



Wortprotokoll der 117. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 17. Mai 2017,
15.45 Uhr bis 17.00 Uhr
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)249.2

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
epidemiologischen Überwachung übertragbarer
Krankheiten**

BT-Drucksache 18/10938

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Unterschriftenliste

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt



Beginn der Sitzung: 15.45 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke (SPD)**: Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauer und Zuschauerinnen, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie ganz herzlich zur zweiten Anhörung heute Nachmittag. Der eine oder andere Sachverständige war ja eben schon bei der vorherigen Anhörung dabei. Ich begrüße auch die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Widmann-Mauz und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. In dieser öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit einem Änderungsantrag der Regierungsfractionen, der Fraktionen von CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)249.2. Das Thema sind Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen, die eingeführt werden sollen. Diese Änderung erfolgt im Rahmen der Gesetzgebung zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten.

Die Themen Pflege, Pflegepersonal und Krankenhäuser waren vielleicht die wichtigsten inhaltlichen politischen Schwerpunkte der jetzt zu Ende gehenden Legislaturperiode. Im Oktober 2015 hat Gesundheitsminister Hermann Gröhe eine Expertenkommission zum Thema „Pflegepersonal im Krankenhaus“ eingesetzt. Diese hatte als Konsequenz ihrer Beratungen schließlich empfohlen, Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen einzuführen. Dieser Empfehlung kommen wir mit dem vorliegenden Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen nach, die ja auch in dieser Kommission zum Teil aktiv waren und mitgearbeitet haben. Diese Empfehlung sieht vor, dass die Selbstverwaltungspartner, das heißt der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Private Krankenversicherung bis Mitte 2018 pflegesensitive Bereiche in den Krankenhäuser festlegen und für diese Pflegepersonaluntergrenzen vereinbaren. Damit sollen Patientinnen und Patienten noch besser als bisher im Krankenhaus geschützt und auch gefährlichen Situationen in Krankenhäusern durch eine bessere Personalausstattung entgegengewirkt werden.

Gleichzeitig soll diese Maßnahme der Qualitätssicherung dienen und das Pflegepersonal entlasten. Die Diskussion um die Arbeitsverdichtung ist in dem Zusammenhang allen bekannt.

Der Änderungsantrag sieht weiterhin vor, dass die

Mittel des Pflegestellenförderprogramms, das wir zur Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern bereits aufgelegt hatten, zum 1. Januar 2019 in einen Pflegezuschlag überführt werden soll. Wir bleiben mit den vorgelegten Änderungen unsere Absicht, eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, treu.

Ich möchte nun einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren machen. Uns stehen jetzt 75 Minuten zur Verfügung. Diese Zeit wurde auf die Fraktionen entsprechend ihrem Stärkeverhältnis aufgeteilt. Es beginnt die CDU/CSU mit 37 Minuten, gefolgt von der SPD mit 22 Minuten, dann die beiden Oppositionsfraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils acht Minuten. Ich darf Fragesteller und Sachverständige bitten, die Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit viele zu Wort kommen. Ich darf Sie auch bitten, jeweils die Mikrofone zu benutzen und sich kurz vorzustellen. Auch bitte ich, die Mobiltelefone auszuschalten. Das kostet sonst fünf Euro. Ich weise auch darauf hin, dass wir jetzt live im Parlamentsfernsehen sind und die Anhörung dann auch über die Mediathek im Internet des Deutschen Bundestages abrufbar ist. Das Wortprotokoll kann auf der Internetseite des Ausschusses nach Veröffentlichung nachgelesen werden.

Wir beginnen jetzt mit den Fragen der CDU/CSU.

Abg. **Maria Michalk (CDU/CSU)**: Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Es wäre schön, wenn Sie uns die Methodik Ihres Gutachtens, wie Sie zu den Untergrenzen für die sogenannten pflegesensitiven Fachabteilungen gekommen sind, kurz erläutern könnten. Welche Schlussfolgerung kann man aus diesem Gutachten ziehen?

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Ziel der Expertise war es, Fachabteilungen zu ermitteln, die besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege sind. Hierfür haben wir den Einfluss von einer Personalbelastungszahl, also Fallzahl pro Pflegerin pro Schicht, auf definierte pflegesensitive Ergebnisparameter berechnet. Für diese Berechnungen haben wir uns an international etablierten Indikatoren orientiert und auf diese für die Definition von pflegesensitiven Ergebnisparametern zurückgegriffen. Dabei haben wir auch patienten- und fachabteilungsspezifische Charakteristika berücksichtigt und ein entsprechendes Risiko adjustiert. Als Daten haben



wir auf Krankenhausabrechnungsdaten zurückgegriffen. Diese Methodik ist international so gebräuchlich. Im Ergebnis konnten wir dann 15 Fachabteilungen identifizieren, für die sich ein Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalbelastungszahl und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisparameter, das heißt also unerwünschter Ereignisse, nachweisen lässt. Das heißt, die identifizierten Fachabteilungen sind besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege und eine Reduktion der Belastung würde auch sehr wahrscheinlich zu einer Reduktion unerwünschter Ereignisse führen. Die Ergebnisse sind robust und stimmen auch sehr klar mit der internationalen Literatur überein. Die Schlussfolgerung wäre, diese 15 pflegesensitiven Fachabteilungen mit entsprechenden Personaluntergrenzen zu belegen oder entsprechend dieser Methodik, wie von uns vorgeschlagen, die pflegesensitiven Abteilungen zu definieren, die dann mit Pflegeuntergrenzen entsprechend belegt werden.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Rümmelin und Herrn Prof. Schreyögg. Wie bewerten Sie die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen für bestimmte pflegeintensive Bereiche im Krankenhaus und warum wäre die Einführung einer bundeseinheitlichen Personalbemessung für alle Bereiche problematisch?

ESVe **Bernadette Rümmelin**: Vorab möchte ich sagen, dass ich es vor dem Hintergrund meiner Tätigkeit für die christlichen Krankenhäuser sehr begrüße, dass diese Gesetzesinitiative zum Wohl der Patienten und auch zur Verbesserung der Situation der Pflegemitarbeiter am Ende dieser Legislaturperiode noch in einen Entwurf gegossen wurde. Die Definition der Personaluntergrenzen ist nicht geregelt und wirft für die Krankenhausorganisation sehr viele Fragen auf, wie man zu dieser Mindestbesetzung kommt. Grundlage für jegliche Definition meines Erachtens kann nur die patientenindividuelle Bedarfserhebung des Pflegebedarfes sein. Dieser resultiert aus den pflegerelevanten Diagnosen und den vorhandenen Ressourcen des Patienten. Dementsprechend müssen hierzu Klassifikationsinstrumente herangezogen werden, die zum Teil noch entwickelt werden müssen, da sie meines Erachtens noch nicht auf wissenschaftlicher Basis evaluiert sind und nicht vorliegen. Pflegesensitive Ein-

heiten, wie sie in dem Vorschlag der Gesetzesinitiative benannt sind, an Krankenhausabteilungen mit Fachrichtungsbezug festzumachen, sehe ich nicht als geeignet an, da pflegesensitive Einheiten immer von einer besonders hohen Anzahl von Patienten mit hohem und individuellen Pflegebedarf zeugen. Diese Patientengruppen können in allen Fachabteilungen der Krankenhäuser vorgefunden werden. Ich finde es sehr zielführend, was das Krankenhausstrukturgesetz der Pflegeexpertenkommission in die Beauftragung geschrieben hat, weil eine Definition dieser besonderen hochpflegesensitiven Patientengruppen schon vorliegt. Das sind die an Demenz erkrankten pflegebedürftigen Patienten und Menschen mit Behinderung. Es ist ein sinnvoller Ansatz in der Definition von pflegesensitiven Bereichen und Einheiten in Krankenhäusern den Fokus auf alle diese sogenannten vulnerablen Patientengruppen zu richten. Das kann je nach Krankenhausorganisation sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, da moderne Krankenhausorganisation mitunter nicht mehr unbedingt nach Fachabteilungsstrukturen agiert, sondern auch schon nach unterschiedlichen Pflegeintensitäten Bereiche für Low Care, Intermediate Care oder High Intensive Care gegründet hat. Das ist sehr heterogen und von daher mein Plädoyer, die Definition nicht am Fachabteilungsbezug festzumachen, sondern das zu nehmen, was schon existent ist und dementsprechend auch schon in Themenkomplex I, wie Sie das in der Begründung und in dem Gesetzentwurf auch zitieren, in der Pflegeexpertenkommission bearbeitet wurde. Die Fokussierung auf diese drei sehr stark vulnerablen Patientengruppen würde auch die Verbindung zu den bereits angelegten Verbesserungen herstellen, die schon in die Wege geleitet wurden. Diese Patienten wären dann besser in dem DRG-System abgebildet und ihnen könnte in der Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit Instrumenten wie Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) und Erfassung der Pflegegrade in Zukunft stärker gerecht werden. Das heißt, hier wäre eine Koppelung gegeben. Die daraus resultierenden Datenauswertungen könnte man für die Evaluation und für die Weiterentwicklung der Personaluntergrenzen für diese spezifischen Patientengruppen verwenden. Dann hätte man die Verbindungen zwischen Datenauswertung der InEK und die Weiterentwicklung für gesonderte Personaluntergrenzen für diese vulnerablen Patientengruppen. Daher mein Plädoyer, dass es keinen



Sinn macht, bundeseinheitliche Personalbemessung über alle Krankenhausbereiche zu ziehen, sondern im Rahmen dieser Fokussierung auf diese Patientengruppen dem politischen Willen gerecht zu werden und die Gewährleistung von mehr Pflege am Bett den Patienten zugutekommen zu lassen, die es am notwendigsten brauchen.

ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg: Unsere Studie hat gezeigt, dass die Personalbelastungszahlen zwischen den Fachabteilungen sehr deutlich variieren und eine Differenzierung zwischen Fachabteilungen und Bereichen sinnvoll und wirkungsvoller erscheint als eine bundeseinheitliche Regelung zu finden, die für alle Fachabteilungen und Bereiche einheitlich wäre. Aus wissenschaftlicher Sicht erscheint eine Regelung vor allem für Fachabteilungen, die zu Bereichen zusammengefasst sind, sinnvoll, in denen eine Unterbesetzung tatsächlich signifikante Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hat. Die bestehenden knappen Ressourcen sollten vor allem dort konzentriert werden, wo wir tatsächlich einen besonders hohen Nutzen im Sinne der Patientinnen und Patienten feststellen können. Das ist eben in diesen pflegesensitiven Bereichen, in denen es tatsächlich ein großes Problem gibt, wenn eine bestimmte Mindestpersonalbelastungszahl überschritten wird. Deshalb ist es aus unserer Sicht sinnvoll, das differenziert zu regeln und nicht bundeseinheitliche Standards an der Stelle der Fachabteilung übergreifend festzusetzen.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich wende mich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Private Krankenversicherung, die an der zu treffenden Vereinbarung in unterschiedlichem Maße beteiligt werden. Man weiß am Ende nicht, ob nicht der Bundesminister für Gesundheit tätig werden soll oder muss, aber erstmal richtet sich der Auftrag an die DKG und an den Spitzenverband der Krankenkassen und die PKV wird ins Benehmen gesetzt. Deswegen würde mich interessieren, ob Sie das geplante Verfahren als geeignet betrachten, um diese verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren. Der Gesetzesplan sieht es ja vor. Bei diesen Pflegepersonaluntergrenzen handelt es sich um Verhältniszahlen, die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir sehen die Zuordnung auf uns Selbstverwaltungspartner als richtig und sachgerecht an. Wir sind die DRG-Partner und es geht um Ressourcen, auch personelle Ressourcen, im Krankenhaus und wir haben deutlich gemacht, dass wir diesen Auftrag, wie es Herr Prof. Schreyögg darstellt, als Untergrenzen, also Belastungsmindestvoraussetzungen zu schaffen und wir haben in unserer Stellungnahme deutlich gemacht, dass wir diesen Auftrag annehmen, wenngleich grundsätzlich gelten sollte und deshalb führen Sie ja keine allgemeinen Personaleinsatzzahlen ein, dass die Verantwortung für den Personaleinsatz im Rahmen der zur Verfügung gestellten Ressourcen durch das DRG-System grundsätzlich Aufgabe der Träger der Krankenhäuser bleiben soll. Hier geht es in ein Teilsegment hinein, Mindestabsicherungen zu formulieren. Dazu sehen wir uns in der Lage, mit dem Spitzenverband auf der Grundlage der vorgegebenen gesetzlichen Kriterien, die man an der einen oder anderen Stelle individuell konkretisieren muss. Wir wollen den Auftrag konstruktiv annehmen. Ich würde an dieser Stelle Ihre Aufmerksamkeit auf die hoch interessante Stellungnahme der Kollegin vom GKV-Spitzenverband richten wollen. Das eine Jahr, das Sie uns geben, ist bei der Vielzahl potentieller Indikatoren sehr kurz, vor allem, wenn man das mit wissenschaftlicher Hinterlegung leisten muss und deshalb würden wir sehr begrüßen, wenn uns die Möglichkeit eines stufenweisen Vorgehens gegeben würde – Herr Stackelberg schlägt in seiner Stellungnahme vor, im ersten Jahr einen Indikator auf nicht ganz wissenschaftlicher, aber gleichwohl praktischer Vorgehensweise in die Welt zu bringen. Wir haben an anderer Stelle, Absenkung von Fallpauschalen und sonst was, unter Beweis gestellt, dass wir auch bei schwierigen Vorgaben handlungsfähig sind. Unter solchen Prämissen glaube ich schon, dass es uns gelingt, den Einstieg innerhalb der Frist von einem Jahr zu schaffen.

SV Dr. Nobert Loskamp (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Grundsätzlich möchte ich wie die Vorredner betonen, dass wir die Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern sehr begrüßen. Das wird die Qualität der Versorgung der Patienten stärken und die Attraktivität des Berufes steigern. Das ist beides dringend



nötig. Die Übertragung der Aufgabe an die Selbstverwaltung ist auch aus Sicht der PKV sinnvoll. Wir sind Vertragspartner im Bereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und wollen uns im Einvernehmen einbringen. Die Aufgabe, die der Gesetzgeber hier vorsieht, ist sehr anspruchsvoll und komplex. Wir haben den ersten Äußerungen entnommen, dass unterschiedliche Vorstellungen bestehen und die Regelungstiefe des Gesetzes nicht an allen Stellen vollständig ausreicht. Zum Beispiel im Bereich der Nachweise, die die Krankenhäuser zu führen haben, wird es erheblichen Diskussionsbedarf geben. Insofern ist es sinnvoll, dass sich das Bundesministerium eine enge Begleitung des Vorhabens in das Gesetz geschrieben hat und möglicherweise sind Nachsteuerungen, gerade im Laufe des ersten Jahres, sinnvoll. Herr Baum hat es schon gesagt, vielleicht kann man ein gestuftes Verfahren durchführen. Aus meiner Sicht scheint es auch richtig und naheliegend im Hinblick auf die Verfügbarkeit der Arbeitskräfte zu sein. Die Arbeitskräfte die wir dann wahrscheinlich zusätzlich im Krankenhaus brauchen werden, sind nämlich nicht alle sofort verfügbar. Der Punkt ist im Gesetz durchaus als Ausnahmetatbestand adressiert, insofern wäre es aus Sicht der PKV auch sinnvoll, hier in einem gestuften Verfahren in diese Personalbemessungsgrenzen einzusteigen und in ausgewählten Bereichen zu starten. Dann könnte man große Hoffnung haben, dass hier der Arbeitsmarkt dieses zusätzlich zur Verfügung zu stellende Personal tatsächlich auch hergibt. Verhältniszahlen, Mindestzahlen. Die Frage war nochmal spezifisch adressiert worden. Natürlich kann man noch mehr tun als Personaluntergrenzen vielleicht hergeben, aber wir erhoffen uns schon, dass hier ein guter Standard gesetzt wird, der nicht nur ein Minimum, also ein Mindestversorgungsniveau, sondern auch ein gutes Versorgungsniveau darstellt. Darüber wird man sich dann in den Vereinbarungsentwürfen und den Verhandlungen auseinandersetzen müssen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer und an den Deutschen Pflegerat. Der bisherige Pflegezuschlag umfasst 500 Millionen Euro und diese sollen ab dem Jahr 2019 um das Pflegestellenförderprogramm erhöht werden. Wie beurteilen Sie diese Maßnahme?

SV **Tobias Nowoczyn** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer begrüßt die intendierte Erhöhung des Pflegezuschlags um die Finanzmittel für das Pflegestellenförderprogramm. Uns ist insgesamt wichtig, dass die Verbesserung der Personalausstattung und die dafür vorgesehenen Mittel auch entsprechend verwendet werden. Allerdings ist der Bundesärztekammer ausgesprochen wichtig, dass bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen von möglichen Abschlägen einige Punkte beachtet werden. Das wären zum Beispiel die spezifischen und regionalen Besonderheiten in der Flächenregion und im Ballungsgebiet und der Versorgungsauftrag der Klinik. Das wäre auch der besondere Versorgungsauftrag von den betroffenen Abteilungen, also ob es jetzt die Intensivabteilung ist oder welches Patientenspektrum dort ist und die besondere Rolle der einzelnen Kliniken im Rahmen der Daseins-Vorsorge, also die regionalen ambulanten Versorgungsstrukturen. Uns ist insbesondere die Berücksichtigung wichtig, dass eben die zeitnahe Rekrutier- und Verfügbarkeit von Fachpersonal, in diesem Fall des Pflegepersonals, auch berücksichtigt wird. Uns sind vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen Maßnahmen recht, die zu einer Verbesserung führen und uns ist wichtig, dass Sanktionen, die jetzt im Rahmen von nicht optimaler Umsetzung erfolgen, keinesfalls zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation führen. Wir halten es für unverzichtbar, dass die für den Fall weiterer Personaluntergrenzen -und die Bundesärztekammer hat sich ja sehr klar dafür ausgesprochen, dass es nicht nur um die Pflege gehen soll, sondern auch zum Beispiel um die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern-, die Verfügbarkeit von Personal berücksichtigt wird und dass eine entsprechende Gegenfinanzierung sichergestellt wird. Also dass diese Initiative sich jetzt nicht nur auf die große Gruppe der Pfleger beziehen darf.

SV **Dr. Patrick Jahn** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Wir begrüßen, dass wir in die Ausgestaltung des KHFG mit eingebunden werden sowie das Budget von 830 Millionen Euro. Wir haben uns auch vorbereitend zum zweiten Pflegeförderprogramm über Mittel geäußert, wie wir uns die Ausgestaltung vorstellen. Da sehen wir uns in einer Annäherung. Wir haben noch einige Bedenken dazu, was den Zusammenhang mit den beabsichtigten Mindestpersonalbesetzungen angeht. Da ist die



Frage, wie man die ansetzt. Wie ist es, wenn die Ausstattung deutlich oberhalb dieser 830 Millionen Euro liegt, also die Notwendigkeit besteht das Personal aufzustocken, ist das Budget dann auch entsprechend erweiterbar? Und dann natürlich immer noch die Ausgestaltung der Personaluntergrenzen, die sollten so sein, dass mehrheitlich für die Einrichtungen ein Anreiz besteht, Personal aufzubauen und die Untergrenze nicht so niedrig definiert wird, dass die Einrichtungen das vielleicht jetzt schon erfüllen oder mehrheitlich die Einrichtungen dann vielleicht sogar die Möglichkeit hätten, Personal abzubauen, um die Untergrenze zu erreichen. Das ist für uns ein wichtiger Punkt.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband. Im Falle der Nichteinhaltung der verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen sind Vergütungsabschläge vorgesehen. Warum erachten Sie dieses Instrument als geeignet, um die Krankenhäuser dazu zu bringen, die Personalvorgaben einzuhalten? Können Sie sich auch Personaluntergrenzen in dem nicht pflegeintensiven Bereich, beispielsweise auf Geburtsstationen, wo Hebammen über eine geringe Personalausstattung sprechen, vorstellen?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Die Frage der Vergütungsabschläge ist für uns nicht so einfach zu beantworten, weil einerseits ist es klar: Wer die Anforderungen nicht erfüllt, kann nicht die volle Vergütung bekommen. Wenn Sie schon das Sanktion nennen, wenn man entsprechend dem Personalansatz weniger Vergütung bekommt, ist das dringend erforderlich. Ich kann nicht eine volle Vergütung bei Minderleistung bekommen. Uns stellt sich zusätzlich die Frage, was man mit den Beträgen macht, die dort nicht ausgeschüttet werden. Unser Vorschlag ist, dass Sie diese Beträge, denjenigen zur Verfügung stellen, die das im Übermaß erfüllen, also den Pflegebereich erhalten. Es kann nicht sein, dass sich Krankenkassen durch schlechte Pflege im absurdesten Fall sanieren könnten. Das Geld gehört in die Pflege und muss zur Pflegeverbesserung eingesetzt werden. Unsere Schwierigkeit ist, dass wir, so sehr wir Herrn Prof. Schreyögg und seine Vorgehensweise schätzen und auch sinnvoll finden, uns fragen, ob die Datengrundlage ausreichend ist. Und hier haben wir arge Schwierigkeiten. Deswegen un-

ser Vorschlag eines zweistufigen Prozesses. Wir haben verstanden, dass Pflegeuntergrenzen eine derartige Wichtigkeit in der Praxis und in dem politischen Prozess haben, dass wir da keine Zeit verlieren dürfen. Nach unseren Erkenntnissen ist nicht die Methode von Herrn Prof. Schreyögg in Frage zu stellen, wohl aber die Datengrundlage. Diese werde benötigt, um wissenschaftlich vernünftig vorgehen zu können. Die Datengrundlage sind die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die bereits eine gute Qualität haben. Es stellt sich die Frage, ob alles berichtet wird, was man wirklich wissen will. Und ist der Personaleinsatz, der dort wiedergespiegelt ist, wirklich verlässlich? Da würden wir gerne eine Zeitspanne einlegen, um dann auf einer vernünftigen Datengrundlage aufzusetzen.

Das führt dann zu Ihrer Frage zu den Hebammen. Jawohl, bei den Hebammen ist es auch vernünftig, eine Datengrundlage zu schaffen. Wir hören immer wieder von einem angeblichen Hebammennotstand, gleichzeitig sehe man die Statistiken aus dem statistischen Bundesamt, dass die Zahl der Hebammen kopfmäßig steigt. Wir wissen aber nicht, ob diese bei steigender Kopffzahl nicht alle plötzlich nur halbtags arbeiten. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie dieses Gesetzgebungsverfahren dazu nutzen, um vernünftige Datengrundlagen zu schaffen und ein Hinweis noch: ein Krankenhaus, ich gehe jetzt wieder zum Allgemeinen über, das auf die Dauer die Pflegeuntergrenzen nicht schafft - meine dringende Bitte: das muss vom Netz. Dem Krankenhaus zu helfen, die Untergrenzen zu erreichen, um eine vernünftige Pflege zur Verfügung zu stellen, sehr gerne. Aber aus Sicht der Patienten und Krankenkassen kann es nicht sein, Untergrenzen heißt ja Gefährdungsgrenzen, dass eine Einweisung in ein Krankenhaus gefährlich wird für den Patienten. Und da nützt mir auch nicht eine allgemeine Exkulpation, dass ich sage: der Arbeitsmarkt gibt es nicht her. Entschuldigung, aber wenn ich Patient bin, brauche ich, genauso wie ich einen Operateur und einen Anästhesisten bei einer Operation brauche, auch eine vernünftige Pflege. Und wenn die Untergrenze auf Dauer unterschritten wird, muss man auch da entsprechende Vorkehrungen schaffen, dass das aus Sicherheitsgründen nicht erlaubt wird.



SV Dr. Norbert Loskamp (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ich kann mich in vielen Punkten Herrn von Stackelberg anschließen. Untergrenzen festzusetzen, ohne dass daraus am Ende Konsequenzen erwachsen in Form von Sanktionen, macht sicherlich keine Sinn. Für die Krankenhäuser müssen ein bestimmter Druck und auch ein Anreiz entstehen, diese Personaluntergrenze umzusetzen. Dies ist im Gesetz als Abschlüge vorgesehen. Das wäre ein erster Schritt, den man gehen kann. Ob man bei diesen Unterschreitungen dann für die Abschlüge eine Abstufung ansetzt oder ob man zu einem Punkt, so Herr von Stackelberg sagte, dass man ein Krankenhaus tatsächlich den Versorgungsauftrag in dem Bereich entziehen kann, in welcher Weise auch immer, ob über die Krankenhausplanung der Länder oder bei Nichtzahlung, sei dahingestellt, muss man dann prüfen, halte ich aber auch nicht für ausgeschlossen. Ich hatte eben auch schon gesagt, dass ich diese Personaluntergrenzen nicht als Minimumstandard sehe, sondern als guten Standard verstanden wissen will. Die Frage der Unterschreitung muss man auch im zeitlichen Verlauf dann betrachten.

Zu der Datengrundlage und den Fragen, ob man auch in anderen Bereichen Personaluntergrenzen festschreiben sollte: Das sehe ich so ähnlich wie der GKV-Spitzenverband. Man muss erstmal versuchen, eine ordentliche Datengrundlage zu erstellen. Wir haben in manchen Bereichen sehr öffentlichkeitswirksame Diskussionen. Ob man sich allein auf diese stützen kann, kann ich nicht sagen. Dazu bräuchte man eine sachliche Prüfung. Wenn man dann dazu kommt, dass man diese Ergebnisse auf der Datengrundlage so bestätigt, dann ist es sicherlich auch konsequent und richtig, auch da aktiv zu werden.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Vertragsparteien sollen künftig auch Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vereinbaren. Welche Vorteile ergeben sich hieraus, etwa zur Berücksichtigung kurzfristiger Personalengpässe?

SV Dr. Norbert Loskamp (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Übergangsregelungen braucht man sicherlich. Wir haben solche bei sehr vielen Vereinbarungen, die geschlossen

werden. Wir haben auch bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gesehen, dass wir Übergangszeiträume brauchen, bis entsprechendes Personal von den Krankenhäusern bereit- bzw. eingestellt werden kann. Man darf diese Regelung aber sicherlich nicht überdehnen. Insofern hatte ich eben schon gesagt, ist es sinnvoll, mit einzelnen Bereichen im Krankenhaus anzufangen, damit nicht in allen Bereichen, wo jetzt Personaluntergrenzen gezogen werden, dann gleichzeitig ein Einstellungsschub erfolgen muss, Das wird der Arbeitsmarkt wahrscheinlich gar nicht hergeben. Auch dieses hier nochmal im Plädoyer für ein gestuftes Vorgehen. Die Ausnahmetatbestände sollte man auch eng fassen. Hier geht es um die Frage der Nachweise, die die Krankenhäuser zu führen haben. Wir hatten eingangs gehört, da ging es um mögliche jährliche Nachweise. Das ist sicherlich ein viel zu großer Zeitraum. Wir sind im Bereich der Neu- und Frühgeborenen bei schichtbezogenen Nachweisen, was sicherlich sehr anspruchsvoll ist. Aber man braucht ein Maß von Nachweis, damit klar ist, dass nicht über einen kurzen Zeitraum von Tagen, Wochen, Wochenenden, Feiertagen einfach Unterbesetzungen in Schichten stattfinden, die dann auch schon an sich ein Problem darstellen. Insofern sollte man die Ausnahmetatbestände auch sehr zielgerichtet einsetzen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir begrüßen das außerordentlich und es ist auch eine entscheidende Vorgabe des Gesetzgebers zur Herstellung der Akzeptanz im Bereich der Krankenhausträger. Natürlich gilt für uns: Je mehr Personal, umso besser. Das bestreitet ja keiner. Aber ich bitte Sie zu bedenken, dass wir 5 000 bis 10 000 offene Stellen haben, für die kein Personal zu finden ist und insofern gibt es Komponenten, die in den Bereich der objektiven Unmöglichkeit gehen. Wenn dann schnell bis hin zur Schließung von Krankenhäusern bzw. von „weiter machen dürfen“ gesprochen wird, dann will ich wirklich daran erinnern, dass das dann deutschlandweit und an jeder Stelle, auch dort, wo Krankenhäuser ohne Alternative sind, stattfinden kann und auch in der Praxis stattfinden wird. Denn Pflegenotstand stellt sich sehr unterschiedlich im ganzen Land dar. Insofern lebt die Regelung gerade auch für die Einstiegsphase von den Ausnahmen. Ausnahmen beschreiben ja, wie in der Begründung



steht, unverschuldete Situationen. Es gibt unzweifelhaft unverschuldete Situationen. Kurzfristige Engpässe, wenn in den Krankenhäusern das Personal selbst krank ist, dann stimmt die Relation von Patienten zu Personal nicht mehr. Wenn wir Epidemien haben, wenn wir lange Frostverhältnisse in Berlin haben, haben wir eine ganz andere Personal- und Versorgungsbedarfssituation als im Regelbereich. Aber auch der Arbeitsmarkt, der ja als Umsetzungshindernis deklariert ist, muss man realistisch in die jetzige Situation als tatsächliches Hemmnis auf einer längeren Frist sehen. Zusätzliche Kräfte können zwar auch ausgebildet werden. Nur, wir haben ja auch ganz andere Arbeitsmärkte, wo zusätzliche Kräfte dann hingehen. Insofern ist das extrem wichtig und ich hoffe sehr, dass es uns gelingt, dass auch mit der nötigen Flexibilität im Sinne von Korridoren zu formulieren, dass das einzelne Krankenhaus, wenn es dann mit der Nichteinhaltung konfrontiert wird, Kriterien geltend machen kann, die hier im Gesetz genannt werden, um eben diese schwierige oder unmögliche Situation dann als Einwand gegen die Sanktionen vortragen zu können. Das wäre unser Ziel und dazu gehört natürlich auch, dass der Nachweis über die Ausstattung nicht Fallpatienten bezogen, jederzeit, jeden Tag zu führen ist, sondern in der Philosophie dieser Mindestsicherheitsbesetzung muss man auch eine Glättung über mehrere Perioden, also über mehrere Monate, zulassen. Deshalb plädieren wir für eine schichtbezogene Jahresbetrachtung. Alles andere würde uns in permanente Rechtfertigungen führen. Wie gesagt, im Januar dürften die Belastungen höher sein als im Juli und bei einer fall- und tagesbezogenen Betrachtungsweise wäre das System auch hinsichtlich der Erfassung dieser Komponenten, der Rechtfertigung, der Streitbefahrung hoffnungslos überfordert.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Marx von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen sollen bis zum 31. Dezember 2022 wissenschaftlich evaluiert werden. Wie bewerten Sie dies? Gehen Sie hierbei bitte explizit auf die Gründe für eine Evaluation ein.

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): Wir halten die wissenschaftliche Evaluation für extrem wichtig und notwendig und den Zeitrahmen bis Ende 2022 auch für ausreichend. Die AWMF unterstützt dies in vollem Maße. Wir halten auch die Beteiligung der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften für dringend notwendig. Man muss davon ausgehen, dass für viele Bereiche und Abteilungen des Krankenhauses keine aussagekräftigen Studien vorliegen. Es ist auch sehr schwierig, internationale Studien auf Deutschland zu übertragen, weil es in anderen Ländern ganz andere Gesundheitssysteme und Voraussetzungen gibt. Ein Beispiel ist Großbritannien. Dort gibt es auf 100 000 Patienten acht Intensivbetten, in Deutschland sind es 29. Das sind ganz andere Voraussetzungen. Deshalb kann man solche Dinge nicht einfach übertragen und deshalb sind Evaluationen in Deutschland notwendig. Patientenrelevante Endpunkte halten wir für sehr wichtig. Weitere Punkte wären, dass die Pflegenden selber ebenfalls Gegenstand der Evaluation sind und dass patientenrelevante Endpunkte in einen sogenannten harten Endpunkt wie Morbidität und Mortalität integriert werden. Das heißt zum Beispiel, die Lebensqualität der behandelten Patienten einzuhalten.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an Prof. Schreyögg und an die Arbeitsgemeinschaft, also AWMF. Gibt es ausreichende Erfahrungen mit Pflegepersonaluntergrenzen im internationalen Vergleich und können Sie etwas zu der entsprechenden Studienlage sagen?

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Pflegepersonaluntergrenzen existieren bereits seit vielen Jahren in verschiedenen Ländern, vor allen Dingen in Australien und den USA. In Kalifornien hat man damit gute Erfahrungen gesammelt. Es gibt darüber aussagekräftige Studien. Diese Studien zeigen erstens, dass dieses Instrument effektiv ist, um die Anzahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern tatsächlich zu erhöhen. Sie zeigen zweitens, dass die Versorgungsqualität in Krankenhäusern steigt und drittens, dass die Attraktivität des Pflegeberufes erhöht wird. Vor allen Dingen zeigt sich das Letztere in Victoria in Australien. Nach Einführung konnten dort sogar Pflegekräfte aus anderen Staaten Australiens zurückgewonnen werden.



SV Prof. Dr. Gernot Marx (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): Die AWMF sieht das etwas anders. Wie ich eben schon ausgeführt habe, sind die verschiedenen Systeme sehr schwierig zu vergleichen, wie das genannte Beispiel und auch Australien dem britischen System ist sehr ähnlich. Sie müssen sich vor Augen halten, dass aufgrund der knappen Ressourcen, die dort zum Beispiel im Intensivbereich vorgehalten werden, ganz andere Patienten aufgenommen werden. Viele Patienten, die wir in Deutschland selbstverständlich ausführlich, ausgiebig und erfolgreich behandeln, werden dort nie eine Intensivstation sehen. Deshalb sind diese Aussagen sehr schwierig. Die AWMF hält es für zwingend erforderlich, dass eine für Deutschland ausreichende Evaluierung, die es bisher noch nicht gegeben hat, durchgeführt wird, damit wir eine wissenschaftliche Grundlage haben. Die Wissenschaftlichen Fachgesellschaften müssen in die Evaluierung integriert sein. Dann haben wir eine Grundlage, um solche Untergrenzen festzulegen.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich frage die BAG Selbsthilfe. Wie bewerten Sie die Einbeziehung von maßgeblichen Patientenorganisationen in die Ausarbeitung der Festlegung der Personaluntergrenzen?

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. BAG SELBSTHILFE): Wir begrüßen dies sehr. Für Patienten ist eine gute Versorgung durch die Pflegekräfte lebensnotwendig, da durch diese Komplikationen früher erkannt und vor allem auch Fehler vermieden werden können. Generell hat die letzte Untersuchung des IGES-Instituts gezeigt, dass es im internationalen Vergleich durchaus noch Verbesserungsbedarf gibt. Vor diesem Hintergrund sehen wir unsere Rolle so, dass wir in den Verhandlungen die Diskussionen vorantreiben, damit Personaluntergrenzen auch wirklich eingeführt werden.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich will nochmal genereller anfangen und frage den Deutschen Pflegerat, ver.di und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Für uns ist eine Personaluntergrenze der erste Schritt. Es wurde zwar von einzelnen Sachverständigen gesagt, dass dies im Prinzip ausreichend sei,

für uns ist es aber der erste Schritt. Ich würde gerne wissen, wie Sie diesen ersten Schritt bewerten und wie Sie die folgenden Schritte ausgestalten würden?

SV Dr. Patrick Jahn (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Wir bewerten den ersten Schritt, der die Erkenntnis einschließt, dass man sagt, die Personalausstattung hängt mit der Qualität zusammen, als einen sehr wichtigen Schritt. Dies war lange Zeit in Frage gestellt worden oder man hat die ordnungspolitische Eingriffe, die unter Umständen danach erfolgen, nicht gewollt. Wir sehen eine Schwierigkeit bei der Definition dieser pflegesensitiven Bereiche. Die schlechten Häuser auf eine gute Qualität zu setzen, ist der richtige Ansatz, aber die reine Qualitätsbetrachtung finden wir schwierig. In der Expertenkommission wurden die Themenkomplexe I und II und die Frage der besonderen Pflegebedarf in bestimmten Bereichen sehr intensiv diskutiert. Diese Erkenntnisse sollten wir in die Definition der pflegesensitiven Bereich einbeziehen. Das müsste in die Diskussion eingebracht werden. Wir hoffen sehr, dass wir auch beteiligt werden. Das Verfahren ist bereits im Gesetzestext vorgesehen und wird in die Selbstverwaltung gegeben. Es müsste noch stärker definiert sein, wie die Beteiligung aussehen kann, da wir uns sehr gerne weiter beteiligen wollen. Es ist sicherlich noch eine Regelung vorzusehen, wie man dann möglichst zu einer umfassenden Regelung kommt. Hier sind noch viele Fragen zu klären, wie zum Beispiel die Methodik. Die Datengrundlage müsste dahingehend verbessert werden. Es stellt sich auch die Frage, ob wir nicht, da die Krankenhausfinanzierung auf die IT-Ebene erfolgt, auch die Datengrundlage für das InEK verbessern sollten. Denn auf der Kalkulations-ebene laufen sehr viele Daten für die Kalkulationshäuser auf. Hier ist sicherlich Nachbesserungsbedarf zu sehen. Insofern können wir mit dem gestuften Verfahren für die Ausgestaltung des GKV-Spitzenverbands mitgehen, weil auf der ersten Stufe noch nicht alles voll umfänglich geregelt sehen.

SVe **Sylvia Bühler** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): In der Tat, das kann überhaupt nur der erste Schritt sein. Diesen muss man aber so gehen, dass von diesem Schritt keine Gefahren ausgehen. Es dürfen keine Verschiebebahnhöfe entstehen, d. h. dass man von anderen Bereichen Personal abzieht, für die es in diesem ersten Schritt noch



keine Regelung gibt. Die Definition, welcher Bereich pflegesensitiv ist, wird hoffentlich noch debattiert. Die Definition überzeugt uns noch nicht. Wir wüssten gar keinen einen Bereich, in dem es egal ist, ob man genug Personal in der Pflege hat. Insofern braucht man in der Tat ziemlich zügig Anhaltszahlen für den gesamten Pflegebereich. Schwierig ist, dass zeigt bereits die Debatte, was heißt eigentlich Untergrenzen. Wenn wir von einer guten Versorgung ausgehen, brauchen wir nicht nur Untergrenzen, sondern ausreichend Personal. Wir haben festgestellt, dass in Deutschland in den Krankenhäusern ungefähr 70 000 Pflegekräfte fehlen. Wenn man die Studie von Prof. Schreyögg, die jetzt veröffentlicht ist, zum Maßstab nimmt, kann man ableiten, dass wir von einem Mehrbedarf von 1 200 bis 6 000 Pflegekräften ausgehen können. Dann ist es mit Sicherheit nicht das, was sich die Pflegekräfte erhoffen, um endlich entlastet zu werden und gut versorgen zu können. Wir sagen deshalb, man braucht über alle Pflegebereiche Anhaltszahlen. Diese müssen am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientieren. Die Weiterentwicklung ist für uns unerlässlich.

SV Prof. Dr. Gernot Marx (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): Wir begrüßen grundsätzlich die Einführung dieser Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen, allerdings unter der Voraussetzung, dass die entsprechende Finanzierung nachhaltig sichergestellt ist und nicht zu Lasten anderer Bereiche der Krankenhausversorgung geht. Natürlich ist es so, dass allein die Definition der Personaluntergrenzen die Problematik des bestehenden Mangels an Pflegepersonal nicht lösen kann. Hier brauchen wir umfassende Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe insgesamt. Bezüglich der Aufgaben ärztlicher und pflegerischer Verbände gibt es bereits eine ganze Reihe von evidenzbasierten Empfehlungs- und Zertifizierungskriterien respektive zielführenden Instrumenten der Qualitätssicherung, sei es Qualitätsindikatoren der DIVI oder ein modulares Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie in der Intensivmedizin. Solche Instrumente sollten beachtet werden, um das entsprechend zu spezifizieren und weiter zu entwickeln.

Abg. **Maria Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an die DKG, ver.di und an den GKV-Spitzenverband. Es gibt unterschiedliche Sichtweisen zu der Frage, ob für Intensivstationen und für den Nachtdienst grundsätzlich immer Personaluntergrenzen vereinbart werden sollen oder ob dies nur in pflegesensitiven Bereichen zu geschehen hat? Könnten Sie uns Ihre Auffassung dazu mitteilen und begründen?

Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben es begrüßt, dass Sie Pflege-sensitivität mit den Nachtschichten verknüpfen, also in den Nachtschichten und im Intensivbereich sicherstellen. Die Abkopplung von pflegesensitiv und die Vorgabe einer grundsätzlichen Personal-anhaltszahlregelung für diese Bereiche ist konzeptionell ein ganz anderer Weg. Die Nachtschicht betrifft die permanente, tägliche Patientenversorgung und Intensivpflege ist eine Quote von rund 5 Prozent am Patient. Wenn wir das für alle Patienten machen, bewegt man sich mit einer solchen Personal-anhaltszahlvorgabe außerhalb der Kompatibilität zum DRG-Vergütungssystem. Das führt zu einer kompletten Personalsteuerung im Nachweisverfahren, mit den ganzen Sanktionsmechanismen. Dann muss man an den Punkt kommen, wo man das DRG-System aufgibt und zum Selbstkostendeckungsprinzip zurückkehrt, also zum nachgewiesenen Personal und dessen Refinanzierung 1:1 und 100 Prozent. Alle Tarifverträge, alle Tarifhebungen, alle Tarifstufenveränderung müssen dann bezahlt werden. Wenn der Gesetzgeber diesen grundsätzlichen Konzeptionswechsel möchte, dass das DRG-System nicht mehr die tragende Funktion als Preis-system hat, bewegen wir uns stark in die Richtung der Regelung im Psychrienteilentsystem. Aber dafür muss beides zusammen gehen, Wir brauchen eine andere Konzeption für die Finanzierung. Weitgehende Vorgaben für Personalvorhaltungen ohne Sicherstellung der Finanzierung zu machen, wird die Probleme auf die Krankenhäuser verlagern. Lösungen für die Versorgung würden damit nicht automatisch einhergehen.

Sve **Sylvia Bühler** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ja, wir brauchen Vorgaben für die Intensivstationen und für die Nachtdienste. Es kann so nicht weitergehen, wie es jetzt in den deutschen Krankenhäusern Realität ist. Vor zwei Jahren



haben wir einen ver.di-Nachtdienstcheck durchgeführt in den Krankenhäusern und mit den Kolleginnen und Kollegen gesprochen. Wir haben vorgefunden, dass bei zwei Dritteln aller aufgesuchten Stationen eine Fachkraft alleine auf Station war. Ein Viertel war für 30 Patientinnen und Patienten oder mehr und bei fünf Prozent war die Pflegekraft sogar zuständig für 40 Patienten und mehr. Das halten wir für alle Beteiligten für eine gefährliche Situation und daher nicht tragbar. Bei 10 Stationen waren nur Pflegehilfskräfte auf der Station. Auch das ist erlaubt und wir finden, das muss abgestellt werden. Wenn es nicht anders geht, dann muss das mit Vorgaben passieren. Bei der Intensivstation, da hat es so ausgesehen, dass die Pflegefachkräfte zum Teil für mehr als 6 schwerkranke Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation zuständig sind. Das ist sehr weit weg von den Vorgaben, die die Fachgesellschaften empfehlen und deswegen brauchen wir hier festgelegte Werte, damit diese gefährliche Pflege ein Ende hat.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Herr Schreyögg hat nach unserer Meinung das Richtige gemacht. Er hat die Personalbesetzung ins zu den Ergebnisqualitätsindikatoren ins Verhältnis gesetzt. Allerdings hatte er Datenmaterial, was nicht besonders gut und nicht belastbar ist, um diese Fragen wirklich ausreichend zu beantworten. Wir glauben, man muss schichtenspezifisch werden, also Personalschichten im Einzelnen betrachten. Lassen Sie mich ein Beispiel nehmen: Wenn am Freitag das Krankenhaus keinen Anästhesisten besorgen kann, dann sollte auch nicht operiert werden. Dann würde ich ungern eine Übergangsregelung haben, wie das Herr Baum fordert. Sondern es muss klare Regelungen geben, dass in diesem Fall nicht operiert wird. Solche klaren Regelungen muss es auch dann geben, wenn am Wochenende das Personal nicht da ist, um die frisch Operierten zu versorgen. Das heißt, wir müssen in jeder Situation das ausreichende Personal haben und ansonsten unser Leistungsgeschehen anpassen. Und dies erfordert, dass wir in sämtlichen Schichten bestimmte Anforderungen machen und nicht nur im Jahresdurchschnitt. Herr Schreyögg konnte nur beurteilen, was im Jahresdurchschnitt in den Qualitätsberichten angegeben worden ist. Wir müssen hier in den nächsten Stufen sehr viel genauer werden. Es wird vielleicht nicht immer darauf hinauslaufen, dass mehr Bedarf für Pflegepersonal da ist.

Im Ausland gibt es teilweise andere Werte. Die zeigen zum Teil wesentlich weniger Patienten je Pflegepersonal. Und das ist ein interessanter Ansatz. Die haben weniger Patienten je Pflegepersonal, weil sie die Leute ambulant versorgen. Ein Großteil der Leute, die bei uns stationär versorgt werden, wird dort ambulant versorgt. Wir brauchen auch eine Debatte darüber, ob es zur Entlastung des Pflegepersonals kommt, dadurch, dass die Patienten ambulant versorgt werden und nicht mehr stationär und das heißt auch, vielleicht haben wir gar kein Pflegekräftemangel, sondern eine falsche Versorgung von bestimmten Patientengruppen im stationären Budget.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Schreyögg und die Einzelsachverständige Frau Rümmelin. Als der Gesetzgeber im vergangenen Jahr den Auftrag an die Expertenkommission gegeben hat, da ging es nicht nur darum, unerwünschte Ereignisse zu vermeiden oder eine Gefährdungsgrenze zu definieren, sondern um die Frage, wie der allgemeine Pflegebedarf und ein erhöhter Pflegebedarf von speziellen Zielgruppen, beispielsweise Demenzerkrankten, besonders Pflegebedürftigen oder auch Patientinnen und Patienten mit einer Behinderung bei der Finanzierung sachgerecht abgebildet werden. Wie kann sichergestellt werden, dass Patientengruppen mit einem solchen besonderen Pflege- oder Unterstützungsbedarf, die in allen Krankenhausbereichen vorkommen, durch die Einführung von Personaluntergrenzen profitieren können?

ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg: Wir haben das lange in der Expertenkommission diskutiert. Teilweise wurde gefordert, dass man das über das DRG-System regelt und es dann entsprechend über die PPR-Minuten macht. Das Problem an der Stelle ist, dass wenn Sie da spezielle Regelungen einführen, natürlich Anreize zum Upcoding setzen und zum zweiten eine Überdifferenzierung herstellen was die Gefahr eines Überangebots beinhaltet. Man ist nach allen Diskussionen zu dem Ergebnis gekommen, dass man jetzt gestuft vorgeht. Es gab andere Maßnahmen, die als Teil der Expertenkommission beschlossen wurden. Das kann man ja dem Bericht zur Expertenkommission entnehmen. Zum Beispiel werden Modifikationen im DRG-System vorgenommen, um unter anderem genau das zu bewerkstelligen. Aber die Pflegeuntergrenzen sind erstmal ein



relativ grobes Instrument, was aber notwendig ist, um in diesen Abteilungen eine Untergrenze einzuführen und einen Aufwuchs herzustellen, um nicht eine Patientengefährdung herbeizuführen. Es ist ein gutes Qualitätssicherungsinstrument. Wir wissen aus internationaler Erfahrung, dass das besser funktioniert als viele andere Qualitätssicherungsinstrumente und die von Ihnen genannten Gruppen mit erfassen, da sie in diesen pflegesensitiven Abteilungen subsumiert sind.

ESVe **Bernadette Rummelin**: Ich würde hier nochmal den Ansatz, den ich vorhin erläutert habe, betonen wollen, dass man nämlich genau um diese spezifisch vulnerablen Patientengruppen, das sind die Patientengruppen der Demenzerkrankten, der hochbetagten Pflegebedürftigen, eingestuft nach Pflegegraden und der Menschen mit Behinderung, im spezifischen in den Fokus nimmt bei der Definition der pflegesensitiven Bereiche. Da die Logik es nicht hergibt, dass eben ein patientenindividueller Bezug von vulnerablen Patientengruppen über Fachabteilungen flächendeckend abgreifbar ist, ist der Ansatz der, nicht nach Fachabteilungen diese Definitionen vorzunehmen, sondern auf spezifische Pflegebedarfe dieser Patientengruppen einzugehen. Das könnte der erste Schritt sein, um im Rahmen von Qualifikationsinstrumenten, die sicherlich auch noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen, diese Pflegebedarfe erstmal zu ermitteln, um dann darauf aufbauend den Personalbedarf über spezifische Personalbemessungsinstrumente zu decken. Das kann man nicht nur auf den Fachabteilungsbezug sehen, sondern der Ansatz wäre der, mit diesen Pflegeuntergrenzen genau für diese spezifischen Patientengruppen zu starten. Das lässt sich über die Krankenhaus- und Pflegedokumentation gestalten. Da gibt es bereits erste Instrumente wie zum Beispiel den Barthel-Index. Es gibt in Deutschland noch keine definierte Datenbasis zur Definition von Personaluntergrenzen. Diese muss erst entwickelt werden, wie auch der Kollege der AWMF vorher ausgeführt hat. Aber als ersten Schritt nur sich auf diese Patientengruppe zu beziehen, wäre damit auch der gangbare Weg, um dementsprechend auch die Mittel des Pflegestellenförderprogramms spezifisch auf diese Patientengruppen zuzuleiten. Dazu ist zu beachten, dass natürlich die Dokumentation in einem für das Krankenhaus umsetzbaren Wege definiert werden muss.

Deshalb ist es denkbar, hier auch Jahresdurchschnittsbewertungen für diese spezifischen Patientengruppen zu entwickeln und darauf den Personalbedarf im Jahresdurchschnitt abzubilden.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di, DKG und Deutschen Pflegerat. Wenn für ausgewählte Fachabteilungen Personaluntergrenzen vereinbart werden, darf das nicht dazu führen, dass Personal aus anderen Bereichen abgezogen wird und sich die Situation dort verschlechtert. Halten Sie die dazu vorgesehenen Regelungen für ausreichend?

SVe **Sylvia Bühler** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich finde, dass die Debatte an sich schon die besorgniserregende Entwicklung deutlich macht. Wenn man sich vorstellt, man will eine Lösung finden für ein erkanntes Problem und dann wird schon diskutiert, wird es möglicherweise Träger geben, die bereits nach Umgehungen suchen. Da sind wir wirklich weit weg von dem Anspruch einer sicheren Versorgung. Wir wissen, dass es bereits Träger gibt, die jetzt schon Überlegungen anstellen, wie man entweder aus anderen Abteilungen oder Bereichen Personal abziehen kann, um diese neuen Vorgaben denn zu erfüllen oder wie man dem zusätzlichen Personal andere Aufgaben übertragen kann und so an anderer Stelle Personal einsparen kann. Es wurden einige Assistenzstellen geschaffen, um die Pflege zu entlasten. Es gibt Überlegungen, diese wieder abzuschaffen und den Pflegefachkräften wieder Arbeiten übertragen, die sie früher gemacht haben. Das finde ich richtig besorgniserregend und macht deutlich, dass man hier ein Tor von Anfang an geschlossen halten muss, dass diese Fehlentwicklungen nicht einsetzen. Hier muss der Gesetzgeber nochmal gucken, wie man dieses Scheunentor schließen kann. Hier sind natürlich auch die Selbstverwaltungspartner in der Ausgestaltung gefragt, solche sich anbahnenden Entwicklungen dementsprechend zu begegnen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich darf einen Grundsatz aus Ökonomie sagen: Jede Intervention führt zur Folgeintervention. Das ist ein Punkt. Wir steuern einen Teilbereich und um den scheinbar redlich zu steuern, verlangen wir die Steuerung des Gesamtbereiches. Und der Gesamtbereich, die Versorgung von 19 Millionen Menschen auf den Stationen, ist



gekennzeichnet von einer extrem dynamischen Gesamtsituation. Heute kommen Patienten auf eine Innere Station mit verschiedenen Krankheiten, morgen sind es mehr, übermorgen sind es weniger, übermorgen ist das Personal krank, dann gibt es wieder andere Situationen. Das heißt, wenn ich den Gesamtbereich mit seiner gesamten Dynamik zum Fixpunkt nehmen möchte und jede Entwicklung dort, also jede Personalveränderung dort in einer Kausalität zu dem gesteuerten kleinen Bereich setzen möchte und behaupte, hier findet manipulatives Verschieben von Personal statt, dann ist die ultima ratio ja nur die Gesamtsteuerung des Personals oder ein Kleinkrieg um jede Veränderung im Patientengut, in der Personalausstattung des Restbereichs, der exakt dokumentiert werden müsste und dann in der Diskussion mit den Kassen Stück für Stück, Tag für Tag, Fall für Fall durchdekliniert werden müsste, mit enormen Streitbehauptungen. Da bitte ich Sie um Vertrauen in die Träger der deutschen Krankenhäuser, dass die definierten Untergrenzen auch im Sinne der Philosophie, die wir ja gemeinsam mittragen, auch umgesetzt werden. Sie müssten schon beginnen mit einer Null-Punkt-Messung. Was ist heute gesicherter Zustand im gesamten Bereich aller Krankenhäuser und jede Bewegung müssten Sie dann zuordnen, wenn man es fair machen wollte. Unser Vorschlag: Verzichten Sie darauf.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an Frau Dr. Wieteck. Würden Sie dem Gesetzgeber empfehlen, auf dem derzeitigen Stand der Pflegewissenschaft zu entscheiden, welche Bereiche pflegesensitiv und welche nicht pflegesensitiv sind und können Sie das bitte möglichst kurz und für alle verständlich begründen?

ESVe **Dr. Pia Wieteck**: Wir haben gehört, dass die aktuelle Datenlage nicht ausreichend ist, um pflegesensitive Bereiche direkt festzulegen. Die Ausführungen von Frau Rummelin sind soweit nachvollziehbar, dass vulnerable Patientengruppen überall in den Kliniken verortet sind. Grundsätzlich ist es wichtig, was Herr Prof. Dr. Simon in seinem Gutachten darstellt, dass ein Diskurs stattfindet, der eine symmetrische Kommunikation zwischen den Akteuren zulässt. Und ich glaube, Pflege hat eine andere Sichtweise und wir brauchen ein Mitentscheidungsrecht an der Stelle, wie das aus-

gestaltet werden soll. Wir werden es wahrscheinlich im ersten Schritt nicht mit einer Datenzahlenbasis untermauern können. Ziel ist, Datensätze mit qualitätssensitive Qualitätsindikatoren für die Pflege und mit anderen Indikatoren aufzubauen. Kurzfristig gilt: Personaluntergrenzen sind zwischen den Akteuren auzuhandeln. Pflege braucht ganz klar eine Mitsprache, weil die Personen, die am Bett stehen, dies sehr gut beurteilen können. Wir haben derzeit in den deutschen Kliniken ein massives Rationierungsverhalten und ich höre von den Mitgliedern der Fachgesellschaft, dass täglich entschieden werden muss, was weggelassen wird. Mitarbeiter der Pflege gehen deshalb nicht mehr in die Pflege, weil sie diesen ethischen Druck nicht aushalten, täglich entscheiden zu müssen, was lasse ich weg und was passiert dann auch bei meinem Patienten. Deshalb empfehle ich, zweischrittig vorzugehen: a) aushandeln von Untergrenzen auf der Ebene, wo die Pflegepersonen, die am Bett sind, auch wirklich einbezogen sind und b) schauen, dass wir eine Datenlage aufbauen können, das kann man sehr gut beim INEK und beim GBA verorten, dass hier andere Zahlen zu Grunde gelegt werden können. Das ist sicher auch ganz spannend, die Daten auch nochmal herzuzunehmen, die wir aktuell haben. Wahrscheinlich ist hypothetisch sehr gut herauszufinden, dass bestbesetzte Stationen ganz andere Qualitätsmerkmale oder Ergebnisse haben als schlecht besetzte Stationen. Wenn man Personaluntergrenzen setzt, ist es wichtig, dass man für bestbesetzte Stationsbereiche einen Anreiz setzt, dass sie das nicht abbauen und an die Personaluntergrenze herunterfahren. Das wären meine Empfehlungen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Marburger Bund. Kann mit dem derzeitigen pauschalierenden Finanzierungssystem die Personalausstattung der im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser aus Ihrer Sicht gesichert werden und würden Sie sich der Forderung anschließen, dass das Personal extrabudgetär finanziert werden sollte?

SV **Armin Ehl** (Marburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.): Wir haben schon mehrfach darauf hingewiesen, dass wir als wesentliche Ursachen für mangelhafte Personalausstattung die Fehl-



anreize und Risiken eines durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystem in einem Sektor sehen, in dem der Personalkostenanteil bei über 70 Prozent liegt und von den Betriebskosten ausmacht. Viele Krankenhäuser reagieren auf veränderte Entgelte, indem sie einfach das Personal reduzieren und einschränken. Insofern denken wir, dass ist der richtige Weg für einen Ansatz. Dort, wo die Finanzierung mit dem Pauschalen an ihre Grenzen stößt, und das ist in diesem Fall sicherlich so, muss man zunächst einmal mit Vorgaben reagieren. Die Frage, ob man extrabudgetär oder intrabudgetär agiert, ist für uns zunächst nicht vorrangig. Irgendwann käme es sowieso im System auch an. Da würde ich mich im Moment nicht festlegen wollen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE): Ich habe noch eine Frage an ver.di, Frau Bühler. Es ist in der Diskussion öfters gesagt worden, der Markt der Fachkräfte sei leer. Es gebe also im Prinzip das Problem der Verfügbarkeit von Fachkräften. Welche Vorstellungen oder Ideen zur Lösung von diesen Problemen hätten Sie?

Sve **Sylvia Bühler** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Es ist nicht so, dass die Situation in der ganzen Republik gleich ist, sondern regional unterschiedlich. Wir sagen: man braucht dringend ein Signal an die Pflege, dass es besser werden wird, wenn man Menschen gewinnen will, in die Ausbildung zu gehen oder wenn man Menschen in der Ausbildung oder im Beruf halten will. Wir haben die Situation, dass heute doch eine ziemlich große Anzahl von jungen Menschen sofort nach der Ausbildung aus dem Beruf flüchten, weil sie in der Ausbildung erkannt haben, dass das, was sie gelernt haben, warum sie diesen Beruf ergriffen haben, im Alltag nicht umsetzen können. Insofern brauchen wir ein deutliches Signal und wenn die Belastung besser wird und man wieder Freude am Beruf haben kann, sind wir sehr überzeugt davon, dass zum Beispiel die, die in Teilzeit gehen, weil sie es nicht mehr aushalten und aus dem Beruf rausgegangen sind, dass man die wieder für den Arbeitsmarkt für die Krankenhäuser gewinnen kann.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Eine Frage habe ich noch an Herrn Prof. Schreyögg, und zwar zur Datengrundlage. Wie kann man mit Abrechnungsdaten unschöne Ereignisse definieren?

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Dazu sage ich gerne was. Das ist international Usus und eine international etablierte Methodik, mit Krankenhausabrechnungsdaten unerwünschte Ereignisse zu definieren. Da haben wir nur solche herangezogen, die international validiert sind und in anderen Ländern herangezogen werden und da können Sie tatsächlich über Diagnosen bestimmte Dinge, wie zum Beispiel Infektionsraten und andere Dinge, relativ gut identifizieren. Die deutschen Abrechnungsdaten haben den Vorteil, dass sie im Vergleich zu anderen Ländern relativ gut codiert sind. Ich habe auch mit Abrechnungsdaten anderer Länder gearbeitet. Die deutschen Abrechnungsdaten weisen große Vorteile auf, insofern halte ich das Vorgehen für sehr valide. Natürlich kann man immer bessere Daten nutzen, aber das sind nun mal die Daten, die vorhanden sind.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): An den Deutschen Pflegerat hätte ich nochmal eine kurze Frage. Wie beurteilen Sie die Orientierung des Gutachtens von Herr Schreyögg an Verhältniszahlen zur aktuellen Versorgung, also die Orientierung an dem Decil- oder den Quartil-Prozent der schlechtesten Krankenhäuser?

Dr. **Patrick Jahn** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Da sprechen Sie eine Sorge an, die wir im Zusammenhang mit der Entwicklung der Personaluntergrenzen haben, dass wäre die Definition der Untergrenze. Die Zahlen, die jetzt schon veröffentlicht sind, liegen deutlich im unter der mittleren Ausstattung der deutschen Kliniken. Wenn man in dieser ökonomischen Zwangssituation, die wir jetzt gerade haben, solche Zahlen veröffentlicht, ist die Tendenz oder die Motivation der Einrichtungen nicht unbedingt Richtung Aufbau orientiert, sondern es zeigt einfach auch, dass die Untergrenze kann noch ein Stück nach unten verschoben werden kann. Das ist unsere große Sorge, die wir hoffentlich in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung klären können, dass ein Aufbau möglich ist, was die ursprüngliche Intention in diesem Bereich war.



Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an Frau Dr. Wieteck. Wir beurteilen Sie die Herangehensweise zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen in der Veröffentlichung von Prof. Schreyögg 2016? Handelt es sich hier in Ihren Augen um eine geeignete Vorgehensweise?

ESVe **Dr. Pia Wieteck**: Grundsätzlich mal ist es wahrscheinlich die einzige Möglichkeit momentan, überhaupt irgendwas aussagen zu können, weil wir aktuell keine Datenlage haben. Aber wie gerade eben schon berichtet wurde, fehlen ausgewiesene Qualitätsindikatoren, die pflegerische Sensitivität haben. Auch der Datensatz, der hier verwendet wurde, ist natürlich fachbereichsbezogen und nicht explizit ausgewählt worden, das heißt, es sind bestimmte Indikatoren gewählt worden, die vielleicht für bestimmte Stationen aussagekräftig oder nur Rückschlüsse zulassen, aber andere nicht. Zum Beispiel, wenn Sie Wochenbettstationen nehmen, wäre zum Beispiel ein Indikator, ob eine Mastitis aufgetreten ist und ob es eine Komplikation mit einem Neugeborenen gegeben hat. Wenn Sie solche Qualitätsindikatoren nicht fachbereichsbezogen haben oder nutzen, dann ist es eine Ungleichbehandlung bei der Fragestellung, die man versucht hat zu beantworten, sind die Personalunterbesetzungsgrenzen auf bestimmte Qualitätsergebnisse sensitiv. Es geht darum, dass man hier nochmal genau gucken muss, ob die Qualitätsindikatoren überhaupt zu den Fachbereichen passen. Da haben wir an der einen oder anderen Stelle in unserer Diskussion Zweifel. Wir brauchen einen aussagekräftigeren Datensatz. Dass einer nicht ganz koscher ist, sieht man schon daran, wie die Minimumwerte aufgestellt sind, die ausgewiesen sind. Das heißt, hier sind unsere Datensätze drin, die einfach auch Ergebnisse verzehren. Deshalb würden wir vorschlagen, den Datensatz so nicht zu benutzen, um Entscheidungen darüber zu treffen. Da machen wir unsere Grenze. Ich kann auch dem Deutschen Pflegerat zustimmen, dass da große Risiken mit verbunden sind. Ich hatte gerade vorhin aufgezeigt, dass das Rationierungsverhalten momentan sehr massiv ist. Wir haben momentan in Deutschland keine Akademisierung, obwohl wir wissen, dass international eine zehnpromtente Akademisierung am Bett zum Beispiel das Mortalitätsrisiko um sieben Prozent senken würde. Das heißt, es sind Miss-

stände, die wir aktuell in unserem Versorgungssystem haben und wenn wir anhand der Zahlen, die wir haben, Untergrenzen definieren, ohne solche Sachen zu berücksichtigen, dann besteht das große Risiko, dass wir Missstände festschreiben. An der Stelle wünsche ich mir eine andere Debatte.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN): Frau Dr. Wieteck, ich möchte gerne nochmal konkret nachfragen. Welche Lösungsansätze zur Festlegung der Pflegepersonalmindestbesetzung empfiehlt Ihre Fachgesellschaft pro Person? Lassen sich diese mit dem Ziel einer zukunftsfähigen Pflege, also einer Ausrichtung auf Beschäftigungsfähigkeit und auch Attraktivität der Pflegeberufe sowie Qualitätsverbesserung vereinen?

ESVe **Dr. Pia Wieteck**: Wir haben vorhin schon von der SPD-Seite gehört, dass wir mehrstufig vorgehen sollten und in einem ersten Schritt Untergrenzen definieren sollten. Es kann nur ein Aushandlungsprozess aus pflegfachlicher Sicht stattfinden, das heißt, wir brauchen hier Expertengremien und die Entscheidungshoheit muss mit dem Deutschen Pflegerat abgestimmt werden, damit eine symmetrische Kommunikation überhaupt stattfinden kann. Wir brauchen auch eine Berücksichtigung der kalkulierten Aufschläge im Sinne, dass die Missstände, die wir momentan haben, behoben werden können. Wir haben die Nachtdienst-Beispiele gehört. Wir wissen, dass Mitarbeiter in der Pflege Händedesinfektionseinwirkzeiten gar nicht einhalten können, weil die Arbeitszeit nicht ausreichen würde, um die ganzen Patientenkontakte wirklich zu realisieren. Hier kommt eine ganze Menge Dinge zusammen und ich denke, es ist ein Aushandlungsprozess notwendig, um Untergrenzen festzulegen. Auf die Zahlen, die wir momentan haben, würde ich mich nicht verlassen wollen. Gleichzeitig ist es wichtig, dass wir ein definiertes Qualitätsindikatorenset haben, was sensitiv ist. Wir brauchen pflegesensitive Indikatoren, also Stürze zum Beispiel, die Medikationsfehler, und Angaben, wie gut Mitarbeiter zum Beispiel aktivierend anleitend arbeiten, wie Präventivmaßnahmen laufen und welche Wirkungen sie haben. Wir sollten stufenweise vorzugehen und ein Qualitätsindikatorenset aufzubauen, etablieren und müssen jährlich oder zweijährlich prüfen, wie sich die Qualität und die Arbeitszufriedenheit entwickelt. Das ist ein zentraler Punkt.



Ich würde mir wünschen, dass im Gesetz aufgenommen wird, dass die Akademisierung am Bett gefördert wird, weil ich glaube, dass das ein entscheidender Aspekt ist, um die Attraktivität und die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter zu fördern. Wir wissen alle, wenn wir es nicht hinbekommen, die Attraktivität und Beschäftigungsfähigkeit der Pflegeberufe in den Griff zu kriegen, dann werden wir in ein massive Versorgungsleck laufen und das nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der Altenpflege.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde eine Frage an den GKV-Spitzenverband stellen. Es wird häufig darauf hingewiesen, dass das Verhältnis der Zahl der Pflegekräfte zu der Zahl der Patienten in Deutschland ungünstiger ist als in anderen europäischen Ländern. Wie erklären Sie sich dieses Ungleichgewicht?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Internationale Vergleiche sind schwierig, aber ich habe vorhin schon angedeutet, dass dieses nicht daran liegt, dass die Anzahl der Pflegekräfte hier niedriger ist, sondern dass es in anderen Ländern ein sehr viel intensiveres Patientenguthaben hat und man ganz andere Anhaltzahlen hat als hier. Das hängt damit zusammen, dass viele Patienten, die bei uns in stationären Setting versorgt werden, in anderen Ländern im ambulanten Bereich oder in anderen Budgets, durchaus vom Krankenhaus, aber nicht im stationären Budget versorgt werden. Deshalb ist bei der direkten Übernahme Vorsicht geboten. Aber der Grundsatz, das Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften dem internationalen Standard anzugleichen, ist natürlich richtig.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch eine Frage an Prof. Schreyögg. Sie haben bestimmte Ergebnisindikatoren zugrunde gelegt, die aus diesen Abrechnungsdaten kommen und nun wollte ich Sie fragen, wie ist das mit anderen Ereignissen wie Stürzen oder Medikationsfehler? Müsste man die nicht bei der Frage „Pflegemessung“ auch berücksichtigen, weil die letztendlich auch mit der Qualität der Pflege zusammenhängt.

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Stürze und Medikationsfehler sind in manchen internationalen Publikationen, man kann aber nicht sagen, dass das so validierte Qualitätsindikatoren sind wie andere Indikatoren, die wir eben herangezogen haben. Das heißt, wir haben relativ strenge Kriterien angelegt. Diese Indikatoren, die wir verwendet haben, sollten wirklich validiert und in vielen Publikationen aufgetaucht sein und das kann man bei Stürzen und Medikationsfehlern nicht sein. Zudem gibt es bei diesen Indikatoren tatsächlich Messprobleme, weswegen wir sie nicht herangezogen haben.

Der **Vorsitzende**: Dankeschön, meine sehr verehrten Sachverständigen, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer. Das Thema „Personalausstattung in Krankenhäusern“ wird uns sicherlich nicht nur in Anhörungen, sondern auch weiter politisch beschäftigen. Ich wünsche Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, einen schönen Abend.

Schluss der Sitzung: 17.10 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender