



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

Einzigiger 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

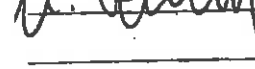
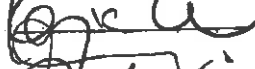
**Mitglieder des Ausschusses**

	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



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

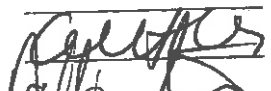
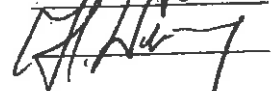
Mittwoch, 17. Mai 2017, 15:45 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
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	

off

18. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
Mittwoch, 17. Mai 2017, 15:45 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
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 <i>+ 14.06.00</i>		Thissen Dr., Karin	
Müller, Bettina		Westphal, Bernd	
Rawert, Mechthild		Ziegler, Dagmar	
Stamm-Fibich, Martina			
<u>DIE LINKE.</u>		<u>DIE LINKE.</u>	
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, 17. Mai 2017, 15:45 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	



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 17. Mai 2017, 15:45 Uhr

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

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Andreas Nolte	CDU/CSU	
A. Reinicke	SPD	
A. Nimbis	SPD	
Sepvan Wilke	CDU/CSU	
Dr. Manfred Lamp	CDU/CSU	
Heike Prestin	Linke	
Alexandra Baranely	Grüne	

Off.

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	PFIFFER FLORIAN		RD-RL
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter	Richter	FAug.P
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

[illegible]

Unterschriftenliste

der Ausschuss für Gesundheit wird
am **Mittwoch, 17. Mai 2017 von 15.45 bis 17.00 Uhr**
im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal,
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin,
eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen durchführen:

Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)249.2

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

Drucksachen 18/10938, 18/11187

geladene Verbände

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

ABSAGE

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

Prof. Dr. Gernot Marx

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien
Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)

Dr. Elisabeth Fix

Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)

ABSAGE

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG
SELBSTHILFE)

Dr. Siiri Doka

Bundesärztekammer (BÄK)

Tobias Nowoczyn

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

ABSAGE

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

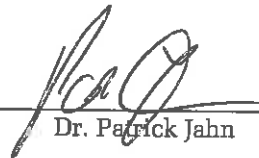


Georg Baum

Deutscher Gewerkschaftsbund

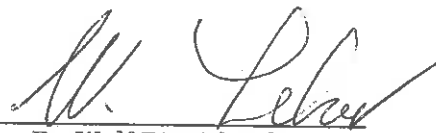
ABSAGE

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)



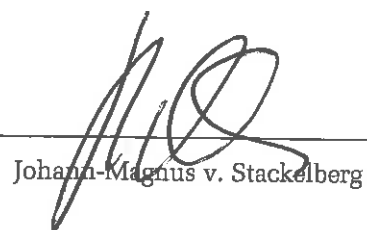
Dr. Patrick Jahn

GKV-Spitzenverband



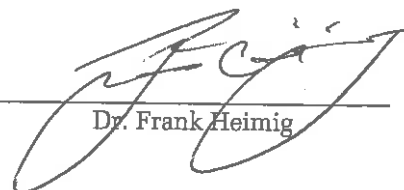
Dr. Wulf-Dietrich Leber

GKV-Spitzenverband



Johann-Magnus v. Stackelberg

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im
Krankenhaus

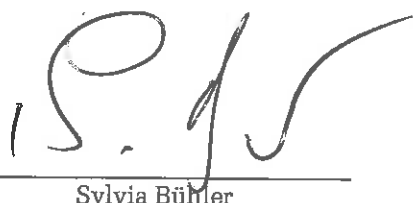


Dr. Frank Heimig

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


Armin Ehl

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft


Sylvia Bühler

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
(PKV)

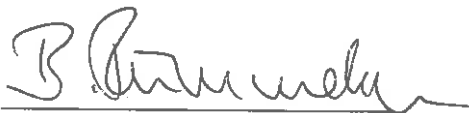

Dr. Norbert Loskamp

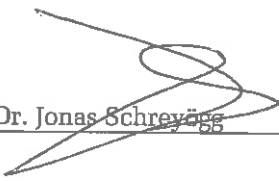
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

ABSAGE

geladene Einzelsachverständige

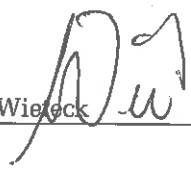
Bernadette Rümmelin




Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Prof. Dr. Michael Simon

ABSAGE


Dr. Pia Wiebeck





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 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 Fraktionen der 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 und 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, die in dieser Kommission zum Teil aktiv mitgearbeitet haben, nach. Die 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 Krankenhäusern festlegen und Pflegepersonaluntergrenzen vereinbaren. Damit sollen Patientinnen und Patienten noch besser als bisher im Krankenhaus geschützt und 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, welche wir zur Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern bereits aufgelegt hatten, zum 1. Januar

2019 in einen Pflegezuschlag überführt werden sollen. Wir bleiben mit den vorgelegten Änderungen unserer Absicht, eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, treu. Ich möchte nun einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren machen. Uns stehen 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 fragen 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, die Mikrofone zu benutzen und sich kurz vorzustellen. Die Mobiltelefone sind auszuschalten. Das kostet sonst fünf Euro. Ich weise auch darauf hin, dass wir jetzt live im Parlamentsfernsehen sind und die Anhörung 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 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 gebräuchlich. Im Ergebnis konnten wir dann 15 Fachabteilungen identifizieren, für die sich ein



Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalbelastungszahl und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisparameter, das heißt 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 von unerwünschten Ereignissen 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 an Herrn Prof. Dr. 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 kann nur die patientenindividuelle Erhebung 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 Einheiten, 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 diese sogenannten vulnerablen Patientengruppen zu richten. Das kann je nach Krankenhausorganisation sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, da eine moderne Krankenhausorganisation mitunter nicht mehr unbedingt nach Fachabteilungsstrukturen agiert, sondern auch schon, je nach unterschiedlichen Pflegeintensitäten, Bereiche für Low Care, Intermediate Care oder High Intensive Care gegründet hat. Das ist sehr heterogen. Mein Plädoyer ist es daher, die Definition nicht am Fachabteilungsbezug festzumachen, sondern das zu nehmen, was schon existent ist. So ist es im Themenkomplex eins in der Pflegeexpertenkommission bearbeitet worden und so wird es in der Begründung des Gesetzentwurfes zitiert. Die Fokussierung auf diese drei sehr stark vulnerablen Patientengruppen würde auch die Verbindung zu den bereits angelegten Verbesserungen herstellen. Diese Patienten wären dann besser in dem DRG-System abgebildet und es könnte ihnen in der Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit Instrumenten wie dem Pflegekomplexmaßnahmen-Score und der 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 des InEK und der Weiterentwicklung gesonderter Personaluntergrenzen für diese vulnerablen Patientengruppen. Daher mein Plädoyer, dass es keinen Sinn macht, eine bundeseinheitliche Personalbemessung über alle Krankenhausbereiche zu ziehen. Es wäre besser und würde dem politischen Willen gerecht, wenn man im Rahmen der Fokussierung auf diese Patientengruppen, die Gewährleistung von mehr



Pflege am Bett den Patienten zugutekommen lässt, 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 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 in den pflegesensitiven Bereichen der Fall, in denen es tatsächlich ein großes Problem gibt, wenn eine bestimmte Mindestpersonalbelastungszahl überschritten wird. Deshalb ist es sinnvoll, das differenziert zu regeln und nicht bundeseinheitliche Standards für Fachabteilung übergreifend festzusetzen.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich wende mich an die DKG und den Verband der PKV, die an der zu treffenden Vereinbarung in unterschiedlichem Maße mitbeteiligt werden. Man weiß nicht, ob am Ende nicht der Bundesminister für Gesundheit tätig werden muss, aber erstmal richtet sich der Auftrag an die DKG und an den Spitzenverband der Krankenkassen. Die PKV wird ins Benehmen gesetzt. Ist das geplante Verfahren geeignet, um diese verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren. Der Gesetzesplan sieht vor, dass es sich bei diesen Pflegepersonaluntergrenzen um das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient handelt.

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. Wir haben in unserer Stellungnahme deutlich gemacht, dass wir diesen Auftrag, Belastungsmindestvoraussetzungen zu schaffen, annehmen, wenngleich grundsätzlich gelten sollte, und deshalb führen Sie 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, nämlich Mindestabsicherungen zu formulieren. Wir sehen uns dazu in der Lage, dies mit dem Spitzenverband auf der Grundlage der vorgegebenen gesetzlichen Kriterien zu erarbeiten und individuell zu konkretisieren. 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. Deshalb würden wir sehr begrüßen, wenn uns die Möglichkeit eines stufenweisen Vorgehens gegeben würde. Der GKV-Spitzenverband 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, beispielsweise der Absenkung von Fallpauschalen, 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 wird es im Bereich der Nachweise, die die Krankenhäuser zu führen haben, erheblichen Diskussionsbedarf geben. Insofern ist es sinnvoll, dass sich das Bundesministerium für Gesundheit eine enge Begleitung des Vorhabens in das Gesetz



geschrieben hat. 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 der Arbeitsmarkt dieses zusätzlich zur Verfügung zu stellende Personal tatsächlich auch hervorbringen. Die Frage der Verhältnis- und Mindestzahlen war nochmal spezifisch adressiert worden. Natürlich kann man noch mehr tun, als Personaluntergrenzen zu etablieren. 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 BÄK und den DPR. Der bisherige Pflegezuschlag umfasst 500 Millionen Euro. Um diesen Betrag soll ab dem Jahr 2019 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 BÄK ausgesprochen wichtig, dass bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen von möglichen Abschlüssen 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 der betroffenen Abteilungen, also ob es jetzt die Intensivabteilung ist oder welches Patientenspektrum dort ist, und die besondere Rolle der

einzelnen Kliniken im Rahmen der Daseinsvorsorge, also die regionalen ambulanten Versorgungsstrukturen. Uns ist insbesondere 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. Uns ist wichtig, dass Sanktionen, die im Rahmen von nicht optimaler Umsetzung erfolgen, keinesfalls zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation führen dürfen. Wir halten es für unverzichtbar, dass für den Fall weiterer Personaluntergrenzen, die BÄK hat sich sehr klar dafür ausgesprochen, es nicht nur um die Pflege gehen soll, sondern auch zum Beispiel um die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern, das heißt dass die Verfügbarkeit von Personal berücksichtigt wird und dass eine entsprechende Gegenfinanzierung sichergestellt wird. Diese Initiative darf sich nicht nur auf die große Gruppe der Pfleger beziehen.

SV **Dr. Patrick Jahn** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Wir begrüßen, dass wir in die Ausgestaltung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingebunden werden sowie das Budget von 830 Millionen Euro. Wir haben uns auch in der Vorbereitung des zweiten Pflegeförderprogramms über die Mittel geäußert und wie wir uns die Ausgestaltung vorstellen. Da sehen wir uns in einer Annäherung. Wir haben noch einige Bedenken hinsichtlich des Zusammenhangs mit den beabsichtigten Mindestpersonalbesetzungen. 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 geht es natürlich immer noch um die Ausgestaltung der Personaluntergrenzen. Die sollten so sein, dass mehrheitlich für die Einrichtungen ein Anreiz besteht, Personal aufzubauen. Die Untergrenze sollte nicht so niedrig definiert werden, 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 Verband der



PKVKV. 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 den 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 klar ist, wer die Anforderungen nicht erfüllt, kann nicht die volle Vergütung bekommen. Wenn Sie schon das Sanktion nennen und 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 uns fragen, so sehr wir Herrn Prof. Schreyögg und seine Vorgehensweise schätzen und auch sinnvoll finden, ob die Datengrundlage ausreichend ist. Deswegen schlagen wir einen zweistufigen Prozess vor. Wir haben verstanden, dass Pflegeuntergrenzen eine derartige Wichtigkeit in der Praxis und im politischen Prozess haben, dass wir keine Zeit verlieren dürfen. Nach unseren Erkenntnissen ist nicht die Methode von Herrn Prof. Dr. 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 ob der Personaleinsatz, der dort wiedergespiegelt wird, wirklich verlässlich ist. Da würden wir gerne eine Zeitspanne einlegen, um auf einer vernünftigen Datengrundlage aufzusetzen. Das führt dann zu Ihrer Frage nach den Hebammen. Bei Hebammen ist es 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 Kopfzahl nicht alle plötzlich nur halbtags arbeiten. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie dieses Gesetzgebungsverfahren dazu nutzen, um vernünftige Datengrundlagen zu schaffen. Ein Hinweis noch. Ein Krankenhaus, das auf die Dauer die Pflegeuntergrenzen nicht schafft, muss vom Netz. Es kann dem Krankenhaus gerne geholfen werden, die Untergrenzen zu erreichen, um eine vernünftige Pflege zur Verfügung zu stellen. Aber aus Sicht der Patienten und Krankenkassen kann es nicht sein. Untergrenzen heißt Gefährdungsgrenzen, ab denen eine Einweisung in ein Krankenhaus für den Patienten gefährlich wird. Da nutzt mir auch eine allgemeine Exkulpation nicht, zu sagen, dass der Arbeitsmarkt es nicht hergebe. Ein Patient braucht vernünftige Pflege, genauso wie einen Operateur und einen Anästhesisten. Wenn die Untergrenze auf Dauer unterschritten wird, muss man Vorkehrungen schaffen, dass das aus Sicherheitsgründen nicht erlaubt ist.

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 in Form von Sanktionen erwachsen, macht sicherlich keine Sinn. Für die Krankenhäuser müssen ein bestimmter Druck sowie ein Anreiz entstehen, diese Personaluntergrenze umzusetzen. Dies wird im Gesetz als Abschläge vorgesehen. Das wäre ein erster gangbarer Weg. Ob man bei diesen Unterschreitungen dann für die Abschläge eine Abstufung ansetzt oder ob man ab einem Punkt, so wie Herr von Stackelberg sagt, dem Krankenhaus tatsächlich den Versorgungsauftrag in dem Bereich entziehen kann, bleibe zu prüfen. Es sei dahingestellt, ob man das über die Krankenhausplanung der Länder oder die Nichtzahlung macht. 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 betrachten. Nun zu der Datengrundlage und der Frage, ob man auch in anderen Bereichen Personaluntergrenzen festschreiben sollte. Das sehe ich 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, ist es sicherlich auch konsequent und richtig, da aktiv zu werden.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband der PKV und die DKG. Die Vertragsparteien sollen künftig 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- beziehungsweise eingestellt werden kann. Man darf diese Regelung aber sicherlich nicht überdehnen. Insofern ist es sinnvoll, mit einzelnen Bereichen im Krankenhaus anzufangen, damit nicht in allen Bereichen, in denen jetzt Personaluntergrenzen gezogen werden, gleichzeitig ein Einstellungsschub erfolgen muss. Das würde der Arbeitsmarkt wahrscheinlich nicht hergeben. Daher plädiere ich für ein gestuftes Vorgehen. Die Ausnahmetatbestände sollte man eng fassen. Hier geht es um die Frage der Nachweise, die die Krankenhäuser zu führen haben. Wir hatten eingangs von jährlichen Nachweisen gehört. Das ist sicherlich ein viel zu großer Zeitraum. Wir sind im Bereich der Neu- und Frühgeborenen bei schichtbezogenen Nachweisen, was sicherlich sehr anspruchsvoll ist. Man braucht aber einen Nachweis, damit klar ist, dass nicht über einen kurzen Zeitraum von Tagen, Wochen, Wochenenden oder Feiertagen einfach Unterbesetzungen in Schichten stattfinden, die dann ein Problem darstellen. Insofern sollte man die Ausnahmetatbestände sehr zielgerichtet einsetzen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir begrüßen das außerordentlich und es ist eine entscheidende Vorgabe des

Gesetzgebers zur Herstellung der Akzeptanz im Bereich der Krankenhausträger. Natürlich gilt für uns, je mehr Personal, desto besser. Das bestreitet 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 bis hin zur Schließung von Krankenhäusern beziehungsweise von „weiter machen dürfen“ gesprochen wird, dann will ich daran erinnern, dass das deutschlandweit und an jeder Stelle, auch dort, wo Krankenhäuser ohne Alternative sind, stattfinden wird. Pflegenotstand stellt sich sehr unterschiedlich im ganzen Land dar. Insofern lebt die Regelung gerade auch für die Einstiegsphase von den Ausnahmen. In der Begründung steht, dass Ausnahmen unverschuldete Situationen beschreiben, die es unzweifelhaft gibt. Kurzfristige Engpässe, zum Beispiel wenn in den Krankenhäusern das Personal selbst krank ist, führen dazu, dass die Relation von Patienten zu Personal nicht mehr stimmt. Wenn wir Epidemien oder lange Frostverhältnisse in Berlin haben, besteht eine ganz andere Personal- und Versorgungsbedarfssituation als im Regelbereich. Aber auch den Arbeitsmarkt, der als Umsetzungshindernis deklariert ist, muss man realistischer Weise in der jetzigen Situation als tatsächliches Hemmnis sehen. Zusätzliche Kräfte können zwar ausgebildet werden, wir haben aber auch andere Arbeitsmärkte, wo zusätzliche Kräfte benötigt werden. Insofern ist es extrem wichtig und ich hoffe sehr, dass es uns gelingt, das auch mit der nötigen Flexibilität im Sinne von Korridoren zu formulieren. Das einzelne Krankenhaus soll, wenn es mit der Nichteinhaltung konfrontiert wird, im Gesetz genannte Kriterien geltend machen können, um diese schwierige oder unmögliche Situation als Einwand gegen die Sanktionen vortragen zu können. Das wäre unser Ziel und dazu gehört natürlich auch, dass der Nachweis über die Ausstattung nicht fallpatientenbezogen, also jederzeit und jeden Tag zu führen ist. Vielmehr soll in der Philosophie dieser Mindestsicherheitsbesetzung eine Glättung über mehrere Perioden, also Monate, zugelassen werden. 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, also der Rechtfertigung der Streitbehaftung, hoffnungslos überfordert.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn 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. Der Zeitrahmen bis Ende 2022 ist 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 Gegenstand der Evaluation sind und 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 Herrn Prof. Dr. Schreyögg und an die 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 miteinander zu vergleichen. In dem genannten Beispiel ist anzumerken, dass das australische System dem britischen sehr ähnlich ist. Sie müssen sich vor Augen halten, dass auf Grund 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 Untergrößen festzulegen.

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

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 dadurch 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 generell 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 nur 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)): Dieser erste Schritt, der die Personalausstattung mit der Qualität in Zusammenhang bringt, ist sehr wichtig. Dies war lange Zeit in Frage gestellt worden oder man hat ordnungspolitische Eingriffe, die unter Umständen erfolgen müssten, nicht gewollt. Wir sehen eine Schwierigkeit bei der Definition dieser pflegesensitiven Bereiche. Bei schlechten Häusern auf eine gute Qualität zu setzen, ist der richtige Ansatz, aber die reine Qualitätsbetrachtung finden wir schwierig. In der Expertenkommission wurden die Themenkomplexe eins und zwei und die Frage der besonderen Pflegebedarfe in bestimmten Bereichen sehr intensiv diskutiert. Diese Erkenntnisse sollten wir in die Definition der pflegesensitiven Bereiche 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, so sind zum Beispiel die Methodik und die Datengrundlage zu verbessern. Es stellt sich auch die Frage, ob wir nicht, da die Krankenhausfinanzierung auf der IT-Ebene erfolgt, auch die Datengrundlage für das InEK verbessern sollten, da auf der Kalkulationsebene sehr viele Daten für die Krankenhäuser anfallen. Hier ist sicherlich Nachbesserungsbedarf zu sehen. Insofern können wir mit dem

gestuften Verfahren für die Ausgestaltung des GKV-Spitzenverbands mitgehen, weil wir 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, dass man beispielsweise 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 kennen keinen Bereich, in dem es egal ist, ob man genug Personal in der Pflege hat. Insofern braucht man in der Tat ziemlich zügig konkrete Zahlen für den gesamten Pflegebereich. Schwierig ist, dass zeigt bereits die Debatte, was Untergrenzen eigentlich heißt. 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 für alle Pflegebereiche Zahlen. Diese müssen sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientieren. Diese 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 (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung Intensiv- und Notfallmedizin) 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 sollten 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 Pflegesensitivität mit den Nachtschichten verknüpfen, also in den Nachtschichten und im Intensivbereich sicherstellen. Die Abkopplung von pflegesensitiv und die Vorgabe einer grundsätzlichen Personalanhaltszahlregelung für diese Bereiche ist konzeptionell ein ganz anderer Weg. Die Nachtschicht betrifft die permanente, tägliche Patientenversorgung und Intensivpflege ist eine Quote von rund fünf Prozent am Patient. Wenn wir das für alle Patienten machen, bewegt man sich mit einer solchen Personalanhaltszahlvorgabe 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 eins zu eins und 100 Prozent. Alle Tarifverträge, Tarifhebungen und Tarifstufenveränderungen müssen dann bezahlt werden. Wenn der Gesetzgeber diesen grundsätzlichen Konzeptionswechsel möchte, dass das DRG-System nicht mehr die tragende Funktion als Preissystem hat, bewegen wir uns stark in die Richtung der Regelung im Psychiatrieentgeltsystem. Dafür muss aber beides zusammen gehen. Wir brauchen dann eine andere Konzeption für die

Finanzierung. Wenn man weitgehende Vorgaben für Personalvorhaltungen ohne Sicherstellung der Finanzierung macht, werden sich 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 in den Krankenhäusern durchgeführt und mit den Kolleginnen und Kollegen gesprochen. Wir haben vorgefunden, dass bei zwei Drittel 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 für 40 Patienten und mehr zuständig. Das halten wir für alle Beteiligten für eine gefährliche Situation und daher nicht für tragbar. Bei zehn 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 hat es so ausgesehen, dass die Pflegefachkräfte zum Teil für mehr als sechs schwerkranke Patientinnen und Patienten zuständig sind. Das ist sehr weit weg von den Vorgaben, die die Fachgesellschaften machen und deswegen brauchen wir hier festgelegte Werte, damit diese gefährliche Pflege ein Ende hat.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Herr Prof. Dr. Schreyögg hat nach unserer Meinung das Richtige gemacht. Er hat die Personalbesetzung 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 nennen. 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. 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. Dies erfordert, dass wir in sämtlichen Schichten und nicht nur im Jahresdurchschnitt bestimmte Anforderungen machen. Herr Prof. Dr. 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. 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 dadurch zur Entlastung des Pflegepersonals kommt, dass die Patienten ambulant versorgt werden und nicht mehr stationär. Das heißt auch, dass wir vielleicht gar kein Pflegekräftemangel, sondern eine falsche Versorgung von bestimmten Patientengruppen im stationären Budget haben.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Schreyögg und Frau Rummelin. Als der Gesetzgeber im vergangenen Jahr den Auftrag an die Expertenkommission gegeben hat, 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 wird. Wie kann sichergestellt werden, dass Patientengruppen mit einem solch 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 (Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der

stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung)) macht. Das Problem an der Stelle ist, dass Sie, wenn Sie 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 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, einen Aufwuchs herzustellen und nicht eine Patientengefährdung herbeizuführen. Es ist ein gutes Qualitätssicherungsinstrument. Wir wissen aus internationaler Erfahrung, dass das besser funktioniert als viele andere Qualitätssicherungsinstrumente. Die von Ihnen genannten Gruppen werden mit erfasst, 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 diese spezifisch vulnerablen Patientengruppen, das sind die Patientengruppen der Demenzerkrankten, der hochbetagten Pflegebedürftigen, eingestuft nach Pflegegraden, und der Menschen mit Behinderung im spezifischen bei der Definition der pflegesensitiven Bereiche in den Fokus nimmt. Da die Logik es nicht hergibt, dass eben ein patientenindividueller Bezug von vulnerablen Patientengruppen über Fachabteilungen flächendeckend abgreifbar ist, ist der Ansatz, dass diese Definitionen nicht nach Fachabteilungen 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. Sich im ersten Schritt nur auf diese Patientengruppe zu beziehen, wäre der gangbare Weg, um dementsprechend die Mittel des Pflegestellenförderprogramms spezifisch auf diese Patientengruppen zuzuleiten. Dabei ist zu beachten, dass die Dokumentation in einem für das Krankenhaus umsetzbaren Wege definiert werden müssen. Deshalb ist es denkbar, 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, die DKG und den DPR. 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 für ein erkanntes Problem finden und dann wird schon diskutiert ob es möglicherweise Träger geben wird, die bereits nach Umgehungen suchen. Da sind wir weit weg von dem Anspruch einer sicheren Versorgung. Wir wissen, dass es Träger gibt, die jetzt schon Überlegungen anstellen, wie man entweder aus anderen Bereichen Personal abziehen kann, um diese neuen Vorgaben zu erfüllen. Oder sie überlegen, wie man dem zusätzlichen Personal andere Aufgaben übertragen 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 zu übertragen, die sie früher gemacht haben. Das finde ich besorgniserregend und macht deutlich, dass man hier ein Tor von Anfang an geschlossen halten muss, damit diese Fehlentwicklungen nicht einsetzen. Hier muss der Gesetzgeber nochmal gucken, wie man dieses Scheunentor

schließen kann. Dabei sind natürlich auch die Selbstverwaltungspartner in der Ausgestaltung gefragt, solchen sich anbahnenden Entwicklungen dementsprechend zu begegnen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich darf einen Grundsatz aus der Ökonomie sagen: Jede Intervention führt zu einer Folgeintervention. Das ist ein Punkt. Wir steuern einen Teilbereich. 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 von einer extrem dynamischen Gesamtsituation gekennzeichnet. 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, also jede Personalveränderung, in eine Kausalität zu dem gesteuerten kleinen Bereich setzen möchte und behaupte, hier findet manipulatives Verschieben von Personal statt, dann ist die Ultima Ratio nur die Gesamtsteuerung des Personals. Oder es gibt ein Kleinkrieg, um jede Veränderung im Patientengut und in der Personalausstattung des Restbereichs, der exakt dokumentiert werden und dann in der Diskussion mit den Kassen mit enormen Streitbehaftungen Fall für Fall durchdekliniert werden müsste. Da bitte ich Sie um Vertrauen in die Träger der deutschen Krankenhäuser, dass die definierten Untergrößen auch im Sinne der Philosophie, die wir ja gemeinsam mittragen, umgesetzt werden. Sie müssten schon mit einer Null-Punkt-Messung beginnen, was heute gesicherter Zustand im gesamten Bereich aller Krankenhäuser ist 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 Rümmelin 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. Ich glaube, die Pflege hat eine andere Sichtweise und wir brauchen ein Mitentscheidungsrecht an der Stelle. Wie soll das ausgestaltet werden? Wir werden es wahrscheinlich im ersten Schritt nicht mit einer Datenzahlenbasis untermauern können. Ziel ist es, Datensätze mit qualitätssensitive Qualitätsindikatoren für die Pflege und mit anderen Indikatoren aufzubauen. Kurzfristig gilt, Personaluntergrenzen sind zwischen den Akteuren auszuhandeln. 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 mit 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 G-BA verorten, dass hier andere Zahlen zu Grunde gelegt werden können. Es ist auch ganz spannend, die Daten herzunehmen, 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 erhalten 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 Fehlanreize und Risiken eines durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystem in einem Sektor sehen, in dem der Personalkostenanteil über 70 Prozent der Betriebskosten ausmacht. Viele Krankenhäuser reagieren auf veränderte Entgelte, indem sie einfach das Personal reduzieren und einschränken. Insofern denken wir, das ist der richtige Weg für einen Ansatz. Dort, wo die Finanzierung mit den 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. Es ist in der Diskussion öfters gesagt worden, dass der Markt der Fachkräfte leer sei. 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 sie ist regional unterschiedlich. 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 eine ziemlich große Anzahl von jungen Menschen sofort nach der Ausbildung aus dem Beruf flüchten, weil sie in der Ausbildung erkannt haben, dass sie 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 oder die aus dem Beruf rausgegangen sind, dass man die wieder für den Arbeitsmarkt und für die Krankenhäuser gewinnt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage zur Datenlage an Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Wie kann man mit Abrechnungsdaten unschöne Ereignisse definieren?

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Das ist international Usus und eine etablierte Methodik, mit Krankenhausabrechnungsdaten unerwünschte Ereignisse zu definieren. Da haben wir nur solche herangezogen, die international validiert sind und in anderen Ländern herangezogen werden. Da können Sie tatsächlich über Diagnosen bestimmte Dinge, wie zum Beispiel Infektionsraten und anderes 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 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 Herrn Prof. Dr. 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, das wäre die Definition der Untergrenze. Die Zahlen, die jetzt schon veröffentlicht sind, liegen deutlich 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, dass die Untergrenze noch ein Stück nach unten verschoben werden kann. Das ist unsere große Sorge, die wir hoffentlich in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung klären

können. Es ist ein Aufbau möglich. Das war auch die ursprüngliche Intention in diesem Bereich.

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

ESV **Dr. Pia Wietek**: Grundsätzlich ist es wahrscheinlich die einzige Möglichkeit momentan, überhaupt irgendwas aussagen zu können, weil wir aktuell keine Datenlage haben. Aber wie 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 sind oder nur Rückschlüsse zulassen, aber andere nicht. Wenn Sie zum Beispiel Wochenbettstationen nehmen, wäre es 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, ob die Personalunterbesetzungsgrenzen auf bestimmte Qualitätsergebnisse sensitiv sind. Es geht darum, dass man hier nochmal genau sehen 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 ausgewiesenen Minimumwerte aufgestellt 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 damit 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 zehnprozentige Akademisierung am Bett zum Beispiel das Mortalitätsrisiko um



sieben Prozent senken würde. Das heißt, es sind Missstände, 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** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Frau Dr. Wieteck, ich möchte gerne konkret nachfragen, welche Lösungsansätze zur Festlegung der Pflegepersonalmindestbesetzung pro Person Ihre Fachgesellschaft empfiehlt. 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 und in einem ersten Schritt Untergrenzen definieren sollten. Es kann nur ein Aushandlungsprozess aus pflegfachlicher Sicht stattfinden. Das heißt, wir brauchen hier Expertengremien. Die Entscheidungshoheit muss mit dem Deutschen Pflegerat abgestimmt werden, damit eine symmetrische Kommunikation überhaupt stattfinden kann. Wir brauchen auch eine Berücksichtigung der kalkulierten Aufschläge in dem 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 kommen 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 und die Medikationsfehler sowie Angaben, wie gut Mitarbeiter zum Beispiel aktivierend anleitend arbeiten, wie Präventivmaßnahmen laufen und welche Wirkungen sie haben. Wir sollten stufenweise vorgehen und ein Qualitätsindikatorenset aufbauen und etablieren. Wir müssen jährlich oder alle zwei Jahre 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 hinkommen, die Attraktivität und Beschäftigungsfähigkeit der Pflegeberufe in den Griff zu kriegen, dann werden wir in ein massives Versorgungsleck laufen und das nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch in der Altenpflege.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich stelle eine Frage an den GKV-Spitzenverband. 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 es nicht daran liegt, dass die Anzahl der Pflegekräfte hier niedriger ist, sondern dass es in anderen Ländern ein sehr viel intensiveres Patientenguthaben gibt und man ganz andere Anhaltswerte hat als hier. Das hängt damit zusammen, dass viele Patienten, die bei uns in stationären Settings 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. Der Grundsatz aber, das Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften dem internationalen Standard anzugleichen, ist natürlich richtig.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Sie haben bestimmte Ergebnisindikatoren zugrunde gelegt, die aus diesen Abrechnungsdaten kommen. Ich frage Sie, wie das mit anderen Ereignissen wie Stürzen oder Medikationsfehler ist. Müsste man diese Indikatoren bei der Frage „Pflegebemessung“ mit berücksichtigen, da sie letztlich auch mit der Qualität der Pflege zusammen hängen.

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Stürze und Medikationsfehler befinden sich in manchen internationalen Publikationen. Man kann aber nicht sagen, dass



das genauso validierte Qualitätsindikatoren sind wie die, 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 sehen. 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 politisch weiter beschäftigen. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend.

Schluss der Sitzung: 17.10 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender