



## Wortprotokoll der 119. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 31. Mai 2017,  
16.00 Uhr bis 17.00 Uhr  
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin,  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus,  
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 4

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg,  
Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink,  
weiterer Abgeordneter und der Fraktion  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Eine Lobby für die Pflege – Arbeitsbedingungen  
und Mitspracherechte von Pflegekräften  
verbessern**

**BT-Drucksache 18/11414**

#### Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

#### Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-  
schätzung

Haushaltsausschuss



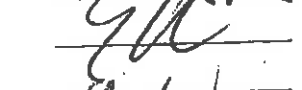
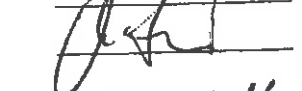
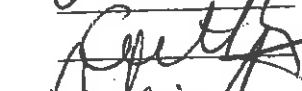
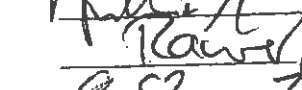
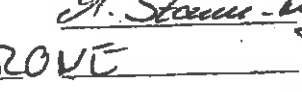

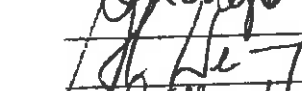
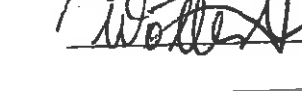






**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Henrich, 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




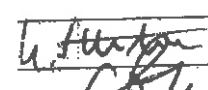



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**  
Mittwoch, 31. Mai 2017, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Hajek, Rainer		Brehmer, Heike	
Henke, Rudolf		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hennrich, Michael		Eckenbach, Jutta	
Hüppe, Hubert		Lorenz, Wilfried	
Irlstorfer, Erich		Manderla, Gisela	
Kippels Dr., Georg		Nüßlein Dr., Georg	
Kühne Dr., Roy		Pantel, Sylvia	
Leikert Dr., Katja		Rupprecht, Albert	
Maag, Karin		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	
Meier, Reiner		Schwarzer, Christina	
Michalk, Maria		Steineke, Sebastian	
Monstadt, Dietrich		Steiniger, Johannes	
Riebsamen, Lothar		Stockhofe, Rita	
Rüddel, Erwin		Stracke, Stephan	
Sorge, Tino		Timmermann-Fechter, Astrid	
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<b>SPD</b>		<b>SPD</b>	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Bas, Bärbel		Blienert, Burkhard	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar		Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk		Katzmarek, Gabriele	_____
Kermer, Marina		Lauterbach Dr., Karl	_____
Kühn-Mengel, Helga		Tack, Kerstin	_____
Mattheis, Hilde		Thissen Dr., Karin	_____
Müller, Bettina		Westphal, Bernd	_____
Rawert, Mechthild		Ziegler, Dagmar	_____
Stamm-Fibich, Martina			_____
<b>PETRA CROVE</b>		<b>Volker Crome</b>	
<b>DIE LINKE.</b>		<b>DIE LINKE.</b>	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia	_____	Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____

18. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)  
Mittwoch, 31. Mai 2017, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>BÜ90/GR</u>		<u>BÜ90/GR</u>	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	
Scharfenberg, Elisabeth		Pothmer, Brigitte	
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	
Terpe Dr., Harald		Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	

24. Mai 2017

Anwesenheitsliste  
Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro  
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**





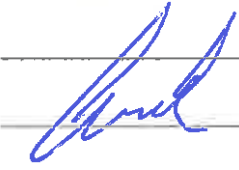

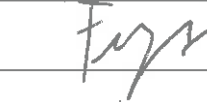
Mittwoch, 31. Mai 2017, 16:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Andreas Nobis	CDU/CSU	
Nimbus Anuepat	SPD	
Andreas Kunische	SPD	
Stephan Goll	CDU/CSU	
Heide Presl	LINKE	H. Presl
Karla Göbel	CDU/CSU	
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	M. Lang
Bernd Wagner/Wehler	SPD	

### Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	PFISTER FORIAN		RD/LL
Berlin			
Brandenburg	BEWSTE, HANS-ULRICH		TR
Bremen	Fischer, Daniel		R
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern	WEIHER		U
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen	Jancke		RD'in
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter		RAng.e
Schleswig-Holstein	FIGURA		UAR
Thüringen			

Ministerium bzw.  
Dienststelle  
(bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-be-  
zeich-  
nung

BMG

Beyer

Beyer

RR

BMG

Fischbach

Fischbach

PStin

BmB

SAAL

SAAL

ORR/in

BMG

Radost

Radost

RD/in

BMG

Reisner

Reisner



## Unterschriftenliste

öffentliche Anhörung  
am Mittwoch, 31. Mai 2017 von 16.00 bis 17.00 Uhr  
im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal,  
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin  
zu folgender Vorlage durchführen:

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Eine Lobby für die Pflege – Arbeitsbedingungen und Mitspracherechte von Pflegekräften verbessern**  
BT-Drucksache 18/11414


### geladene Verbände

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien  
Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)



Dr. Elisabeth Fix

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.  
(bpa)



Herbert Mauel

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände  
e. V. (BDA)

  
Dr. Volker Hansen

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

  
Dr. Bernd Metzinger

Deutsche Stiftung Patientenschutz

  
Rieke Sturzenegger

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

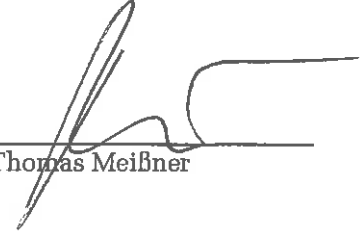
---



Marco Frank

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

---



Thomas Meißner

Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und  
Behinderteneinrichtungen e. V. (DVLAB)

---

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.  
(diP)

---

ABSAGE

---

GKV-Spitzenverband

---



Klaus Dumeier

GKV-Spitzenverband

---



Dr. Mechtild Schmedders

Marburger Bund  
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und  
Ärzte Deutschlands e. V.

---



---

Armin Ehl

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

---



---

Dietmar Erdmeier

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

---



---


Christiane Rock

### Einzelverständige

---

Prof. Dr. Stefan Greß

---



---



Beginn der Sitzung: 16.06 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie alle herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit an diesem Nachmittag. Sie wissen, meine sehr verehrten Damen und Herren, in dieser öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit einem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. „Eine Lobby für die Pflege – Arbeitsbedingungen und Mitspracherechte von Pflegekräften verbessern“ heißt der Antrag auf Drucksache 18/11414 und er thematisiert den Mangel an qualifizierten Pflegekräften in Deutschland, in Pflegeheimen, bei Pflegediensten oder in Krankenhäusern. Es wird in diesem Antrag ein ganzes Bündel von Maßnahmen vorgeschlagen, unter anderem Personalbemessungsregelungen, die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Stärkung der Rolle professionell Pflegenden in den Gremien der Kranken- und Pflegeversicherung und eine zukunftsfeste Gestaltung der Pflegeausbildung. Gerade die Pflegeausbildung ist ein Thema, das den Ausschuss erheblich beschäftigt hat. Meine sehr verehrten Damen und Herren, bevor wir beginnen, möchte ich wie immer einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren geben: Uns stehen für diese Anhörung 60 Minuten zur Verfügung und die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge stellen. Es beginnt in der ersten Fragerunde die CDU/CSU, gefolgt von der SPD, dann hat nochmals die CDU/CSU das Wort und anschließend fragen die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde ist die Reihenfolge CDU/CSU, SPD, CDU/CSU, SPD. Dann folgen wieder die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Runde eins und zwei erfolgen im Wechsel. Nach genau 60 Minuten ist die Anhörung zu Ende. Noch einmal zur Erinnerung: Jede fragestellende Fraktion stellt eine Frage an einen Sachverständigen. Ich bitte alle Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen die Mikrofone zu benutzen und sich mit ihrem Namen und dem Verband vorzustellen. Des Weiteren bitte ich alle Mobiltelefone auszustellen. Ich verweise auch darauf, dass die Anhörung digital

aufgezeichnet wird und heute live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem ist die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufbar. Das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Die Selbstverwaltung hat von uns als Gesetzgeber den Auftrag erhalten, bis zum Jahr 2020 ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegebedarfs in den Einrichtungen zu entwickeln. Bitte erläutern Sie uns den Stand dieses Verfahrens.

SV **Klaus Dumeier** (GKV-Spitzenverband): Am 31. März 2017 haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI den Zuschlag für dieses Projekt der Universität Bremen erteilt. Aktuell werden die Einzelheiten des Vertrages mit dem Auftragnehmer diskutiert und die erforderliche Projektgenehmigung herbeigeführt. Der Projektstart ist für Anfang August 2017 vorgesehen. Wir gehen davon aus, dass dieses Projekt dann wie vorgesehen durchgeführt werden kann.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Wir haben festgestellt, dass dieses Thema seit 2014 auf der Agenda des Ausschusses für Gesundheit steht. Die Koalitionsfraktion haben in dieser Legislaturperiode bereits einige Maßnahmen beschlossen. Deswegen frage ich die Gewerkschaft ver.di: Wie bewerten Sie die gesetzgeberischen Maßnahmen, die für die Personalbemessung in der Pflege und im Krankenhaus auf den Weg gebracht wurden? Was ist Ihr Vorschlag zur Bekämpfung des Pflegekräftemangels? Ich füge gerne noch hinzu, dass die SPD das bislang zum Thema Personalbemessung Beschlossene als wichtigen Anfang und nicht als Ende sieht.

SV **Dietmar Erdmeier** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ver.di begrüßt es sehr, dass der Bundesgesetzgeber die Notwendigkeit gesetzlicher Personalvorgaben erkannt und aufgegriffen hat. Gute Versorgungsqualität hängt entscheidend davon ab, ob genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Dieser Zusammenhang ist wissenschaftlich vielfach nachgewiesen worden. Unsere Kolleginnen und Kollegen berichten aus den Betrieben, dass dort, wo es keine klaren Vorgaben gibt, an Personal gespart und die Arbeit verdichtet



wird. Das von ver.di geforderte bundesweit einheitliche Personalbemessungsverfahren trägt zur wirklichen Entlastung der Beschäftigten bei. Nur so lässt sich eine gute Versorgungsqualität sicherstellen. Die Attraktivität des Berufs wird dadurch gesteigert. Deshalb begrüßt ver.di die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für die Altenpflege nach § 113c SGB XI ausdrücklich. Ein Instrument soll allerdings frühestens 2020 zur Verfügung stehen. Bis dahin ist in stationären Einrichtungen ein Personalschlüssel von einer Pflegekraft auf zwei Bewohnerinnen und Bewohner vorzusehen. Zudem müssen nachts mindestens zwei Pflegekräfte im Wohnbereich anwesend sein. Auch in der ambulanten Pflege ist eine Zwischenlösung notwendig. Die Fachkraftquote von mindestens 50 Prozent, das möchte ich betonen, muss zwingend eingehalten werden. Auch in einem Großteil der Krankenhäuser herrscht Personalnot. Die starke Zunahme der Fallzahlen und der Fallschwere geht nicht mit einer entsprechenden Aufstockung des Personals einher. Am stärksten belastet ist dabei die Pflege. Der Auftrag, Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu entwickeln, ist ein erster wichtiger Schritt. Es müssen weitere Schritte folgen. Es ist ein Personalbemessungssystem zu entwickeln und umzusetzen, das den individuellen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten bei der Personalausstattung berücksichtigt. Ver.di fordert die schnellstmögliche bundesweit verbindliche bedarfsorientierte Einführung von Personalbemessungsregelungen für den Krankenhausbereich sowie für die ambulante und stationäre Pflege.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Was können Arbeitgeber bereits heute tun, um die Rahmenbedingungen der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen zu verbessern und welche Auswirkungen kann das auf die künftige Personalausstattung haben?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Arbeitgeber können eine Menge tun, um die Personalausstattung in der Pflege zu verbessern, auch wenn die Rahmenbedingungen von der Politik wesentlich mitgestaltet werden können. Durch die Erhöhung von Arbeitsplatz- und Berufszufriedenheit

wird der Berufsverbleib gefördert. Hier können Arbeitgeber einen bunten Strauß von Maßnahmen ergreifen. Sie können zum Beispiel altersgerechte Arbeitsplätze schaffen, indem Pflegekräfte, die körperliche Belastungen nicht mehr so gut aushalten können, in die Betreuung umgeleitet werden. Ganz wichtig ist eine Gestaltung der sogenannten Work-Life-Balance durch bessere Ausgestaltung der Schicht- und Einsatzpläne. Hier gibt es einen großen Gestaltungsspielraum, der genutzt werden muss. Weiter sollten Vollzeitplätze für diejenigen, die nicht nur Teilzeit arbeiten wollen, angeboten werden. Ein wesentlicher Aspekt ist das betriebliche Gesundheitsmanagement sowohl für physische Erkrankungen wie Muskel- und Skeletterkrankungen, als auch für psychische Erkrankungen. Häufig werden zu wenig Hilfsmittel eingesetzt oder, wenn sie vorhanden sind, werden diese vom Personal nicht akzeptiert. Es ist eine Aufgabe der Arbeitgeber, dies besser zu gestalten. Was die psychische Gesundheit angeht, gibt es durch die hohe Arbeitsverdichtung sehr häufig Konflikte am Arbeitsplatz. Hier muss man beispielsweise mit Coaching arbeiten. Ich möchte auch auf den hohen Grad an Bürokratisierung in der Pflege hinweisen. Wir sind sehr froh, dass es das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation gegeben hat. Es ist eine wesentliche Aufgabe der Arbeitgeber, dieses Projekt in die Nachhaltigkeitsphase zu überführen. Ich könnte noch eine ganz Reihe von anderen Maßnahmen aufführen, will es aber erst einmal dabei belassen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an ver.di. Wie kann nach Ihrer Einschätzung die Tarifautonomie im ambulanten und stationären Pflegebereich gesetzlich gestärkt werden?

SV **Dietmar Erdmeier** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ver.di erwartet, dass politische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die tariftreue Einrichtungen belohnen. Der Vorrang für eine Einrichtung gemäß § 11 Absatz 2 SGB XI, ohne Tarifvertrag, muss ausgeschlossen werden. Einrichtungen mit Tarifvertrag muss der Vorrang gewährt werden. Ver.di setzt sich für anständige Löhne und eine starke Tarifbindung ein. Deshalb muss der eingeschlagene Weg der gesetzlichen Privilegierung von Tarifpartnerschaften fortgesetzt werden. Tarifgebundene Betriebe benötigen mehr Gestaltungsmöglichkeiten als Betriebe ohne Tarifbindung. Die



Möglichkeit der Gemeinverbindlichkeitserklärung von Tarifverträgen muss verbessert werden. Ver.di fordert, dass Anträge auf Allgemeinverbindlichkeit, die von den Tarifvertragsparteien einer Branche gemeinsam in den Tarifausschuss eingebracht werden, nur durch eine Mehrheit des Tarifausschusses abgelehnt werden dürfen. Hier sind gesetzliche Änderungen notwendig.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Greß. Welcher Zusammenhang besteht aus wissenschaftlicher Sicht zwischen der Personalausstattung und der Qualität in der Pflege? Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die aktuelle Rechtslage zur Personalausstattung in Deutschland sowie die im vorliegenden Antrag formulierte Forderung nach verbindlichen Personalbemessungsregelungen?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Ich möchte mich bei meiner Antwort auf die Langzeitpflege beschränken und die Akutpflege im Krankenhaus weglassen. In der Langzeitpflege wissen wir insbesondere aus den USA, dass Mindestbemessungsstandards für Personalvorgaben wirken. Bei Einrichtungen, die vorher deutlich unter diesen Mindestvorgaben lagen, wird neues Personal eingestellt. Wie viele Kräfte und vor allen Dingen wie viele Fachkräfte eingestellt werden, hängt entscheidend von der Finanzierbarkeit ab. Dort, wo öffentliche Finanzierungsträger diesen zusätzlichen Personalaufwand nicht refinanzieren, werden entweder weniger Fachkräfte oder weniger Kräfte insgesamt eingestellt. Das wirkt sich auch auf die Qualität der Pflege aus. Mehr Fachkräfte führen zu einer geringeren Anzahl von Pflegefehlern, zu weniger Mängelrügen und insgesamt zu einer höheren Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Diese Effekte treten nur ein, wenn sie refinanziert werden und eine hohe Fachkraftquote gehalten wird. Die aktuelle Rechtslage in Deutschland ist vor diesem Hintergrund höchst problematisch, weil wir nur Personalrichtwerte ohne Vorgaben zur Personalbemessung haben, die sich von Bundesland zu Bundesland stark unterscheiden. Das heißt, es gibt einen Flickenteppich an Regelungen und es ist nicht einzusehen, warum ein Pflegebedürftiger in Mecklenburg-Vorpommern eine andere Personalquote haben sollte als in Bayern. Was die Umsetzung des § 113c SGB XI betrifft begrüße ich, dass vom

Gesetzgeber erkannt wurde, dass es Handlungsbedarf gibt. Aus meiner Sicht fehlt die Implementierung, d. h. das Monitoring und die Sanktionierung, wenn die Standards nicht eingehalten werden. Es ist auch nicht klar, wie diese Standards finanziert werden sollen und wie eine bundeseinheitliche Umsetzung aussehen könnte, um den angesprochenen Flickenteppich zu überwinden.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie haben sich die Zahlen der Pflegekräfte in den Krankenhäusern und die der Ausbildungsplätze im Krankenhaus in den letzten zehn Jahren entwickelt?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vor zehn Jahren, also 2007, war die Zahl der Pflegekräfte auf einem historischen Tiefstand, weil 2003, nach der Einführung der DRG [Diagnosebezogene Fallgruppen] in den Krankenhäusern, zunächst Pflegekräfte abgebaut wurden. Seit 2007 steigt die Zahl der Pflegekräfte in den Kliniken wieder kontinuierlich an. 2007 hatten wir nach einer Stichtagsbefragung des Statistischen Bundesamtes 298 325 Pflegekräfte. Im Jahre 2015 hatten wir 320 905 Pflegekräfte, also gut 22 000 mehr. Wenn wir das auf 2017 extrapolieren, liegen wir heute bei etwa 325 000, also knapp zehn Prozent mehr Pflegekräfte in den Kliniken als 2007. Hinsichtlich der Ausbildungsplätze muss man zwischen den eigentlichen Ausbildungsplätzen und der Zahl der Auszubildenden unterscheiden. Die Ausbildungsplätze sind reduziert worden, weil es eine ganze Reihe von zwar genehmigten, aber nie besetzten Plätzen gab. Um diese hat man das Ganze reduziert. Wenn wir die Auszubildenden betrachten, hatten wir 2007 56 512 Auszubildende, das sind immer drei Jahrgänge, also knapp 20 000 pro Jahrgang und 2015 hatten wir 62 022, also fast zehn Prozent mehr Auszubildende. Darauf bezieht sich wahrscheinlich der Gesundheitsminister, wenn er sagt, dass wir noch nie so viele Auszubildende hatten. Wenn wir das extrapolieren, kommen wir auf ungefähr 63 000 Auszubildende im Jahre 2017.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Wie bewerten Sie die gegenwärtige Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Berufsgruppe der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss, insbesondere im



Hinblick auf die Qualitätssicherung und die Patientensicherheit?

**SV Thomas Meißner** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Ich bewerte die Situation als mangelhaft und unbefriedigend. Wir sind mit Gaststatus im Gemeinsamen Bundesausschuss. Wir sind in den Gremien toleriert und arbeiten sehr aktiv mit. Wir haben eine Kollegin im Präsidium, die fast Vollzeit arbeitet. Aber wir sind nur toleriert und nicht fest integriert. Das gilt auch für viele andere Gremien, in denen wir noch nicht so etabliert und integriert sind wie andere Berufsgruppen, zum Beispiel die Ärzte oder die Krankenhausgesellschaft. Wir sehen dringenden Handlungsbedarf als Deutscher Pflegerat mit beteiligt zu werden, bis wir den Übergang zu einer Bundespflegekammer geschafft haben.

**Abg. Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass bei Verträgen über Leistungen der häuslichen Krankenpflege die Bindung eines Leistungserbringers an einen Tarifvertrag grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich gewertet werden kann. Welche Erfahrungen haben Sie bei der Umsetzung dieser Rechtsprechung?

**SV Klaus Dumeier** (GKV-Spitzenverband): Das Bundessozialgericht hat sich mehrfach, zuletzt im Juni 2016, mit den Vergütungsverhandlungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege befasst. Es wurde höchstrichterlich festgestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität Anwendung findet, dass die Vergütung leistungsgerecht sein muss, dass die Wahrung der Tarifbindung durch den Leistungserbringer einer wirtschaftlichen Betriebsführung nicht entgegensteht und dass bei den Vergütungsverhandlungen auch entsprechende Nachweise über die Leistungserbringung vorzulegen sind. Bei der Umsetzung wenden die Krankenkassen genau diese Regelungen an. Natürlich passiert das auf Landesebene und unser Haus ist nicht unmittelbar betroffen. Wir können, soweit wir betroffen sind, sagen, dass bei der Entwicklung der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene genau dieses thematisiert wird und auch mit entsprechenden Inhalten festzulegen ist. Derzeit sind wir bei den Verhandlungen mit der Leistungserbringerseite und es stellt sich heraus, dass es im Augenblick keinen Konsens gibt. Wir werden deshalb auch in diesem Zusammenhang die Schiedsstelle bilden müssen.

Zum 1. Juli 2017 wird die Schiedsstelle gebildet und dann wird eine Regelung getroffen werden. Dabei gehen wir davon aus, dass die Tarifbindung im Kontext mit der wirtschaftlichen Betriebsführung zu sehen ist und auch mit den anderen Aspekten, die vom Bundessozialgericht genannt wurden, im Zusammenhang steht. Das heißt, dass die Tarifbindung im Kontext der übrigen Parameter des Bundessozialgerichts Berücksichtigung findet.

**Abg. Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an die Vertreterin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und knüpft an die Aussage von Herrn Prof. Dr. Greß an, dass es zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede bei den Personalschlüsseln gibt. Können Sie erklären, wie es zu solchen Unterschieden kommt und was gegebenenfalls getan werden muss, um das zu verändern?

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Die Unterschiede in den Personalschlüsseln sind historisch gewachsen. Seit 1990 haben wir zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede und Schwankungen, ohne das erklärt werden könnte, warum in Mecklenburg-Vorpommern, wie Herr Prof. Dr. Greß ausgeführt hat, anders gepflegt werden sollte als in Bayern. Diese historisch gewachsenen Schlüssel sind über die gesamten 20 Jahre Pflegeversicherung fortgeschrieben worden. Erst mit dem Pflegestärkungsgesetz II und den Verhandlungen im Zusammenhang mit der Überleitung haben wir erste zaghafte Andeutungen, dass wir diese historisch gewachsenen Unterschiede verändern könnten. Die Hauptkarte ist die Einführung eines Personalbemessungssystems, das nach § 113c SGB XI entwickelt und erprobt werden und 2020 vorliegen soll. Es bedarf noch eines weiteren Schritts zu einer verbindlichen Einführung. Wir brauchen gesetzliche Vorgaben für die Umsetzung der Ergebnisse des Projektes, das steht noch aus. Und wir brauchen gesetzliche Vorgaben, dass sich die Messung des Personalbedarfs zwischen Mecklenburg-Vorpommern und Bayern nicht unterscheidet und bei den Vergütungsverhandlungen anerkannt und umgesetzt wird.

**Abg. Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Bitte erläutern Sie, wie eine



gleichberechtigte Einbeziehung der Interessenvertretung pflegebedürftiger Menschen und der Pflegekräfte im Qualitätsausschuss ausgestaltet werden könnte. Welche Konsequenzen hätte es, wenn es keine stärkere Vertretung dieser Gruppen in dem Ausschuss geben würde?

SVe **Rieke Sturzenegger** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass der Qualitätsausschuss eine legitime Rolle im Entscheidungsverfahren der Pflegeversicherung bekommt. Wenn man sich die Aufgaben des Qualitätsausschusses anschaut, soll er die überfällige Reform des Pflege-TÜV vorantreiben und das Personalbemessungsinstrument entwickeln und erproben. Beides sind Aufgaben, die sowohl die Interessen der Pflegekräfte als auch der Pflegebedürftigen unmittelbar betreffen. Wir glauben, dass alle Blickwinkel in diesen Entscheidungsverfahren berücksichtigt werden sollten. Wir fürchten, dass Entscheidungen nicht praxistauglich sind, wenn sie ohne die Berücksichtigung aller getroffen werden. Derzeit sind die Pflegekräfte mit einer Stimme im Qualitätsausschuss vertreten. Die Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen ist nur mit einem Teilnahme- und Antragsrecht, nicht aber mit einem Stimmrecht vertreten. Wir fordern deshalb als Deutsche Stiftung Patientenschutz die gleichberechtigte Einbeziehung der pflegebedürftigen Menschen in die Entscheidungsprozesse des Qualitätsausschusses. Wir empfehlen für die Wahrnehmung der Interessen der pflegebedürftigen Menschen vier Vertreter der auf Bundesebene maßgeblichen Interessenvertretungen mit Sitz und Stimme in den Qualitätsausschuss aufzunehmen. Wir empfehlen weiter, diese Vertreter der Seite der Kostenträger zuzurechnen. Man muss sich vor Augen führen, dass die Pflegebedürftigen von den Entscheidungen des Qualitätsausschusses doppelt betroffen sind. Sie sind zum einen betroffen, weil es um sie geht, und zum anderen, weil sie im Teilkaskosystem der Pflegeversicherung selbst Kostenträger sind. Die Pflegebedürftigen zahlen knapp 40 Prozent der Kosten selbst. Das sind über 17 Milliarden Euro. Um dieser Summe gerecht zu werden, fordern wir eine gleichberechtigte Einbeziehung der Pflegebedürftigen in den Qualitätsausschuss.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die BAGFW. Wie beurteilen Sie die Einschätzung im

Antrag, dass die Stimme der Pflege, insbesondere in den gesetzlichen Gremien der Krankenversicherungen, unterrepräsentiert ist und welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie in diesem Geltungsbereich?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege spielen im G-BA, also im SGB V-Bereich, bisher eine sehr untergeordnete Rolle. Sie haben nur das Recht bei den sie betreffenden Angelegenheiten, wie beispielsweise bei der häuslichen Krankenpflege oder bei den Modellvorhaben nach § 63 SGB V, eine Stellungnahme abzugeben und auch mündlich angehört zu werden, ansonsten gibt es keine Möglichkeiten. Das ist, wie meine Vorredner ausgeführt haben, entschieden zu wenig. Der Pflege muss auch im G-BA ein entsprechendes Gewicht zukommen. Wenn wir in der nächsten Legislaturperiode eventuell eine Strukturreform des Gemeinsamen Bundesausschusses bekommen, muss berücksichtigt werden, dass die Pflege sowohl strukturell, als auch in den Entscheidungsfindungsprozessen, einen angemessenen Platz im G-BA erhält.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Forderung, Vertreter der Pflegeberufe in die gemeinsamen Landesgremien und in die gemeinsamen Landespflegeausschüsse einzubinden?

SV **Klaus Dumeier** (GKV-Spitzenverband): Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die ordnungspolitischen Aufgaben in Bezug auf die professionelle Pflege mehrheitlich durch den Gesetzgeber auf Bundesebene normiert werden. Grundsätzlich kann bereits auf Landesebene die Beteiligung der Pflegeberufe geregelt werden. Soweit für konkrete Entscheidungen die Hinzuziehung der Pflegeberufe notwendig ist, werden diese in der Regel bei Entscheidungsprozessen auf Landesebene hinzugezogen. Vor diesem Hintergrund ist die Situation in den jeweiligen Ländern auch zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage ist die Entscheidung zu treffen.





Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den DGB. Sehen Sie die Bürgerversicherung als geeignetes Instrument an, um die Pflegeversicherung zukunftsfest auszugestalten?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Die vom DGB angestrebte solidarische Bürgerversicherung in der Pflege sollte eine Pflegeversicherung für alle sein. Wir sprechen uns in diesem Sinne – natürlich im Rahmen der verfassungsrechtlichen Vorgaben – für die Eingliederung von Beamten und Selbständigen aus. Die Beschränkung der Beitragspflicht auf Arbeitseinkommen lässt einen erheblichen Teil des gesellschaftlichen Wohlstands bei der Finanzierung dieser wichtigen sozialpolitischen Aufgabe außen vor. Durch die Ausweitung der Beitrags- und Versicherungspflichtgrenzen und durch die Einbeziehung anderer Einkommensarten können die Finanzierungslasten auf eine breitere Basis gestellt werden. Eine einheitliche Finanzierung der Pflegeversicherung würde zu einer gerechteren Verteilung der Finanzierungslasten des Pflegerisikos führen.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Wie beurteilen Sie die derzeitigen Möglichkeiten von Quereinsteigern, sich im Bereich der Pflege umschulen zu lassen? Bitte gehen Sie auch auf aktuelle Entwicklungen und Zahlen ein.

SV **Thomas Meißner** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Die Generierung der statistischen Zahlen ist sehr unterschiedlich. Sie werden im SGB XI auf eine ganz andere Art und Weise erhoben als im SGB V. Ich habe in einem Bericht des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) von 2015 eine Zahl gefunden, die zeigt, dass die Umschulungszahlen zwischen 2003 und 2006 deutlich zurückgegangen sind. Seitdem sind die Zahlen aber wieder gestiegen. Die letzte Zahl, die mir vorliegt ist aus dem Jahr 2013. In der Bundesagentur für Arbeit wird davon gesprochen, dass zwischen 2010 und 2015 die Anzahl von abgeschlossenen Umschulungen und Weiterbildungen um 10 000 gestiegen ist. Der Deutsche Pflegerat sieht das als ein gutes Instrument, um den Fachkräftemangel am Markt zu beheben. Hierzu ist es erforderlich und da fordern wir eine Verdeutlichung der Situation, dass diese Maßnahmen über die Arbeitsagentur gefördert werden. Auch die Arbeitgeber trifft eine hohe

Verantwortung, dieses fachlich zu unterstützen. Wir sehen gerade im ambulanten Bereich und in der Langzeitpflege viele Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, die sich über ihren Berufsalltag in diesem wichtigen Beruf qualifizieren wollen, um damit über den zweiten Arbeitsmarkt möglicherweise in einen Fachberuf zu gelangen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Gewerkschaftsbund. In Ihrer Stellungnahme betonen Sie, dass eine leistungsgerechte Vergütung qualitätsgesicherter Pflege die tatsächlichen Personalkosten umfassen muss. Könnten Sie diese Position bitte kurz erläutern?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): In Einrichtungen in denen nach Tarif bezahlt wird, verdienen Beschäftigte bislang etwa ein Viertel mehr als Kolleginnen und Kollegen in tariflosen Einrichtungen. Das könnte in der Praxis bis zu 500 Euro ausmachen. Insbesondere in privaten Pflegeeinrichtungen sind Tarifverträge eher die Ausnahme. Um Pflege insgesamt attraktiver zu machen, müssen Pflegekräfte nach Tarif bezahlt werden. Dies schafft ein besseres Ansehen des Pflegeberufes und beugt der Altersarmut der professionell Pflegenden vor. Der Gesetzgeber hat bereits mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetz I reagiert. Dort ist seit 2015 geregelt, dass Gehälter von den Kostenträgern in der Pflegevergütung refinanziert werden. Seit diesem Jahr ist mit dem Pflegestärkungsgesetz III geregelt, dass Löhne bis zur Höhe von Tariflöhnen refinanziert werden können. Somit gibt es aus unserer Sicht keinen Grund mehr, den Beschäftigten in der Pflege eine tarifliche Bezahlung vorzuenthalten und diese gesetzlichen Regelungen müssen jetzt gelebt werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Greß. Wir fordern in dem vorliegenden Antrag die Bundesregierung dazu auf, die Länder dabei zu unterstützen, die akademische Pflegeausbildung als Regelangebot an den Hochschulen zu verankern. Welche Bedeutung hat eine Akademisierung für den Pflegeberuf und was muss dafür noch erfolgen?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Für die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes ist nicht nur eine bessere Bezahlung, nicht nur eine Verbesserung der



Arbeitsbedingung, beispielsweise durch eine verbesserte Personalausstattung, sondern auch eine qualifikatorische Aufwertung notwendig. Insofern hat der Wissenschaftsrat aus meiner Sicht zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Akademisierungsquote von 15 bis 20 Prozent, also eine Teilakademisierung, in der Tat zu einer qualifikatorischen Aufwertung führen könnte. Wir wissen aus dem Ausland, dass mit einer akademischen Ausbildung die Identifikation mit dem pflegerischen Beruf steigt, dass die Anerkennung durch andere Berufsgruppen steigt und dass auch in einigen Bereichen die Versorgung verbessert werden kann. Damit das geschehen kann, müssen allerdings in Deutschland einige Rahmenbedingungen verändert werden. So ist es derzeit nicht möglich, mit einem akademischen Abschluss gleichzeitig auch die Berechtigung zur Berufsausübung zu erwerben. Das ist aber eine zwingende Voraussetzung. Zum anderen müssen diese Studienplätze von den Bundesländern finanziert werden können. Hier sind die Länder in der Verantwortung.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Dumeier vom GKV-Spitzenverband. Wir haben durch das Präventionsgesetz das betriebliche Gesundheitsmanagement gestärkt. Inwiefern können aus Ihrer Sicht Pflegekräfte davon profitieren?

SV **Klaus Dumeier** (GKV-Spitzenverband): Die Krankenkassen haben ihre Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt erheblich ausgeweitet. Von 2015 bis 2016 gab es annähernd eine Verdoppelung. Gerade die Branchen im Gesundheits- und Sozialwesen profitieren davon. Dieser Bereich ist mit einer Größenordnung von 17 Prozent der zweitgrößte Bereich. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihre Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen nach dem Präventionsgesetz deutlich gesteigert haben. In welchem Umfang das sein wird, kann man im Augenblick noch nicht mit Zahlen belegen. Dies erfolgt mit dem Präventionsbericht für das Jahr 2017, der im Herbst dieses Jahres herausgebracht wird und den Berichtszeitraum 2016 umfasst. In dem Leitfaden zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen empfiehlt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich, dass die Präventionsleistungen in Kombination mit den Beschäftigten einerseits und den pflegebedürftigen Menschen andererseits durchgeführt werden. Das

dürfte noch einmal einen Schub bringen. Außerdem wurde im Mai dieses Jahres die BGF-Koordinierungsstelle (Betriebliche Gesundheitsförderung) eingeführt. Das heißt, die Arbeitgeber haben einen erheblich erleichterten Zugang, um diese Maßnahmen durchführen zu können. Insgesamt ergibt dies sehr positives Bild.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an den GKV-Spitzenverband. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN kritisiert die Arbeitssituation der Pflegekräfte im Krankenhausbereich und begründet dies mit einem gestiegenen Arbeitsaufkommen aufgrund einer unzureichenden Pflegepersonalausstattung. Worin sehen Sie Lösungsansätze zur Verbesserung der Personalbesetzung im Krankenhaussektor?

SVe **Dr. Mechthild Schmedders** (GKV-Spitzenverband): Man kann ein ganzes Bündel von Maßnahmen nennen. Einmal kennen wir die Pflegeförderprogramme – das zweite Programm läuft gerade. Wir werden in Kürze die ersten Zahlen haben, die sicherlich zu einem Pflegepersonalaufbau führen werden. Auch das Hygieneförderprogramm kommt mit seinen Mitteln der Pflege im Krankenhaus zugute. Wir haben zudem über den Pflegezuschlag – immerhin 500 Millionen Euro, die zukünftig auf 800 Millionen Euro angehoben werden – ein weiteres Finanzvolumen, das prinzipiell auch für eine bessere Pflegeausstattung zur Verfügung stehen könnte. Wir haben immer dafür geworben, Vorgaben für pflegesensitive oder pflegekritische Bereiche zu machen. Wir haben bereits erste Erfahrungen mit Qualitätsvorgaben in der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses gesammelt. Auch hier sehen wir einen möglichen Ansatz, um für pflegesensitive Bereiche bessere Vorgaben zu haben und damit die Pflegepersonalausstattungssituation zu verbessern. Man muss aber seinen Blick auch auf die Ursachen der jetzigen Probleme richten. Ein Problem in Deutschland ist, dass wir Regionen mit einer Überversorgung kennen. Wir haben beispielsweise im Ruhrgebiet oder im Berliner Raum sehr, sehr viele Krankenhäuser, die um Personal konkurrieren, und die nicht unbedingt bedarfsgerecht sind. Hier sind ebenfalls strukturelle Maßnahmen erforderlich, um eine Ursache, die Konkurrenz um die Pflegekräfte, abzumildern und zu reduzieren. Ein weiteres Thema, das sicherlich dazu beiträgt, dass an der Pflegepersonalausstattung gespart wird,



sind die unzureichenden Investitionsfinanzierungen der Länder. Das muss benannt werden. Eine mittelfristige Perspektive wäre eine verbesserte Forschung zum Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattung und Ergebnisqualität der Versorgung. Die Beratungen in der Pflegeexpertenkommission haben gezeigt, dass wir für Deutschland zu wenige Kenntnisse haben. Hier mit einer mittelfristigen Perspektive zu investieren, um eine bessere Datengrundlagen zu haben, wäre sicherlich von Vorteil.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Marburger Bund. Welche Auswirkungen hätte die Einführung einer Pflegebürgerversicherung auf die Versorgung von Pflegebedürftigen und auf die Finanzierung des Pflegeversicherungssystems?

SV **Armin Ehl** (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.): Die Ärzteschaft hat sich in der vergangenen Woche beim 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg mit dem Thema Bürgerversicherung befasst. Der Marburger Bund hat die Anträge zur Beibehaltung des dualen Systems von PKV und GKV mitgetragen. Die Frage hat zwei Dimensionen, einmal die Versorgung und einmal die Finanzierung. Die Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherungen sind gleich. Insofern hätte eine Zusammenlegung der Finanzierungssysteme kaum Auswirkungen auf die Versorgung. Wenn man aber bedenkt, dass es auch in der Pflegeversicherung einen gewissen Innovationswettbewerb gibt, beispielsweise bei der Beratung, bei der Prävention oder bei der Qualitätssicherung, würde dieser Wettbewerb durch die Zusammenlegung der Finanzierungssysteme wegfallen. Zu den Finanzierungsfragen: Wenn zunächst die beiden Bereiche lediglich zusammengelegt werden, ist das ein Nullsummenspiel. Insofern kann man sagen, dass es sicherlich eine kurzfristige Entlastung im Bereich der sozialen Pflegeversicherung geben würde. Aber dadurch, dass auch Leistungsausweitungen geplant sind, würde diese Entlastung mittelfristig sicherlich relativ schnell wieder verpuffen. Grundsätzlich soll das natürlich ein Einstieg in die große Bürgerversicherung sein. Hier bleibt die Frage, wie mit den Rückstellungen umgegangen werden muss.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an ver.di und den bpa. In der Kranken- und Altenpflege gibt es viele unfreiwillige Teilzeitarbeitsplätze. Ein wesentlicher Grund ist die Unattraktivität des Berufes. Warum ist dies so und wollen Sie das ändern?

Der **Vorsitzende**: Frau Stamm-Fibich, wir haben immer nur einen Adressaten. Wen fragen Sie?

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): ver.di.

SV **Dietmar Erdmeier** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ja, das stimmt. Laut Pflegestatistik 2015 arbeiten in stationären Einrichtungen annähernd zwei Drittel, also 63 Prozent, in Teilzeit. In der ambulanten Pflege ist es sogar noch dramatischer. Hier arbeiten 69 Prozent in Teilzeit. Zudem sind hohe Befristungsquoten und Befristungen bei Neueinstellungen festzustellen. Die Arbeit in der Pflege unterscheidet sich somit häufig von einem normalen Arbeitsverhältnis. Unsere Kolleginnen und Kollegen in den Betrieben sagen uns immer wieder, dass dringend mehr Personal notwendig ist, weil die Arbeit nicht mehr zu schaffen ist. Die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden sind von entscheidender Bedeutung für die hohe Versorgungsqualität der Pflege und natürlich für die Attraktivität des Berufs. Ein entscheidendes Mittel dafür sind verbindlich am Bedarf orientierte gesetzliche Personalvorgaben. Das kann die Politik regeln. Die Arbeitgeber haben für attraktive und gesunde Arbeitsbedingungen Sorge zu tragen, so dass eine Vollzeitstätigkeit möglich ist und die Berufsverweildauer deutlich verlängert werden kann. Flexibilität bei der Dienstplangestaltung zu Lasten der Beschäftigten darf kein Argument für mehr Teilzeitangebote sein. Die Reduzierung der Teilzeit kann maßgeblich dazu beitragen, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Greß. Sie befürworten ausdrücklich eine Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds. Für welche aktuellen notwendigen Leistungen sollten Ihrer Ansicht nach diese Fondsmittel kurzfristig zur Verfügung stehen?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Die Umwandlung des Vorsorgefonds in einen Personalfonds wäre nicht



nur ein Zeichen für die Wertschätzung der Pflegekräfte, sondern könnte kurzfristig dazu genutzt werden, das Personal in der stationären, aber auch in der ambulanten Pflege aufzustocken. Beim derzeitigen Vergütungsniveau und bei der derzeitigen Fachkraftquote von 50 Prozent wären das ungefähr 35 000 Vollzeitarbeitsplätze, die jedes Jahr zusätzlich finanziert werden könnten. Der Pflegevorsorgefonds müsste zudem keine Negativzinsen zahlen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Wir fordern in unserem Antrag, dass die Leistungen der Pflegeversicherungen regelmäßig an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst werden müssen. Wir beurteilen Sie die derzeitige Rechtslage und unsere Forderung?

SVe **Christiane Rock** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Gegenwärtig ist es leider so, dass mit Hilfe der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung immer weniger Pflege- und Betreuungsleistungen abgedeckt werden. Pflegebedürftige müssen immer mehr dazuzahlen, weil die Pflegeleistungen etwa durch gestiegene Löhne teurer werden, während gleichzeitig aber die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zwischen 1995 und 2008 stagnierten. 2008 erfolgten zwar Anpassungen, die allerdings den Realwertverlust der Leistungen für Pflegebedürftige nicht ausgleichen konnten. § 6 SGB XI sieht lediglich alle drei Jahre einen Prüfauftrag für die Bundesregierung zur Anpassung der Leistungen vor. Begrüßenswert ist die Forderung nach einer regelmäßigen automatischen Angleichung der Leistungen an die tatsächliche Entwicklung. Unserer Auffassung nach muss diese Dynamisierung jährlich bzw. alle zwei Jahre erfolgen. Zudem muss der in den letzten Jahren angehäufte Kaufkraftverlust, bei der Regelanpassung der Leistungen schrittweise mit abgebaut werden.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich würde gerne von der BDA wissen, wie sie den Evidenzstand zu Bemühungen um kurzfristig verbindliche Personalausstattungsverbesserungen einschätzt. Wir begeben uns im Augenblick an das Thema „Pflegepersonaluntergrenzen“. Es gibt ein Gutachten, auf dessen Grundlage die Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen den Auftrag haben, ein anwendbares Instrument zu entwickeln. Hier in dem Antrag

gehen die Antragsteller darüber hinaus und verlangen nach kurzen verbindlichen Personalausstattungen im Krankenhausbereich, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege. Wie schätzen Sie die Evidenz der verfügbaren Studien ein?

SV Dr. **Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Für mich sind diese Forderungen ein Schnellschuss aus der Hüfte. Es ist schon mehrfach angesprochen worden, dass wir im Jahre 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz ein Pflegestellenförderprogramm mit 6 300 Stellen eingeführt haben. Das ist in 2016 angelaufen. Jetzt sollten wir erst einmal abwarten, was dabei herauskommt. Das sollte evaluiert werden, um zu sehen, was die Ergebnisse sind. Wir haben, das haben Sie gerade angesprochen, den gemeinsame Auftrag von GKV-Spitzenverband, Kommunen und anderen, bis Mitte 2020 ein wissenschaftlich Verfahren zu entwickeln und zu überprüfen. Auch hier plädiere ich dafür, dieses Vorhaben zunächst anlaufen zu lassen. Was haben wir davon, wenn wir ständig Programme gesetzgeberisch auf den Weg bringen, die eine gewisse Zeit brauchen und während sie noch laufen oder anlaufen, sofort Nachforderungen stellen. Ich möchte anfügen, dass die Frage der Personalausstattung für mich ganz zuvorderst eine Managementaufgabe ist. Frau Dr. Fix hat das angesprochen, vielleicht nicht so, wie ich es meine, aber sie hat gesagt, was Arbeitgeber tun können, um Pflegekräfte zu rekrutieren oder auch zu halten. Das ist die Managementaufgabe. Hier sind die Arbeitgeber der Zeit nicht hinterher. Gerade die Arbeitgeber im Bereich der Pflegeeinrichtungen sind am Markt mit anderen Arbeitgebern in diesem Sektor Konkurrenten. Das heißt, wenn sie ihre Leistungen am Markt erhalten wollen, müssen sie auch dafür sorgen, dass das Personal, das sie brauchen, verfügbar ist und entsprechend Personal gewinnen. Erlauben Sie mir eine kleine Randbemerkung. Was mich immer maßlos, fast entsetzt, ist die Forderung nach Tarifverträgen, der Zwang zu Personalquoten, zu Akademisierungsquoten oder die Forderung nach höheren Zwangsabgaben. Ich finde, wir sollten das System, was kein schlechtes ist, laufen lassen. Wir sollten beobachten, aber nicht ständig mit Zwangsmaßnahmen kommen, die letztendlich nicht zu den Ergebnissen führen, die angedacht sind. Wir sollten auch die Frage, wieviel etwas kostet und wer es bezahlen soll, im Auge behalten.



Es ist richtig, wir haben keine Dynamisierung der Pflegeleistungen aller Renten in der Rentenversicherung pro Jahr nach einer Lohnentwicklung, aber wir haben seit Einführung der Pflegeversicherung im Grunde permanent eine enorme Ausweitung des Leistungsspektrums gehabt, allein im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze um 0,5 Prozentpunkte, sprich, über 6 Milliarden Euro. Das sollte man mit betrachten und nicht allein auf die Höhe der einzelnen Leistungen blicken.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat, Herrn Meißner. Wie sollen die Aufgaben zwischen den unterschiedlichen Professionen in den Gesundheitsberufen künftig, auch vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demokratischen Wandels, verteilt werden.

SV **Thomas Meißner** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Das ist eine gute und komplexe Frage. Das gesamte System müsste umgestellt werden. Wir haben in Deutschland ein arztzentriertes System und wir brauchen ein kompetenzorientiertes System. Das fordern wir als Deutscher Pflegerat. Dann würden wir nicht mehr hierarchisch operieren, sondern nach Kompetenzen und die Versorgung am Patienten würde deutlich besser werden. Soweit unsere Forderung.

Abg. **Erwin Rüdchel** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Arbeitgeber können schon heute Weiterqualifizierungen ihres Personals etwa vom Pflegehelfer zur examinierten Pflegefachkraft fördern. Wie sind Ihre Erfahrungen mit diesen Maßnahmen und können Sie hier Zahlen nennen?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Herr Rüdchel, das ist eine sehr wichtige Frage und für uns eine sehr hilfreiche Entwicklung. Wir haben im Moment etwa 16 000 Umschüler in der Weiterbildung. Es ist es für uns sehr hilfreich, dass es eine volle Förderung der Umschulung gibt. Allein zwischen 2012 und 2016 haben sich die Zahlen verdoppelt. Das ist für uns ein wichtiger Beitrag zum Problem Nummer eins, der Personalgewinnung, neben einem Bestreben zur Vollzeitfähigkeit. Letztlich muss man sagen, den Dienstplan bestimmen die pflegebedürftigen Menschen. Das muss nach wie vor gelten und nicht

allein die Interessen der Beschäftigten, auch wenn diese wichtig sind. Wir haben in der Ausbildung zur Altenpflege Rekordzahlen. Wir haben durchschnittlich 7 000 Umschulungen pro Jahr und wir gewinnen insbesondere Berufswiedereinsteiger, die im Alter zwischen 35 und 40 sind und anschließend mit einer sehr, sehr langen Berufsverweildauer aufwarten. Über 80 Prozent sind schon nach wenigen Monaten in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen tätig und das auch dauerhaft. Für uns ist diese mit der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege angestrebte Entwicklung sehr hilfreich und wir bitten darum, dass diese dauerhaft weitergeführt wird.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Sie halten Sofortmaßnahmen für eine bessere Personalausstattung zur Umsetzung des Pflegebegriffs für dringend erforderlich. Können Sie uns eine konkrete Maßnahme vorschlagen, wie das gehen kann?

SVe **Christiane Rock** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Die wichtigste Maßnahme ist eine Überarbeitung des § 130c SGB V. Wir haben dort die Regelung, dass ein Personalbemessungsverfahren durchgeführt wird. Wichtig ist neben dieser Entwicklung die verbindliche Einführung bzw. Anwendung eines solchen Personalbemessungsinstrumentes und eine entsprechende Übergangsregelung bis zum Jahre 2020.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an ver.di. Ich würde gerne wissen, wie Sie zu unserer Forderung, einen Gesundheitsberufe-Gipfel einzuberufen, stehen und welche Ziele sich aus Ihrer Sicht damit erreichen lassen.

SV **Dietmar Erdmeier** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ver.di unterstützt die Einberufung eines Gesundheitsberufe-Gipfels, um eine grundlegende Neuaufstellung in Angriff zu nehmen. Eine Weiterentwicklung der Heilberufe ist vor dem Hintergrund sich verändernder Anforderungen in der gesundheitlichen Versorgung notwendig. Für alle Heilberufe ist ein bundeseinheitlicher Rahmen für die Ausbildung zu schaffen. Ziel ist es, die Strukturen und Rahmenbedingungen einheitlich zu gestalten. Dazu gehören insbesondere Vorgaben zur



Formulierung der Ausbildungsziele, zur Qualität der theoretischen und praktischen Ausbildung, zur Qualifikation der Lehrenden und zur Finanzierung der Ausbildung. Eine Schulgeldzahlung ist grundsätzlich auszuschließen. Der Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung ist für alle Ausbildungsberufe zu regeln und unter dem Dach des gemeinsamen Berufe-Gesetzes sind für die einzelnen Heilberufe spezielle Regelungen vorzusehen. Dazu gehört insbesondere auch die fachbezogene Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Eine Frage an den bpa. Wir bewerten Sie den Vorschlag für einen Tarifvertrag „Soziales“, der durch die Politik für allgemein verbindlich erklärt werden könnte?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Uns ist klar, wer Fachkräfte gewinnen will, muss gute Arbeitsbedingungen ermöglichen und eine angemessene Vergütung ist dafür essentiell. Wir sind im Wettbewerb mit allen anderen Anbietern, insofern brauchen wir nicht einen allgemein verbindlichen Tarifvertrag „Soziales“. Den lehnen wir ab, weil er letztlich nur Gleichmacherei bewirken und flexible Regelung vor Ort unmöglich machen würde. Die negative Koalitionsfreiheit und eigenständige betriebliche Lösung sind weiterhin zu akzeptieren. Es gibt einen zweiten Aspekt, den ich erwähnen will, der vielleicht auch eine Folge des PSG III sein wird. In der Altenpflege ist die Akzeptanz nicht überall die gleiche, wenn es um deutliche Vergütungssteigerungen geht, die immer wieder auch mit Personalsteigerungen verbunden sind. Wir hatten das vor kurzem in Sachsen, was sehr pressewirksam war. Dort wurden zur Verbesserung der Situation der Versicherten die Entgelte etwas angehoben. Wir hatten heftige Reaktionen der Öffentlichkeit. Ich möchte damit sagen, wenn man das eine will, muss man dem anderen auch sagen jawohl, genau das ist gewollt und das wird von uns allen unterstützt. Ansonsten stehen wir im Wettbewerb und es wird niemand in einem Betrieb arbeiten, wo er die angesprochenen 500 Euro weniger verdient als nebenan, weil es in Fahrradnähe drei neue Arbeitgeber in der Pflege gibt.

Abg. **Petra Crone** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Herr Meißner, was halten Sie von der Einrichtung einer Pflegekammer auf

Bundes- oder auch auf Landesebene? Rheinland-Pfalz ist schon vor gut einem Jahr vorangeschritten. Es geht um Pflegekammern, in denen sich die Pflegekräfte beruflich organisieren können.

SV **Thomas Meißner** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Privat und als Deutscher Pflegeratsvertreter halte ich das für wichtig und im Moment für den einzigen Weg, für die Pflege ein klares Sprachrohr zu schaffen. Wir haben als Deutscher Pflegerat in den letzten 15 Jahren nicht beobachten können, dass es Bestrebungen gab, bei der Ärzteschaft, den Rechtsanwälten oder den Steuerberatern das Kammer-System in Deutschland abzuschaffen. Da wir diese Erkenntnis als Grundlage nehmen, glauben wir, dass das Kammer-System das ist, was der Pflege nicht verweigert werden sollte. Deshalb glauben wir, dass es der einzige Weg ist und wir hoffen, dass der sich fortsetzt. Die Tür ist auf und wir werden dies mit der Einrichtung einer Bundespflegekammer beenden und damit endlich einer großen Berufsgruppe im Gesundheitswesen eine qualifizierte und vor allen Dingen auch finanzierte Vertretung schaffen, die anderen Berufsgruppen auch ver- gönnt ist.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Welche Rolle nehmen Absolventen einer akademischen Pflegeausbildung im Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ein und wie bewerten Sie den Vorschlag der Antragsteller, diese Ausbildung als ein Regelangebot an den Hochschulen zu verankern?

SV **Dr. Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Ich darf noch einmal auf meine vorherigen Äußerungen hinweisen. Gut ist ein Mix zwischen akademisch und nicht akademisch Ausgebildeten. Ich persönlich maße mir nicht an zu sagen, dieser Mix sollte im Verhältnis 20:80 oder 15:85 stehen. Das muss sich am Markt und an der Nachfrage nach Pflegekräften in den Pflegeeinrichtungen zeigen, die, wie gesagt, ihre Patienten versorgen müssen. Von daher: Akademiker in der Pflege ja, speziell auch für die Führungsebene, aber keine festen vorgegebenen Quoten. Genauso finde ich es ein Unding, hier einen Zwang einzuführen. Der Zwang, dass alle Hochschulen diesen Studiengang anbieten müssen, ist weit verbreitet. Wenn ein Bedarf nach



mehr akademisch Ausgebildeten da ist, wird sich das Angebot der Universitäten entsprechend daran orientieren.

Der **Vorsitzende**: Ich bedanke mich bei Ihnen allen ganz herzlich, bei den Sachverständigen, bei den Zuschauerinnen und Zuschauern und darf die Anhörung damit beenden.

Schluss der Sitzung: 17.10 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB  
**Vorsitzender**