

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
117. Sitzung

Berlin, den 12.06.2013, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum:

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung

BT-Drucksache 17/12095
Mindestpersonalbemessung

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kieckbusch, Susanne
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 14:01 Uhr

Die **Vorsitzende** (Dr. Carola Reimann) (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste, liebe Sachverständige, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu einer der letzten öffentlichen Anhörungen, die der Ausschuss in dieser Legislaturperiode durchführen wird. Gegenstand der Beratungen ist heute der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ auf Bundestags-Drucksache 17/12095. Auch wenn viele der hier anwesenden Sachverständigen schon oft an Anhörungen teilgenommen haben, will ich doch noch einmal darauf hinweisen, dass wir insgesamt eine Stunde Zeit haben und diese in Zeitkontingente nach der Stärke der Fraktionen aufteilen. Demnach stehen der CDU/CSU-Fraktion 19, der Fraktion der SPD 14, und den Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 9 Minuten Zeit zur Verfügung, um Fragen an Sie zu richten. Ferner bitte ich Sie, Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen, wenn Sie gefragt werden. Diese Angaben erleichtern uns die Protokollierung der Sitzung. Außerdem möchte ich Sie bitten, sich in Ihren Antworten kurz zu fassen, damit wir möglichst viele Fragen an Sie richten können. Und dann habe ich noch die Bitte an Sie, Ihre Mobiltelefone auszuschalten, damit wir nicht durch Klingeltöne gestört werden.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine ersten beiden Fragen richten sich an den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Mit ihrem Antrag will die Fraktion DIE LINKE. bundesweit verbindliche Mindestpersonalstandards in der stationären Krankenpflege etablieren. Sind Vorgaben zu einer Mindestpersonalbemessung aus Ihrer Sicht notwendig und sind Sie mit dem derzeit gültigen Krankenhausfinanzierungssystem, das den Einrichtungen die Verantwortung für

eine leistungsgerechte, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung überträgt, vereinbar? Bitte gehen Sie in Ihrer Antwort auch auf die Frage ein, ob eine Mindestpersonalbemessung mit dem Ist-Kostensatz, bei dem die tatsächlich anfallenden Kosten in die DRG-Kalkulation eingehen, vereinbar wäre.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Es handelt sich bei der mangelnden Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegekräften in Deutschland zwar zum Teil um ein veritables, nicht aber um ein flächendeckendes Problem. Wir beurteilen die vorgeschlagenen Lösungen skeptisch. Mit groben Ziffern wird man dem Problem nicht gerecht. Wenn man zusätzlich auch noch krankenhauses- und patientenspezifische Aspekte, wie zum Beispiel den DRG-spezifischen Pflegebedarf, mitberücksichtigen will, dann wird das Problem so komplex, dass man auch gleich das gesamte Krankenhausmanagement übernehmen könnte. Diesbezügliche Anfragen seitens der Krankenhäuser gibt es bisher allerdings nicht. Mehr Pflegepersonal bedeutet auch nicht automatisch mehr Pflege für die Patienten. Denn jeder, der einmal ein Krankenhaus besucht hat, kennt die vor überlasteten Fahrstühlen wartenden Krankenschwestern. Manchmal ist es sinnvoller, einen weiteren Fahrstuhl einzubauen, als mehr Pflegepersonal einzustellen. Mit dem DRG-System ist das Ganze jedenfalls nicht vereinbar. Man kann nicht auf der einen Seite die Leistung und auf der anderen Seite einzelne Produktionsfaktoren gesondert finanzieren. Das wäre eine Doppelfinanzierung. Generell wird der Pflegebedarf durch das Pflegesonderprogramm bereits bevorzugt berücksichtigt. Wir werden dazu Ende des Monats einen Abschlussbericht vorlegen. Insgesamt wurden noch einmal 15.000 zusätzliche Stellen in den Krankenhäusern eingerichtet, und dafür ist eine Milliarde Euro ausgegeben worden. Gleichwohl hat der Antrag auch positive Aspekte. Zunächst lenkt er den Blick auf die

Pflegequalität, das heißt, er zeigt auf, dass es im Krankenhaus eben nicht nur um den operierenden Arzt geht. Ferner macht er deutlich, dass wir in bestimmten Bereichen im Interesse des Patientenschutzes genauer hinsehen müssen. Unterbesetzte Nachtschichten sind genauso gefährlich wie mangelnde Hygiene. In diesen Bereichen können wir uns auch Anhaltzahlen vorstellen. Erwähnenswert ist auch, dass es bei einem Unterschreiten der Qualitätsstandards Abschlüsse geben soll. Mit schlechter Qualität soll keiner mehr Geld verdienen. Als Steuerungsinstrument ist die Mindestpersonalbemessung also nicht unmittelbar verwendbar. Wir müssen uns der Problematik von der Seite der Qualitätssicherung her nähern. Bisher tun wir das nur bei Dekubitus und in wenigen anderen Bereichen. Generell müssen wir uns mit dem Problem von der Qualitätssicherung her und nicht mit Hilfe von Anhaltzahlen nähern.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Es ist unbestritten, dass die Krankenhäuser hohe Anforderungen an das Personal stellen müssen, und dies gilt insbesondere für den Pflegebereich. Allerdings hat seit 2008 die Zahl der Pflegekräfte zugenommen. Dabei ist unbestritten, dass die deutschen Krankenhäuser, sofern man den Output zu dem Verhältnis zwischen dem eingesetzten Personal und der Zahl der versorgten Patienten in Beziehung setzt, im internationalen Vergleich mit an der Spitze liegt. Daraus resultiert aber eine hohe Arbeitsbelastung in den Kliniken. Wenn jetzt vorgeschlagen wird, dass ein Normwert für den Personalbedarf festgesetzt werden soll und dem Krankenhaus dementsprechend das Personal und die Geldmittel zugewiesen werden, dann muss man dem von Seiten der Krankenhäuser widersprechen. Denn die Erfahrung lehrt, dass es so einfach nicht geht. Die Pflegepersonalregelung, die es in den neunziger Jahren gegeben hat, ist deshalb ausgesetzt worden. Sie war aber im Kontext des damals geltenden Systems,

eines Finanzierungssystems, das Budgets für die einzelnen Krankenhäuser vorsah, durchaus zu rechtfertigen. Da wir heute aber Vergütungskalkulationen auf nationaler Ebene durchführen und entsprechende Vergütungswerte festsetzen und somit die Preiskalkulation nicht mehr auf der örtlichen Ebene stattfindet, passt es auch nicht mehr ins System, Normzahlen für den Einsatz von Pflegekräften festzulegen. Schon damals, als die Pflegeversicherung eingeführt wurde, waren sich alle darüber im Klaren, dass so etwas für den Bereich der Fallpauschalen, die es bereits gab, nicht gelten kann. Denn es hat keinen Sinn, übergreifende Normengrößen für die Personalausstattung festzulegen, wenn diese in den Vergütungen gar nicht widerspiegelt werden können. Insofern besteht zwischen dem geltenden Vergütungssystem und einem solchen Ansatz ein Widerspruch. Nach wie vor gibt es diesen Ansatz im psychiatrischen Bereich, in dem die Psych-PV gilt. Aber hier gilt eben ein krankenhausesindividuelles Finanzierungssystem. So weit zu dem einen Aspekt. Der andere betrifft das Problem einer systematischen Erfassung des tatsächlichen Pflegebedarfs beim Patienten. Die medizinische Versorgung auf den Stationen, die Art und Weise des gemeinsamen Personaleinsatzes, des Zusammenwirkens der ärztlichen Leistungen mit den Pflege- und Funktionsdiensten, ist von Krankheit zu Krankheit unterschiedlich. Dieser Bedarf kann gar nicht so genau genormt oder erfasst werden, dass es möglich wäre, die richtige Personalausstattung für die einzelnen Behandlungen generell zu bestimmen. Aufgrund der Erfahrungen in den neunziger Jahren sind wir heute skeptisch gegenüber solchen Konzepten. Dies würde selbst für den Fall gelten, dass es ein Budget-System gäbe, welches eine sachgerechte Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfes ermöglichen würde. Ich will aber ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dass die deutschen Krankenhäuser die Pflicht haben, über die Personalausstattung, die sie vorhalten, und auch über die Ausstattung mit

Pflegepersonal Bericht zu erstatten. Wir müssen sogar gegenüber der Öffentlichkeit, sofern sie sich kritisch zu einem Krankenhausbericht äußert, Stellung nehmen. Daher können wir in den Krankenhäusern keineswegs unbeobachtet von der Öffentlichkeit Personalbesetzungen vornehmen. Im Übrigen kann ich für die deutschen Krankenhäuser guten Gewissens sagen, dass sich die Leitungsebene dort der Verantwortung für eine sachgerechte, qualitätssichernde Personalausstattung bewusst ist und dass niemand freiwillig Personal abbaut. Allerdings sehen die gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung des Personals auch vor, dass alle Personalkostensteigerungen, die über die Grundlohnrate oder den Orientierungswert hinausgehen, auf keinen Fall voll finanziert werden. Dadurch entsteht eine Finanzierungslücke, die für die Krankenhäuser die Aufforderung zu weiterer Rationalisierung beinhaltet. Daher ist die Ausstattung mit Personal immer sehr knapp bemessen. Es wäre aber eine Illusion anzunehmen, dass sich die schwierige Finanzierungssituation durch die Einführung einer Personalanhaltszahl wesentlich verbessern würde. Denn obwohl es in der Psychiatrie eine solche Anhaltszahl gibt, gilt auch hier, dass die Personalkosten nicht eins zu eins, also so, wie sie tatsächlich anfallen, erstattet werden. Die Mindestpersonalbemessung wäre nur denkbar, wenn man ein völlig neues, hochgradig differenziertes System und damit auch bürokratische Erfassungsmechanismen einführen würde. Nur dann könnten mit Hilfe dieses Instruments Verbesserungen erzielt werden. Dem ist aber auch entgegenzuhalten, dass die Pflege in deutschen Krankenhäusern wirklich nicht schlecht ist.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Wir meinen, dass ein solches Mindestpersonalbemessungssystem weder notwendig noch sinnvoll ist, weil die Bedingungen in den einzelnen

Krankenhäusern höchst unterschiedlich sind. Ich denke dabei vor allem an Unterschiede beim Investitionsstandard. Je nachdem, ob eine Klinik sich in einen schlechten oder einem guten baulichen Zustand befindet, können die Bedingungen für eine effizientes Arbeiten ganz unterschiedlich sein. Das Gleiche gilt für die Technik – denken Sie beispielsweise an elektronische Patientenakten – oder für die Organisation des Pflegedienstes, also für die Frage, mit welchen Aufgaben der Pflegedienst im Einzelfall betraut ist. In einem Haus, in dem es zentrale Patientendienste wie etwa Dienste zur Bettenaufbereitung, zur Essensverteilung oder für Patiententransporte gibt, die nicht von der Pflege, sondern von spezialisierten Dienstleistern erbracht werden, stellt sich die Belastungssituation in der Pflege völlig anders dar als in Häusern, in denen es so etwas nicht gibt. Vor diesem Hintergrund erscheint es wenig sinnvoll, generelle Personalstandards vorzugeben, die mit den jeweils spezifischen Gegebenheiten vor Ort wenig zu tun haben. Zur Frage der Finanzierung hat meines Erachtens Herr Baum alles Nötige gesagt. Viel wichtiger als die Einführung einer Personalanhaltszahl wäre eine Antwort auf die Frage, inwieweit die Patienten und die Mitarbeiter zufrieden sind, beziehungsweise wie es um die Ergebnisqualität, also um die Qualität der Behandlung im Krankenhaus, steht. Dieser Aspekt sollte viel mehr Beachtung verdienen als die Frage nach Anhaltszahlen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband. Gibt es validierte Studien, die eine flächendeckende und systematische Unterdeckung an Pflegepersonal in den Krankenhäusern belegen und die somit eine bundesweite Vorgabe für die Personalbemessung, die mit viel Bürokratie und Kontrollaufwand verbunden wäre, rechtfertigen würde?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass es nach der Systematik des Vergütungssystems und des ordnungspolitischen Rahmens in der Verantwortung der Krankenhausträger – der Geschäftsführungen und der medizinischen Leitungen – liegt, für eine der jeweiligen Situation ihres Hauses angemessene Personalausstattung zu sorgen. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sie dieser Verantwortung nicht gerecht werden. Es gibt auch keine Studien, die einen Beleg für eine generell unzureichende Ausstattung der Kliniken mit Pflegekräften liefern würden. Wir haben in den Kliniken etwa 6000 bis 8000 unbesetzte Stellen. Es gibt zudem Meldungen aus dem Krankenhausbereich, die besagen, dass die Nachbesetzung frei werdender Stellen schwieriger geworden ist. Die Situation unterscheidet sich aber von Region zu Region. In den Ballungsgebieten ist der Mangel größer als auf dem Land. Zugleich ist es generell schwieriger, Pflegekräfte mit einer spezifischen Qualifikation, etwa für die Intensivpflege oder die Pflege im OP, zu finden. Insgesamt ergibt sich somit ein differenziertes Bild. Aber so groß und deutlich sichtbar wie bei den Ärzten ist das Problem in der Pflege sicher nicht. Während es zum Beispiel 5.000 freie Arztstellen bei einer Gesamtzahl von 135.000 Klinikärzten gibt, kommen auf 400.000 Pflegekräfte etwa 6000 bis 7000 freie Stellen in der Pflege. Aufgrund dieser Gesamtsituation können wir nicht von einem generellen Mangel an Pflegekräften sprechen.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Den Makrodaten lässt sich entnehmen, dass die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern in den letzten Jahren zu- und nicht abgenommen hat. Dies hängt unter anderem mit dem Pflegesonderprogramm zusammen. Außerdem geht die Anzahl der Belegungs- und der Berechnungstage zurück, und zwar unabhängig von der demografischen Entwicklung. Vor zehn Jahren haben mehr

Menschen als heute über Nacht im Krankenhaus gelegen. Dies bringt zunächst einmal eine gewisse Entlastung. Studien, die definitiv das Gegenteil beweisen würden, gibt es nicht – allenfalls ein paar Hochrechnungen, die vor ein paar Jahren im Umfeld des Pflegegipfels präsentiert worden sind. Diese Prognosen basieren aber auf nicht viel mehr als der Anwendung der drei Grundrechenarten.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die BDA. Im Antrag der Fraktion DIE LINKE. wird schwerpunktmäßig auf die Arbeitssituation des Pflegepersonals, jedoch kaum auf das Thema Qualität eingegangen. Halten Sie es für sinnvoll, die beiden Aspekte voneinander zu trennen?

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Aus meiner Sicht ist es nicht sachgerecht, Fragen der Arbeitsbelastung und der Qualität voneinander zu trennen. Denn es geht immer um die Frage, wie man Arbeit oder Ressourcen so einsetzen kann, dass bestimmte Ziele erreicht werden; und ein wichtiges Ziel ist es auf jeden Fall, die Qualität zu sichern beziehungsweise zu verbessern. Daher ist ein vermehrter Einsatz von Personal nicht per se gleichzusetzen mit einer Verbesserung der Versorgung und der Qualität. Entscheidend ist – und hier möchte ich an das anknüpfen, was Herr Baum gesagt hat, dass die Geschäftsführung beziehungsweise das Management eines Krankenhauses die Aufgabe hat, über den Einsatz von Personal, die Ausstattung und die Allokation der Ressourcen zu entscheiden. Die vielen erfolgreichen Kliniken liefern ein Beispiel dafür, was möglich ist. Wenn man mit mehr Personal auch mehr Qualität erreichen kann, dann bin ich der letzte, der sich gegen mehr Personal ausspricht. Aber ein höherer Personaleinsatz führt eben nicht automatisch zu mehr Qualität.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Herr Leber hat gerade auf das Problem der Qualitätssicherung hingewiesen. Daher habe ich folgende Frage an den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer: Könnten Sie uns eine Vorstellung davon vermitteln, auf welche Weise Qualitätssicherungsverfahren Einfluss auf eine angemessene Personalausstattung haben?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Der erste Schritt ist die Herstellung von Transparenz. Im kommenden Jahr werden die Krankenhäuser zum ersten Mal fallbezogene Pflegekräftezahlen je Fachabteilung ausweisen. Der zweite Schritt ist dann die Erfassung von kritischen Ereignissen, wie zum Beispiel des Dekubitus, oder von kritischen Ereignissen während einer Nachtschicht. Insofern lassen sich in bestimmten Bereichen – allerdings mit zusätzlichem Aufwand – Ereignisse erfassen, die direkt mit dem Einsatz von Pflegekräften zu tun haben.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Das Konzept, konkrete Personalvorgaben für bestimmte Versorgungsbereiche zu machen, wird – so problematisch es auch in der Umsetzung ist – im Prinzip von den Krankenhäusern mitgetragen. Wir haben im Gemeinsamen Bundesausschuss zum Beispiel in der nächsten Sitzungswoche zu entscheiden, ob es exakte Personalvorgaben für den Einsatz spezifischer Pflegefachkräfte auf neonatologischen Stationen geben soll. Dies wird dann zum Problem, wenn am Ende des gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses eine Personalvorgabe steht, die von vielen Krankenhäusern nicht eingehalten werden kann. Denken Sie etwa an spezifische Personalvorgaben für die Durchführung von Kinderherzoperationen. Vorgaben für die Vorhaltung von spezifischem Personal sind ein Qualitätssicherungsinstrument,

das verantwortungsvoll eingesetzt werden muss. Sie darf nicht dazu dienen, Kapazitätsstrukturpolitik zu betreiben. Denn für die Kliniken ist jede Vorgabe mit haftungsrechtlichen Konsequenzen verbunden. Wenn es zum Beispiel objektiv unmöglich ist, Fachpersonal in der vorgeschriebenen Größenordnung zu jedem Zeitpunkt vorzuhalten, dann hätten entsprechende G-BA-Beschlüsse zur Folge, dass die Kliniken Probleme mit der Haftung bekommen. Im Vordergrund muss aber die Sicherstellung der Versorgung stehen. Insofern ist es notwendig, dass die Verfügbarkeit von Personal mit den Personalvorgaben in Einklang steht.

SV Dr. Hans-Jürgen Maas (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann den Ausführungen von Herrn Baum grundsätzlich zustimmen und werde mich daher kurz halten. Ich gehe davon aus, dass Fälle von eklatanter Personalunterbesetzung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser mit Blick auf die Komponenten Struktur-, Prozess- und vor allem Ergebnisqualität ihren Niederschlag finden werden. Dies wird nicht nur für den pflegerischen Dienst gelten, sondern auch für andere, patientenferne Dienste und letztlich auch für den ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Auch in den letztgenannten Bereichen treten einzelne Fälle von spürbarer Unterbesetzung auf. In den Ausführungen anderer Sachverständiger ist ebenfalls deutlich geworden, dass eine unzureichende Personalausstattung zu einer spürbaren Reduzierung der Ergebnisqualität führen kann. Um die Frage von Herrn Abgeordneten Henke zu beantworten, weise ich aber noch einmal darauf hin, dass eklatante Fälle von Unterbesetzung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sicherlich Erwähnung finden werden.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Fragen richten sich an ver.di, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Deutschen Pflegerat und Herrn Prof. Isfort. Ziel des Antrages der Fraktion DIE LINKE.

ist es, mögliche Anreize des DRG-Fallpauschalensystems zu Kosteneinsparungen beim Pflegepersonal abzuschwächen. Kann dieses Ziel auch mit untergesetzlichen Maßnahmen, etwa Vereinbarungen über Personalmindeststandards, erreicht werden, die zum Beispiel regionale oder auch einrichtungsbezogene Besonderheiten berücksichtigen und die für den Fall des unbegründeten Unterschreitens sanktionsbewährt sind? Anders ausgedrückt: Kann auch ohne ein entsprechendes Gesetz eine Qualitätsverbesserung im Sinne der Ergebnisqualität erzielt werden?

SV Melanie Wehrheim (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Aus Sicht von ver.di ist eine bundesweite gesetzliche Personalbemessung notwendig, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern zu Lasten von Patientinnen, Patienten und Personal wirksam zu vermeiden. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass alle Krankenhäuser den gleichen Standards unterliegen. Es gilt daher, ein Instrument zu entwickeln beziehungsweise weiterzuentwickeln, das mit geringem Erfassungsaufwand möglichst zielgenaue Ergebnisse erzielt, also Personalzahlen am Bedarf messen kann. Damit ein solches Personalbemessungsinstrument in der Fläche wirkt, sollte es bundesweit gesetzlich verankert werden.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wenn ich es auf eine einfache Formel bringen sollte, dann würde ich sagen, dass Qualität im Prozess der Krankenhausbehandlung nicht teilbar ist, also nicht den einzelnen Berufsgruppen zugeordnet werden kann. Der Gesamtprozess erzeugt das Ergebnis. Wir unterliegen strengen Prüfungen in Bezug auf die Ergebnisqualität und auch engen Vorgaben für den Gesamtprozess. Es gibt insgesamt 289 Indikatoren, über die demnächst in Veröffentlichungen berichtet wird. Diese Indikatoren beziehen sich immer auf medizinische Leistungen oder auf die Art und Weise der Erbringung

dieser Leistungen. Dies bedeutet, dass die Differenzierung zwischen Pflege, ärztlicher Behandlung, Operationen usw. auch aus Sicht des Patienten, der als Ganzer behandelt werden möchte, keinen Sinn ergibt. Wir haben jetzt vereinbart, solche Teilbereiche, in denen auch der Gesetzgeber von einer überdurchschnittlich hohen Belastung des Personals ausgeht – zum Beispiel bei besonders pflegeaufwendigen Fällen –, gesondert zu erfassen und entsprechend zu vergüten.

SV Birgit Pätzmann-Sietas (Deutscher Pflegerat e. V. – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen – (DPR)): Wir halten eine gesetzliche Regelung zur Mindestpersonalausstattung für unbedingt notwendig. Sie haben gefragt, ob wir uns auch eine untergesetzliche Regelung vorstellen könnten und ob die Qualitätssicherung ein Indikator sein könnte. Der GKV-Spitzenverband hat darauf geantwortet, dass derzeit allein der Dekubitus als eine Art Generalindikator dient, um die Qualität pflegerischer Leistungen widerzuspiegeln. Sie wissen, wie viele Jahre es dauert, um einen neuen Indikator zu entwickeln. Als Pflegeorganisation haben wir im Gemeinsamen Bundesausschuss einen Beteiligtenstatus inne, den wir dauerhaft ehrenamtlich wahrnehmen. Aber auch aus unserer Sicht ist es sehr schwierig, einzelne pflegerische Komponenten über diese Ergebnisqualität darzustellen. Daher halten auch wir es für notwendig, dies gesetzlich zu regeln. Einen anderen Weg gibt es zurzeit nicht.

ESV Prof. Dr. Michael Isfort: Auf die konkrete Frage, ob es denkbar wäre, eine Mindestpersonalbemessung auch ohne eine Verordnung festzulegen, weise ich auf zwei Aspekte hin. Über die Personalausstattung der Krankenhäuser wird seit Langem diskutiert. Ebenso lange glaubt man an eine Verbesserung durch Appelle und Selbstverpflichtungen der Krankenhäuser. Die Kennzahlen vermitteln jedoch ein anderes Bild. Es gibt

auch keine Studie, die entsprechende Effekte belegen würde. Dies ist die zentrale Problematik. Andererseits wäre es denkbar, so etwas auf dem Weg über die Fachgesellschaften zu regeln. Ich nenne hier beispielhaft die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, die Strukturstandards für die Personalausstattung, unter anderem auch für die Pflege auf Intensivstationen, beschrieben hat. Diese Standards werden bis jetzt aber nur auf freiwilliger Basis berücksichtigt und daher auch nur unzureichend eingehalten. In anderen Ländern sind solche Standards allgemein üblich. Ich frage mich daher, weshalb wir solche Standards noch nicht verbindlich gemacht haben beziehungsweise ihre Einhaltung noch nicht überprüfen.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Meine Frage richtet sich an den DGB, den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, die BDA, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen und die Personalsituation in der Pflege seit der Einführung des Fallpauschalensystems?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir wissen von unseren Kollegen in den Personalräten der Krankenhäuser vor Ort, dass dort mehrere 10.000 Vollzeitstellen fehlen. Allein in den Jahren 1999 bis 2009 ist der Personalbestand in der Krankenpflege um ungefähr 28 Prozent und bei den ungelernten Pflegekräften um 13 Prozent zurückgegangen. An diesen Zahlen kann man ablesen, dass wir mit einer massiven Unterdeckung zu kämpfen haben, die natürlich auch zu Lasten der Patienten geht. Die Folge ist eine massive Arbeitsverdichtung für die Kolleginnen und Kollegen. Der Wettbewerb, der mit der Einführung der DRGs intendiert wurde, wird somit auf dem Rücken der Beschäftigten und mittelbar natürlich

auch auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten ausgetragen. Es kommt hinzu, dass die Krankenhäuser versuchen, den Investitionsstau durch eine Steigerung der Fallzahlen auszugleichen, das heißt wiederum auf Kosten des Personals und der Patientinnen und Patienten. Die Folge ist, dass die Kolleginnen und Kollegen massiv unter Zeitdruck geraten und ihren eigenen Ansprüchen in Bezug auf die Versorgung der Patienten nicht mehr gerecht werden. Anders ausgedrückt ist es oft ein Wunder, dass die Kolleginnen und Kollegen dem Druck überhaupt Stand halten. Ich denke, dies kann jeder bestätigen, der selbst einmal im Krankenhaus gelegen hat.

SV **Peter Tackenberg** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)): Es geht hier um die Frage, wie die Bedingungen in der Pflege aus Sicht der Beschäftigten aussehen. Dazu liegen uns zahlreiche Aussagen und Testimonials von Verbandsmitgliedern vor. Hinzu kommen viele einschlägige Berichte in der regionalen und überregionalen Presse sowie Meinungsumfragen, die wir selbst in Auftrag gegeben haben. Ferner gibt es eine ganze Reihe von Studien, wie zum Beispiel „NEXT 2002 bis 2005“, die Reihe „Pflegethermometer“ des DIP, insbesondere aus den Jahren 2007 und 2009, die WAM-Studienreihe der Uni Bremen und hierzu einen bereits abgeschlossenen Forecast, in dem Beschäftigte nach den Rahmenbedingungen befragt worden sind. Die Ergebnisse der Studien sind zum Teil erschreckend. Die Beschäftigten berichten hier über Ausstiegsabsichten, Unzufriedenheit mit der Qualität der Versorgung, großen Arbeitsdruck, hohe Arbeitsdichte und fehlende Kompensation. Solche Befunde sind immer in Verbindung mit den Finanzierungsmöglichkeiten zu sehen. Ferner gibt es die Auswertungen aus der Fachreihenstatistik 12 des Statistischen Bundesamtes – hier kommt auch das Plegethermometer 2007 wieder ins Spiel. Nach den Berechnungen auf Basis der statistischen Zahlen sind bis zum Jahr

2007 etwa 50.000 Vollzeitäquivalente – das sind ungefähr 70.000 Arbeitskräfte – eingespart worden. Wir stellen zwar fest, dass das Pflegestellenförderprogramm ab dem Jahr 2008 gegriffen und zu einer Entspannung geführt hat. Dies kann aber den massiven Stellenabbau, der seit der Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhaussektor stattgefunden hat, nicht kompensieren.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Zu den Fragen, zu denen sich meine Vorredner geäußert haben, liegen uns keine Daten vor. Ich möchte das Problem aber von einer anderen Seite beleuchten. Ich habe vorhin gesagt, dass über die Beschäftigung in den Krankenhäusern das Management beziehungsweise die Geschäftsführung entscheidet. Meiner Ansicht nach sollten darüber nicht Dritte befinden. Der Gesetzgeber entscheidet auch nicht über die Beschäftigung in der privaten Wirtschaft. Außerdem sind wir alle, vor allem auch die Krankenkassen, zu Recht daran interessiert, den Wettbewerb im System zu stärken. Es gibt viele erfolgreiche Kliniken in Deutschland. Offenbar gelingt es diesen, das Personal beziehungsweise die Ressourcen, über die sie verfügen, so einzusetzen, dass sie wirtschaftlich erfolgreich sind, während andere Krankenhäuser sich im Wettbewerb weniger gut behaupten. Letztere müssen eben aus dem Markt ausscheiden. Im Übrigen möchte ich auf die expansive Mengenentwicklung im Krankenhaussektor hinweisen. Nach Angaben, die ich vom GKV-Spitzenverband übernommen habe, ist diese Entwicklung nur zu einem Drittel demografisch bedingt, während die übrigen zwei Drittel auf ökonomische Faktoren, also zumindest zum Teil auf nicht notwendige Operationen, zurückzuführen sind. Diese Entwicklungen dürfen nicht zu Lasten der Beitragszahler oder der Krankenkassen gehen, indem neue Personalziffern oder Quoten eingeführt

beziehungsweise gesetzlich vorgegeben werden.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Nach der Berichterstattung des Bundes lag der Indikator für die Ausstattung mit Pflegekräften im Jahre 2003 – also beim Start des DRG-Systems – bei 0,95 und liegt heute bei 0,93. In der Zwischenzeit war es im Zuge der Einführung des DRG-Systems, aber auch im Zuge der Nachjustierung der Pflegepersonalregelung – die mehr Personal in die Krankenhäuser brachte, als gebraucht wurde –, zu einem Abbau von Pflegestellen gekommen. Dies hat zu einem Anpassungsprozess geführt. Heute haben wir – auch bedingt durch das Pflegeförderprogramm – in etwa wieder das Niveau des Jahres 2003 erreicht.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Zu Beginn des letzten Jahrzehnts sind in den deutschen Krankenhäusern rund 30.000 Pflegekräfte abgebaut worden. Wenn man recherchiert, wo diese Kräfte verblieben sind, dann findet man heraus, dass 15.000 in der ambulanten Pflege und 15.000 in stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten. Das heißt, es wird in Deutschland nicht weniger gepflegt, sondern nur an anderen Stellen. Diese Verlagerung des Pflegepersonals ist auf frühzeitigere Entlassungen aus dem Krankenhaus beziehungsweise auf einen Wechsel in den Bereich der Pflegeversicherung zurückzuführen. Nach dem Abbau ist es dann, wie bereits dargestellt, wieder zu einem Aufbau von Pflegepersonal gekommen. Im Rahmen des Pflegesonderprogramms hat es dann noch einmal eine Förderung für 15.300 Stellen gegeben. Allerdings sind nur 9.200 zusätzliche Stellen eingerichtet worden. In einigen Krankenhäusern, die nicht an dem Programm teilgenommen haben, sind im gleichen Zeitraum etwa 4.400 Pflegekräfte abgebaut worden. Mittlerweile ist das Problem, das Herr Dr. Hansen angesprochen hat, aus unserer Sicht das dringlichste. Wir wollen verhindern, dass zusätzliche Pflegekräfte

für die Erbringung von Leistungen eingestellt werden, die gar nicht notwendig sind. Vielmehr ist es erforderlich, das Mengenproblem zu lösen. Dann wäre auch ein Teil des Personalproblems im Pflegebereich gelöst.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di, den DGB und den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. In dem vorliegenden Antrag wird die vollständige Kostenerstattung für personelle Mehrbedarfe gefordert. Dagegen wird häufig das Argument vorgebracht, dass mehr Stellen für Pflegekräfte nicht zwangsläufig zur Verbesserung der Pflege von Patienten und zu besseren Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern führen. Wie stehen Sie zu diesem Argument?

SV **Melanie Wehrheim** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Notwendig ist aus Sicht von ver.di eine bessere Finanzierung der Krankenhäuser, die tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt und zugleich eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Die Gewährung zusätzlicher Mittel sollte daher mit einer Zweckbindung verbunden sein, um den Personalabbau wirksam stoppen zu können. ver.di wendet sich gegen eine Politik mit der Gießkanne. Denn wenn an die Krankenhäuser unabhängig von ihrem Bedarf und ihrer Versorgungsaufgabe Geld verteilt wird, dann fehlt dies bei der Finanzierung von notwendigen Verbesserungen.

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Es geht hier nicht pauschal um die Abbildung von personellem Mehrbedarf, sondern um eine Mindestpersonalbemessung. Ich bitte darum, diese beiden Sachverhalte auseinander zu halten. Es darf nicht allein das Ziel sein, mehr Geld auszugeben, sondern mit der Finanzierung muss ein

Modell verbunden sein, das die Kernaufgaben der Pflege innerhalb des DRG-Systems abbildet. Nur so ist es möglich, die Wertschätzung für die Pflege zu erhöhen und sie im Krankenhaus besser abzubilden.

SV **Peter Tackenberg** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)): Eine Verbesserung der Strukturqualität muss in einem Zielsystem verankert sein, das sich auf die Ergebnisqualität bezieht. Dafür bedarf es einer Konzeption, die unter Einbeziehung von pflegewissenschaftlicher Expertise geschaffen werden muss.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine Frage richtet sich an die DKG und den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Mit dem Pflegestellenförderprogramm sollten in einem Zeitraum von drei Jahren bis zu 14.400 zusätzliche Pflegestellen geschaffen werden. Die zur Verfügung gestellten Fördermittel wurden aber nicht vollständig ausgeschöpft. Lässt sich daraus Ihrer Auffassung nach ableiten, dass nicht überall Bedarf bestanden hat beziehungsweise besteht? Ferner möchte ich erfahren, welche Probleme die Krankenhäuser bei der Besetzung offener Stellen im Pflegedienst haben und ob der zusätzliche Personalbedarf, der sich aus den Vorgaben ergibt, die in dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. für eine Mindestpersonalbemessung gemacht werden, auf dem Arbeitsmarkt überhaupt gedeckt werden könnte.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Es hat unterschiedliche Gründe, dass nicht alle Krankenhäuser das Förderprogramm genutzt haben. Manche Häuser haben vielleicht wirklich keine zusätzlichen Pflegekräfte gebraucht. Daneben hat aber auch die Befristung des Programms eine Rolle gespielt. Denn nach Ablauf der dreijährigen Förderung musste eine Fortführung der Finanzierung

gewährleistet sein. Angesichts der schwierigen Finanzlage vieler Krankenhäuser waren die Möglichkeiten für eine Fortsetzung der Beschäftigungsverhältnisse aber oft nicht gegeben. Dies war sicherlich ein wichtiger Grund, weshalb viele Krankenhäuser von dem Programm keinen Gebrauch gemacht haben. Allerdings ist die Lage heute, nach den Beschlüssen des Ausschusses, deutlich günstiger. Was den Arbeitsmarkt angeht, steht außer Frage, dass gut qualifizierte Pflegekräfte knapp geworden sind und zunehmend knapper werden. Dabei ist die Knappheit umso größer, je höher der Grad der Spezialisierung der Pflegekräfte ist, die in den Kliniken gebraucht werden. Wenn wir heute eine Pflegepersonalausstattung auf Bundesebene nach dem Muster der alten PPR mit den entsprechenden Anhaltzahlen festlegen würden, dann hätten wir keine Chance, das dieser Soll-Größe entsprechende Personal auf dem Arbeitsmarkt zu finden. Die alte PPR wurde gerade deshalb ausgesetzt, weil die Zahl der Pflegekräfte, die man hätte einstellen müssen, so groß geworden war, dass dies niemand hätte bezahlen können. Deshalb käme es entscheidend darauf an, wie differenziert die Personalbemessung ausgestaltet würde. Angesichts der Vielzahl der beteiligten Berufsgruppen, der Delegation von ärztlichen Aufgaben an die Pflege und von der Pflege an die nachgelagerten Kräfte gibt die Klinikrealität ein so differenziertes Bild ab, dass es kaum möglich wäre, eine solche Bemessung auf Bundesebene vorzunehmen.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Zum Pflegestellenförderungsprogramm hat Herr Baum ausgeführt, dass das Hauptproblem in der Nachhaltigkeit solcher Finanzierungssysteme liegt. Aus unserer Sicht ergibt es keinen Sinn, mit Geld die Einstellung von Personal anzuregen, das die Krankenhäuser möglicherweise gar nicht brauchen, nicht beschäftigten oder nicht finanzieren können. Wir halten es auch für

problematisch, Kliniken zur Einstellung von Personal zu verpflichten, das sie nicht einstellen würden, wenn es diese Verpflichtung nicht gäbe. Damit würden wir die Kliniken, die zusätzliche Pflegekräfte einstellen müssten, an den Rand der Finanzierungsfähigkeit treiben. Denn unser System ist darauf nicht eingestellt. Es gilt nun einmal nicht das Selbstkostendeckungsprinzip. Ferner sollen nach dem Antrag diejenigen Kliniken, die keine zusätzlichen Kräfte einstellen, mit einem Vergütungsabschlag sanktioniert werden. Auch diese Kliniken würden an den Rand des finanziellen Ruins getrieben. Ich denke, das ist keine kluge Politik. Besser wäre es, über den Markt, das heißt durch den Wettbewerb um Patienten, die Möglichkeit dafür zu schaffen, dass die Patienten sich ihr Krankenhaus frei auswählen können. Patienten gehen nicht in Krankenhäuser mit unhaltbaren Pflegezuständen, weil es sich schnell herumspricht, wo solche Zustände herrschen. Dafür gibt es heute schon eine Vielzahl von Portalen und sicherlich bald auch von Qualitätsindikatoren, die eine entsprechende Transparenz herstellen.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Deutschen Privatkliniken. Kennen Sie Krankenhäuser, die heute bereits eine angemessene oder beispielhafte Personalausstattung vorhalten? Wenn dies der Fall ist, würde mich interessieren, wie diese Häuser es erreicht haben, genügend Personal zur Verfügung zu haben, um die anfallende Arbeit zu bewältigen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich würde sagen, der größte Teil der Krankenhäuser hat eine angemessene Personalvorhaltung. Denn wenn dies nicht der Fall wäre, dann könnte es die medizinische Versorgung, wie sie die Krankenhäuser heute anbieten, gar nicht geben. Gleichwohl gibt es in Teilbereichen, vor allem im Pflegebereich,

spezifische Probleme. Diese Probleme treten gehäuft auf den Intensivstationen und im OP-Bereich, bei den spezialisierten OP-Pflegekräften, auf. Dies heißt aber nicht, dass es generell eine Situation im Krankenhausbereich gäbe, die eine verantwortungsvolle Durchführung von medizinischen Behandlungen nicht mehr zuließe. Von einer solchen Situation kann beim Status Quo nicht die Rede sein.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Ich teile die Auffassung, dass der größte Teil der Krankenhäuser eine ausreichende oder gute Personalausstattung hat. Ich denke, man muss sich vor Augen halten, dass die Krankenhausbehandlung eben nicht nur aus Pflegeleistungen, sondern aus den Leistungen einer ganzen Reihe von Berufsgruppen und Professionen besteht. Entscheidend ist daher, dass das Miteinander dieser Gruppen gut geregelt ist und dass dabei den unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern Rechnung getragen wird. Diese Probleme kann man nicht mit einem Personalmindeststandard lösen.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Ich habe eine weitere Frage an die DKG und den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Welche haftungsrechtlichen Folgen hätte es für die Krankenhäuser, falls solche Personalvorgaben nicht eingehalten werden könnten, zum Beispiel weil es auf dem Arbeitsmarkt keine entsprechenden Kräfte gibt?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Je spezifischer die Verpflichtungen für die Vorhaltung von Pflegepersonal sind, das heißt je konkreter sie sich auf einzelne medizinische Interventionen beziehen, desto größer sind die haftungsrechtlichen Konsequenzen. Eine Neonatologie, in der vorübergehend zu wenige Fachkräfte beschäftigt wären, hätte sofort ein Haftungsproblem. Ein Krankenhaus in

seiner Gesamtheit ist zwar sicherlich anders zu beurteilen, aber grundsätzlich stellt sich allen Krankenhäusern das Problem der Haftung ab dem Moment, ab dem es solche Indikatoren gibt. Ferner hatte ich bereits darauf hingewiesen, dass es regional, fachspezifisch und temporär objektive Unmöglichkeiten gibt. Die medizinische Versorgung muss weitergeführt werden, und dies geht im Zweifel auch haftungsrechtlich zu Lasten des Krankenhauses.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Ich teile die Einschätzung von Herrn Baum. Sobald Vorgaben gemacht werden, die man objektiv nicht einhalten kann, muss die Klinikleitung, wenn sie sich nicht strafbar machen will, die Erbringung der betreffenden Leistung einstellen. Ich denke, das hilft niemanden.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Ich habe eine Frage an die DKG und den GKV-Spitzenverband. Wäre aus Ihrer Sicht eine Übernahme der Mehrkosten, die durch die Mindestpersonalbemessung entstehen, durch die GKV gerechtfertigt?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wenn man an die derzeitigen Überschüsse im System denkt, dann ist sicher genügend Geld da, um jeden, der pflegen kann, als Pflegekraft in einem deutschen Krankenhaus anzustellen. Die Frage ist aber, wie sinnvoll dies im Gesamtkontext wäre. Wir hielten es zum Beispiel für gerechtfertigt, dass dann, wenn im Gemeinsamen Bundesausschuss spezifische Vorhaltungen beschlossen werden, im Anschluss auch das DRG-System nachjustiert würde, um den geänderten Anforderungen von der Finanzierungsseite her gerecht zu werden. Solche Regeln haben wir aber nicht. Bis im Rahmen des DRG-Systems auf eine Veränderung der Input-Kosten reagiert wird, vergehen in der Regel zwei bis drei Jahre. Das heißt, es ist zurzeit

nicht gewährleistet, dass die Personalanforderung und die Finanzierung in einem Zug realisiert werden.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Herr Baum hat darauf hingewiesen, dass die deutschen Kliniken eine ordentliche Personalausstattung haben. Wenn dem so ist, dann gibt es auch keine Mehrkosten. Im Übrigen weise ich darauf hin, dass das DRG-System den Pflegebedarf durch den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) inzwischen berücksichtigt und dass somit auch Geld an jene Krankenhäuser fließt, die einen erhöhten Pflegebedarf haben. Es klang gerade so, als ob die Mittel des Pflegesonderprogramms nicht weiter an die Krankenhäuser fließen würden. Dies geschieht aber vermittelt über den Landesbasisfallwert, und die Mittel kommen vor allem den Krankenhäusern zugute, die einen erhöhtem Pflegebedarf haben.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an ver.di. Frau Wehrheim, Sie haben sich hier im Namen von ver.di bereits für eine gesetzlich verankerte bundesweite Personalbemessung ausgesprochen. Mich würde interessieren, wieso die Einführung dieses Instruments gerade unter den derzeitigen Finanzierungsbedingungen und insbesondere unter den Bedingungen des Wettbewerbs zwischen den Kliniken notwendig ist. Und ich würde Sie auch bitten, Gründe dafür zu nennen, weshalb die Personalbemessung – entgegen der hier geäußerten Meinung der DKG – auch unter den Bedingungen einer Pauschalvergütung im Rahmen des DRG-Systems sachgerecht und möglich ist.

SV Melanie Wehrheim (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Mit der Einführung von pauschalen Vergütungssystemen war die Absicht verbunden, die Krankenhäuser unter Wettbewerbsdruck zu setzen. Demgegenüber gibt es bis jetzt

keine Sicherung gegen Personalabbau und Fachkräfteschwund. Wo der Wettbewerb aus dem Ruder läuft, muss die Politik Grenzen setzen. Notwendig ist aus unserer Sicht deshalb eine bundesweite gesetzliche Personalbemessung für alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Wie viel Personal mit welcher Qualifikation eingesetzt wird, ist eine Frage der Personalbemessung, und diese findet in jedem Fall statt, ganz gleich, ob dies nach einem allgemein anerkannten System oder aufgrund einer Entscheidung des Managements geschieht. Im Wettbewerb streben die Krankenhäuser danach, die Personalkosten und den Personaleinsatz stetig zu senken, und dieser Wettbewerb muss beendet werden. Deshalb ist eine Verpflichtung der Krankenhäuser aus unserer Sicht unumgänglich, denn auch zehn Jahre nach Einführung der DRGs gibt es in den Allgemeinkrankenhäusern kein Instrument, das garantieren würde, dass die in den Berechnungsgrundlagen der Fallpauschalen zugrunde gelegten Stellenanteile auch tatsächlich zur Verfügung gestellt werden. Die Personalbemessung ist nach wie vor eine Black Box. Die Krankenkassen können zwar seit der Einführung der DRGs sagen, was sie für einen Fall bezahlen müssen, sie wissen jedoch nicht, welche Qualitäts- und Sicherheitsstandards dabei zu Grunde gelegt werden und unter welchen Arbeitsbedingungen die Leistung erbracht wird.

Abg. Kathrin Senger-Schäfer (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Deutschen Pflegerat, den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe und an ver.di. Ich würde gerne noch einmal auf den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) zu sprechen kommen. Ich möchte wissen, ob es sich hierbei um ein Instrument handelt, das geeignet ist, die Pflege zu verbessern, und ob man es als Nachfolgeprogramm des Pflegestellenförderprogramms bezeichnen kann.

SV **Birgit Pätzmann-Sietas** (Deutscher Pflegerat e. V. – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen – (DPR)): Bereits im Jahre 2009 hatte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erkannt, dass ein Pflegenotstand droht, dem man irgendwie begegnen müsste. Es ist dann den Selbstverwaltungspartnern überlassen worden, ein Instrument zu entwickeln, um diese zusätzlichen 17.000 Stellen ins System zu bringen. Anders hätte man diese Stellen nicht bekommen. Auf diese Weise ist der PKMS entstanden. Das Problem ist aber, dass der PKMS einem ansonsten nicht geregelten Personalstellenprogramm aufgepfropft worden ist. Er ist für einige Häuser ökonomisch äußerst interessant, aber mehr eben auch nicht. Es ist jedenfalls fraglich, ob mit Hilfe dieses Instruments eine realistische Abbildung der Pflegeleistungen und der dazugehörigen Personalausstattung erfolgen kann. Zudem verursacht der PKMS einen nahezu unerträglich hohen Bürokratieaufwand. Er ist im Rahmen eines nicht gesetzlich geregelten Personalausstattungsystems nicht sinnvoll. Daher lehnen wir ihn auch für die Zukunft ab.

SV **Peter Tackenberg** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Pätzmann-Sietas an.

SV **Melanie Wehrheim** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Aus unserer Sicht ist der PKMS nicht geeignet, die Pflege zu verbessern. Trotz des hohen Dokumentationsaufwands ist dieses Instrument nicht zur Personalbemessung im Krankenhaus geeignet und wird es auch in Zukunft nicht sein. Der PKMS ist auch nicht zu diesem Zweck konzipiert worden. Selbst bei einer erheblichen Verbesserung, die derzeit nicht in Sicht ist, wäre der PKMS nicht dazu in der Lage, mehr als zwei Prozent der Fälle erlösrelevant abzubilden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Braun. Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme auf Studien berufen, aus denen klar hervorgeht, dass eine Verbesserung der Personalausstattung die Sterblichkeit im Krankenhaus senken kann. Könnte man diesen Zusammenhang umgekehrt und überspitzt so beschreiben, dass ein Nichthandeln der Politik an dieser Stelle Menschen töten oder verletzen kann? Gibt es dazu Zahlen?

ESV **Dr. Bernard Braun**: Die internationale Studienlage belegt in der Tat einen direkten negativen Zusammenhang zwischen der Anzahl von Patienten pro Pflegekraft und der Sterblichkeit. Ohne jemandem entsprechende Absichten unterstellen zu wollen, kann man sagen, dass das Sterblichkeitsrisiko dann, wenn eine bestimmte Grenze beim Personaleinsatz unterschritten wird, steigt. Zudem steigt das Risiko zusätzlicher Erkrankungen, etwa von Infektionen, sowie zusätzlicher diagnostischer und therapeutischer Intervention, die bei normaler Versorgung nicht notwendig wären. Am Ende steigen sogar die Kosten. Diese Befunde sind das Resultat von 40 großen Studien, die seit dem Jahr 2000 erschienen sind. Dazu zählen auch 13 systematische Reviews, die wiederum die Ergebnisse hunderter von Einzelstudien – überwiegend aus dem Ausland – zusammenfassen. In der Frage der Sterblichkeit sind sich all diese Studien einig. Sie geben auch relativ genau an, wie stark die Wahrscheinlichkeit der Sterblichkeit mit der Zunahme der Zahl der Patienten pro Pflegekraft steigt. Alle entsprechenden Angaben liegen bei Werten zwischen fünf und sieben Prozent. Insofern handelt es sich hier um einen ernst zu nehmenden Zusammenhang.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Isfort. Ich möchte wissen, welche Schlüsse man aus der Entwicklung der Personalkosten in

den allgemeinen Krankenhäusern nach der Einführung der Finanzierung über Fallpauschalen ziehen kann. Welche Folgen hat dies für den Pflegedienst und für die pflegegerechte Versorgung gehabt? Können Sie dazu einige Angaben machen?

ESV Prof. Dr. Michael Isfort: Ja, das kann man. Man kann sagen, dass es zwischen 2002 und 2011 bei der Personalkostenentwicklung zu einer flächendeckenden Umverteilung gekommen ist. Für den ärztlichen Bereich haben wir im Jahr 2002 8,77 Milliarden Euro und aktuell, also im Jahr 2011, 14,2 Milliarden Euro aufgewendet. Das ist ungefähr so viel wie für den gesamten Pflegedienst. Dort ist aber nur eine sehr geringe Steigerung zu verzeichnen. Dies zeigt, dass das, was Herr Baum dazu ausgeführt hat, zutrifft. Der Zwang zu sparen hat im Krankenhaussektor dazu geführt, dass vor allem beim Pflegepersonal gespart wurde und dass Stellen abgebaut worden sind. Dabei sprechen wir über den Stellenabbau, der seit 2003 stattgefunden hat. Ich habe in meiner Stellungnahme aber darauf hingewiesen, dass ein Großteil des Stellenabbaus bereits vorher stattgefunden hat. Nach Aussetzung der PPR sind allein bis zum Jahr 2003 knapp 30.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst abgebaut worden. Ähnlich wie der Kollege Braun bin auch ich der Ansicht, dass wir uns in einer besorgniserregenden Situation befinden, die dringend genauer analysiert werden müsste. Wir benötigen vor allem bessere und präzisere Kennzahlen – Qualitätsindikatoren –, die auch die Pflege mit einbeziehen, die Versorgung in den Mittelpunkt rücken und die Qualität nicht nur mittels medizinischer Indikatoren definieren.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Professor Isfort. Ich möchte wissen, welchen Stellenwert Sie einem Personalbemessungsinstrument oder einer Personalverordnung in der Pflege im Krankenhaus einräumen.

ESV Prof. Dr. Michael Isfort: Ich sehe das als ein dringendes Problem an, mit dem wir uns ernsthaft auseinandersetzen müssen, weil es hier um die Qualität der Patientenversorgung und um Fragen der Patientensicherheit geht. Daher muss man über die Personalausstattung im pflegerischen Bereich ernsthaft diskutieren. Wir haben bereits eine ganze Reihe von Stellungnahmen gehört. Dabei ist deutlich geworden, dass alle dieses Problem erkannt haben, auch wenn die Lösungsansätze zum Teil unterschiedlich ausfallen. In ausgewählten Bereichen könnte die Personalmindestbesetzung eine Lösung sein, die man ernsthaft in Erwägung ziehen sollte.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Professor Isfort. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Orientierungsgröße nicht an der Bettenzahl oder der Fallzahl ausgerichtet, sondern nach Stationen und Patientengruppen differenziert werden sollte. Es sind also einige Hindernisse zu überwinden, bis es zur Einführung eines Personalbemessungsinstrumentes kommen kann. Daher würde uns interessieren, welche Maßnahmen Sie vorschlagen, um die Situation der Pflege im Krankenhaus zu entspannen und welche sich kurz- und welche sich eher langfristig realisieren lassen.

ESV Prof. Dr. Michael Isfort: Kurzfristig erscheint mir eine Wiederauflage oder eine Fortführung des Pflegestellenförderprogramms sinnvoll. Es ist erwiesen, dass dieses Programm Wirkung gezeigt hat. Es würde kurzfristig die Möglichkeit schaffen, die Krankenhäuser von der Finanzierungsseite her, wie Herr Baum sie dargestellt hat, zu stabilisieren. Man könnte auch darüber nachdenken, analytische Instrumente wie die PPR noch einmal daraufhin zu prüfen, was sie leisten können. Dies wäre eine kurzfristige

Möglichkeit. Mittelfristig zu realisieren wäre die Einführung von Fachstandards, wie sie unter anderem von der Ärzteschaft formuliert werden. Ich erinnere hier an die Strukturstandards der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die solche Fachstandards beschrieben hat. Die Standards können aber nicht kurzfristig umgesetzt werden, weil wir genau wie Herr Baum das Problem sehen, dass das Personal dafür auf dem Markt zurzeit nicht zu finden ist. Zunächst müssten Angebot und Nachfrage mit weiteren Qualifikationsmaßnahmen in Einklang gebracht werden. Eine langfristige wirksame Maßnahme bestünde darin, analoge empirische Fallgruppen für den Pflegeaufwand zu entwickeln, wie wir dies seit dem Jahr 2007 immer wieder angemahnt haben. Denn es ist letztlich eine empirische Frage, was den Pflegeaufwand ausmacht. Etwas Ähnliches, wie es das IneK für den Gesamtaufwand erstellt, gibt es für die Pflegekosten beziehungsweise den Pflegeaufwand, die durch den PKMS abgebildet werden, nicht. Daher sehe ich für den PKMS auch keine große Entwicklungschance.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Braun. Es war gerade von den kurzfristigen Maßnahmen die Rede. Sie haben in diesem Zusammenhang die Idee eines Wertekorridors entwickelt. Könnten Sie ein wenig näher ausführen, was Sie darunter verstehen?

ESV Dr. Bernard Braun: Die Idee ist durch die Auseinandersetzung mit internationalen Studien entstanden. Wenn das Gutachten für das hessische Sozialministerium im Juli veröffentlicht wird, können Sie sich selbst ein Bild von der Studienlage machen. Die Studien geben allerdings unterschiedliche Antworten auf die Frage, ob es einen exakten Wert gibt, beispielsweise vier Patienten pro Pflegekraft, bei dessen Unterschreiten die

Wahrscheinlichkeit der Sterblichkeit oder der unerwünschten Morbidität steigt. Der Wert lässt sich nicht exakt beziffern. Dies hängt auch damit zusammen – auch dies wurde bereits gesagt –, dass Krankenhaus nicht gleich Krankenhaus ist. Es gibt unterschiedliche Stationen, Intensivstationen und andere Stationen, usw. Insofern habe wir keinen fixen Wert zur Verfügung, den man etwa gesetzlich fixieren könnte. Von dieser Überlegung sind wir auch bei der Abfassung unseres Gutachtens für das hessische Sozialministerium ausgegangen. Wir sind dann auf die Idee gekommen, einen Wertekorridor zu beschreiben. Demzufolge hätte es negative Folgen, wenn die Personalausstattung oder andere Faktoren einen Wert unterhalb oder oberhalb dieses Korridors annehmen würden. Bei den DRGs hat man mit der unteren und der oberen Grenzverweildauer ebenfalls eine Art von Korridor eingeführt. So etwas könnten wir uns auch für den Pflegebereich vorstellen. Zuvor sollte man aber in Deutschland endlich damit beginnen, dieses Problem zu quantifizieren, also mit relativ geringem Aufwand Studien durchzuführen, mit deren Hilfe sich solche Werte bestimmen lassen. Damit könnte man dem häufig verwendeten Argument begegnen, dass die deutsche Situation mit der in Kanada oder in den USA nicht zu vergleichen sei. Das Argument ist im Grunde zutreffend – dies muss man als Wissenschaftler einräumen –, aber das Hauptproblem besteht darin, dass es relativ wenige oder gar keine deutschen Studien gibt. An dieser Situation sollte etwas geändert werden. Nach den Erfahrungen mit dem Gutachten in Hessen, bei dem im Auftrag des Ministeriums versucht wurde, einen solchen Wert für die Krankenhäuser zu bestimmen, möchte ich an alle Beteiligten appellieren, etwas Entsprechendes in Gang zu bringen. Für eine solche Studie benötigt man nicht viel Geld, sondern vor allem die Bereitschaft aller Beteiligten im Krankenhaus, Informationen weiterzugeben und Transparenz herzustellen. Wenn Sie unser Gutachten lesen, werden Sie feststellen, dass es an einigen Stellen

wenig präzise ist. Dies liegt aber nicht an unserem Unvermögen, sondern an dem Mangel an Daten beziehungsweise an deren fehlender Präzision. Es sind aber exakte Daten nötig, um einen genauen Wert beziehungsweise einen unteren und einen oberen Wert in einem Wertekorridor bestimmen zu können.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Isfort. Welche Bemühungen gibt es beziehungsweise gab es bereits bei der Einführung von Personalquoten für die Pflege im Krankenhaus, und zwar national wie international, und welche Erfolge hatten diese?

ESV **Prof. Dr. Michael Isfort**: Da es Ende der achtziger Jahre einen Personalnotstand gab, benötigte man seinerzeit ein analytisches Instrument, mit dessen Hilfe sich die Personalsituation in den Stationen und bei der Patientenversorgung verbessern ließ. Vor diesem Hintergrund halte ich die Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR) für eine Erfolgsgeschichte. Es wird zwar argumentiert, dass die PPR in das geltende DRG-System nicht hineinpasst, dies bedeutet aber nicht, dass das DRG-System unveränderbar wäre. In vielen Ländern werden die DRGs nicht zur Vollkalkulation, sondern nur zur Teilkalkulation verwendet. Dabei wird von Grundsummen ausgegangen, die etwas mit der Personalausstattung und der Patientensicherheit zu tun haben. In Deutschland haben wir das DRG-System hingegen zu einem Vollkostenprogramm weiterentwickelt. Es gab aber schon im Jahre 2008 Vorschläge, flankierend zur Einführung der DRGs ein wissenschaftlich fundiertes, analytisches oder empirisches Instrument zu entwickeln. Dieser Vorschlag ist damals leider nicht aufgegriffen worden. Daher plädiere ich dafür, uns wissenschaftlich mit dieser Frage auseinanderzusetzen und uns die Fallgruppen näher anzuschauen. In

anderen Ländern gibt es das bereits, was ich gerade angesprochen habe, nämlich Fachstandards, die durch Facharbeitsgruppen festgelegt werden. Als Beispiel verweise ich auf den Fachstandard der Schweizer Vereinigung der Intensivmediziner, der ausdrücklich festlegt, wie viele Pflegekräfte auf einer Intensivstation einzusetzen sind. Analog dazu gibt es bei uns häufig Vorgaben wie die, dass 50 Prozent der eingesetzten Kräfte fachlich qualifiziert sein sollen, oder wie viele Ärzte wir benötigen. Es ist wichtig, dass es solche genauen Kennzahlen gibt. Ich denke dabei auch an die Fachstandards der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege, denen zufolge etwa für Schwerstkranke mit einer Beatmung, einer extrakorporalen Membranoxygenierung, sowie weiteren Komplikationen, eine Eins-zu-Eins-Betreuung benötigt wird. Diese Vorgabe wird in Deutschland nur von acht Prozent der Intensivstationen eingehalten. Dies ist zu wenig. Solche Ansätze müssen ernsthaft weiterverfolgt werden. Dabei geht es nicht um die Befindlichkeiten von Pflegekräften, sondern um die Patientensicherheit und um den Verbraucherschutz.

Die **Vorsitzende**: Ich danke allen anwesenden Kolleginnen und Kollegen für ihre Fragen und allen Sachverständigen für ihre Antworten. Bei den Gästen bedanke ich mich für ihr Interesse. Ich wünsche allen noch einen schönen Nachmittag.

Ende der Sitzung: 15.06 Uhr