dadurch erhöht, dass zukünftig kein Schulgeld mehr durch die Auszubildenden gezahlt werden muss und sie einen durch Landesfonds abgesicherten Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung haben. Auch die Finanzierung der Pflegeausbildungen wird neu geregelt. Sie erfolgt einheitlich über Landesfonds und ermöglicht damit bundesweit eine qualitätsgesicherte und wohnortnahe Ausbildung.

Die Möglichkeit zur dreijährigen Umschulungsförderung wurde im Pflegeberufegesetz dauerhaft verankert; wie bisher werden Lehrgangskosten durch die Arbeitsagenturen und Jobcenter übernommen. Auszubildende werden im Rahmen einer Umschulung nicht mit Kosten belastet. Die neue generalistische Pflegeausbildung wird über die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in anderen EU-Mitgliedstaaten automatisch anerkannt werden. Die gesonderten Abschlüsse in der Altenpflege und der Kinderkrankenpflege können weiterhin im Rahmen einer Einzelfallprüfung in anderen EU-Mitgliedstaaten anerkannt werden. Die neuen Pflegeausbildungen werden im Jahr 2020 beginnen.

Wie die Erfahrungen aus der von der Bundesregierung unter Federführung des für die Altenpflegeausbildung zuständigen Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung initiierten „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ (2012 – 2015) zeigen, ist es möglich, durch gemeinsame Anstrengungen von Bund, Ländern, Kommunen und Verbänden mehr Menschen für das Ausbildungs- und Berufsfeld zu gewinnen. So konnte mit der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ in der letzten Legislaturperiode eine erhebliche Steigerung der Ausbildungszahlen in der Altenpflege erreicht werden, die seitdem auch gehalten wird. Aktuell weist die Schulstatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahrgang 2016/2017 mit rund 68 300 Personen in einer Ausbildung zur Altenpflegefachkraft einen neuen Spitzenwert auf. Die Bundesregierung beabsichtigt, dieses Erfolgsmodell für die Pflegeberufe fort- und weiterzuentwickeln und so weiterhin einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftegewinnung und -bindung zu leisten.

12. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über einen Fachkräftemangel in der Pflege in anderen Staaten vor?

Welche Auswirkungen auf die Situation des Fachkräftebedarfs in den Herkunftsländern ausländischer Pflegekräfte hat nach Kenntnis der Bundesregierung das Anwerben dieser für eine Tätigkeit in Deutschland?

Nach dem Globalen Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften soll die Anwerbung unterbunden werden, wenn in den Herkunftsländern selbst ein kritischer Personalmangel in diesen Berufen besteht. Die WHO hat in 57 Staaten der Welt einen kritischen Mangel an Gesundheitspersonal festgestellt. Der Globale Verhaltenskodex der WHO wird durch § 38 der Beschäftigungsverordnung (BeschV) umgesetzt. Danach darf die Anwerbung in Staaten und die Arbeitsvermittlung aus Staaten, die in der Anlage zu § 38 BeschV aufgeführt sind, für eine Beschäftigung in Gesundheits- und Pflegeberufen nur von der BA durchgeführt werden. Die BA hat sich selbst dazu verpflichtet, von der nach § 38 BeschV bestehenden Möglichkeit zur Vermittlung aus diesen Ländern keinen Gebrauch zu machen. Die derzeit mit der ZAV kooperierenden Länder gehören nicht zu den 57 Staaten, in denen die WHO einen kritischen Mangel an Gesundheitspersonal festgestellt hat. Die ZAV arbeitet bei der Rekrutierung aus dem Ausland ausschließlich mit staatlichen Partnern auf bilateraler Ebene zusammen und vergewissert sich der nationalen Zustimmung zur Rekrutierung im Allgemeinen sowie im bestimmten Beruf.

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/2152 –**

Personaluntergrenzen und bedarfsgerechte Pflege

Vorbemerkung der Fragesteller

In der letzten Wahlperiode wurde die Einführung von Personaluntergrenzen für die Krankenhauspflege in § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich geregelt. Demnach sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) Untergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen“ bis zum 30. Juni 2018 festlegen. Bei diesen Verhandlungen sind „insbesondere der Deutsche Pflegerat e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. qualifiziert zu beteiligen, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen sind und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind“. Kommt es nicht zu einer fristgerechten Einigung, trifft das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung eine Ersatzvorname.

Laut Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD soll die bislang im Gesetz vorgesehene Beschränkung der Anwendung von Personaluntergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen“ wegfallen und die Regelung so auf sämtliche bettenführenden Stationen erweitert werden. In den Verhandlungen der Selbstverwaltung sind dem derzeit noch gültigen gesetzlichen Auftrag gemäß „pflegesensitive Bereiche“ festgelegt worden. Die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften haben dazu die Einschätzung, dass die Auswahl der sechs festgelegten Bereiche „im Wesentlichen arbiträr“, also willkürlich war.

Die Fragesteller vernehmen seitens einiger an dem Verfahren qualifiziert beteiligter Organisationen Klagen über die Art und Weise, wie diese Beteiligung seitens der beiden hauptverhandelnden Organisationen gehandhabt wird.

Diskutiert wird im Beratungsverlauf ein Gutachten des Hamburg Center for Health Economics, das die Festlegung der Personaluntergrenzen mit Verhältniszahlen zum Gegenstand hat. Zur Festlegung der Verhältniszahlen werden jedoch keine Daten darüber zugrunde gelegt, wie viel Pflegepersonal für eine bedarfsgerechte und dem Stand der Pflegewissenschaften entsprechende Pflege

erforderlich ist. Stattdessen werden die empirisch anhand der unvalidierten Selbstangaben der Krankenhäuser zur Pflegepersonalbesetzung in den Qualitätsberichten ermittelten Werte der Krankenhäuser in eine Rangliste gebracht. Dann wird in diesem Perzentil-Ansatz willkürlich eine Grenze festgelegt, die bei den schlechtesten zehn bzw. 25 Prozent der Krankenhäuser liegt. Noch schlechtere Einrichtungen sollen dann auf das Niveau angehoben werden, das ein Krankenhaus an dieser Grenze aufweist. Umgekehrt ausgedrückt begnügt sich der Vorschlag also damit, dass 75 bzw. 90 Prozent der Krankenhäuser sich nicht verbessern müssen und nur zehn bzw. 25 Prozent der Krankenhäuser verpflichtet wären, sich meist in recht geringem Umfang zu verbessern. Der so errechnete Personalmehrbedarf liegt etwa zwischen 1 000 und 6 000 Stellen – bundesweit.

Sollte dies so eingeführt werden, wäre die Wirkung nach Ansicht der Fragesteller fatal. Geringfügigen Verbesserungen bei einigen besonders schlecht ausgestatteten Krankenhäusern stünden die regulatorische Rechtfertigung und ökonomischer Druck auf relativ gut ausgestattete Krankenhäuser gegenüber, ihr eigenes Personal bis auf diese Untergrenze abzusenken. Die erhebliche Lücke, die zwischen den Personalverhältniszahlen in Deutschland und anderen OECD-Staaten klafft, würde so nicht verringert, sondern vermutlich weiter vergrößert.

In der Begründung des Änderungsantrags, auf dem die Schaffung des § 137i SGB V beruht, ist an zwei Stellen darauf abgestellt, dass durch die Personaluntergrenzen „das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden“ sollte. Ein Anspruch an ein künftig herzustellendes Pflegeniveau, das lediglich Patientensicherheit auf dieser rudimentären Stufe herstellen soll, wirft erstens die Frage auf, welches Pflegeniveau wir derzeit haben. Zweitens sind davon abgeleitete Untergrenzen offenbar völlig ungeeignet, ein Versorgungsniveau zu bieten, wie es in § 70 SGB V vorgegeben ist, denn hier ist von einer bedarfsgerechten, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität die Rede. Ebenso in § 2 SGB V: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ Und auch aus § 12 lässt sich der Anspruch der Versicherten auf eine bedarfsgerechte Versorgung ableiten. Konkretisiert wird dies auch in § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wonach speziell die Krankenhäuser „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung“ zu gewährleisten haben. Diesen Grundsätzen müssen alle Leistungserbringenden genügen. Die durch die Verhandlungspartner geplante Beschränkung auf den Ausschluss von Patientengefährdung ist jedoch im Niveau deutlich unterhalb einer bedarfsgerechten Versorgung anzusiedeln.

Die Selbstverwaltungspartner haben also eigentlich aus den allgemeinen Regelungen des SGB V die Vorgabe, eine Regelung zu treffen, bei der Bedarfsgerechtigkeit maßgeblich sein müsste. Sie wollen entsprechend dem Wortlaut der Begründung des § 137i SGB V aber nur Patientengefährdung ausschließen. Erschwerend kommt hier hinzu, dass sich die Bundesregierung ausweislich ihres „Informationsvermerks“ an die Teilnehmer der Verhandlungsrunde vom 2. Februar 2018 der Rechtsauffassung anschließt, wonach Personaluntergrenzen nach § 137i SGB V mit dem Gebot einer bedarfsgerechten Versorgung vereinbar seien, wenngleich sie diese nicht leisten können.

Es ist mittlerweile gesundheitspolitischer Konsens, dass es deutlich zu wenige Pflegekräfte in den Krankenhäusern gibt. Deutschland ist hier im internationalen Vergleich der Pflegekräfte pro Patient Schlusslicht. Die Fragesteller halten daher eine Aufstockung um ein knappes Drittel, also um etwa 100 000 Pflegekräfte für angebracht. Die diskutierten Untergrenzen, die sich am Personal-

bestand von bereits derzeit relativ schlecht ausgestatteten Krankenhäusern orientieren, sind zwar in der Lage, Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Veränderungswillens sowie der Legitimation der beiden Verhandlungspartner zu schaffen, nicht aber, die Versorgungsrealität positiv zu beeinflussen (vgl. z. B. Monitor Pflege, 01/2018 vom 3. April 2018, S. 27 ff.).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und für diese Bereiche verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für alle zugelassenen Krankenhäuser zu vereinbaren. Kommt eine entsprechende Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 30. Juni 2018 nicht zustande, wird das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 137i Absatz 3 SGB V die Vorgaben durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar ist. Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege wurde in den von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform konsentierten Eckpunkten aufgegriffen, auf deren Grundlage das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erarbeitet wurde. Neben den zahlreichen im KHSG vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege in den Krankenhäusern wurde in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auch die Einrichtung einer Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgesehen. Die Einführung der nun in § 137i SGB V vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen war eine wesentliche Konsequenz aus den Beratungen dieser Expertinnen- und Expertenkommission. Damit haben sich die Beteiligten kurzfristig auf Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung verständigt, die zeitnah zu einer Entlastung der Pflegenden und einer verlässlichen Patientenversorgung beitragen.

Die Krankenhäuser haben dem durch die Regelungen des SGB V vorgegebenen Qualitätsstandard bei der Gestaltung der innerbetrieblichen Versorgungsstrukturen im Rahmen ihrer Organisationsfreiheit Rechnung zu tragen. Der konkrete Personalbedarf ist dabei in der Regel anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls zu ermitteln und hängt von der jeweiligen Organisation der Arbeitsabläufe, der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen, den baulichen Verhältnissen und der technischen Ausstattung ab. Auch der jeweilige Versorgungsbereich und die Bedürfnisse der spezifischen Patientengruppen sind hierbei zu berücksichtigen.

Die im Rahmen des gesetzlichen Auftrags von der Selbstverwaltung festzulegenden Pflegepersonaluntergrenzen leisten dabei einen wichtigen Beitrag. Sie bezwecken Versorgungsvorteile in den Bereichen, in denen ein ersichtlicher Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse besteht (pflegesensitive Bereiche).

Eine abschließende Konkretisierung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots wird mit den Pflegepersonaluntergrenzen jedoch nicht vorgenommen. Ziel der Regelung ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des

Ausstattungs-niveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung. Eine Reduzierung des bislang in einem Krankenhaus vorhandenen Personalbestands auf das Niveau der Pflegepersonaluntergrenzen ließe sich nicht mit dem Argument begründen, dass es sich um die Festlegung einer in jedem Fall ausreichenden Personalausstattung handele.

Nach Ansicht der Bundesregierung besteht weiterer Handlungsbedarf zur Verbesserung der Situation in der Pflege im Krankenhaus. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist vereinbart worden, die Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege spürbar, d. h. auch durch mehr Personal, zu verbessern.

Das am 23. Mai 2018 von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgestellte Eckpunktepapier zum „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ setzt diese Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag konsequent um: Darin ist unter anderem vorgesehen, dass zukünftig jede zusätzliche oder aufgestockte Stelle für die Pflege am Bett sowie jegliche Tarifsteigerungen vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Zudem werden auch die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der (Kinder-)Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert, um einen deutlichen Anreiz für eine Erhöhung der Zahl der Auszubildenden zu schaffen. Ferner sollen die Pflegepersonalkosten künftig besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden und die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt werden. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt dann die nachgewiesenen Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung. Damit wird zukünftig sichergestellt, dass die für die Pflege bereitgestellten Mittel auch tatsächlich für die pflegerische Versorgung verwendet werden. Schließlich sollen die Personaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche ausgeweitet werden.

1. Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung der Fragesteller zu, dass das SGB V den gesetzlich Krankenversicherten Anspruch auf ein bedarfsgerechtes Versorgungsniveau garantiert und nicht lediglich auf ein Niveau, das Patientengefährdung vermeidet?
2. Trifft dieser Anspruch auch auf den im SGB V befindlichen § 137i zu?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aufgrund des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 2 Absatz 1 Satz 3, § 12 Absatz 1, § 135a SGB V) müssen die von den Krankenhäusern zulasten der Krankenkassen erbrachten Versorgungsleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Insbesondere müssen die Versorgungsleistungen dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Leistungen, die nicht dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, können Versicherte grundsätzlich nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer grundsätzlich nicht bewirken und die Krankenkassen grundsätzlich nicht bewilligen.

Eine abschließende Konkretisierung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots wird mit den Pflegepersonaluntergrenzen nicht vorgenommen. Ziel der Regelung ist vielmehr ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung.

3. Ist es das Ziel der Neuregelung von § 137i SGB V, wie in der Gesetzesbegründung genannt, dass darauf abgezielt wird, „gefährlichen Situationen in der pflegerischen Versorgung entgegenzuwirken“ und dass „das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden“ soll?

Das Ziel wird in der Gesetzesbegründung dargestellt.

4. Ist es das Ziel der Regelung, eine bedarfsgerechte Versorgung auf dem Stand der medizinischen Erkenntnisse sicherzustellen?

Ziel der Regelung ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum.

5. Warum geht die Bundesregierung bei der Pflege im Krankenhaus nach SGB V anders vor als bei der Altenpflege nach SGB XI, wo zur Ermittlung des erforderlichen Personaleinsatzes für bedarfsgerechte Pflege die wissenschaftlich fundierte Erarbeitung eines Personalbemessungsinstruments in Auftrag gegeben wurde?

In der Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit ein neues Verständnis von Pflege eingeführt. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung in der Pflege beauftragt, bis zum 30. Juni 2020 ein Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung des erweiterten Pflegeverständnisses und zur Gestaltung eines hierfür passenden Personalmix zu entwickeln sowie zu erproben und es danach Eingang in die für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlichen Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI finden zu lassen. Ziel des Gesetzgebungsvorhabens am Ende der letzten Legislaturperiode im Bereich der Pflege im Krankenhaus war es hingegen, aufgrund des Handlungsbedarfes, kurzfristig eine Regelung zu schaffen, die zur Entlastung der Pflegenden beiträgt und die die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Patientengefährdungen reduziert. Die Pflegepersonaluntergrenzen werden bereits ab dem 1. Januar 2019 gelten.

6. Kann eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem Perzentil-Ansatz verwirklicht werden?

Wenn ja, wie hoch müsste dieser gewählt werden?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Höhe einer am pflegerischen Bedarf ausgerichteten Perzentilgrenze vor.

7. Kann in Krankenhäusern, die nach dem Perzentil-Ansatz eine Aufstockung ihres Personals vornehmen müssen, eine Pflegepersonalausstattung geschaffen werden, die vermeidbare Patientengefährdung tatsächlich nach Möglichkeit ausschließt?
8. Können gefährliche Pflegesituationen in allen Krankenhäusern durch die Verbesserung der schlechtesten zehn oder 25 Prozent der Häuser „nach Möglichkeit“ ausgeschlossen werden?

Die Fragen 7 und 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In mehreren internationalen Studien wurde der Zusammenhang zwischen der pflegerischen Patientenversorgung und der Pflegepersonalausstattung untersucht. Dabei konnte mehrheitlich aufgezeigt werden, dass die Häufigkeit des Auftretens bestimmter pflegesensitiver Ergebnisparameter mit zunehmender Belastung der Pflegekräfte anzusteigen scheint. In der vom Hamburg Center for Health Economics (HCHE) im Rahmen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ erstellten Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland vom 10. November 2016 konnte für bestimmte Fachabteilungen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Personalbelastungszahl und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse nachgewiesen werden. Zudem konnte festgestellt werden, dass bei den als pflegesensitiv identifizierten Fachabteilungen eine Reduzierung der Personalbelastungszahl zu einer Reduzierung unerwünschter Ereignisse führt. Der Wirkungsgrad einer Reduktion der Personalbelastungszahl auf die Verringerung des Auftretens von unerwünschten Ereignissen ist jedoch in Abhängigkeit zur Fachabteilung und dem jeweiligen Ergebnisparameter unterschiedlich hoch. Es bleibt daher abzuwarten, in welcher Höhe die Pflegepersonaluntergrenzen in den jeweiligen Krankenhausbereichen letztlich von den Vertragsparteien festgelegt werden. Es wird durch den gesetzlichen Auftrag nicht vorgegeben, dass die Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der Dezil- oder Quartilgrenze anzusetzen sind.

9. In wie viel Prozent der Krankenhäuser kommen gefährliche Pflegesituationen vor?
Treten gefährliche Situationen, die durch Personal in bedarfsgerechter Anzahl zu beheben wären, auch in den übrigen 90 oder 75 Prozent der Krankenhäuser auf, und wenn ja, in wie vielen pro Jahr?
10. Wenn es nun einen gewissen Prozentsatz Krankenhäuser gibt, wegen derer man nun gefährliche Pflege „nach Möglichkeit“ durch eine eigene gesetzliche Regelung ausschließen will, stimmt dann die Bundesregierung zu, dass es mindestens ebenso viele, eher noch deutlich mehr Krankenhäuser gibt, in denen die Pflege nicht bedarfsgerecht erfolgt?

Die Fragen 9 und 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, wie häufig in den Krankenhäusern „gefährliche Pflegesituationen“ auftreten oder in wie vielen Krankenhäusern die Pflege der Patientinnen und Patienten nicht bedarfsgerecht erfolgt.

11. Hat die Bundesregierung oder der GKV-SV eine Schätzung über die Mehrkosten bei Einführung von Personaluntergrenzen vorgenommen?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Die Bundesregierung geht grundsätzlich davon aus, dass der für die Versorgung erforderliche Pflegepersonalaufwand bereits in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt ist. Sofern allerdings durch die Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen in bestimmten Fällen eine anderweitige Finanzierung eines entstehenden finanziellen Mehraufwands von Pflegepersonaluntergrenzen nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, sieht § 137i Absatz 6 SGB V vor, dass DKG und GKV-SV eine Rahmenvereinbarung zur Berücksichtigungsfähigkeit von Mehrkosten durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes zu treffen haben.

12. Wie viele Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten wären von der Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen mit dem Perzentil-Ansatz des Hamburg Center for Health Economics effektiv betroffen, das heißt, wie groß ist der Anteil der Häuser bzw. Betten bundesweit, bei denen tatsächlich mehr Personal pro Schicht eingesetzt werden müsste (bitte in absoluten und prozentualen Zahlen angeben)?

Hat die Bundesregierung ein in Pflegevollzeitstellen bezifferbares Ziel vor Augen, sollen also eher 1 000, 10 000, 50 000 oder 100 000 neue Pflegestellen geschaffen werden, und innerhalb welchen Zeitraumes will sie dieses Ziel erreichen?

Der vom HCHE geschätzte Bedarf an zusätzlichen PflegerInnen nach Dezil- und Quartilgrenzen auf Basis des Berichtsjahres 2014 ist in einer Hochrechnung für die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser in der Expertise dargestellt. Hochgerechnet für alle deutschen Krankenhäuser beziffert sich der Mehrbedarf für die 15 als pflegesensitiv identifizierten Abteilungen bei einer Heranführung an die Dezilgrenze in etwa auf 1 222 bis 1 315 zusätzliche Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten). Bei einer Angleichung an die Quartilgrenze ergibt sich ein Mehrbedarf von ca. 5 616 bis zu 6 043 zusätzlichen Pflegekräften. Davon wären 390 (bei der Dezilgrenze) bzw. 950 (bei der Quartilgrenze) Krankenhäuser betroffen.

Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine Schätzungen zu dem durch die Einführung von Personaluntergrenzen ausgelösten Personalmehrbedarf vor, da dieser maßgeblich von der Anzahl der pflegesensitiven Bereiche und der konkreten Festlegung der Pflegepersonaluntergrenze abhängt.

13. Inwiefern wird in den derzeitigen Verhandlungen der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD berücksichtigt, dass also die Beschränkung auf „pflegesensitive Bereiche“ wegfallen soll?

Wird die Regelung 2019 ohne diese Beschränkung in Kraft treten?

Die mit der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen betrauten Vertragsparteien arbeiten derzeit an der Erfüllung des ihnen gemäß § 137i SGB V übertragenen gesetzlichen Auftrages. Die sich aus dem Koalitionsvertrag ergebenden Maßnahmen werden in angemessener Zeit umgesetzt.

14. Kann die Bundesregierung die Festlegung der „pflegesensitiven Bereiche“ auf sechs fachlich nachvollziehen, und wenn ja, auf Grundlage welcher Studien und Erkenntnisse?
15. Welchen Anteil an Willkür, die die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften der Auswahl attestieren, weist nach Einschätzung der Bundesregierung die Auswahl der sechs „pflegesensitiven Bereiche“ auf?

Die Fragen 14 und 15 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei den Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern zur Frage der Identifizierung der pflegesensitiven Bereiche wurden viele Erkenntnis- und Datengrundlagen herangezogen, um eine sachliche und nachvollziehbare Festlegung der als pflegesensitiv zu qualifizierenden Bereiche vornehmen zu können. Nach dem vom GKV-SV und der DKG vorgelegten Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach § 137i Absatz 1 SGB V vom 30. Januar 2018 konnten erste Hinweise auf das Vorliegen von pflegesensitiven Bereichen der Expertise des HCHE vom 16. November 2016 entnommen werden. Darin wurden im Ergebnis 15 Fachabteilungen als pflegesensitiv eingestuft, unter denen sich zum überwiegenden Anteil auch die letztlich von den Selbstverwaltungspartnern ausgewählten sechs Bereiche finden lassen. Dies gilt nicht für den Bereich Kardiologie und die Intensivmedizin, wobei letztere aufgrund fehlender Datengrundlagen in der Expertise außer Betracht gelassen wurde.

Zudem haben die Selbstverwaltungspartner die Identifizierung der pflegesensitiven Bereiche ausweislich des vorgelegten Zwischenberichtes auch auf eigene Datenanalysen zur Pflegeintensivität gestützt. Dazu wurde der Pflegebedarf anhand der Häufigkeit von PKMS-Fällen (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) einer Fachabteilung bzw. den Anteilen an Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984 – Operationen und Prozedurenschlüssel) oder an Funktionseinschränkungen (Diagnosen U50, U51, U52) einer Fachabteilung approximiert. Im Ergebnis konnten die Fachabteilungen für Geriatrie und Neurologie dabei als besonders pflegeintensiv identifiziert werden.

Zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche herangezogen wurde auch die Analyse zur Identifizierung pflegesensitiver Bereiche auf Grundlage der Daten zur externen stationären Qualitätssicherung des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. Dabei konnten Auffälligkeiten lediglich bei den Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe festgestellt werden. Anhand der Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe konnten die Bereiche Herzchirurgie, Geriatrie sowie Thorax- und Unfallchirurgie als die Versorgungsbereiche identifiziert werden, in denen pflegerische Ressourcen besonders bedeutsam sind.

Um bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche auch die Erfahrungen und Erkenntnisse von Pflegeexperten unterschiedlicher Disziplinen (z. B. Pflegedirektoren, Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegewissenschaftler) zu berücksichtigen, wurde das IGES Institut von den Selbstverwaltungspartnern mit einer Expertenbefragung beauftragt. Die Auswahl der sechs als pflegesensitiv eingestuften Bereiche wird durch die Ergebnisse der Expertenbefragung nicht in Frage gestellt: Mehr als 90 Prozent der befragten Expertinnen und Experten beurteilten die Geriatrie und die Intensivmedizin auf Nachfrage als pflegesensitiv. Für die vier Bereiche Neurologie, Kardiologie, Herzchirurgie und Unfallchirurgie gaben mehr als die Hälfte der Expertinnen und Experten auf Nachfrage an, dass die Bereiche pflegesensitiv seien, auch wenn einige Expertinnen und Experten bezüglich dieser vier Bereiche die Ansicht vertraten, dass diese Bereiche nur teilweise als pflegesensitiv einzustufen sind.

16. Ist es richtig, dass mit der derzeit zur Debatte stehenden Auswahl an „pflege-sensitiven Bereichen“ eine hochbetagte Patientin mit einer urologischen Krankheit auf einer geriatrischen Station von Pflegeuntergrenzen profitieren könnte und auf einer urologischen nicht?

Die Krankenhäuser sind grundsätzlich verpflichtet, auch in Krankenhausbereichen, in denen keine Pflegepersonaluntergrenzen gelten, für eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung durch die Pflegekräfte zu sorgen.

17. Hält die Bundesregierung es für sachgerecht, dass das durch Personaluntergrenzen festgelegte Pflegepersonal zu einem gewissen Anteil auch aus Pflegehilfskräften bestehen kann, oder sollten in die Berechnung der festgelegten Personalschlüssel ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte einfließen?

Wenn es einen gewissen Anteil an Hilfskräften geben sollte, wie groß darf dieser Anteil aus Sicht der Bundesregierung maximal sein?

Ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 137i SGB V sind zum Pflegepersonal im Sinne der Pflegepersonaluntergrenzen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung zu zählen; ergänzend können beispielsweise auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden. Ob und in welcher Höhe ausgebildetes Pflegehilfpersonal bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen tatsächlich zu berücksichtigen ist, kann nach Ansicht der Bundesregierung erst nach dem Vorliegen einer Datengrundlage zur Ist-Personalausstattung beurteilt werden, die die Selbstverwaltung in Auftrag gegeben hat.

18. Sollte aus Sicht der Bundesregierung die Einhaltung der Personaluntergrenzen nachprüfbar für jede Schicht gewährleistet sein, oder hält sie auch über einen längeren Zeitraum ermittelte Durchschnittswerte für sachgerecht (bitte nach der Festlegung von Personaluntergrenzen zur Vermeidung unmittelbarer Patientengefährdung einerseits und zur Erzielung bedarfsgerechter Versorgung andererseits differenzieren)?

Die Vertragsparteien haben sich in einem sog. Stufenplan auf eine monatliche Durchschnittsbetrachtung geeinigt: Unterschreitungen sind jedoch schichtgenau mitzuteilen.

19. Ist es aus Sicht der Bundesregierung zur Sicherstellung der Einhaltung der Personaluntergrenzen ausreichend, wenn Krankenhäuser erst nach drei Jahren Nichteinhaltung mit Sanktionen belegt werden können?

Wenn nein, welche Sanktionen hält die Bundesregierung für notwendig, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen?

Um die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen mit einer spürbaren Sanktion zu verknüpfen, ist in § 137i Absatz 5 SGB V die Vereinbarung eines Vergütungsabschlages ausdrücklich gesetzlich vorgesehen, wenn ein Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhält, ohne dass eine nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmte Ausnahme einschlägig ist oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 vorgesehenen Übergangsregelung erfüllt sind. Hierdurch soll ausweislich der Gesetzesbegründung des § 137i SGB V der Anreiz für die Krankenhäuser, die Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten, verstärkt werden. Gelingt es den Vertragsparteien nicht, eine Vereinbarung über die Höhe und nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlagen nach

§ 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V bis zum 30. Juni 2018 zu schließen, trifft nach § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausgesetzes innerhalb von sechs Wochen ohne Antrag die ausstehenden Entscheidungen.

20. Wie soll nach der Vorstellung der Bundesregierung die Berichterstattung der Krankenhäuser zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser aussehen?
21. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass die öffentliche Information für Patienten über die Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses Aussagen zu diesen beiden wichtigen Fragen enthalten müssen:
„Sind in diesem Krankenhaus zu jedem Zeitpunkt gefährliche Pflegesituationen nach Möglichkeit ausgeschlossen?
Ist in diesem Krankenhaus eine bedarfsgerechte Pflege möglich?“

Die Fragen 20 und 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Qualitätsberichte geben einen Überblick über die Strukturen und Leistungen der Krankenhäuser. Sie enthalten auch wichtige Hinweise auf die Qualität eines Krankenhauses und der medizinischen Behandlung. Sie stellen Informationen zur Verfügung, die u. a. Patientinnen und Patienten insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung dabei unterstützen können, Krankenhäuser zu vergleichen und das passende Krankenhaus auszuwählen. Um die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen und damit mittelbar auch die Personalausstattung in der Pflege sichtbar zu machen, ist in § 137i Absatz 4 Satz 4 SGB V ausdrücklich vorgesehen, dass der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen von den Krankenhäusern in ihren Qualitätsberichten darzustellen ist. Hintergrund dieser Regelung ist ausweislich der Gesetzesbegründung die Schaffung von Transparenz insbesondere gegenüber den Patientinnen und Patienten. Darzustellen ist das tatsächlich vorhandene Personal, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen. Die nähere Ausgestaltung des Inhalts, des Umfangs und des Datenformats der strukturierten Qualitätsberichte wird nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

Zum Aspekt der bedarfsgerechten Pflege wird auf die Antworten zu den Fragen 1, 2 und 4 verwiesen.

22. Wie geht die Bundesregierung und wie gehen die Verhandlungspartner mit der Befürchtung um, es könnten, wenn ein Krankenhaus zu mehr Pflegepersonal gezwungen wird, Aufgaben von anderen Bereichen (z. B. Reinigung, Verwaltung) auf die Pflegekräfte übertragen werden?

Der Bundesregierung liegen keine Anzeichen für eine derartige Übertragung von Aufgaben vor.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 23 verwiesen.

23. Mit welchem Ausmaß an zusätzlichen Dokumentationsverpflichtungen rechnet die Bundesregierung, um Verlagerungseffekte zwischen Stationen, aber auch Berufsgruppen ausschließen zu können?

Wie viel Pflegezeit geht durch die zusätzliche Dokumentation den Patientinnen und Patienten verloren?

Die Vertragsparteien haben geeignete Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen darf nicht zu Lasten der Personalausstattung in anderen Bereichen gehen. Ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 137i SGB V kann ein Hinweis auf mögliche Substitutionseffekte beispielsweise dann gegeben sein, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche erkennbar verringert hat. Durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 wurde auch der Strukturdatensatz nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 KHEntgG um die Angaben des Krankenhauses zur Zahl der in der Pflege beschäftigten Vollkräfte insgesamt sowie zur Zahl der Pflegevollkräfte in den pflegesensitiven Bereichen nach § 137i SGB V erweitert. Damit erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Informationsgrundlage, um Personalverlagerungseffekte zu erkennen und ihnen bei Bedarf begegnen zu können. Die Meldung dieser Strukturdaten erfolgt dabei routinemäßig auf Krankenhausebene; sie erfolgt regelmäßig nicht durch die mit der Pflege am Bett beschäftigten Pflegekräfte, denen dadurch auch kein Zeitverlust entstehen kann.

24. Inwiefern ist nach Beobachtung der Bundesregierung in den Verhandlungen die Klage von Patientenvertretung und Gewerkschaften berechtigt, wonach bei den beiden Hauptverhandlungspartnern der Veränderungswille kaum vorhanden ist, und in welchem Fall sieht sich die Bundesregierung gezwungen, hier per Rechtsverordnung oder per gesetzlicher Änderung einzugreifen?

Die mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 1 SGB V betrauten Vertragsparteien haben in den vergangenen Monaten gezeigt, dass sie trotz ihrer zum Teil divergierenden Auffassungen zu den einzelnen Aspekten der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen eine gemeinsame Vereinbarung zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages anstreben. Die Bundesregierung geht daher davon aus, dass der gesetzliche Auftrag an den GKV-SV und die DKG, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen festzulegen, fristgemäß umgesetzt wird. Sollte die Vereinbarung nicht oder nicht fristgemäß zustande kommen, wird das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 SGB V durch eine Rechtsverordnung erlassen.

25. Kann die Bundesregierung bestätigen, ob alle für die Sitzungen erforderlichen Unterlagen rechtzeitig von DKG und GKV-SV an die qualifizierten teilnehmenden Organisationen weitergegeben werden, sodass sie von diesen zur ausreichenden Vorbereitung einer Sitzung genutzt werden können?
26. Was bedeutet aus Sicht der Bundesregierung „qualifizierte Beteiligung“ in diesem Verfahren, das heißt, welche Mindeststandards der Beteiligung müssen gewährleistet sein?

Die Fragen 25 und 26 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In § 137i Absatz 1 Satz 9 SGB V ist vorgesehen, dass bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Deutsche Pflegerat, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. qualifiziert zu beteiligen sind. Die Art und Weise der Beteiligung wird in der Gesetzgebung zum § 137i SGB V dahingehend konkretisiert, dass den vorgenannten Verbänden in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist. Ihre Stellungnahmen sind zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Durch diese qualifizierte Form der Beteiligung ohne Mitentscheidung soll sichergestellt werden, dass praxisnahe Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis der erforderlichen Expertise erarbeitet werden.

Die Beteiligung der genannten Organisationen ist durch die Vertragsparteien auf Bundesebene sicherzustellen. Nach Ansicht der Bundesregierung erfolgt diese Beteiligung ohne nennenswerte Beeinträchtigungen, auch wenn im Einzelfall einige Unterlagen erst kurzfristig im Vorfeld einer Sitzung zur Verfügung gestellt werden konnten. Dies betraf allerdings alle an dem Verfahren Beteiligten und ist auch dem Umstand geschuldet, dass die Unterlagen aufgrund des zeitlich engen Rahmens zum Teil erst kurzfristig erstellt wurden.

27. Teilt die Bundesregierung die in der Entschließung des Bundesrats vom 23. März 2018 (Drucksache 48/18) unter Punkt drei (a bis d) genannten Kriterien zur Kontrolle der Umsetzung des § 137i SGB V?

Wenn nein, welche Kriterien teilt sie nicht und warum (bitte erläutern)?

Wie die damalige Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, anlässlich der 965. Sitzung des Bundesrates am 2. März 2018 bereits deutlich gemacht hat, teilt die Bundesregierung die in der Entschließung des Bundesrats vom 23. März 2018 (Drucksache 48/18) genannten Maßgaben bis auf die in Nr. 3. c) formulierte Vorgabe (dass der Personalschlüssel zeitlich umfassend, also sowohl tagsüber als auch nachts gelten muss) nicht. Die in der Entschließung unter Nr. 3. a) formulierte Vorgabe, die Untergrenzen seien in allen Krankenhausbereichen anzuwenden, in denen Pflegepersonal tätig ist, widerspricht dem gesetzlichen Wortlaut in § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V. Dort ist die Einführung von Untergrenzen ausdrücklich auf pflegesensitive Bereiche begrenzt. Zu der Vorgabe in Nr. 3. b) (dass der Personalschlüssel so hoch sein muss, dass eine bedarfsgerechte Versorgung und Pflege sichergestellt ist) wird auf die Antworten zu den Fragen 1, 2 und 4 verwiesen. Im Hinblick auf die in Nr. 3. d) genannte Maßgabe (dass der Personalschlüssel nur Fachpersonal umfassen darf) wird darauf hingewiesen, dass ausweislich der Ge-

setzesbegründung zu § 137i SGB V zum Pflegepersonal im Sinne der Pflegepersonaluntergrenzen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung zählen und ergänzend beispielsweise auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden können.

28. Anhand welcher Kriterien wird die Bundesregierung am 30. Juni 2018 bewerten, ob die Selbstverwaltung die Vorgaben des § 137i SGB V erfüllt hat oder nicht?

Die Bundesregierung wird anhand der in § 137i SGB V festgelegten Vorgaben überprüfen, ob die von den Selbstverwaltungspartnern vorgelegte Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen genügt.

29. Ist die Bundesregierung darauf vorbereitet, Personaluntergrenzen per Rechtsverordnung wirksam werden zu lassen, wie es der Deutsche Bundestag gesetzlich in § 137i Absatz 3 ausdrücklich geregelt hat, wenn die Selbstverwaltung ihren gesetzlichen Auftrag bis zum 30. Juni 2018 nicht oder teilweise nicht nachkommt, und wann ist mit der entsprechenden Rechtsverordnung zu rechnen?

Ist die Rechtsverordnung ebenfalls von der Fertigstellung des Gutachtens abhängig?

Wird die Bundesregierung entgegen dem Gesetz Regelungen der Vertragspartner akzeptieren, wenn diese nicht fristgerecht eingehen?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der gesetzliche Auftrag durch die Selbstverwaltung fristgemäß umgesetzt wird. Sollte die Vereinbarung nicht oder nicht fristgemäß zustande kommen, wird das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2019 eine Rechtsverordnung gemäß § 137i Absatz 3 SGB V erlassen. Zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen wird eine valide Datengrundlage zur derzeitigen Pflegepersonalausstattung in den pflegesensitiven Bereichen benötigt. Zum Erlass der Vorgaben nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 SGB V kann das Bundesministerium für Gesundheit daher auf Kosten der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen.

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Wieland Schinnenburg, Dr. Andrew Ullmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/2229 –**

Versandhandelsverbot verschreibungspflichtiger Arzneimittel in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Europäische Gerichtshof hat in seinem Urteil vom Oktober 2016 (AZ: C-148/15) entschieden, dass ausländische Versandapotheken nicht gegen die deutsche Arzneimittelpreisbindung verstoßen, wenn sie Kunden in Deutschland Boni gewähren. Nach Ansicht der Richter stellt die deutsche Arzneimittelpreisbindung für ausländische Versandapotheken einen Wettbewerbsnachteil dar. Die Richter sahen darin einen Verstoß gegen die Warenverkehrsfreiheit.

In dem Urteil heißt es, dass nicht nachgewiesen worden sei, dass durch die Festlegung einheitlicher Preise eine bessere regionale Verteilung der Apotheken in Deutschland sichergestellt werden könne. Der Europäische Gerichtshof erteilte der Argumentation der Bundesregierung, allein Apotheken sicherten eine qualitativ hochwertige Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Rx), eine deutliche Absage. Dazu führte er aus, dass keine Belege vorgelegt wurden, dass durch Versandapotheken „wichtige Leistungen wie die Notfallversorgung in Deutschland nicht mehr zu gewährleisten wären, weil sich die Zahl der Präsenzapotheken in der Folge verringern würde“.

Ungeachtet dieses Urteils wurde bereits Ende der 18. Wahlperiode ein Gesetzesentwurf zum Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln vom Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet. Auch der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD setzt diese Haltung fort und spricht sich für den Einsatz eines Versandhandelsverbots aus.

Begründet wird ein Rx-Versandverbot im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD mit einer Stärkung der Apotheken vor Ort. Ziel sei es, „die bestehende flächendeckende, wohnortnahe und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln weiterhin zu gewährleisten“.

Aufgrund der konkreten Forderung der Bundesregierung nach einem solchen Verbot besteht nach Ansicht der Fragesteller eine erhebliche Rechtsunsicherheit sowohl für Vor-Ort-Apotheken als auch für ausländische und inländische Versandapotheken. Gerade im Hinblick auf das Urteil des EuGH kommt der Forderung der Bundesregierung nach einem Versandhandelsverbot verschreibungspflichtiger Arzneimittel eine große Bedeutung zu.

1. Kann die Bundesregierung zusichern, dass ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit dem Verfassungsrecht vereinbar ist?
2. Ist die Stärkung der Apotheken vor Ort nach Ansicht der Bundesregierung ein für einen staatlichen Eingriff in ein grundrechtlich geschütztes Gut zulässiger legitimer öffentlicher Zweck?
3. Ist das Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln insbesondere im Hinblick auf die Erkenntnisse des Gutachtens im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (IC4 – 801436/74 – Projekt 74/15) ein nach Ansicht der Bundesregierung geeignetes Mittel, um diesen Zweck zu erreichen?
4. Ist das Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus Sicht der Bundesregierung ein erforderliches Mittel, um diesen Zweck zu erreichen, und wurden weniger einschränkende Maßnahmen geprüft?
5. Kann die Bundesregierung zusichern, dass das Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu einer Stärkung der Apotheken vor Ort führt?
6. Kann die Bundesregierung zusichern, dass mit einem Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln keine weiteren Apotheken vor Ort und insbesondere in strukturschwachen Regionen schließen und der Status quo der flächendeckenden Versorgung erhalten bleibt?
7. Welche anderen Maßnahmen, außer einem Rx-Versandverbot, sieht die Bundesregierung als geeignetes Mittel an, um ländliche Apotheken zu stärken?

Die Fragen 1 bis 7 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Wahlperiode des Deutschen Bundestages geschlossene Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 enthält auf Seite 98 folgende Vereinbarung:

„Um die Apotheken vor Ort zu stärken, setzen wir uns für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein.“

Der Meinungsbildungsprozess über die Umsetzung dieser Vereinbarung ist innerhalb der Bundesregierung noch nicht abgeschlossen.

In den Meinungsbildungsprozess werden alle Möglichkeiten, die Apotheken vor Ort zu stärken, einbezogen. Die Bundesregierung beschließt nur Gesetzentwürfe, die aus ihrer Sicht mit dem Recht der Europäischen Union und nationalem Verfassungsrecht in Einklang stehen.

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/2277 –**

Indirekte Zahlungen der Versicherten an die Arbeitgeber durch Senkung der Krankenkassenbeiträge

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wurde die Wiedereinführung der Parität in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Nun liegt der Referentenentwurf eines „Versichertenentlastungsgesetzes“ vor, mit dem die hälftige Zahlung der Beiträge und der Zusatzbeiträge durch Krankenkassenmitglieder und Arbeitgeber hergestellt werden soll. Dies soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. Mit demselben Gesetz sollen nach dem Willen des Bundesministeriums für Gesundheit für Krankenkassen und Gesundheitsfonds Obergrenzen der Rücklagen eingeführt werden. Das hat zur Folge, dass die Rücklagen abgebaut werden müssen, indem die Zusatzbeiträge gesenkt werden. Diese Regelung soll am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.

Die Kombination dieser beiden Regelungen bedeutet, dass auch die Arbeitgeber über die Senkung des dann paritätischen Zusatzbeitrags an der Rückzahlung der Rücklagen beteiligt werden, obwohl diese über die bisher nicht paritätischen Zusatzbeiträge allein von den Versicherten aufgebaut wurde. Denn ausweislich der Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 51 des Abgeordneten Dr. Achim Kessler auf Bundestagsdrucksache 19/1470 haben die Versicherten seit 2005 insgesamt 145 Mrd. Euro mehr gezahlt als die Arbeitgeber. Hätten sie dies nicht getan, hätten Krankenkassen und Gesundheitsfonds heute nicht Rücklagen von insgesamt rund 28 Mrd. Euro, sondern Schulden in Höhe von rund 118 Mrd. Euro (abzüglich Beiträge anderer, z. B. Jobcenter, zuzüglich Zinsen). Daher erscheint es den Fragestellern nicht als angemessen, wenn nun die Arbeitgeber durch Beitragsentlastungen profitieren, die auf die von den Versicherten alleine finanzierten Rücklagen zurückgehen.

Es ist grundsätzlich möglich, aber nicht sehr wahrscheinlich, dass die Krankenkassen das Zeitfenster von der Verabschiedung des Gesetzes bis zur Einführung paritätisch finanzierter Zusatzbeiträge nutzen werden, um ihre Rücklagen in diesen wenigen Monaten durch eine Senkung der Zusatzbeiträge alleine an die Versicherten zu zahlen. Denn über Senkungen der Zusatzbeiträge entscheiden die Verwaltungsräte der Krankenkassen, in denen die Arbeitgeber trotz niedrigerer Finanzierung paritätisches Stimmrecht haben.

Überhaupt ist infrage zu stellen, wie sinnvoll eine Auszahlung der Rücklagen tatsächlich ist, da sowohl die Koalition Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung plant als auch durch die Fragesteller der Bedarf zur Verbesserung der Versorgung (z. B. Pflegenotstand, bei Zahnersatz, Brillen, Abschaffung von Zuzahlungen) gesehen wird. Es würde den Versicherten zugutekommen, wenn die von ihnen eingezahlten Gelder dafür verwendet würden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem Entwurf des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) wird ein Paket mit wirksamen und vielfältigen Maßnahmen umgesetzt, mit denen Beitragszahlerinnen und Beitragszahler umfassend entlastet werden. Für die Versicherten kann eine Beitragsentlastung von rund 8 Mrd. Euro jährlich erreicht werden. Das Zusammenspiel der Regelungen führt dazu, dass die Beitragsbelastung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei Einführung der Parität durch eine zusätzliche perspektivische Absenkung der Zusatzbeiträge abgemildert werden kann. Vor dem Hintergrund der Belastungen der (öffentlichen und privaten) Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Höhe von jährlich rund 6,9 Mrd. Euro ist eine mögliche Entlastung über drei Jahre durch perspektivische Absenkung der Zusatzbeiträge durch Krankenkassen mit Finanzreserven oberhalb gesetzlicher Höchstgrenzen in Höhe von etwa jährlich 0,25 bis 0,5 Mrd. Euro hinnehmbar.

Mehrausgaben zur Verbesserung der Versorgung (beispielsweise für die Pflege) wären nicht nur von Krankenkassen mit sehr hohen Reserven, sondern von allen Krankenkassen und damit über den Gesundheitsfonds zu finanzieren. Die Rücklagen einzelner Kassen können also nicht direkt für Versorgungsverbesserungen eingesetzt werden.

1. Welchen Anteil der etwa 19 Mrd. Euro Rücklagen bei den Kassen und der etwa 9 Mrd. Euro beim Gesundheitsfonds betrifft das Gesetz bzw. liegen oberhalb der im Referentenentwurf vorgesehenen Grenzen?

Wie hoch ist also das angedachte Entlastungsvolumen zum derzeitigen Stand?

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die nach § 260 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe abgesenkt wird. Um Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden, wird den Krankenkassen ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht. Zum Jahresende 2017 verfügten die Krankenkassen auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse über Rücklagen in Höhe von rund 19,2 Mrd. Euro. Auf dieser Basis besteht ein rechnerisches Entlastungsvolumen von insgesamt rund 4,5 Mrd. Euro, das sich auf einen Zeitraum von drei Jahren verteilen dürfte.

Ferner wird eine gesetzliche Obergrenze für die Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe eingeführt. Das entspricht im Jahr 2018 rund 10 Milliarden Euro. Die Regelung setzt voraus, dass die voraussichtliche Höhe der Liquiditätsreserve diesen Betrag abzüglich der gesetzlich vorgesehenen voraussichtlichen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für die Folgejahre überschreitet. Maßgeblich hierfür ist die Prognose des Schät-

zerkreises nach § 220 Absatz 2 SGB V für das Folgejahr. Liegen die Voraussetzungen vor, sind die überschüssigen Mittel schrittweise jährlich bis zu einer Höhe entsprechend eines Finanzvolumens von 0,1 Beitragssatzpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen. Zum gesetzlich definierten Stichtag 15. Januar 2018 betragen die liquiden Mittel des Gesundheitsfonds rund 9,1 Mrd. Euro. Auf dieser Basis und unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen für den Innovations- und Strukturfonds ist eine Entnahme aus der Liquiditätsreserve für das Jahr 2019 derzeit nicht zu erwarten.

2. Wie hoch ist der Anteil, der voraussichtlich an die Arbeitgeber fließen würde?

Der Abbau der Rücklagen bei den Krankenkassen ermöglicht über einen Zeitraum von drei Jahren Beitragssenkungen in einem Volumen von jährlich etwa 1 bis 1,5 Mrd. Euro. Das führt zu einer rechnerischen Entlastung der Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber über drei Jahre in der Größenordnung von jährlich rund $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Mrd. Euro.

3. Wird diese Regelung, durch die Geld von Versicherten auf Arbeitgeber umverteilt wird, dem Geist des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und SPD insbesondere bezüglich der beabsichtigten Senkung der Beiträge für Versicherte durch die Schaffung der paritätischen Finanzierung gerecht?
4. Wird diese Regelung dem Titel „Versichertenentlastungsgesetz“ gerecht?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Mit dem Entwurf des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes werden Beitragsentlastungen umgesetzt, von denen ganz überwiegend die Versicherten profitieren. Dieses gesetzgeberische Ziel spiegelt sich im Gesetzestitel wider. Der Gesetzentwurf setzt wesentliche Regelungsaufträge des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode um. Dazu gehört, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2019 von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern paritätisch getragen werden. Gleiches gilt für die Beitragstragung von Rentenversicherungsträgern sowie Rentnerinnen und Rentnern. Die versicherten Beitragszahlerinnen und Beitragszahler werden durch die paritätische Finanzierung ab 2019 jedes Jahr um rund 6,9 Mrd. Euro entlastet. Einschließlich der Entlastungen aus dem Abbau überschüssiger Reserven in Höhe von jährlich rund $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Mrd. Euro und der Entlastung der Selbstständigen werden die Versicherten um insgesamt rund 8 Mrd. Euro jährlich entlastet.

5. Wäre es nach Ansicht der Bundesregierung sinnvoll, die Überschüsse zur Verbesserung der Versorgung einzusetzen, statt vorhandenes Geld in dem beabsichtigten Modus auszugeben?

Die Senkung von Zusatzbeiträgen und die Verbesserung der Versorgung stehen nicht in Widerspruch zueinander. Die Krankenkassen verfügten Ende 2017 nach einem Einnahmenüberschuss von 3,2 Mrd. Euro über Finanzreserven in einer Größenordnung von rund 19,2 Mrd. Euro. Im Durchschnitt entspricht das dem Vierfachen der gesetzlichen Mindestreserve von 25 Prozent einer Monatsausgabe. Mit der geplanten Regelung wird den Krankenkassen mit Finanzreserven

oberhalb der vorgesehenen gesetzlichen Höchstgrenzen vorgegeben, ihre Reserven innerhalb von drei Jahren auf das Vierfache der derzeitigen gesetzlichen Mindestreserve, also auf eine Monatsausgabe, abzubauen. Dieser Abbau kann sowohl über eine Absenkung der Zusatzbeiträge als auch über die Finanzierung möglicher Mehrausgaben der Versorgung erfolgen.

6. Wenn die Bundesregierung stattdessen eine Auszahlung bevorzugt, wäre es nach dem selbst von ihr gewählten Gesetzestitel „Versichertenentlastungsgesetzes“ nicht angemessen, die Entlastungen durch die Absenkung der Rücklagen ausschließlich den Versicherten zugutekommen zu lassen?
 - a) Was wäre in diesem Kontext von einer Frist zu halten, die im Gesetz genannten Obergrenzen der Rücklagen bis Ende 2018 gesetzlich verpflichtend durch Zusatzbeitragsenkungen erreicht zu haben?
 - b) Was wäre in diesem Kontext davon zu halten, die Versicherten durch Pro-Kopf-Prämien oder Zuzahlungsrückzahlungen gesetzlich verpflichtend bis zum Jahresende zu entlasten und so die Obergrenzen der Rücklagen erreicht zu haben?

Den Krankenkassen wird ein schrittweises Abschmelzen auf die neue Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben innerhalb von drei Haushaltsjahren ermöglicht, um erhebliche Beitragssatzsprünge bei einzelnen Krankenkassen zu vermeiden. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann auf Antrag diese Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel voraussichtlich nicht innerhalb dieses Zeitraums durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können. Ein Abbau der überschüssigen Finanzreserven innerhalb weniger Monate bis Ende 2018 würde zu massiven Beitragssatzsprüngen führen, die durch den im Gesetzentwurf vorgesehenen Übergangszeitraum von drei Jahren vermieden werden.

Die Möglichkeit zur Auszahlung einkommensunabhängiger Prämien wurde mit Rückkehr zur ausschließlich einkommensabhängigen Finanzierung im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) zum 1. Januar 2015 abgeschafft.

Der vorgesehene Abbau von Finanzreserven oberhalb der vorgesehenen gesetzlichen Höchstgrenzen erfolgt daher innerhalb der bestehenden Finanzierungssystematik über die Absenkung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge.

Im Übrigen wäre ein Abbau von überhöhten Finanzreserven durch Zahlung einer pauschalen Pro-Kopf-Prämie oder Zuzahlungsrückzahlungen insofern problematisch, als die Beiträge seit 2015 einkommensbezogen von den Mitgliedern geleistet wurden. Daher soll die Entlastung ebenfalls prozentual auf das Einkommen und mitgliederbezogen erfolgen. Direkte Auszahlungen wären mit einem höheren bürokratischen Aufwand verbunden.

7. Wenn die Bundesregierung die in den Fragen 5 und 6 gemachten Vorschläge ablehnt, weshalb sieht sie eine Notwendigkeit, dass auch die Arbeitgeber von den durch die Versicherten aufgebauten Rücklagen profitieren sollen?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 3 und 4 verwiesen.

8. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines, in der Kritik an der Kurzsichtigkeit der geplanten Rücklagenauszahlungen angeklungenen, „Finanz-Jojos“ bei den Kassen ein?

Ist aus ihrer Sicht bei einem Abbau der Rücklagen in den nächsten Jahren wieder mit einem dann dadurch verursachten Ansteigen der Beitragssätze zu Lasten der Versicherten zu rechnen?

Der Abbau von Finanzreserven oberhalb der vorgesehenen gesetzlichen Höchstgrenzen ist grundsätzlich über drei Jahre vorgesehen und kann in bestimmten Fällen verlängert werden. Beitragssatzsprünge werden damit vermieden. Da die Verpflichtung zum Abbau von Finanzreserven an der Haushaltsplanung der Krankenkassen für das Folgejahr ansetzt, können mögliche Mehrausgaben (z. B. aufgrund der Umsetzung von vereinbarten Maßnahmen des Koalitionsvertrags) berücksichtigt werden. Und auch danach verfügen die betroffenen Krankenkassen noch über Finanzreserven, die das Vierfache der gesetzlichen Mindestreserve betragen.

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kai Gehring, Ulle Schauws, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/2295 –**

Akademisierung der Hebammenausbildung

Vorbemerkung der Fragesteller

In Deutschland wird die Akademisierung der Hebammenausbildung bereits seit Jahren debattiert und im Rahmen von Modellstudiengängen erprobt.

Derzeit setzt die Tätigkeit als Hebamme oder Entbindungspfleger in Deutschland eine dreijährige fachschulische Ausbildung mit theoretischen und praktischen Anteilen voraus. Durch die Reform der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG; geändert durch die EU-Richtlinie 2013/55/EU) wurden die Zugangsvoraussetzungen auf EU-Ebene hochgesetzt; nunmehr ist eine zwölfjährige Schulbildung ebenso Voraussetzung für eine EU-weite Anerkennung wie die verstärkte Vermittlung von wissenschaftlichen Kenntnissen auf den Gebieten der Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Allgemeinmedizin und Pharmakologie. Die Bundesregierung hat daraufhin in ihrem Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (Bundestagsdrucksache 18/9400) erklärt: „Zugleich ergibt sich für die Hebammenausbildung bereits heute die Notwendigkeit einer vollständigen Akademisierung bis zum 18. Januar 2020. [...] Für Deutschland hat das zur Folge, dass eine Akademisierung der Hebammenausbildung erforderlich ist, damit die Richtlinienkonformität der Ausbildung, die der automatischen Anerkennung in der EU unterliegt, aufrechterhalten werden kann.“ (ebd., S. 33). Auch der Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ vom 29. April 2014 kommt zu diesem Ergebnis (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_IMAG-Gesamt.pdf; abgerufen am 25. April 2018).

Einen entsprechenden Gesetzentwurf zur Reform der Hebammenausbildung hat die Bundesregierung allerdings bislang nicht vorgelegt. Die 90. Gesundheitsministerkonferenz hat die Bundesregierung daher mit Beschluss aufgefordert, „die zur fristgerechten Umsetzung der EU-Richtlinie erforderliche Novellierung des Hebammeengesetzes unter Beteiligung der vom BMG initiierten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zügig umzusetzen.“ (www.dkgev.de/media/file/53061.Anlage1_Beschluesse_der_Gesundheitsministerkonferenz_der_Laender_2017_in_Bremen.pdf; abgerufen am 25. April 2018). Auch der Deutsche Hebammenverband

spricht sich für eine zügige Vollakademisierung der Hebammenausbildung aus (www.bundestag.de/blob/474682/0fa8eeca44bb09955906140bcf182acc/18_14_0204-22-_psgiii_dhv-data.pdf; abgerufen am 25 April 2018).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Hebammenversorgung ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen der Bundesregierung. Grundlage hierfür ist eine Hebammenausbildung, die den Anforderungen ihres Berufs gerecht wird und durch Attraktivität den Bedarf an Hebammen sicherstellt.

Derzeit findet die Hebammenausbildung in Deutschland an staatlich anerkannten Berufsfachschulen statt. Um den Beruf weiterzuentwickeln und an die komplexer werdenden Anforderungen in der Gesundheitsversorgung anzupassen, wurde im Jahr 2009 befristet bis zum Jahr 2017 eine Modellklausel in das Hebammengesetz eingeführt, welche erstmals auch eine akademische Ausbildung von Hebammen zuließ. Im Jahr 2015 hat die Bundesregierung die Modellvorhaben evaluiert und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass weitere Erkenntnisse notwendig sind, um die nachhaltigen und langfristigen Auswirkungen der Akademisierung auf den beruflichen Alltag von Hebammen und deren Arbeitsmarkt beurteilen zu können. Die Modellklausel wurde daher mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz um weitere vier Jahre bis zum Jahr 2021 verlängert.

Die Hebammenausbildung muss aufgrund von EU-Vorgaben novelliert werden. Im Jahr 2013 wurde die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen durch die Richtlinie 2013/55/EU geändert. Dabei wurde die Zugangsvoraussetzung zur Hebammenausbildung von einer zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung auf eine zwölfjährige allgemeine Schulausbildung angehoben. Darüber hinaus wurden die Anforderungen an die durch die Ausbildung zu vermittelnden Kenntnisse und Fähigkeiten von Hebammen geändert. Die Richtlinie muss bis zum 18. Januar 2020 in deutsches Recht umgesetzt werden.

Die Bundesregierung wird die Hebammenausbildung entsprechend dem Koalitionsvertrag nach den EU-Vorgaben umsetzen. Die Bundesregierung prüft zur Zeit die Einzelheiten der Novellierung. Die konkrete Ausgestaltung der novellierten Hebammenausbildung ist Gegenstand dieser Prüfung.

Zur Begleitung des Novellierungsprozesses wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Bund-Länder-Begleitgremium eingerichtet. In diesem Gremium sucht der Bund den Austausch mit den Ländern über die Ausgestaltung der künftigen Hebammenausbildung. Auch diese Gespräche sind derzeit noch nicht abgeschlossen.

1. Wie viele der seit 2010 an den Hebammenschulen in Deutschland ausgebildeten Hebammen verfügen nach Kenntnis der Bundesregierung über die Fachhochschulreife oder die Allgemeine Hochschulreife?

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, wie viele der in Deutschland ausgebildeten Hebammen über die Fachhochschulreife oder die Allgemeine Hochschulreife verfügen. Eine Abfrage beim Statistischen Bundesamt hat ergeben, dass hierzu keine Zahlen vorliegen.

2. In welchen europäischen Ländern ist die Hebammenausbildung nach Kenntnis der Bundesregierung bereits akademisiert worden (bitte Ländern einzeln auflühren)?

Der Bundesregierung liegen Informationen darüber vor, dass in den folgenden Ländern eine Hebammenausbildung auf akademischem Niveau angeboten wird:

1	Belgien
2	Bulgarien
3	Dänemark
4	Estland
5	Finnland
6	Frankreich
7	Griechenland
8	Großbritannien
9	Italien
10	Irland
11	Kroatien
12	Lettland
13	Litauen
14	Luxemburg
15	Malta
16	Niederlande
17	Österreich
18	Polen
19	Portugal
20	Rumänien
21	Schweden
22	Slowakei
23	Slowenien
24	Spanien
25	Tschechien
26	Ungarn
27	Zypern

3. Wann plant die Bundesregierung, einen Gesetzentwurf zur Akademisierung der Hebammenausbildung vorzulegen?

Ein Gesetzentwurf zur Novellierung der Hebammenausbildung soll zeitlich so vorgelegt werden, dass die Umsetzungsfrist der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen am 18. Januar 2020 eingehalten werden kann.

4. Wie soll nach Ansicht der Bundesregierung die Akademisierung der Hebammenausbildung insbesondere hinsichtlich der Dauer und der zu vermittelnden Inhalte des Studiengangs bzw. der Studiengänge sowie der Finanzierung der Praxiseinsätze oder Praxisphasen ausgestaltet werden?

Die Bundesregierung prüft derzeit die Einzelheiten der Novellierung der Hebammenausbildung. Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

5. Ist die Bundesregierung weiterhin der Ansicht, dass die Hebammenausbildung bis zum 18. Januar 2020 vollständig akademisiert werden muss?
Falls nicht, was hat zu diesem Meinungsumschwung geführt?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

6. Inwieweit ist die Bundesregierung der Ansicht, dass der besondere Aufgabenbereich von Hebammen insbesondere in Hinblick auf die selbstständige Leitung von Geburten und die damit verbundene Verantwortung eine akademische Ausbildung sinnvoll machen würde (Ansicht bitte begründen)?

Die Hebammentätigkeit umfasst bereits heute das selbstständige Leiten von Geburten. Diese Tätigkeit ist den Hebammen nach § 4 des Hebammengesetzes sogar vorbehalten. Dies wird bei der Frage der Akademisierung der Hebammenausbildung mit zu berücksichtigen sein.

7. Inwieweit ist die Bundesregierung der Ansicht, dass der besondere Aufgabenbereich von Familienhebammen im Rahmen der Frühen Hilfen und die damit verbundene Verantwortung eine akademische Ausbildung sinnvoll machen würde (Ansicht bitte begründen)?

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Diese befähigt sie dazu, Eltern und Familien in besonders belastenden Lebenssituationen für die Dauer von bis zu einem Jahr zu unterstützen.

Die im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen geförderten Familienhebammen verfügen über eine Qualifizierung entsprechend der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Zusammenarbeit mit den Ländern erarbeiteten „Mindestanforderungen zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern“ oder werden entsprechend qualifiziert. Inwieweit die Mindestanforderungen bei der Frage nach der Akademisierung der Hebammenausbildung berücksichtigt werden können, muss geprüft werden.

8. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der zusätzliche Bedarf an Familienhebammen in Deutschland, und wie viele Stellen sind derzeit unbesetzt (bitte Zahlen nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu bislang keine belastbaren Daten vor.

9. a) Was plant die Bundesregierung, um den zusätzlichen Bedarf an Familienhebammen in vielen Regionen sicherzustellen?
- b) Welche Vorteile hätte die Vollakademisierung der Hebammenausbildung nach Ansicht der Bundesregierung für die Qualifikation zusätzlicher Familienhebammen und die Sicherstellung der Versorgung?

Die Bundesregierung hat mit dem Bundeskinderschutzgesetz im Jahr 2012 einen auf Dauer angelegten Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien, insbesondere durch Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich, eingerichtet. Der Fonds wird seit dem 1. Oktober 2017 mittels der Bundesstiftung Frühe Hilfen umgesetzt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellt für diese wichtige Aufgabe dauerhaft jährlich 51 Mio. Euro zur Verfügung. Zentrales Ziel sind die Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und die psychosoziale Unterstützung von Familien (§ 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz).

Zudem ist die Aufwertung der sozialen Berufe insgesamt ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

10. Wann wird die Bundesregierung den nächsten Bericht nach § 6 Absatz 5 und 6 des Hebammengesetzes über die Ergebnisse der Modellversuche zur Akademisierung der Hebammenausbildung vorlegen?

Die in der Frage angesprochene Berichtspflicht nach § 6 Absatz 5 und 6 des Hebammengesetzes wurde zum 1. Januar 2017 gemeinsam mit vergleichbaren Berichtspflichten im Logopädiegesetz, Ergotherapeutengesetz sowie Masseur- und Physiotherapeutengesetz eingeführt. Sie setzt einerseits die Evaluierung der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (vgl. Bundestagsdrucksache 18/9400) fort; ergänzend werden bislang fehlende valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben erwartet, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen.

In Vorbereitung des erneuten Berichts plant das Bundesministerium für Gesundheit, im Herbst dieses Jahres mit interessierten Verbänden, Vertreterinnen und Vertretern der Länder sowie der Hochschulen ein Symposium durchzuführen, um erste Erkenntnisse aus den Evaluierungen zu diskutieren. Es sieht jedoch auch die Notwendigkeit, den Hochschulen bzw. Ländern im Anschluss an das Symposium Gelegenheit zu geben, die Erkenntnisse aus dem Symposium im Rahmen der Evaluierungen so berücksichtigen zu können, dass im Bericht belastbare Aussagen zu den erhobenen Fragen möglich sind. Ein Zeitpunkt, zu dem der Bericht vorgelegt wird, kann aus diesem Grund noch nicht genannt werden.

11. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den durch die geplante Akademisierung entstehenden Mehrbedarf an Bachelor- und Masterstudienplätzen sowie Promotionsstellen ein?
12. Wie hoch schätzt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang den erwarteten Mehrbedarf an wissenschaftlich qualifiziertem Lehrpersonal an Hochschulen ein?

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

Die Einzelheiten der Novellierung der Hebammenausbildung werden noch geprüft. Insoweit wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

13. Geht die Bundesregierung davon aus, dass bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine angemessene personelle, sachliche und räumliche Ausstattung für die akademisierte Hebammenausbildung an Hochschulen besteht (bitte begründen)?
14. Wie wird die Bundesregierung sicherstellen, dass die bisher in der fachschulischen Hebammenausbildung vermittelten fachlichen und praktischen Kompetenzen in die akademisierte Ausbildung transferiert werden, und welche Rolle sollen dabei zukünftig die bisherigen Hebammenschulen spielen?

Die Fragen 13 und 14 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Einzelheiten der Akademisierung der Hebammenausbildung werden noch geprüft.

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Corinna Rüffer, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/2367 –**

Zugang zur Ausbildungsförderung in Pflegeberufen

Vorbemerkung der Fragesteller

In der Alten- und Krankenpflege besteht ein hoher Fachkräftemangel (siehe z. B. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege“ auf Bundestagsdrucksache 19/1803). Zu seiner Behebung braucht es ein umfassendes Maßnahmenbündel. Ein Element ist die Förderung und Unterstützung der Fachkräfteausbildung.

Um die Ausbildung in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege erfolgreich abzuschließen, brauchen einige Auszubildende individuelle Unterstützung und tragfähige Brücken in die Ausbildung. Dies geschieht bereits heute in einzelnen Einrichtungen wie z. B. dem Klinikum Stuttgart (siehe Antwort auf den Antrag der Gemeinderatsfraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN http://lust-auf-stadt.de/index.php?article_id=1754). Angebote des Bildungszentrums im Klinikum Stuttgart als Brücke in die Ausbildung und während der Ausbildung sind z. B.:

- Deutschkurse für Auszubildende mit erhöhtem Sprachförderbedarf sowie Fachsprache Pflege und Medizin,
- intensive Lernberatung und Lernbegleitungen für Schülerinnen und Schüler in der Theorie,
- zusätzliche Praxisbegleitungen für Schülerinnen und Schüler auf Stationen und in Funktionsbereichen in den Kliniken,
- Probeklausuren, Probeexamen etc., um Prüfungssituationen zu trainieren,
- diverse Praktika, z. B. Berufsorientierung an Realschulen (BORS) und Gymnasien (BOGY), Sozialpraktika, Freiwilliges Soziales Jahr, Schnupperpraktika in der Pflege.

Anders als für Berufe, die im Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt sind, fehlen für die schulischen Berufsausbildungen im Bereich der Kranken- und Altenpflege entsprechende Refinanzierungsmöglichkeiten dieser speziellen Angebote durch die Agentur für Arbeit. Für im BBiG geregelte Berufe können Maß-

nahmen der sogenannten Assistierten Ausbildung (§ 130 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – SGB III) laut derzeit geltendem Recht noch bis zum 30. September 2018 beginnen.

Mit dem „Entwurf eines Gesetzes zur Verlängerung befristeter Regelungen im Arbeitsförderungsrecht und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/2102 über den barrierefreien Zugang zu den Websites und mobilen Anwendungen öffentlicher Stellen“ soll u. a. die Regelung des § 130 SGB III um zwei Ausbildungsjahrgänge verlängert werden.

Der Bundesrat hält in seinem Beschluss vom 27. April 2018 (86/18(B)) fest, dass er die Regelung des § 130 SGB III als wirkungsvolles und betriebsnahes Unterstützungsinstrument für die Verbesserung des Ausbildungserfolges einschätzt. Er benennt einige Verbesserungspotentiale, um einerseits die Akzeptanz bei den Unternehmen zu erhöhen, und um andererseits vorzeitigen Ausbildungsabbrüchen entgegenzuwirken bzw. den Maßnahmenerfolg zu erhöhen. In diesem Zusammenhang wird unter anderem gefordert, diese Regelung für alle Berufsausbildungen, insbesondere auch für schulische Ausbildungen im Gesundheits- und Pflegebereich, zu öffnen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Anders als in der Vorbemerkung der Fragesteller dargelegt, besitzt die Agentur für Arbeit auch für betriebliche Ausbildungen in Berufen, die im Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt sind, keine Refinanzierungsmöglichkeit. Die Finanzierung betrieblicher Berufsausbildung ist originäre Aufgabe der Wirtschaft.

Fördermöglichkeiten der Agenturen für Arbeit bestehen allerdings mit den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts der Auszubildenden und den Unterstützungsinstrumenten Assistierte Ausbildung und ausbildungsbegleitende Hilfen.

1. Welchen Informationsstand hat die Bundesregierung über
 - a) durchschnittliche Vertragslösungsquoten in der Kranken-, Gesundheits-, und Altenpflegeausbildung (bitte nach Bundesländern, und schulischer Vorbildung der Maßnahmenteilnehmerinnen und Maßnahmenteilnehmer aufschlüsseln),

Zu den durchschnittlichen Vertragslösungsquoten in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege liegen der Bundesregierung keine Informationen vor. Für die Altenpflegeausbildung wurden in dem im Jahr 2013 vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD e. V.) und der Prognos AG im Auftrag der Bundesministerien für Gesundheit (BMG) und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erstellten Finanzierungsgutachten zum Pflegeberufegesetz Daten für 11 Länder veröffentlicht. In der Befragung wurde eine durchschnittliche Abbrecherquote von 9,5 Prozent für die Altenpflegeausbildung ermittelt.

- b) den Anteil der vor bzw. während der laufenden Ausbildung aufgelösten Ausbildungsverträge,
 - c) die Gründe für diese Vertragslösungen?

Die Fragen 1b und 1c werden gemeinsam beantwortet.

Zu den beiden Fragen liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

2. Welche dem § 130 SGB III ähnlichen ausbildungsunterstützenden Maßnahmen erhöhen nach Kenntnis der Bundesregierung den Ausbildungserfolg im Bereich der Alten- und Krankenpflege, und wo und in welchem Umfang sind diese bereits heute förderfähig?

Nach dem Altenpflegegesetz betrieblich durchgeführte Berufsausbildungen, für die der dafür vorgeschriebene Berufsausbildungsvertrag abgeschlossen worden ist, können mit der Assistierten Ausbildung nach § 130 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) oder mit ausbildungsbegleitenden Hilfen nach § 75 SGB III unterstützt werden. Beide Instrumente dienen dem Ziel, den erfolgreichen Ausbildungsabschluss zu fördern.

Das Gleiche gilt ab dem Jahr 2020 für die durch das Pflegeberufereformgesetz neu geregelten Ausbildungen nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes (Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/ Pflegefachmann einschließlich der Spezialisierungen zur/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder zur/zum Altenpflegerin/-pfleger).

Daneben gibt es Unterstützungsangebote anderer Akteure wie den Ländern. So ergänzt beispielsweise das Land Brandenburg die Assistierte Ausbildung derart, dass auch Auszubildende in der einjährigen, landesrechtlich geregelten Altenpflegehilfe- und Krankenpflegehilfeausbildung sowie in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung unterstützt werden können. Über den konkreten Umfang solcher Angebote liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

3. Wie viele der in den vergangenen Jahren begonnenen Ausbildungen im Pflegebereich wurden durch ausbildungsunterstützende Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit gefördert (bitte für die Ausbildungsjahre 2015/2016, 2016/2017 und 2017/2018 und nach Art und Umfang der Förderung aufschlüsseln und die Gesamtzahl aller im genannten Zeitraum begonnenen Ausbildungen angeben)?

Im Zeitraum Oktober 2015 bis September 2016 (Oktober 2016 bis September 2017) haben nach Angaben der Statistik der Bundesagentur für Arbeit 347 (328) Förderungen von Teilnehmenden mit einem Ausbildungsziel in der Berufsgruppe 821 „Altenpflege“ (Klassifikation der Berufe 2010) mit ausbildungsbegleitenden Hilfen sowie 45 (99) mit Assistierter Ausbildung begonnen. Die Angaben beziehen sich lediglich auf die Förderung durch die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter in gemeinsamer Aufgabenwahrnehmung, Daten der zugelassenen kommunalen Träger sind nicht enthalten. Für das Ausbildungsjahr 2017/2018 liegen noch keine vollständigen Angaben vor.

Im Schuljahr 2015/2016 haben 49 014 Schüler eine Fachkraftausbildung im Bereich der Pflege begonnen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege), im Schuljahr 2016/2017 waren es 50 421. In eine Pflegehelferausbildung in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege gab es 2015/2016 insgesamt 11 204 Neueintritte, im Schuljahr 2016/2017 waren es 11 793. Für das Schuljahr 2017/2018 liegen noch keine Zahlen vor (Quelle: Statistisches Bundesamt, Schulstatistik 2015/2016, 2016/2017).

4. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Informationen der Antworten zu den Fragen 1 bis 3?

Durch das Pflegeberufereformgesetz sind die Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ab dem Jahr 2020 auch förderrechtlich neu aufgestellt worden. Diese Änderungen werden weiter umgesetzt.

5. Wie begründet die Bundesregierung die Ungleichbehandlung von im BBiG geregelten Berufen und den bundesweit geregelten schulischen Ausbildungsberufen im Bereich Pflege in Bezug auf die Förderung nach § 130 SGB III?

Die Durchführung von Berufsausbildungen nach dem BBiG einerseits und in bundesweit geregelten (fach-)schulischen Ausbildungsberufen andererseits erfolgt nach unterschiedlichen Regelungen und vor allem in unterschiedlichen Zuständigkeiten. Das spiegelt sich auch im Förderrecht wider. Für Berufsausbildungen im dualen System, die in einem nach dem Berufsbildungsgesetz, der Handwerksordnung oder dem Seearbeitsgesetz staatlich anerkannten Ausbildungsberuf betrieblich oder außerbetrieblich oder nach dem Altenpflegegesetz betrieblich durchgeführt werden, sieht das SGB III Fördermöglichkeiten vor. Für (fach-)schulische (Berufs-)Ausbildungen hingegen kann der Lebensunterhalt der Schülerinnen/Schüler durch Leistungen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG) gesichert werden. Flankierende Unterstützungsangebote wie Nachhilfeunterricht oder Begleitstrukturen sind Aufgabe des für die (fach-)schulische Ausbildung Verantwortlichen, oftmals der Länder.

Zum 1. Januar 2009 wurde die Altenpflegeausbildung nach ihrer bundesrechtlichen Neuregelung im Altenpflegegesetz in die Förderung des SGB III aufgenommen, da sie durch die Neuausrichtung einer dualen Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz im Wesentlichen gleichgestellt wurde. Die Fördermöglichkeit wurde wegen der nun ähnlichen Struktur in die ab 2020 neu geregelten Ausbildungen nach Teil 2 des Pflegeberufgesetzes (Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/ Pflegefachmann einschließlich der Spezialisierungen zur/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder zur/zum Altenpflegerin/-pfleger) übernommen.

6. Welche Kosten würden nach Schätzung der Bundesregierung auf die Arbeitslosenversicherung zukommen, wenn die in Frage 5 benannte Ungleichbehandlung behoben würde?

Die Mehrausgaben im Haushalt der Bundesagentur für Arbeit, die in Folge der Öffnung der Instrumente des SGB III für die ab 2020 neu geregelten Ausbildungen nach Teil 2 des Pflegeberufgesetzes (Ausbildung zur/ zum Pflegefachfrau/ Pflegefachmann einschließlich der Spezialisierungen zur/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder zur/zum Altenpflegerin/-pfleger) entstehen, wurden im Gesetzgebungsverfahren entsprechend ausgewiesen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/7823).

Eine Förderung von schulischen Berufsausbildungen durch Instrumente des SGB III ist von der Bundesregierung nicht beabsichtigt. Kostenschätzungen liegen deshalb nicht vor.

7. Plant die Bundesregierung, diese in Frage 5 benannte Ungleichbehandlung im Rahmen der aktuellen geplanten Verlängerung der Regelung des § 130 SGB III oder zu einem späteren Zeitpunkt vollständig abzubauen?

Falls nein, warum nicht, und welche alternativen Regelungen plant sie stattdessen?

Auf die Antworten zu den Fragen 5 und 6 wird verwiesen.

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/2386 –

Versorgungslage von Cannabis zu medizinischen Zwecken

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit dem 10. März 2017 ist das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft. Dieses regelt den Einsatz von Cannabisarzneimitteln als Therapiealternative bei Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen. Allerdings ist die Versorgung mit Cannabis als Medizin in Deutschland nicht sichergestellt. Das bereits erfolgte Ausschreibungsverfahren für den Cannabisanbau in Deutschland für den Zeitraum 2019 bis 2022 wurde am 28. März 2018 vom Oberlandesgericht Düsseldorf gestoppt und ein Zuschlagsverbot erteilt (www.olg-duesseldorf.nrw.de/behoeerde/presse/Presse_aktuell/20180329_PM_Verkuendung_Cannabis/index.php).

Nun hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingeräumt, dass nicht schon ab 2019 in Deutschland angebautes Cannabis in pharmazeutischer Qualität zur Versorgung schwerkranker Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen wird (www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Cannabisagentur/_node.html). Zudem hat sich gezeigt, dass die Importmengen bei weitem die in der ersten Ausschreibung geplante Anbaumenge übersteigen (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/1230). Also selbst wenn die ausgeschriebene Menge angebaut werden würde, wäre bereits jetzt absehbar, dass die Ernte absolut nicht ausreichend wäre, um den Bedarf zu decken.

Auch ist die Versorgung über Importe nicht ausreichend gewährleistet. Deutschland importiert aktuell aus Kanada und den Niederlanden Cannabis. In beiden Ländern ist jedoch eine gesetzliche Änderung zur (Teil-)Legalisierung von Cannabis zu Genusszwecken geplant (www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/E_2017_AR_ebook.pdf). Da die Bundesregierung in Anlehnung an das „UN-Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel“ von 1961 medizinisches Cannabis bislang nur aus Ländern importieren möchte, die über eine Cannabisagentur verfügen und in denen das Cannabis aus einem Anbau stammt, der zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle erfolgt (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 18/13634), erscheint unklar, wie die Bundesregierung künftig ihre Importe sicherstellen wird. Das BfArM

und das Bundesministerium für Gesundheit erklärten kürzlich ohne Konkretisierung, dass sie keine Gefährdung der Importe durch die geplante kanadische Gesetzgebung sehen, da Kanada vom Internationalen Suchtstoffkontrollrat (INCB) nicht gerügt worden sei (<https://hanfverband.de/nachrichten/news/cannabis-importe-aus-kanada-vorerst-nicht-gefaehrdet>).

Ein weiteres Problem besteht weiterhin in den überhöhten Preisen durch die Apotheken (www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/medizinalhanf-cannabis-streit-um-apothekerpreise/).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Bis Medizinalcannabis aus dem Anbau in Deutschland für Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, wird der Bedarf weiterhin über Importe gedeckt. Derzeit wird Medizinalcannabis aus den Niederlanden und Kanada importiert. Grundsätzlich kann Medizinalcannabis aus jedem Land importiert werden, das den Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle durchführt und Cannabis in Arzneimittelqualität anbieten kann. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erteilt auf Antrag bei Vorliegen der Voraussetzungen die erforderlichen Erlaubnisse und Genehmigungen.

Die importierten Mengen Medizinalcannabis konnten seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften im März 2017 erheblich gesteigert werden. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, dass die im Sommer 2017 aufgetretenen Lieferschwierigkeiten für Cannabisblüten in dieser Form derzeit noch fortbestehen. So hat auch das Verwaltungsgericht Köln im Januar 2018 mehrere Klagen abgewiesen, die auf die Erteilung von Ausnahmeerlaubnissen zum Eigenanbau von Cannabis gerichtet waren und u. a. mit Lieferengpässen begründet wurden.

Aus dem Ausland werden derzeit über ein Dutzend verschiedener Sorten medizinischer Cannabisblüten in pharmazeutischer Qualität mit unterschiedlichen Wirkstoffgehalten nach Deutschland importiert. Sollte in Einzelfällen, trotz einer zwischenzeitlich erheblichen Steigerung des Gesamtimports, in der aufgesuchten Apotheke eine bestimmte Sorte an Medizinal-Cannabisblüten nicht vorrätig sein, besteht die Möglichkeit, dass dies in einer anderen Apotheke der Fall ist. Zudem besteht die medizinisch-therapeutische Möglichkeit, dass Ärztinnen und Ärzte alternative Rezepturmittel oder Fertigarzneimittel auf Cannabisbasis verschreiben. In Betracht kommen Dronabinol, das bei der Rezepturzubereitung auch in verschiedenen Stärken mit Cannabidiol gemischt werden kann, Cannabisextrakte als Rezepturmittel sowie Sativex® und Canemes®. Diese Cannabisarzneimittel sind nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen derzeit ohne Einschränkung lieferbar.

Die Preisbildung ist in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelt und hängt von der arzneimittelrechtlichen Einstufung des Produktes ab. Die Taxierung durch eine Apotheke hängt außerdem davon ab, was von einer Ärztin oder einem Arzt genau verordnet wurde und der Verordnung entsprechend abgegeben wird.

1. Welche genauen Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf?

Das BfArM prüft die Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf und berücksichtigt sie bei der Erstellung der Ausschreibungsunterlagen für die zeitnahe geplante neue Veröffentlichung der Ausschreibung.

2. Welche Fehler sieht die Bundesregierung bei der ersten Ausschreibung, und wann plant sie eine neue Ausschreibung?

Das erste Ausschreibungsverfahren wurde im Einklang mit den Anforderungen des Vergaberechts begonnen. Die von der Vergabestelle gesetzte Frist für die Abgabe der Teilnahmeanträge hätte jedoch nach Auffassung des Oberlandesgerichts Düsseldorf verlängert werden müssen. Das OLG Düsseldorf hat in seiner Entscheidung insofern auf eine planwidrige Regelungslücke in der Vergabeverordnung hingewiesen. Eine neue Veröffentlichung der Ausschreibung soll in Kürze erfolgen.

3. Rechnet die Bundesregierung noch immer mit einer Ernte im Jahr 2019, falls nein, wie lautet die derzeitige Prognose der Regierung für die erste Cannabis-ernte in Deutschland?

Mit einer ersten Ernte von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland wird im Jahr 2020 gerechnet.

4. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass flexibel auf eine erhöhte Nachfrage von medizinischem Cannabis reagiert werden kann?
 - a) Plant die Bundesregierung in einem eventuell neuen Ausschreibungsverfahren, wie bei anderen Rahmenverträgen im Arzneimittelbereich, ein offenes Zielvolumen für die Abnahmemenge?
 - b) Wenn bei der neuen Ausschreibung doch eine Höchstabnahmemenge je zu vergebendem Los festgelegt wird, in welchen Umfang soll der jährliche Anbau und die Lieferung von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland erfolgen?

Ein offenes Zielvolumen ist vom BfArM nicht geplant und erscheint auch nicht zielführend, da die Bieter eine Planungsgrundlage für ihre Anlagen benötigen. Eine Auslastung der Anlage mit anderen Arzneimitteln ist hier nicht möglich.

Das Volumen der Ausschreibung soll angepasst werden. Das BfArM beabsichtigt, eine dem Bedarf entsprechende Menge Cannabis für medizinische Zwecke auszuschreiben.

5. Wie geht die Bundesregierung damit um, dass die Preisentwicklung für Cannabis als Medizin für Personen, die dieses nur auf Privatrezept bekommen, nun eine erheblich höhere finanzielle Belastung darstellt als noch vor dem Cannabis-als-Medizin-Gesetz?

Mit § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde die Erstattungsfähigkeit von Cannabisarzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert, die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften grundsätzlich auf zugelassene Fertigarzneimittel im jeweils zugelassenen Anwendungsgebiet begrenzt war. Die Kostenerstattung durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen richtet sich nach § 192 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes. Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen sind zu erstatten.

6. Wie ist der aktuelle Stand der Verhandlungen zwischen dem Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband zu Änderungen der Apothekenzuschläge, um den Abgabepreis von Cannabis zu senken?

Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen.

7. Erwägt die Bundesregierung, Cannabisblüten rechtlich Fertigarzneimitteln gleichzustellen, damit der Aufschlag des medizinischen Cannabis durch die Prüfung der Apotheken entfällt?

Die Einstufung als Fertigarzneimittel richtet sich nach der am europäischen Unionsrecht ausgerichteten gesetzlichen Begriffsbestimmung in § 4 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG). Sonderregelungen für einzelne Arzneimittel sind nicht vorgesehen. Fertigarzneimittel unterliegen grundsätzlich der Zulassungspflicht nach § 21 Absatz 1 AMG.

Sofern kein Fertigarzneimittel vorliegt oder es einer Zulassung aufgrund gesetzlicher Ausnahmvorschrift nicht bedarf, kommt der abgebenden Apotheke eine höhere Verantwortung zu. Insbesondere ist die Apotheke dann nach den Vorschriften der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) zu einer umfassenden Prüfung des Arzneimittels verpflichtet. Dabei können gegebenenfalls vorliegende Zertifikate anerkannt werden, wenn die in der ApBetrO geregelten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Prüfung in der Apotheke dient der Gewährleistung der nach der pharmazeutischen Wissenschaft erforderlichen Qualität von medizinischem Cannabis sowie der Sicherheit der Cannabistherapie und ist daher unverzichtbar.

8. Inwiefern sieht die Bundesregierung verordnungs- oder gesetzgeberischen Handlungsbedarf, damit in der Hilfstaxe eine sensorische Prüfung von Cannabis in der Apotheke als ausreichend zur Identitätsüberprüfung angesehen werden kann?

Die ApBetrO schreibt eine Prüfung der Arzneimittel und Ausgangsstoffe nach anerkannten pharmazeutischen Regeln vor. Umfang und Modalitäten der Prüfung sind nicht Gegenstand der Hilfstaxe und könnten dort auch nicht abweichend von den arzneimittel- und apothekenrechtlichen Vorgaben geregelt werden.

9. Wie legt die Bundesregierung Artikel 31 („Bestimmungen für den internationalen Handel“) des UN-Einheitsabkommens von 1961 aus?
 - a) Muss sich ein Land, das medizinisches Cannabis nach Deutschland exportieren möchte, vollumfänglich an das UN-Einheitsabkommen halten, wie es durch die Aussage der Bundesregierung zu Uruguay suggeriert wurde?
 - b) Muss nur das Produkt, das nach Deutschland exportiert werden soll, im Einklang mit der UN-Konvention produziert werden?
 - c) Wie ist die Aussage der Bundesregierung in Bezug auf Bundestagsdrucksache 18/13634 zur Unrechtmäßigkeit des Handels von medizinischem Cannabis mit Uruguay („weil es den Konsum von Cannabis zu Genusszwecken legalisiert hat“) zu interpretieren?
 - d) Welche Bedingungen stellt die Bundesregierung an die Produktion im Exportland für den Import von medizinischem Cannabis nach Deutschland?
 - e) Welche Bedingungen stellt die Bundesregierung an die Trennung zwischen Cannabis für medizinische Zwecke und Genusszwecke in dem Exportstaat?
 - f) Auf welcher Ebene (Gesetzgebung, Verordnung, auf Unternehmensseite) muss diese Trennung geschehen?
 - g) Ab welchem Zeitpunkt muss eine solche Trennung erfolgen (z. B. Saat, Anbau, Ernte, Weiterverarbeitung oder Distribution)?

Nach der Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) ist in Deutschland solcher Cannabis verkehrs- und verschreibungsfähig, der aus einem Anbau stammt, der zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle gemäß den

Artikeln 23 und 28 Absatz 1 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe erfolgt. Damit kann nur solcher Cannabis, der im Herkunftsland eine anerkannte medizinische Zweckbestimmung hat und dort einer Kontrolle nach Maßgabe der vorgenannten völkerrechtlichen Anforderungen unterliegt, auf der Grundlage einer Erlaubnis des BfArM nach § 3 Absatz 1 BtMG zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung nach Deutschland eingeführt werden.

Im Übrigen werden die qualitativen Anforderungen an medizinischen Cannabis durch das Arzneimittelrecht geregelt. Für die Prüfung, Feststellung und Einhaltung der arzneimittelrechtlichen Regelungen hinsichtlich des Imports von medizinischem Cannabis sind die in der Arzneimittelüberwachung und -untersuchung tätigen Landesbehörden zuständig.

Uruguay verstößt nach den Feststellungen des International Narcotics Control Board (INCB; Suchtstoffkontrollamt der Vereinten Nationen) gegen das Einheits-Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe, weil es den Konsum von Cannabis zu Genusszwecken legalisiert hat. Uruguay unterhält zwar eine sogenannte Cannabisagentur, hat aber bisher – soweit bekannt – keine Lizenzen für den Anbau von Cannabis zu ausschließlich medizinischen Zwecken unter den Vorgaben des Einheits-Übereinkommens von 1961 erteilt.

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Entwicklungen in Kanada bezüglich der für Mitte 2018 geplanten Legalisierung von Cannabis zu Genusszwecken?

Nach Kenntnis der Bundesregierung hat Kanada eine Stelle, die für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Einheits-Übereinkommens von 1961 verantwortlich ist und die teilweise als Cannabisagentur bezeichnet wird.

Nach Kenntnis der Bundesregierung soll der bisherige kanadische Rechtsrahmen für den Anbau und den Vertrieb von Cannabis zu medizinischen Zwecken, unter dem der Export nach Deutschland stattfindet, auch unter der geplanten neuen kanadischen Gesetzgebung fortgeführt werden. So soll ein getrenntes System für die Versorgung mit Cannabis zu medizinischen Zwecken aufrecht erhalten bleiben.

11. Welche Folgen sieht die Bundesregierung, wenn der International Narcotics Control Board (INCB) – aufgrund der Verstöße gegen das UN-Einheitsabkommen – Kanada noch eine Rüge erteilt?
 - a) Welche Konsequenzen gedenkt sie daraus für den Handel mit medizinischem Cannabis aus Kanada zu ziehen?
 - b) Wird es auch nach einer Rüge Kanadas aufgrund der Legalisierung von Cannabis zu Genusszwecken möglich sein, Cannabis zum medizinischen Gebrauch aus Kanada zu importieren?
 - c) Unter welchen Voraussetzungen würde der Import aus Kanada fortgesetzt, wenn Kanada Cannabis zu Genusszwecken legalisieren würde?
 - d) Geht die Bundesregierung davon aus, dass Kanada vom INCB nicht gerügt wird, und wenn ja, warum geht sie davon aus?

Auf die Antwort zu den Fragen 9 und 10 wird verwiesen.

12. Wie bewertet die Bundesregierung die Entwicklungen in den Niederlanden bezüglich der geplanten kommunalen Modellprojekte zum legalen Anbau von Cannabis zu Genusszwecken?
- Teilt die Bundesregierung die Einschätzung des INCB, auf den sich die Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 18/13634 bezieht, dass auch die Niederlande gegen das UN-Einheitsabkommen verstoßen werden?
 - Wird es auch nach Start dieser Modellprojekte möglich sein, Cannabis aus den Niederlanden nach Deutschland zu importieren?
 - Unter welchen Voraussetzungen würde der Import aus den Niederlanden fortgesetzt, wenn die Niederlande die kommunalen Modellprojekte zum legalen Anbau von Cannabis zu Genusszwecken umsetzen?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, die Rechtslage zum Umgang mit Cannabis zu Genusszwecken in anderen Staaten zu bewerten. Auf die Antwort zu Frage 9 wird verwiesen.

13. Wie wird die Bundesregierung reagieren, falls der INCB gemäß Artikel 14 des UN-Einheitsabkommens von 1961 einen Handelsstopp mit Kanada oder den Niederlanden empfehlen sollte?

Die Bundesregierung hat derzeit keinen Anlass, hierzu Überlegungen anzustellen. Soweit ersichtlich, hat das für die Kontrolle der Einhaltung der VN-Suchtstoffübereinkommen zuständige INCB bislang keinen Anlass für eine Rüge wegen Verstößen gegen die Übereinkommen durch den gesetzlich geregelten und kontrollierten Anbau von medizinischem Cannabis sowie das entsprechende Inverkehrbringen von medizinischem Cannabis gesehen.

14. Erachtet die Bundesregierung eine Neuverhandlung des UN-Einheitsabkommens von 1961 für notwendig?
- Falls ja, in welchen Bereichen wäre eine Neuverhandlung aus Sicht der Bundesregierung notwendig?
 - Falls nein, warum sieht die Bundesregierung keinen Bedarf an einer Neuverhandlung?

Die Bundesregierung erachtet eine Neuverhandlung des Einheits-Übereinkommens von 1961 nicht für nötig. Nach Auffassung der Bundesregierung gewährleistet das Einheits-Übereinkommen von 1961 die erforderliche Verwendung von Suchtstoffen zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken.

15. Würde die Bundesregierung eine Novellierung bzw. eine Konkretisierung des UN-Einheitsabkommens von 1961 (bspw. mit Blick auf Zusatzprotokolle) dahingehend, dass der weitere Import aus den Niederlanden und Kanada ermöglicht wäre, befürworten?

Aus Sicht der Bundesregierung besteht für eine Änderung des Einheitsübereinkommens von 1961 im Hinblick auf die Verwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken kein Anlass.

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Susanne Ferschl, Achim Kessler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/2400 –**

Umsetzung des im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarten Verbots für den Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln

Vorbemerkung der Fragsteller

Im Oktober 2016 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) geurteilt, dem internationalen Versandhandel sei ein Marktzugang über den Preiskampf zu ermöglichen (Urteil vom 19. Oktober 2016, Az.: C-148/15).

Ausländische Versandapotheken dürfen seitdem Boni und Rabatte für das Einlösen von Rezepten gewähren, was sowohl inländischen Versandapotheken als auch Präsenzapotheken nicht erlaubt ist. Über diesen Preiskampf sollen sie Vorteile gegenüber den Präsenzapotheken erhalten, deren Beratung in der Regel besser ist und die für die Notfallversorgung da sind.

In einem Gutachten von May, Bauer und Dettling („Versandverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel – Wettbewerbsökonomische und gesundheitspolitische Begründetheit“) wird dargelegt, dass viele Apotheken, gerade auf dem Land, einem Preiswettbewerb nicht standhalten können und damit die Versorgungssicherheit in Frage gestellt würde. In mehreren Zukunftsszenarien wird aufgezeigt, dass der Versandhandel in Verbindung mit freien Preisen für rezeptpflichtige Arzneimittel die flächendeckende Versorgung mit Vor-Ort-Apotheken sehr wohl beeinträchtigt. Bei einem Szenario mit beschränkten Boni würden mehr als 1 000 Ortschaften mit weniger als 5 000 Einwohnerinnen und Einwohnern die einzige Apotheke im Umkreis von fünf Kilometern verlieren.

Zudem halten die Gutachterinnen und Gutachter das EuGH-Urteil selbst für EU-rechtswidrig, da es in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für ihre Gesundheitspolitik eingreife (Artikel 168 Absatz 7 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union – AEUV) und es im Widerspruch zu zahlreichen anderen EuGH-Urteilen stehe (vgl. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/01/das-rx-versandverbot-ist-die-einzig-eu-rechtskonforme-loesung/chapter:2). Die vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz und vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie vorgebrachten Bedenken, das Rx-Versandverbot sei unions- und verfassungswidrig, seien „völlig unbegründet“.

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages haben in einer Ausarbeitung zu den „Verfassungsrechtlichen Anforderungen an ein Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln“ geäußert, dass die Einschränkung der Freiheit der Berufsausübung durch ein solches Verbot durchaus verfassungskonform sei, wenn es zum Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsgutes zwingend erforderlich sei. Die Tätigkeit von Versandapothekerinnen und Versandapothekern erweise sich im Ganzen nicht als eigener Beruf, sondern nur als eine besondere Ausübungsform des traditionellen Apothekerberufs, der als solcher nicht beschränkt würde. In der Gesamtabwägung könne das Verbot verhältnismäßig und verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sein, insbesondere als es plausibel erscheine, dass sich die Apothekeninfrastruktur zu Lasten der flächendeckenden Versorgung mit Präsenzapotheken verändern würde. Eine erhebliche Zunahme des Versandhandels würde zudem die mit dem Versand von Arzneimitteln allgemein verbundenen Gesundheitsgefahren verschärfen. Dem Schutz der Gesundheit komme aber ein besonderes Gewicht zu (vgl. www.bundestag.de/blob/489008/b4b8504703025e7db95b12aa83c20fc4/wd-3-241-16-pdf-data.pdf).

Zudem können Patientinnen und Patienten nicht sicher zwischen legalen und kriminellen Versandapotheken unterscheiden. Gefälschte Arzneimittel werden überwiegend über den Versandhandel verkauft. Professor Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz, Leiter des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker (ZL), nennt darum den Bezug von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln über ausländische Internetapotheken als größte Gefahrenquelle (www.aponet.de/wissen/arzneimitteldatenbank/arzneimittel/arzneimittelfaelschungen0.html).

Zum Erhalt von Beratungsqualität und Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln vor Ort, die durch das EuGH-Urteil gefährdet sind, hat die Fraktion DIE LINKE im Deutschen Bundestag bereits am 15. Dezember 2016 einen diesbezüglichen Antrag vorgelegt (siehe Bundestagsdrucksache 18/10561). Drei Monate später erarbeitete das Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Gesetzentwurf (www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=67426), der aber am Widerstand vor allem des SPD-geführten Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, aber auch aus dem Bundesministerium der Finanzen scheiterte. Die Mehrheit der CDU/CSU unterstützte ein Versandverbot von rezeptpflichtigen Arzneimitteln.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD wurde im März 2018 vereinbart: „Um die Apotheken vor Ort zu stärken, setzen wir uns für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein.“ (vgl. Seite 98; www.spdfraktion.de/system/files/documents/koalitionsvertrag_2018-2021_bund.pdf). Doch wenige Wochen später äußert sich Jens Spahn, inzwischen zum Bundesminister für Gesundheit ernannt: „Der Meinungsbildungsprozess über die Umsetzung der Koalitionsvereinbarung ist zu diesem Punkt noch nicht abgeschlossen.“ (vgl. www.fr.de/wirtschaft/online-handel-wird-der-arzneiversand-gerettet-a-1477492). Der in der Unionsfraktion für den Arzneimittelbereich zuständige Abgeordnete Michael Hennrich rudert darum zurück: „Wir müssen beim Rx-Versandverbot umdenken und neue Wege finden“ (vgl. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/04/24/wir-muessen-beim-rx-versandverbot-umdenken-und-neue-wege-finden).

Vor diesem Hintergrund fragen wir die Bundesregierung:

1. Wie sieht der Zeitplan der Bundesregierung für das im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD festgehaltene Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln aus (vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD, Seite 98: „Um die Apotheken vor Ort zu stärken, setzen wir uns für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein.“)?
2. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus Äußerungen von Bundesminister Jens Spahn, die er noch als Finanzstaatssekretär tätigte und in denen er ein Rx-Versandverbot in Zweifel zog (vgl. apotheke adhoc vom 29. August 2017), und ähnlichen Äußerungen von April 2018, die er als Bundesgesundheitsminister tätigte (vgl. u. a. DAZ.online vom 18. April 2018)?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Meinungsbildungsprozess über die Art der Umsetzung dieser Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag ist innerhalb der Bundesregierung noch nicht abgeschlossen.

3. Welche europarechtlichen Probleme sieht die Bundesregierung bei der Umsetzung eines Versandhandelsverbots mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln?

Ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln stellt eine Maßnahme gleicher Wirkung wie eine mengenmäßige Einfuhrbeschränkung dar, die gemäß Artikel 34 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) verboten ist. Gemäß Artikel 36 Satz 1 AEUV stünden die Bestimmungen des Artikels 34 einem Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht entgegen, wenn das Verbot zum Schutze der Gesundheit und des Lebens von Menschen gerechtfertigt wäre.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

4. Ist eine entsprechende rechtliche Prüfung dieser europarechtlichen Probleme durch die Bundesregierung bereits begonnen worden?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen. In den Meinungsbildungsprozess wird auch die Frage der Vereinbarkeit eines Verbots des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit dem Unionsrecht einbezogen.

5. Welche weiteren Bundesministerien sind bei der rechtlichen Prüfung eines Rx-Versandhandelsverbots beteiligt bzw. sollen beteiligt werden?

Bei der rechtlichen Prüfung eines Verbots des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind die Bundesministerien zu beteiligen, die inhaltlich betroffen sind. Es handelt sich neben dem Bundesministerium für Gesundheit um das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz und das Bundesministerium der Finanzen.

6. Welche Institute bzw. welche externen Fachleute sind von der Bundesregierung bzw. einzelnen Bundesministerien mit der rechtlichen Überprüfung eines Rx-Versandhandelsverbots beauftragt bzw. sollen beauftragt werden?

Die Bundesregierung hat weder Institute noch externe Fachleute mit der rechtlichen Überprüfung eines Verbots des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln beauftragt.

7. Kennt die Bundesregierung die Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages zu den „Verfassungsrechtlichen Anforderungen an ein Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln“?

An welchen Punkten kann die Bundesregierung der Argumentation der Verfasserinnen und Verfasser folgen, an welchen nicht?

Die Ausarbeitung ist der Bundesregierung bekannt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

8. Welche Entwicklung hinsichtlich der Zahl an Apotheken vor Ort, die im Zeitraum der nunmehr 19 Monate seit dem EuGH-Urteil geschlossen wurden, ist der Bundesregierung bekannt?

Wie entwickelte sich die Zahl der Apotheken vor Ort in den vergangenen zehn Jahren (bitte nach Bundesland getrennt auflisten)?

Die jährliche Entwicklung der Anzahl der Apotheken vor Ort in Deutschland innerhalb der vergangenen zehn Jahre – aufgeschlüsselt nach Bundesländern – ergibt sich aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de > Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Apotheker, Apotheken, Pharmazeuten > Tabelle (gestaltbar): Apotheken). Die Anzahl der öffentlichen Apotheken zum Stichtag 31. Dezember 2017 – aufgeschlüsselt nach Bundesländern – sind in der von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. veröffentlichten Broschüre „Die Apotheke: Zahlen Daten Fakten 2018“ öffentlich zugänglich (www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2018/ABDA_ZDF_2018_Brosch.pdf).

9. Welche Entwicklung hinsichtlich des Umsatzes durch ausländische Versandapotheken in den nunmehr 19 Monaten seit dem EuGH-Urteil ist der Bundesregierung bekannt?

Welchen Anteil am Umsatz der deutschen Apothekenlandschaft hatten (ausländische) Versandapotheken vor zehn Jahren, und welchen in den vergangenen zwei Jahren?

Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen (Amtliche Statistik KV 45) sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel aus ausländischen Versandapotheken, die ganz überwiegend verschreibungspflichtige Arzneimittel umfassen, im Jahr 2017 gegenüber 2016 um etwa 12 Prozent von 367 Mio. Euro auf 410 Mio. Euro gestiegen. Die Ausgaben der GKV für Arzneimittel insgesamt, bei denen es sich ebenfalls ganz überwiegend um verschreibungspflichtige Arzneimittel handelte, betragen 36,3 Mrd. Euro im Jahr 2016 und 37,7 Mrd. Euro im Jahr 2017.

Im Jahr 2008 betragen die GKV-Ausgaben für Arzneimittel aus ausländischen Versandapotheken nach den endgültigen Rechnungsergebnissen (Amtliche Statistik KJ 1) 279 Mio. Euro (Arzneimittelausgaben der GKV insgesamt: 28,5 Mrd. Euro). Der Umsatz ausländischer Versandapotheken mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die grundsätzlich nicht erstattungsfähig sind, wird nicht zentral erfasst.

10. Sind der Bundesregierung Meldungen bekannt, dass zum Beispiel die niederländischen Versandapotheke DocMorris N. V. allein im ersten Quartal 2018 den Umsatz mit Rx-Arzneimitteln um 10,7 Prozent steigerte (vgl. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/04/18/docmorris-steigert-rx-umsatz-um-20-prozent)?

Der Bundesregierung ist der Artikel aus der Deutschen Apotheker Zeitung bekannt.

11. Sind der Bundesregierung Werbekampagnen von ausländischen Versandapotheken (u. a. mit TV-Spots) bekannt, mit denen in den Monaten nach dem EuGH-Urteil gezielt um Chronikerinnen und Chroniker geworben wurde?
 - a) Ist der Bundesregierung bekannt, dass Rezepte für teure Dauermedikation von Chronikerinnen und Chronikern für viele Apotheken eine der lukrativsten Einnahmequellen darstellt und für viele zum wirtschaftlichen Überleben unentbehrlich sind?
 - b) Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung zur Unterbindung einer solchen „Rosinenpickerei“ durch ausländische Versandapotheken für notwendig?

Die Bundesregierung wertet Werbemaßnahmen von Marktbeteiligten nicht systematisch aus.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

12. Welche Auswirkungen auf die wohnortnahe medizinische Versorgung gerade im ländlichen Raum könnte ein in der Menge und beim Umsatz zunehmender Versandhandel auch mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln nach Ansicht der Bundesregierung in den kommenden zehn Jahren haben?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen. Der Meinungsbildungsprozess umfasst auch Prognosen der weiteren Entwicklung der Apothekenslandschaft und deren Ursachen.

13. Ist der Bundesregierung das Gutachten von Uwe May, Cosima Bauer und Heinz-Uwe Dettling („Versandverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel-Wettbewerbsökonomische und gesundheitspolitische Begründetheit“. Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart, 2017) bekannt?
- a) Welche Handlungsnotwendigkeit sieht die Bundesregierung angesichts eines dort durchgerechneten Zukunftsszenarios, in dem aufgezeigt wird, dass der Versandhandel in Verbindung mit freien Preisen für rezeptpflichtige Arzneimittel die flächendeckende Versorgung mit Vor-Ort-Apotheken sehr wohl beeinträchtigt und bei einem Szenario mit beschränkten Boni mehr als 1 000 Ortschaften mit weniger als 5 000 Einwohnern die einzige Apotheke im Umkreis von 5 Kilometern verlieren würden?
- b) Welche weiteren Schlüsse zieht die Bundesregierung aus diesem Gutachten?

Das Gutachten ist der Bundesregierung bekannt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

14. Wie groß ist nach Einschätzung der Bundesregierung der zeitliche Spielraum zur rechtlichen Prüfung bzw. für den Abschluss des Meinungsbildungsprozesses angesichts solcher Szenarien, bis sie eine aus Sicht der Fragesteller zukunftsfähige Regelung herzustellen in der Lage ist, die die deutschen Versandapotheken und die Präsenzapotheken nicht weiterhin benachteiligt gegenüber den ausländischen Versandhändlern?

Angaben zum Zeitpunkt des Abschlusses des Meinungsbildungsprozesses können derzeit nicht getätigt werden.

15. Wie groß sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Gefahren durch Fehler- und Pannenanfälligkeit beim Versandhandel, zum Beispiel durch Störung bei der Internetverbindung, aber auch durch Hackerangriffe oder technische Defekte?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine näheren Erkenntnisse vor.

16. Welche Erkenntnisse zieht die Bundesregierung aus Äußerungen von Professor Dr. Manfred Schubert-Zsilavec, dem Leiter des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker (ZL), der als größte Gefahrenquelle den Bezug von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln über ausländische Internetapotheken nennt (www.aponet.de/wissen/arzneimitteldatenbank/arzneimittel/arzneimittelfaelschungen0.html), und der darum fordert, dass „der Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln aus dem Ausland (...) aus Verbraucherschutzgründen komplett verboten werden“ sollte?

Welche Konsequenzen leitet die Bundesregierung daraus ab?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die von Herrn Professor Dr. Schubert-Zsilavec geäußerten Sicherheitsbedenken primär auf den illegalen Internethandel mit Arzneimitteln beziehen und nicht auf legal operierende Versandapotheken im Europäischen Wirtschaftsraum.

In den Meinungsbildungsprozess der Bundesregierung werden auch Überlegungen zur Arzneimittelsicherheit einbezogen.

17. Welche Probleme können nach Ansicht der Bundesregierung beim Versenden von Arzneimitteln an heißen Tagen entstehen, und geht die Bundesregierung davon aus, dass die für viele Arzneimittel vorgesehene und für die Einhaltung der Arzneimittelqualität erforderliche Höchsttemperatur für die Lagerung von Arzneimitteln von 25 °C beim Versandhandel eingehalten wird?

Wenn ja, welche Untersuchungen sind der Bundesregierung dazu bekannt?

Die Inhaber einer Versanderlaubnis haben gemäß § 11a Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a des Apothekengesetzes mit einem Qualitätssicherungssystem sicherzustellen, dass die zu versendenden Arzneimittel so verpackt, transportiert und ausgeliefert werden, dass ihre Qualität und Wirksamkeit erhalten bleiben. Dies gilt auch in Bezug auf die ordnungsgemäße Handhabung thermolabiler Arzneimittel.

Die Überwachung der arzneimittel- und apothekenrechtlichen Vorschriften obliegt den Ländern.