

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0125(12)

gel. VB zur öAnhörung am 07.09.

15\_KHSG

27.08.2015

**Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines  
Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung  
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

Bundestagsdrucksache 18/5372

Prof. Dr. Michael Simon

Hochschule Hannover

Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales

Abteilung Pflege und Gesundheit

August 2015

## Inhalt

1	Vorbemerkungen .....	3
2	Das geplante Pflegestellen-Förderprogramm.....	4
2.1	Vorbemerkungen zum Handlungsbedarf.....	4
2.2	Nr. 4i, aa) Änderung des bisherigen § 4 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG.....	7
2.2.1	Beabsichtigte Neuregelung.....	7
2.2.2	Stellungnahme .....	7
2.2.3	Änderungsvorschlag.....	9
2.3	Nr. 4i, hh) Änderung des bisherigen § 4 Abs. 10 Satz 11 KHEntgG .....	9
2.3.1	Beabsichtigte Neuregelung.....	9
2.3.2	Stellungnahme .....	10
2.3.3	Änderungsvorschlag.....	11
3	Einrichtung einer Expertenkommission .....	12
3.1	Nr. 4i, jj) Neufassung des bisherigen § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG .....	12
3.1.1	Beabsichtigte Neuregelung.....	12
3.1.2	Stellungnahme .....	12
3.1.3	Änderungsvorschlag.....	17
3.1.4	Erläuterungen zum Änderungsvorschlag.....	17
3.1.5	Einwände gegen eine mögliche Beauftragung des G-BA .....	19
4	Literatur .....	21

## **1 Vorbemerkungen**

Die vorliegende schriftliche Stellungnahme beschränkt sich auf das geplante Pflegestellen-Förderprogramm sowie die im Gesetzentwurf vorgesehene Einrichtung einer Expertenkommission, die Vorschläge für Regelungen im Anschluss an das Förderprogramm erarbeiten soll.

## 2 Das geplante Pflegestellen-Förderprogramm

### 2.1 Vorbemerkungen zum Handlungsbedarf

Es ist zu begrüßen, dass die Bundesregierung die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser verbessern will und der Gesetzentwurf hierzu ein neues Pflegestellen-Förderprogramm vorsieht. In den vergangenen Wochen war aus der Medienberichterstattung jedoch zu entnehmen, dass es innerhalb der Regierungskoalition offenbar unterschiedliche Einschätzungen zur Notwendigkeit eines solchen Programms und zur Höhe der Fördersumme gibt. Insofern erscheint es angebracht, zunächst auf die Notwendigkeit einer deutlichen Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser und die Frage der Höhe der Fördersumme einzugehen.

Im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser wurden in den Jahren 1997 bis 2007 bundesweit fast 50.000 Vollkräfte abgebaut (ausführlicher hierzu: Simon 2008, 2009). Seit 2008 ist zwar wieder ein Stellenzuwachs zu verzeichnen, dennoch aber lag der Personalbestand im Jahr 2013 noch um ca. 35.000 Vollkräfte unter dem Wert des Jahres 1996.

Bei dieser Zahl ist jedoch zu berücksichtigen, dass der 1997 einsetzende Stellenabbau von einem Niveau ausging, das bereits unzureichend war. Ende der 1980er und Anfang der 1990er wurde sowohl in der Gesundheitspolitik als auch in der breiten Öffentlichkeit über einen ‚Pflegenotstand‘ in Krankenhäusern diskutiert (vgl. u.a. Alber 1990; Bartholomeyczik 1993; Botschafter/Moers 1990; Dinkel/Görtler/Milenovic 1991; SVRKAiG 1991). Vor diesem Hintergrund berief die damalige Bundesregierung zwei Expertenkommissionen, die Verfahren für eine Personalbedarfsermittlung für die Psychiatrie sowie für den allgemeinen Pflegedienst der somatischen Normalstationen erarbeiten sollten. Die von ihnen entwickelte Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wurde zum 1.01.1991 in Kraft gesetzt und die Pflege-Personalregelung trat als Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes am 1.01.1993 in Kraft. Mit beiden Regelungen sollte eine – auch aus Sicht der damaligen Bundesregierung – bestehende Unterbesetzung behoben und eine deutliche Verbesserung der Personalbesetzung erreicht werden.

Auf Grundlage der bundesweit von allen zugelassenen Krankenhäusern den Krankenkassen übermittelten PPR-Daten kamen die Spitzenverbände der GKV 1993 zu dem Ergebnis, dass im Pflegedienst der somatischen Abteilungen ein Personalmehrbedarf von mehr als 20 % bestand (GKV 1993). Die tatsächliche Besetzung des Pflegedienstes der somatischen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser lag 1993 bei ca. 260.000 Vollkräften. Addiert man hierzu einen Personalmehrbedarf in Höhe von 20 %, so ergibt sich daraus für 1993 eine Soll-Personalbesetzung in Höhe von ca. 311.000 Vollkräften (Simon 2015). Diese Zielgröße wurde

in den folgenden Jahren jedoch nicht erreicht, da die PPR zum 1.01.1996 wieder ausgesetzt und ein Jahr später vollständig aufgehoben wurde. Der 1997 einsetzende Stellenabbau erfolgte somit ausgehend von einem Niveau, das nach den Maßstäben der PPR als Unterbesetzung zu gelten hatte. Das Ausmaß der gegenwärtigen Unterbesetzung kann folglich nicht mit der Zahl der seit 1997 abgebauten Stellen gleichgesetzt werden, es muss vielmehr von einer höheren Unterbesetzung ausgegangen werden.

Eine erste Annäherung an die Höhe der gegenwärtigen Unterbesetzung bietet ein Vergleich der Ist-Personalbesetzung von Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser des Jahres 2013 mit der Soll-Personalbesetzung des Jahres 1993. Wie bereits angesprochen lag die auf Grundlage der PPR ermittelte Soll-Personalbesetzung im Jahr 1993 bei ca. 311.000 Vollkräften. Die Ist-Personalbesetzung des Jahres 2013 lag bei lediglich ca. 228.000 Vollkräften und damit um ca. 83.000 Vollkräfte niedriger. Berücksichtigt man den seit 1993 zu verzeichnenden Leistungszuwachs, so erscheint es gerechtfertigt, von einer gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser in Höhe von mehr als 100.000 Vollkräften auszugehen (ausführlicher hierzu: Simon 2015).

Diese Zahl liegt deutlich über den in der bisherigen gesundheitspolitischen Diskussion zumeist verwendeten Werten und mag überhöht erscheinen. Der Eindruck relativiert sich jedoch, wenn man den Blick auf andere europäische Länder richtet. In einer 2009/2010 durchgeführten international vergleichenden Studie (RN4CAST) wurde festgestellt, dass von den 12 in die Untersuchung einbezogenen europäischen Ländern deutsche Krankenhäuser die geringste Personalbesetzung im Pflegedienst aufwiesen (Aiken et al. 2012). Relativ breit rezipiert wurde das Ergebnis, dass in deutschen Kliniken eine Pflegekraft durchschnittlich 9,9 Patienten zu versorgen hat, in norwegischen Kliniken hingegen nur 3,7. Dabei wurde allerdings zumeist nicht bedacht, dass diese Verhältniszahl nur für Pflegefachkräfte galt. Um sich an eingemessenes Bild von der Personalausstattung zu verschaffen, ist es aber notwendig, auch die Zahl der Pflegehilfskräfte einzubeziehen. Und hier zeigt sich eine im internationalen Vergleich noch geringere Personalbesetzung als bei den Pflegefachkräften (Tab. 1).

Betrachtet man die Personalausstattung im Pflegedienst insgesamt (Fachkräfte und Hilfskräfte), so weisen deutsche Krankenhäuser die niedrigste Personalausstattung im Pflegedienst auf, die weit unter den Werten der meisten anderen in den Vergleich einbezogenen Länder liegt (vgl. Simon 2015).

Während nach den Ergebnissen der RN4CAST-Studie in deutschen Kliniken 100 Patienten lediglich von 12,3 Pflegekräften (Fachkräfte und Hilfskräfte) versorgt wurden, waren es

- in *Polen* 15,2 oder 23,1 % mehr
- in *Belgien* 17,8 oder 44,3 % mehr
- in *Griechenland* 18,0 oder 46,2 % mehr
- in *Spanien* 18,2 oder 47,4 % mehr

- in *England* 22,5 oder 82,6 % mehr
- in *Irland* 23,5 oder 91,1 % mehr
- in *Finnland* 25,6 oder 107,9 % mehr
- in der *Schweiz* 29,5 oder 139,3 % mehr
- in den *Niederlanden* 29,8 oder 141,6 % mehr
- in *Schweden* 31,9 oder 159,2 % mehr und
- in *Norwegen* 42,9 oder 248,3 mehr.

**Tabelle 1:** Personalausstattung des Pflegedienstes der Krankenhäuser im internationalen Vergleich<sup>1</sup>

	Anteil der Pflege- fachkräfte		Personal- besetzung im Pflegedienst (in %)				Personal- besetzung in Prozent (Deutschland: 100)
	Pflege- fachkräfte je 100 Patienten	Pflege- fachkräfte je 100 Patienten	Personal- besetzung im Pflegedienst (in %)	Pflege- hilfskräfte je 100 Pfl- ge- fachkräfte	Pflege- hilfskräfte je 100 Patienten	Pflegekräfte insgesamt je 100 Pati- enten	
Norwegen	3,7	27,0	63	58,7	15,9	42,9	348,3
Schweden	5,4	18,5	58	72,4	13,4	31,9	259,2
Niederlande	4,8	20,8	70	42,9	8,9	29,8	241,6
Schweiz	5,3	18,9	64	56,3	10,6	29,5	239,3
Finnland	5,5	18,2	71	40,8	7,4	25,6	207,9
Irland	5,9	16,9	72	38,9	6,6	23,5	191,1
England	7,8	12,8	57	75,4	9,7	22,5	182,6
Spanien	10,2	9,8	54	85,2	8,4	18,2	147,4
Griechenland	9,1	11,0	61	63,9	7,0	18,0	146,2
Belgien	7,6	13,2	74	35,1	4,6	17,8	144,3
Polen	9,7	10,3	68	47,1	4,9	15,2	123,1
Deutschland	9,9	10,1	82	22,0	2,2	12,3	100,0

1) Gruppiert nach der Zahl der Pflegekräfte insgesamt je 100 Krankenhauspatienten

Quelle: Aiken et al. (2012); eigene Berechnungen

Wollte man die Personalbesetzung des Pflegedienstes deutscher Allgemeinkrankenhäuser (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte) an die der anderen Länder angleichen, so würde dies bei einer Angleichung an

- *Polen* eine Erhöhung um 23,1 % oder ca. 52.600 Vollkräfte
- *Belgien* eine Erhöhung um 44,3 % oder ca. 101.000 Vollkräfte
- *Griechenland* eine Erhöhung um 46,2 % oder ca. 105.500 Vollkräfte

- *Spanien* eine Erhöhung um 47,4 % oder ca. 108.000 Vollkräfte
  - *England* eine Erhöhung um 82,6 % oder ca. 188.400 Vollkräfte
  - *Irland* eine Erhöhung um 91,1 % oder ca. 207.800 Vollkräfte
  - *Finnland* eine Erhöhung um 107,9 % oder ca. 246.100 Vollkräfte
  - *Schweiz* eine Erhöhung um 139,3 % oder ca. 317.800 Vollkräfte
  - *Niederlande* eine Erhöhung um 141,6 % oder ca. 323.000 Vollkräfte
  - *Schweden* eine Erhöhung um 159,2 % oder ca. 363.100 Vollkräfte
  - *Norwegen* eine Erhöhung um 248,3 % oder ca. 566.300 Vollkräfte
- erfordern (Simon 2015).

Angesichts dieser Zahlen dürfte die Einschätzung, dass der Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland gegenwärtig um mehr ca. 100.000 Vollkräfte unterbesetzt ist, eher als moderat zu bezeichnen sein.

Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend erforderlich, Maßnahmen zu einer deutlichen Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu ergreifen.

## 2.2 Nr. 4i, aa) Änderung des bisherigen § 4 Abs. 10 Satz 1 KHEntg

### 2.2.1 Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenpflegegesetz“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“ eingefügt

### 2.2.2 Stellungnahme

Das erste Pflegeförderprogramm erlaubte die Verwendung der Mittel für die Beschäftigung von Pflegefachkräften unabhängig von ihrem Tätigkeitsbereich. Dies wurde zu einem erheblichen Teil von Kliniken zur Finanzierung zusätzlicher Stellen im Funktionsdienst (OP, Anästhesie, Funktionsdiagnostik etc.) genutzt (Simon 2014: 26). Diese Mittelverwendung war zwar rechtlich zulässig, entsprach aber offenbar nicht den Intentionen des Gesetzgebers. Mit dem Programm sollte auf den Stellenabbau reagiert werden, und der fand nicht im Funktionsdienst, sondern auf den Stationen statt.

Das neue Pflegestellen-Förderprogramm sieht nun eine Beschränkung der Mittelverwendung auf den Bereich der Stationen vor. Dies ist insofern sinnvoll, als auf den Stationen der dringendste Bedarf an einer Verbesserung der Personalbesetzung besteht.

Allerdings könnte die Eingrenzung „in der unmittelbaren Patientenversorgung“ zu Problemen führen. Für die Umsetzung der Regelung wäre vermutlich eine genauere Definition von „unmittelbarer Patientenversorgung“ erforderlich, denn die Formulierung legt die Annahme

nahe, dass auf den Stationen auch Pflegekräfte tätig sind, die nicht in der „unmittelbaren Patientenversorgung“ arbeiten. Es könnte in der praktischen Umsetzung der Vorschrift zu unterschiedlichen Auffassungen über die Grenzziehung kommen, beispielsweise bei der Frage, ob Stellen für Stationsleitungen, die teilweise oder überwiegend nicht in der unmittelbaren Pflege am Patienten tätig sind, überhaupt förderfähig sind. Zudem dürfte es für die Jahresprüfer schwierig wenn nicht sogar unmöglich sein, zu prüfen, ob alle auf den Stationen neu geschaffenen Stellen auch tatsächlich nur in der „unmittelbaren Patientenversorgung“ zum Einsatz kommen.

Um solche Umsetzungsprobleme zu vermeiden, dürfte es ratsam sein, auf die Eingrenzung auf eine wie auch immer zu definierende „unmittelbare Patientenversorgung“ zu verzichten. Eine Eingrenzung auf den Bereich der Stationen dürfte für das angestrebte Ziel ausreichend sein.

Die geplante Neuregelung sieht zudem vor, dass die Förderung neuer Stellen auf Intensivstationen ausgeschlossen sein soll. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird dazu ausgeführt:

„Zusätzliches Pflegepersonal auf Intensivstationen soll durch das Programm nicht gefördert werden, weil Intensivstationen in der Vergangenheit von zusätzlichen Stellen profitiert haben“ (BT-Drs. 18/5372: 66).

Da die amtliche Krankenhausstatistik keine Angaben zur Zahl der Beschäftigten oder Vollkräfte auf Intensivstationen bietet, wäre es interessant zu erfahren, auf welcher Datengrundlage die Feststellung basiert, es habe auf Intensivstationen in der Vergangenheit Stellenzuwächse gegeben. Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes liegen ihm keine Angaben zum Personal auf Intensivstationen vor, da diese Informationen von den Krankenhäusern im Rahmen der Datenerhebung nicht abgefragt werden.

Möglicherweise liegt der oben zitierten Begründung die Annahme zugrunde, Intensivstationen würden in der Krankenhausstatistik dem Funktionsdienst zugeordnet. Und da im Funktionsdienst in der Tat seit Jahren Stellenzuwächse in der Statistik ausgewiesen sind, sei davon auszugehen, dass es auch auf Intensivstationen Zuwächse in der Personalbesetzung gegeben hat. Diese Schlussfolgerung ist aber insofern nicht sachgerecht, als Intensivstationen in der Krankenhausstatistik eindeutig dem Pflegedienst und nicht dem Funktionsdienst zugeordnet werden.<sup>1</sup>

Ob es bundesweit im Bereich der Intensivstationen – entgegen dem Trend auf Normalstationen – keinen Stellenabbau, sondern Zuwächse in der Personalbesetzung gegeben hat, ist auf

---

<sup>1</sup> vgl. hierzu die Definition des Begriffs „Pflegedienst“ in der amtlichen Krankenhausstatistik: „Der Pflegedienst umfasst Pflegedienstleitung sowie Pflege- und Pflegehilfspersonal. Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege und -behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen; ferner Schüler und Stationssekretärinnen, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden“ (StBA 2015).

Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik aus den oben genannten Gründen nicht feststellbar. Berichte aus der Praxis legen vielmehr die Annahme nahe, dass auch auf vielen Intensivstationen die Personalbesetzung in der Pflege unzureichend ist. Die Ursache scheint allerdings häufig nicht in einem Stellenabbau zu liegen, sondern eher in Problemen der Rekrutierung qualifizierter Pflegefachkräfte (möglichst mit abgeschlossener Fachweiterbildung in Intensivpflege). Auch wenn bei der Personalausstattung auf Intensivstationen Stellenzuwächse zu verzeichnen sein sollten, so kann die Personalbesetzung dennoch unzureichend sein, wenn sie nicht mit der gestiegenen Fallzahl und dem gestiegenen Pflegebedarf von Intensivpatienten Schritt gehalten hat. Insofern erscheint es nicht sachgerecht, Intensivstationen vom geplanten Pflegestellen-Förderprogramm auszuschließen. Die diesbezügliche Formulierung sollte folglich aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden.

Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass die Eckpunkte der Bund-Länder-AG einen Ausschluss der Intensivstationen vom Pflegestellen-Förderprogramm nicht vorsehen (Bund-Länder-AG Krankenhausreform 2014: 3, 19f.).

### **2.2.3 Änderungsvorschlag**

Aus den obenstehenden Ausführungen ergibt sich folgender Vorschlag zur Änderung des Gesetzentwurfes (Nr. 4i, aa):

In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenpflegegesetz“ die Wörter „auf bettenführenden Stationen“ eingefügt

## **2.3 Nr. 4i, hh) Änderung des bisherigen § 4 Abs. 10 Satz 11 KHEntgG**

### **2.3.1 Beabsichtigte Neuregelung**

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, einmalig über die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, über die aufgrund dieser Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, und über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung sowie über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“

### 2.3.2 Stellungnahme

Die aus dem KHRG 2009 stammende Passage soll weitgehend erhalten bleiben und lediglich an die an anderer Stelle des Paragraphen vorgesehen Neuregelungen angepasst werden. Es wäre jedoch sinnvoll, auch weitere Veränderungen vorzunehmen, die für mehr Klarheit und eine bessere Datenlage sorgen könnten.

So wird in der alten wie auch der geplanten neuen Fassung ein Vergleich von Daten unterschiedlicher Art gefordert und es werden zudem nicht hinreichend eindeutige Angaben gemacht.

- In Bezug auf die zu prüfende Personalbesetzung werden zwei unterschiedliche Begriffe benutzt: „Stellenbesetzung“ und „Pflegekräfte“. Beide sind jedoch zur Messung der Personalbesetzung ungeeignet bzw. zu ungenau. Der Begriff der „Pflegekräfte“ entspricht dem in der Krankenhausstatistik verwendeten Begriff der „Beschäftigten“, insbesondere auch weil Pflegekräfte in der zitierten Passage des § 4 Abs. 10 KHEntgG in Vollzeit- und Teilzeitkräfte unterschieden werden. Eine solche Unterscheidung macht nur für die Maßeinheit „Beschäftigte“ einen Sinn. Der Begriff der „Stellenbesetzung“ ist zu ungenau für den angestrebten Zweck. Die am besten geeignete Maßzahl zur Messung der Personalbesetzung ist die Zahl der Vollzeitäquivalente, in der Krankenhausstatistik und auch hier im Folgenden „Vollkräfte“ genannt. Sie ergibt sich durch die Umrechnung der individuellen Arbeitszeiten aller Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten auf Beschäftigte mit voller tariflicher Arbeitszeit sowie der anteiligen Berücksichtigung der im Laufe des Jahres nur vorübergehend Beschäftigten.
- Diese Maßzahl (Vollkräfte) sollte als einzige in den Regelungen zum geplanten Pflegestellen-Förderprogramm verwendet werden. Es sei hier nur am Rande vermerkt, dass auch im Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegeförderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 sinnvollerweise mit der Maßzahl „Vollkräfte“ gearbeitet wurde (GKV-Spitzenverband 2013).
- Des Weiteren sollte der zeitliche Bezugsrahmen für den Abgleich zwischen der Personalbesetzung vor Inkrafttreten des neuen Pflegestellen-Förderprogramms und der Besetzung nach Inkrafttreten vereinheitlicht werden. In der geplanten Neuregelung (wie auch im bisherigen Gesetzestext, wenn auch mit anderen Datumsangaben) ist ein Vergleich zwischen der Zahl der Beschäftigten („Pflegekräfte“) am Stichtag 1.01.2015 und der am 31.12.2016 festgestellten jahresdurchschnittlichen „Stellenbesetzung“ sowie der beiden folgenden Jahre vorgeschrieben.<sup>2</sup> Ein Vergleich zwischen der Personalbesetzung an ei-

---

<sup>2</sup> Bei der Beibehaltung dieser Formulierung wäre darüber hinaus die Frage aufzuwerfen, welchen Sinn es macht, für die Feststellung der jahresdurchschnittlichen Personalbesetzung einen Stichtag vorzugeben. Zu-

nem Stichtag und einer jahresdurchschnittlichen Personalbesetzung ist allerdings wenig sinnvoll, da zwei nicht vergleichbare Maßeinheiten verglichen werden. Wenn verglichen werden soll, dann entweder die Besetzung an zwei Stichtagen oder die jahresdurchschnittliche Besetzung zweier Kalenderjahre. Im Falle des Pflegestellen-Förderprogramms ist es m.E. am sinnvollsten, die Zahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt zu vergleichen. Jede Stichtagsregelung birgt das Risiko, dass einzelne Krankenhäuser ihre Personalbesetzung nur zeitweilig im Umfeld des jeweiligen Stichtags verbessern, beispielsweise indem sie Pflegekräfte nur für kurze Zeit in befristeten Beschäftigungsverhältnissen anstellen.

- Würden auch die Intensivstationen in das Pflegestellen-Förderprogramm einbezogen, wie hier vorgeschlagen, so wären die Daten für den „Pflegedienst“ auch identisch mit denen des zu fördernden Bereichs.
- Wird einheitlich die Zahl der Vollkräfte als Maßeinheit verwendet, erübrigt sich auch eine gesonderte Erfassung und Dokumentation der Zahl der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten. Sie ist für die Zwecke des Programms ohnehin wenig hilfreich, da die Zahl der Teilzeitbeschäftigten ohne die Angabe der jeweiligen individuellen Arbeitszeit keine hinreichenden Rückschlüsse auf das insgesamt im Pflegedienst verfügbare Arbeitszeitvolumen erlaubt.
- Da im geplanten neuen Pflegestellen-Förderprogramm die Mittel nur für den Bereich der Stationen eingesetzt werden dürfen, erübrigt sich auch die Erfassung und Übermittlung der Daten zur Personalbesetzung „in der Pflege insgesamt“. Diese aus dem KHRG 2009 stammende Formulierung hatte im ersten Förderprogramm insofern ihre Berechtigung, als damals die Zweckbindung nur für dreijährig ausgebildetes Pflegepersonal galt und aus den Mitteln des Programms auch Stellen bspw. im Funktionsdienst finanziert werden durften. Da dies nun nicht mehr zulässig sein soll, kann diese Passage entfallen.

### 2.3.3 Änderungsvorschlag

Aus den obenstehenden Ausführungen kann folgender Änderungsvorschlag abgeleitet werden (Nr. 4j, hh):

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, einmalig über die jahresdurchschnittliche Zahl der Vollkräfte im Jahr 2015 in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich und in

---

dem hinaus kann ein Jahresdurchschnitt erst nach Ablauf des Jahres (also nach dem 31.12.) festgestellt werden, dann aber an jedem beliebigen Tag. Der 31. Dezember sollte folglich so oder so gestrichen werden.

den Jahren 2017 und 2018 über die aufgrund der Förderung gegenüber dem Vorjahr zusätzlichen jahresdurchschnittlich beschäftigten Vollkräfte.“

Im Falle einer Vereinheitlichung auf die Maßzahl „Vollkräfte“ müssten entsprechende Folgeänderungen an anderen Stellen vorgenommen werden, so bspw. bei den Vorschriften zur Berichtslegung durch den GKV-Spitzenverband.

### **3 Einrichtung einer Expertenkommission**

#### **3.1 Nr. 4i, jj) Neufassung des bisherigen § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG**

##### **3.1.1 Beabsichtigte Neuregelung**

„Dazu, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, erarbeitet bis spätestens zum 31. Dezember 2017 eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission Vorschläge.“

##### **3.1.2 Stellungnahme**

Da die Laufzeit des Pflegestellen-Förderprogramms auf drei Jahre begrenzt sein soll, ist eine Anschlussregelung unerlässlich, die sicherstellen kann, dass eine Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser auch nach Auslaufen des Programms nicht nur anhält, sondern weitergeführt wird. Dazu sind weitere gesetzliche Regelungen erforderlich, die spätestens zum 1.01.2019 in Kraft treten müssten.

Es ist zu begrüßen, dass die Bundesregierung eine Expertenkommission einsetzen will, die Vorschläge für weiterführende Regelungen ab 2019 erarbeiten soll. Auch die 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung und die 1993 eingeführte Pflege-Personalregelung waren durch Expertenkommissionen im Auftrag der damaligen Bundesregierung erarbeitet worden.

Die vorgesehene Gesetzesformulierung enthält jedoch eine Einschränkung des Kommissionsauftrages, die für die Erreichung des zentralen Ziels des Pflegestellen-Förderprogramms, der Schaffung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, nicht hilfreich, sondern eher hinderlich ist.

Gemäß der vorgesehenen Formulierung soll die Kommission Vorschläge erarbeiten, „wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms“ dem Pflegedienst der Krankenhäuser dauerhaft zur Verfügung gestellt werden können. Diese Formulierung beinhaltet die Beschränkung auf das für das Jahr 2018 vorgesehene jährliche Fördervolumen von maximal 330 Mio. Euro. Alle Vorschläge, die zu ihrer Umsetzung ein höheres Finanzvolumen erfordern würden, wären somit ausgeschlossen. Dies ist insofern von erheblicher Bedeutung

für die Bewertung dieses Teils des Krankenhausstrukturgesetzes, als die mit 330 Mio. Euro finanzierbaren ca. 6.000 Vollzeitäquivalente bei weitem nicht ausreichen, die gegenwärtig bestehende Unterbesetzung auszugleichen. Wie an vorheriger Stelle dargelegt, liegt der Personalmehrbedarf allein im Pflegedienst der Normalstationen um ein Vielfaches höher.

Würde die im Gesetzentwurf enthaltene Beschränkung des Kommissionsauftrages auf ein Finanzvolumen von 330 Mio. Euro beschlossen, so wäre eine solche Entscheidung gleichbedeutend mit der gesetzlichen Festschreibung einer erheblichen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Die Beschränkung auf ein bestimmtes Finanzvolumen sollte darum aus der Formulierung gestrichen werden.

Die Begründung des Gesetzentwurfes enthält zudem eine Reihe von Aussagen, die eine Ausrichtung des Kommissionsauftrages vorgeben, die für die angestrebte Verbesserung der Personalbesetzung nicht zielführend ist. Diese Aussagen sind in den folgenden Passagen enthalten (Hervorhebungen: M.S.):

„Eine beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Expertinnen- und Experten-Kommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung prüft bis spätestens Ende 2017 zudem, **ob im System der diagnosebezogenen Fallpauschalen** (Diagnosis Related Groups, DRG) oder über ausdifferenzierte **Zusatzentgelte** (z. B. über den Pflegekomplexmaßnahmen-Score) ein **erhöhter Pflegebedarf** von an **Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten** oder von **Menschen mit Behinderungen** und **der allgemeine Pflegebedarf** in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. Abhängig vom Prüfergebnis sollen von der Kommission **Vorschläge** unterbreitet werden, **wie die sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte** erfolgen kann. Weiterhin sind Vorschläge zur **finanziellen Abschätzung der vorgeschlagenen Maßnahmen** vorzulegen. Schließlich ist ein **Vorschlag** zu erarbeiten, **wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel** des Pflegestellen-Förderprogramms, die für Personalaufwendungen in der Krankenpflege zur Verfügung gestellt werden, ab dem vierten Jahr auf Krankenhausebene unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Verhältnisse mit möglichst wenig Bürokratieaufwand weiterhin tatsächlich **zweckgebunden** zur Finanzierung von **Pflegepersonal** verwendet werden“ (BT-Drs. 18/5372: 39).

„Auch das Pflegestellen-Förderprogramm zur Stärkung der Pflege am Bett ist u. a. auf demografiebedingte erhöhte Versorgungsbedarfe – vor allem bei an Demenz erkrankten und langzeitpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten – mit erhöhtem Zuwendungsbedarf ausgerichtet. Zudem soll eine Expertinnen- und **Expertenkommission** prüfen, **ob der Pflegebedarf im DRG-System sachgerecht abgebildet wird**. Je nach Prüfergebnis kann die Kommission **Vorschläge zur sachgerechten Abbildung des Pflegebedarfs** unterbreiten“ (ebd.: 53).

„Nach Auslaufen des **Pflegestellen-Förderprogramms** sollen die **Mittel** dem Krankenhausbereich weiterhin **zweckgebunden für die Pflege** in der unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Durch eine geeignete Anschlussregelung soll weiterhin eine zielgenaue und sachgerechte Zuordnung der Mittel im Bereich der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung gewährleistet werden. Eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende **Expertenkommission** soll entsprechende **Vorschläge** erarbeiten. Solange entsprechende Regelungen noch nicht gelten, werden zusätzliche Mittel zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung

weiterhin durch krankenhausindividuelle Zuschläge gezahlt. Darüber hinaus soll sie auch **prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte** der allgemeine **Pflegebedarf** und ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung in Krankenhäusern **sachgerecht abgebildet werden**. Abhängig vom Prüfergebnis sollen dann ggf. auch **Vorschläge** dazu unterbreitet werden, wie die **sachgerechte Abbildung des Pflegebedarfs im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte** erfolgen kann. Entsprechende **Vorschläge** wären dann durch **Einbringung in den strukturierten Dialog zur Weiterentwicklung des DRG-Systems** auf die Verbesserung der sachgerechten Leistungsabbildung hin zu überprüfen“ (ebd.: 67).

Die hier zitierten Passagen legen den Eindruck nahe, dass der Auftrag der Expertenkommission primär oder sogar ausschließlich darin bestehen soll, das DRG-System daraufhin zu überprüfen, ob es den Pflegebedarf der Patienten sachgerecht abbildet, und – im Falle eines negativen Ergebnisses dieser Prüfung – Vorschläge für eine verbesserte Abbildung des Pflegebedarfs im DRG-System zu erarbeiten. Eine solche Ausrichtung des Kommissionsauftrages wäre jedoch aus folgenden Gründen verfehlt und nicht zielführend (zur ausführlicheren Erörterung der Frage einer Eignung des DRG-Systems für die Abbildung des Pflegebedarfs vgl. Simon 2014: 69-80):

- Das Verfahren zur Kalkulation der DRG-Fallpauschalen dient nicht zur Ermittlung des Pflegebedarfs der Patienten oder eines daraus abgeleiteten Personalbedarfs, sondern zur Ermittlung der durchschnittlichen Ist-Kosten je DRG-Fallgruppe. Es war eine der zentralen Grundsatzentscheidungen bei Einführung des deutschen DRG-Systems, dass die Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten erfolgt. Die Ermittlung der Ist-Personalkosten des Pflegedienstes hat gemäß Kalkulationshandbuch auf Grundlage der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen zu erfolgen (InEK 2007), und somit nicht auf Grundlage des Pflegebedarfs und eines daraus abgeleiteten Personalbedarfs. Wenn innerhalb des DRG-Systems eine Abbildung des Pflegebedarfs erfolgen soll, müsste die Kalkulationsmethodik grundlegend umgestellt werden: Fallpauschalen dürften nicht mehr auf Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungen kalkuliert werden, sondern auf Grundlage von Soll-Leistungen (Pflegebedarf), einer Soll-Personalbesetzung (Personalbedarf) und Soll-Kosten (genormte Standard-Personalkosten je Pflegeminute). Eine solche grundsätzliche Änderung der Kalkulationsmethodik wird gegenwärtig nicht diskutiert und dürfte in nächster Zeit auch kaum politisch mehrheitsfähig sein. Insofern erscheint es nicht sinnvoll, der Expertenkommission den Auftrag zu erteilen, Vorschläge für eine Abbildung des Pflegebedarfs im DRG-System zu entwickeln.
- Zwar ist zur Ermittlung des Anteils der Personalkosten des Pflegedienstes an den DRG-Fallpauschalen die Pflege-Personalregelung als Standardverfahren vorgegeben, sie ist jedoch nicht als Instrument der Personalbedarfsermittlung einzusetzen. Die auf den Stati-

onen dokumentierten PPR-Minutenwerte dienen im Rahmen einer genannten „gewichteten Bezugsgrößenkalkulation“ als Grundlage für die Zuordnung der Ist-Kosten einzelner Kostenarten und Kostenstellen zu den einzelnen DRG-Fallgruppen (vgl. InEK 2007: 132). Dementsprechend sind nicht die Soll-Leistungen (Pflegebedarf) von den Kalkulationskrankenhäusern zu dokumentieren, sondern die tatsächlich erbrachten Ist-Leistungen. Würde ein Krankenhaus die Patienteneinstufungen auf Grundlage des Pflegebedarfs, also der Soll-Leistungen, vornehmen, so wäre dies ein schwerwiegender Verstoß gegen die Kalkulationsregeln und müssten den Ausschluss dieses Krankenhauses aus der Kalkulationsstichprobe zur Folge haben.

- Eine Abbildung des Pflegebedarfs im DRG-System würde zudem voraussetzen, dass der Pflegebedarf in Form von Arbeitszeitminuten erfasst wird. Bislang werden im DRG-Browser des InEK jedoch nur ermittelte durchschnittliche Kosten je Kostenart bzw. Kostenbereich ausgewiesen. Die Kalkulationsrichtlinien dahingehend zu ändern, dass auch Minutenwerte je Fall von den Kalkulationskrankenhäusern an das InEK übermittelt werden, wäre insofern nicht zielführend, weil es sich dabei um in zweifacher Hinsicht ungeeignete Daten handeln würde. Zum einen dürften nur Minutenwerte für Ist-Leistungen erfasst werden, zum anderen würde es sich um pauschalierte Minutenwerte handeln, die den PPR-Pflegestufen als Normwerte hinterlegt sind.<sup>3</sup> Diese Minutenwerte stammen aus der 1993 in Kraft getretenen PPR und wurden in den Jahren 1990/1991 auf Grundlage damaliger Pflegestandards und Patientenstrukturen festgelegt. Sie sind somit ca. 25 Jahre alt. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie die heutige Pflegesituation adäquat abbilden.
- Eine sachgerechte Abbildung des Pflegebedarfs in den DRG-Fallpauschalen ist darüber hinaus mit einem weiteren schwerwiegenden Problem konfrontiert. Ziel der Fallgruppenbildung im DRG-System ist die Bildung ökonomisch homogener Fallgruppen. Sie müssen weder medizinisch noch pflegerisch homogen, sondern in erster Linie ökonomisch homogen sein. Damit ist gemeint, dass sie vor allem eine möglichst geringe Varianz der für sie ermittelten Fallkosten aufweisen sollen. Es ist insofern davon auszugehen, dass der weit überwiegende Teil der DRG-Fallpauschalen hohe Varianzen im Pflegeaufwand aufweist.<sup>4</sup> Wollte man ein Fallgruppensystem schaffen, das den Pflegeaufwand sachge-

---

<sup>3</sup> In den Kalkulationskrankenhäusern werden auf den Normalstationen die Patienten nur einer der neun in der PPR vorgesehenen Pflegestufen zugeordnet. Jede der Pflegestufen ist mit einem pauschalen Minutenwert hinterlegt, der für die weiteren Berechnungen verwendet wird. Es werden folglich keine eigenen Zeitmessungen durchgeführt, sondern vorgegebene bundesweit einheitliche Minutenwerte angesetzt, die unabhängig vom tatsächlichen Arbeitszeitaufwand in dem jeweiligen Krankenhaus sind.

<sup>4</sup> Größere empirische Studien zur Frage der Berücksichtigung des Pflegeaufwandes im deutschen DRG-System liegen bislang nicht vor. In einer kleineren Untersuchung wurden am Beispiel von Patienten mit

recht abbildet, würde dies ein vollkommen neues, maßgeblich am Pflegebedarf ausgerichtetes Patientenklassifikationssystem erfordern.<sup>5</sup>

- Der Umstand, dass im DRG-Browser des InEK für jede DRG ein einzelner Wert für den Kostenanteil der Personalkosten des Pflegedienstes ausgewiesen ist, darf zudem nicht zu der Annahme verleiten, dieser Mittelwert sei ein geeigneter Indikator für den Pflegebedarf. Kostenhomogenität wird im Rahmen der DRG-Kalkulation nur für die Gesamtfallkosten angestrebt. Unterhalb der Gesamt-Fallkosten gibt es in den einzelnen Kostenarten unbekannte und vermutlich sehr hohe Kostenvarianzen.

Das Ziel der Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist – so die hier vertretene Auffassung – im Rahmen des DRG-Systems nicht zu erreichen.

Statt der Expertenkommission den Auftrag zu erteilen, Vorschläge für eine Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG-System zu erarbeiten, sollte sie beauftragt werden, Vorschläge für ein Regulierungssystem zu erarbeiten, in dessen Zentrum verbindliche, von allen zugelassenen Krankenhäusern einzuhaltende Personalbesetzungsstandards stehen.<sup>6</sup>

Es sei hier auch darauf hingewiesen, dass der Koalitionsvertrag die Ankündigung enthält, die Regierungskoalition wolle sich für verbindliche Personalmindeststandards im Pflegebereich einsetzen:

„Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein“ (CDU/CSU/SPD 2013: 84).

Die in der Gesetzesbegründung enthaltene Einengung des Kommissionsauftrages würde die Einlösung dieses Versprechens mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindern.

Es wäre für die weitere Diskussion über den Gesetzentwurf und vor allem für dessen Umsetzung und die Arbeit der geplanten Kommission hilfreich, wenn in die Gesetzesbegründung eine eindeutige Aussage dazu aufgenommen würde, ob der Kommissionsauftrag auch die Entwicklung von Personalmindeststandards einschließt oder zumindest nicht ausschließt.

---

Herzinfarkt hohe Varianzen des gemessenen Pflegeaufwandes innerhalb der betreffenden DRG-Fallgruppen festgestellt (Eberl/Bartholomeyczik/Donath 2005).

<sup>5</sup> Die fehlende oder unzureichende pflegerische Inhomogenität ist ein Grundproblem der international gebräuchlichen Fallpauschalensysteme (vgl. hierzu u.a. Fischer 2001, 2002).

<sup>6</sup> Die Begründung folgt bei der Ausrichtung des Kommissionsauftrages auf die Ausgestaltung des DRG-Systems weitgehend den Eckpunkten der Bund-Länder-AG. Insofern wäre für eine Öffnung des Kommissionsauftrages vermutlich eine vorherige Klärung des Einverständnisses der an der Arbeitsgruppe beteiligten Ländervertretungen sinnvoll.

### 3.1.3 Änderungsvorschlag

Die vorstehend dargelegten Überlegungen könnten mit folgender Formulierung in das Gesetz aufgenommen werden (Nr. 4i, jj):

Das Bundesministerium für Gesundheit beruft eine Expertenkommission, die spätestens bis zum 31. Dezember 2017 Vorschläge dazu erarbeitet, wie eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erreicht und dauerhaft sichergestellt werden kann.

### 3.1.4 Erläuterungen zum Änderungsvorschlag

Um die Bedeutung eines nicht auf das DRG-System eingeführten Arbeitsauftrages für die geplante Expertenkommission zu veranschaulichen, sollen im Folgenden zwei Regulierungsansätze kurz vorgestellt werden, die geeignet sein könnten, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst zu erreichen und dauerhaft sicherzustellen:

- die Vorgabe von Verhältniszahlen, die angeben wie viele Patienten maximal von einer Pflegekraft versorgt werden dürfen
- die Vorgabe verbindlich anzuwendender Verfahren der Personalbedarfsermittlung und Verpflichtung zur Einhaltung der mit diesen Verfahren als bedarfsgerecht ermittelten Personalbesetzung.

#### *Verhältniszahlen (Nurse-to-Patient Ratios)*

Die Vorgabe von Verhältniszahlen orientiert sich an einem Ansatz, der im anglo-amerikanischen Bereich unter dem Begriff ‚Nurse-to-Patient Ratios‘ diskutiert wird. Die Verhältniszahlen geben an, für wie viele Patienten eine Pflegekraft maximal verantwortlich sein darf. Sie gelten in der Regel für jeden Tag und jede Schicht. Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Sie entsprechen nicht den früher in der Bundesrepublik gebräuchlichen ‚Anhaltzahlen‘. Die Anhaltzahlenrechnung diente dazu, den Stellenplan einer Station oder eines Krankenhauses zu berechnen. Die so ermittelte Zahl der Planstellen war dann auf die verschiedenen Arbeitsschichten zu verteilen. Die Nurse-to-Patient Ratios geben an, wie viele Pflegekräfte bei einer bestimmten Zahl an Patienten auf der Station anwesend sein müssen. Für Zwecke der Qualitätssicherung sind Verhältniszahlen im Sinne der Nurse-to-Patient Ratios weit besser geeignet als die früheren Anhaltzahlen, weil sie darauf zielen, eine bestimmte als bedarfsgerecht oder notwendig angesehene Personalbesetzung tatsächlich und in jeder einzelnen Arbeitsschicht vorzuhalten. So muss beispielsweise bei einer Relation von 1:1 für jeden Patienten eine Pflegekraft auf der Station anwesend sein, bei einer Verhältniszahl von 1:5 eine Pflegekraft je fünf Patienten.

Die seit dem 1.01.2014 geltende neue „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL“ des G-BA orientiert sich an diesem Regulierungsansatz. Sie schreibt vor, dass im

Pflegedienst neonatologischer Intensivstationen der Perinatalzentren des Levels 1 ab dem 1.01.2017 „jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen verfügbar sein“ muss (G-BA 2014: Anlage 2, S. 4). Für den Intensivüberwachungsbereich wird die Einhaltung einer Verhältniszahl von einer Pflegekraft je zwei Frühgeborenen gefordert. Der wohl wichtigste *Vorteil* dieses Ansatzes ist seine relativ einfache Handhabung und Kontrollierbarkeit in der Praxis. Es ist für jede Pflegekraft und auch die Patienten und Angehörigen relativ leicht erkennbar, ob die vorgegebene Verhältniszahl eingehalten wird. Gewichtige *Nachteile* sind die geringe Flexibilität und ein hoher regulativer Aufwand. Verhältniszahlen müssten mindestens für jedes Fachgebiet bzw. jede Fachabteilung festgelegt und in regelmäßigen Abständen für jeden Bereich gesondert aktualisiert werden.

#### *Verfahren der Personalbedarfsermittlung*

Im Zentrum eines solchen Regulierungssystems stünde die Verpflichtung aller zugelassenen Krankenhäuser, bestimmte vorgegebene Verfahren der Personalbedarfsermittlung anzuwenden und die auf Grundlage dieser Verfahren ermittelte Personalbesetzung auch tatsächlich vorzuhalten (ausführlicher hierzu vgl. Simon 2014).

Der *Vorteil* eines solchen Ansatzes liegt im Unterschied zu den oben skizzierten Verhältniszahlen in einem weit höheren Maß an Flexibilität und Spezifität. Die Personalbedarfsermittlung erfolgt auf Grundlage des spezifischen Pflegebedarfs jedes einzelnen Patienten. Die Besonderheiten der verschiedenen Fachgebiete und Fachabteilungen bräuchten nicht in einer Rechtsvorschrift oder Richtlinie berücksichtigt werden, sie würden bei der Anwendung des Verfahrens bei jeden einzelnen Patienten berücksichtigt. Ein entsprechendes Verfahren für den allgemeinen Pflegedienst auf Normalstation fand mit der Pflege-Personalregelung in den Jahren 1993 bis 1995 Anwendung und die immer noch geltende Psychiatrie-Personalverordnung folgt ebenfalls diesem Ansatz. Neu gegenüber den Regelungen der PPR und Psych-PV wäre, dass die mit diesen Verfahren ermittelte Personalbesetzung auch tatsächlich vom Krankenhaus vorzuhalten ist.

Ein *Nachteil* gegenüber dem Einsatz von Verhältniszahlen ist sicherlich, dass Verfahren der Personalbedarfsermittlung komplexer sind und auch anspruchsvoller in der praktischen Anwendung. Ob die geforderte Personalbesetzung tatsächlich eingehalten wird, ist nur auf Grundlage entsprechender EDV-Programme feststellbar. Darin liegt aber wiederum ein *Vorteil* dieses Ansatzes: Da die erforderlichen Daten als ‚Routinedaten‘ jederzeit elektronisch verfügbar sind, bedarf es keiner gesonderten Datenerhebung der Personalbesetzung. Durch einen Abgleich zwischen der elektronischen Personalbedarfsermittlung und den elektroni-

schen Dienstplänen wäre eine externe Kontrolle der Einhaltung der Personalbesetzungsstandards relativ einfach durchzuführen.<sup>7</sup>

Soll die Expertenkommission die Freiheit haben, Vorschläge auch in dieser Richtung zu erarbeiten, wäre es empfehlenswert, den Kommissionsauftrag in der Gesetzesbegründung nicht wie vorgesehen einzuschränken.

### 3.1.5 Einwände gegen eine mögliche Beauftragung des G-BA

Abschließend soll noch kurz auf die Frage eingegangen werden, ob es sinnvoll sein könnte, die gemeinsame Selbstverwaltung mit der Erarbeitung von Vorschlägen bzw. Regelungen zu beauftragen. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält zahlreiche neue oder erweiterte Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Angesichts dessen könnte eventuell in Erwägung gezogen werden, den G-BA auch mit der Regulierung der Personalbesetzung des Pflegedienstes zu beauftragen. Dies erscheint angesichts der bisherigen Erfahrungen jedoch nicht empfehlenswert.

Bereits im Jahr 2002 wurde im Rahmen des Fallpauschalengesetz der gemeinsamen Selbstverwaltung der gesetzliche Auftrag erteilt, Mindestanforderungen an die Strukturqualität in Krankenhäusern, insbesondere zur Anzahl und Qualifikation des Personals, zu vereinbaren (§ 137 Abs. 1 Nr. SGB V i.d.F. des Fallpauschalengesetzes 2002). Der zunächst an die Spitzenverbände im Krankenhausbereich gerichtete Auftrag ging im Jahr 2004 an den neu gebildeten G-BA über. In den über 11 Jahren, die der G-BA diesen Auftrag hat, wurden bislang lediglich vier Richtlinien beschlossen, in denen auch Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser enthalten sind, und zwar zu den Bereichen:

- Neonatologie
- Kinder-Herzchirurgie
- Kinderonkologie
- Bauchaortenaneurysma

Von diesen vier Richtlinien enthält nur die Neonatologie-Richtlinie Vorgaben im Sinne eindeutiger Pflegekraft/Patient-Verhältniszahlen,<sup>8</sup> allerdings auch nur für die pflegerische Versorgung Frühgeborener auf neonatologischen Intensivstationen des Levels I und II. Zur Per-

---

<sup>7</sup> Ein ähnliches Verfahren findet bspw. im Bereich der Pflegeheime Anwendung. Im Rahmen eines so genannten „Personalabgleichs“ wird der in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarte Stellenplan mit der in den Dienstplänen dokumentierten tatsächlichen Personalbesetzung abgeglichen.

<sup>8</sup> Ab dem 1.01.2017 muss auf neonatologischen Intensivstationen des Level I und II für jedes intensivbehandlungsbedürftige Frühgeborene jederzeit eine Pflegefachkraft zur Verfügung stehen, für intensivüberwachungsbedürftige Frühgeborene gilt eine Betreuungsrelation von einer Pflegefachkraft für je zwei Frühgeborene.

sonalbesetzung auf Normalstationen finden sich auch in der Neonatologie-Richtlinie keinerlei konkrete Vorgaben zur Zahl des Pflegepersonals.

Die drei anderen Richtlinien enthalten überwiegend nur Vorgaben zur Personalausstattung der Intensivstationen und beschränken sich darauf, dass der Pflegedienst auf Intensivstationen aus dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften bestehen muss, von denen ein bestimmter Prozentsatz (je nach Richtlinie zwischen 30 % und 50%) über eine abgeschlossene Fachweiterbildung in Intensivpflege verfügen soll. Vorgaben zur Anzahl der je Schicht tatsächlich in der Patientenversorgung pro Patient tätigen Pflegekräfte, wie sie die Neonatologie-Richtlinie enthält, machen sie nicht. Es wird lediglich verlangt, dass je Schicht mindestens eine Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung auf der Station anwesend sein soll (die Richtlinie zur Kinder-Herzchirurgie schränkt die Anforderung sogar noch ein und verlangt dies nur „möglichst“).

Die bisherigen Richtlinien decken somit nur einen sehr kleinen Teil der Krankenhausbehandlungen ab und sind zudem für eine wirksame Qualitätssicherung nicht ausreichend, da sie zu unspezifische und vor allem zu niedrige Anforderungen an die Strukturqualität stellen.

Angesichts dieses sehr unbefriedigenden Ergebnisses nach fast 11 Jahren Tätigkeit erscheint es nicht ratsam, dem G-BA einen erweiterten gesetzlichen Auftrag zur Erarbeitung von Richtlinien zur Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu erteilen. Die im G-BA wirkenden Interessengegensätze ließen bislang offensichtlich nur kleinteilige Regelungen auf niedrigem Anforderungsniveau zu. Angesichts des mittlerweile erreichten Ausmaßes der Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser insgesamt ist aber eine umfassende Regelung erforderlich, die ein weitaus höheres Anforderungsniveau beinhaltet. Es erscheint in hohem Maße unwahrscheinlich, dass der G-BA hierzu in der Lage ist.

Aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung dieses Themas ist es unerlässlich, dass sich der Gesetzgeber und das BMG die Entscheidung über die Ausgestaltung einer Regelung nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms vorbehalten. Im Falle einer Beauftragung des G-BA würden Gesetzgeber und BMG die Letztentscheidungskompetenz über die inhaltliche Ausgestaltung aber an den G-BA abtreten. Das BMG hat bekanntlich nur eine Rechtsaufsicht über den G-BA, keine Fachaufsicht, und könnte folglich einen inhaltlich den Vorstellungen der Politik nicht entsprechenden Beschluss des G-BA aus fachlich-inhaltlichen Gründen nicht beanstanden oder gar aufheben. Im Fall der Beauftragung einer Expertenkommission bliebe hingegen die Letztentscheidung über die inhaltliche Ausgestaltung einer Regulierung beim BMG und damit letztlich auch beim Gesetzgeber.

Gegen eine Beauftragung des G-BA spricht auch, dass der durch eine umfassende Regelung ausgelöste Finanzierungsbedarf das Volumen einer Refinanzierung der Neonatologie-Richtlinie weit übertreffen würde. Es wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit beitragsatzrelevant. Angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung und des zu erwartenden Finanzierungsvor-

lumen wäre eine Finanzierung über Zusatzbeiträge nicht vertretbar. Sofern eine Beitragssatzerhöhung zur Finanzierung einer nachhaltigen Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser erforderlich wäre, müsste es eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes sein, den allein der Gesetzgeber die Kompetenz hat festzusetzen. Auch aus diesem Grund erscheint es unverzichtbar, dass die Letztentscheidung über eine Regelung bei der Bundesregierung bzw. dem Gesetzgeber liegt.

## 4 Literatur

- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter (2012): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Online verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009> (1.08.2015).
- Alber, Jens (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Jg. 1, Heft 3, S. 335-362.
- Bartholomeyczik, Sabine (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, S. 83-99.
- Botschafter, Petra; Moers, Martin (1990): Pflegewissenschaft und Pflegenotstand. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Jg., Heft 15, S. 123-139.
- Bund-Länder-AG Krankenhausreform (2014): Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015. Online verfügbar unter: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/Bund\\_Laender\\_Krankenhaus/Eckpunkte\\_Bund\\_Laender\\_Krankenhaus.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf) (6.12.2014).
- CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Online verfügbar unter: [http://www.spd.de/linkableblob/112790/data/20131127\\_koalitionsvertrag.pdf](http://www.spd.de/linkableblob/112790/data/20131127_koalitionsvertrag.pdf) (28.11.2013).
- Dinkel, Reiner H.; Görtler, Edmund; Milenovic, Ina (1991): Pflegenotstand in Akutkrankenhäusern. Die Entwicklung des Pflegeaufwandes in bundesdeutschen Akutkrankenhäusern zwischen 1980 und 1989. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Jg. 16, Heft, S. 194-201.
- Eberl, Inge; Bartholomeyczik, Sabine; Donath, Elke (2005): Die Erfassung der Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Eine deskriptive Studie. In: Pflege, Jg. 18, Heft, S. 364-372.
- Fischer, Wolfram (2001): Homogenität des Pflegeaufwandes gemessen mit LEP innerhalb der AP-DRG. Online verfügbar unter: <http://www.fischer-zim.ch/artikel/APDRG-LEP-USZ-0110-PCSE-de.htm> (15.08.2008).
- Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL). Online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/> (15.07.2014).
- GKV, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (1993): Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der GKV zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1994 vom 26.10.1993 (wörtlicher Abdruck). In: Das Krankenhaus, Jg. 12, Heft, S. 539-549.
- GKV-Spitzenverband (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011). Online verfügbar unter: [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM\\_2013-07-08\\_2013\\_06\\_28\\_PSP\\_4\\_Bericht\\_final.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM_2013-07-08_2013_06_28_PSP_4_Bericht_final.pdf) (8.07.2013).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 3.0. Online verfügbar unter: [http://www.gdrg.de/service/download/veroeff\\_2007/Kalkulationshandbuch\\_Version3.pdf](http://www.gdrg.de/service/download/veroeff_2007/Kalkulationshandbuch_Version3.pdf) (30.07.2007).

- Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 2, S. 101-123.
- Simon, Michael (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter: [http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon\\_michael/Simon\\_-\\_Paper\\_Personalbesetzungsstandards.pdf](http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf) (17.09.2014).
- Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Online verfügbar unter: [http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon\\_michael/Simon\\_2015\\_Unterbesetzung\\_und\\_Personalmehrbedarf\\_im\\_Pflegedienst.pdf](http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2015_Unterbesetzung_und_Personalmehrbedarf_im_Pflegedienst.pdf) (25.08.2015).
- StBA, Statistisches Bundesamt (2015): Definition "Pflegedienst". Online verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=8950&suchstring=pflegedienst&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=&plfd\\_nr=5&p\\_news=&psprachkz=D&puid=gast&p\\_aid=1277772&hlp\\_nr=3&p\\_janein=J-SEARCH=%2522pflegedienst%2522](https://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8950&suchstring=pflegedienst&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&plfd_nr=5&p_news=&psprachkz=D&puid=gast&p_aid=1277772&hlp_nr=3&p_janein=J-SEARCH=%2522pflegedienst%2522) (11.08.2015).
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991): Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991. Baden-Baden: Nomos.