



Wortprotokoll der 8. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 18. April 2018, 15.00 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen

BT-Drucksache 19/30

Pflegepersonalmangel

- b) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Haushaltsausschuss

Sofortprogramm gegen den Pflegenotstand in der Altenpflege

BT-Drucksache 19/79



c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege

BT-Drucksache 19/446

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

d) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus

BT-Drucksache 19/447

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Steffen, Sonja Amalie Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kloke, Katharina Kober, Pascal Theurer, Michael
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Elisabeth Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 15.03 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich eröffne unsere erste Anhörung im Gesundheitsausschuss in dieser Legislaturperiode. Ich darf Sie, meine Damen und Herren, alle Zuschauer und natürlich auch alle Sachverständigen herzlich willkommen heißen. Ich freue mich, dass wir unsere erste Anhörung zu einem so wichtigen Thema durchführen können. Zu meiner Linken begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss, die bei dieser Anhörung erstmalig in ihrer neuen Funktion dabei ist, sowie den neuen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus und die weiteren Vertreter der Bundesregierung. Herrn Westerfellhaus darf ich ganz herzlich gratulieren. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg und eine glückliche Hand bei der Bewältigung Ihrer großen und vielfältigen Aufgaben. In dieser Anhörung beschäftigen wir uns mit vier Anträgen der Oppositionsfraktionen. Das sind die Anträge der Fraktion DIE LINKE. „Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen“ (19/30) und „Sofortprogramm gegen den Pflegenotstand in der Altenpflege“ (19/79) sowie zwei Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege“ (19/446) und „Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus“ (19/447). Die vorliegenden Anträge von Linken und Bündnisgrünen greifen ein Thema auf, das uns in den letzten Monaten sehr beschäftigt hat. Es geht um die Personalausstattung im Krankenhaus und in Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland, es geht um die Qualität der Pflege, Patientensicherheit und die Gesundheit der Pflegekräfte und um eine angemessene Bezahlung der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Beide Fraktionen fordern die Bundesregierung zum Handeln auf und schlagen verschiedene Maßnahmen vor. DIE LINKE. will unter anderem die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus deutlich erhöhen und die Finanzierung durch die Kostenträger sichern. In der Altenpflege soll es künftig einen bundeseinheitlichen und verbindlichen Personalschlüssel geben. Der Pflegevorsorgefonds soll in einen Pflegepersonalfonds umgewandelt werden. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert die Auflage eines Sofortprogramms in Höhe von 1,3 Mrd. Euro im Jahr. Aus dessen Mitteln sollen zusätzliche Pfl-

gekräfte gefördert werden. Weiter schlagen sie verbindliche Personalbemessungsinstrumente vor. Auch sie fordern die Auflösung des Pflegevorsorgefonds und dessen Umwandlung in Investitionen für ein Sofortprogramm. Das sind Themen, mit denen sich auch die Bundesregierung aktuell beschäftigt. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Menschen, die in der Pflege arbeiten, ist unser gemeinsames Anliegen.

Ich darf Ihnen, bevor wir in die Diskussion einsteigen, einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren geben. Die Anhörung dauert genau 90 Minuten. Die Fragen werden abwechselnd in einer festen Reihenfolge gestellt. Diese Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es darf an jeden Sachverständigen eine Frage gestellt werden und ich weise darauf hin, dass die Wortbeiträge möglichst kurz gehalten werden sollten. Das ermöglicht uns allen, viele Fragen an viele Sachverständige zu stellen und dadurch viele Informationen zu erhalten. Ich darf die Sachverständigen bitten, ins Mikrofon zu sprechen und dabei ihren Namen und Verband zu nennen. Das erleichtert die Protokollierung der Anhörung und diejenigen, die sich die Anhörung als Aufzeichnung anschauen, können die Sachverständigen zuordnen. Dann noch ein Hinweis: Wir haben im Ausschuss, auch bei Anhörungen, die Gepflogenheit, dass ein Handyklingeln fünf Euro kostet. Die fünf Euro werden umgehend eingesammelt und später einem guten Zweck zugeführt. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen übertragen. Außerdem kann die Anhörung jederzeit in der Mediathek des Deutschen Bundestages angeschaut werden. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht.

Soweit die Formalien. Dann darf ich der gesundheitspolitischen Sprecherin der CDU/CSU, Karin Maag, das Wort für die erste Frage erteilen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Hug. Wie bewerten Sie die derzeitigen Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner zur Festlegung von pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus und der entsprechenden Personaluntergrenzen unter Einbeziehung der Ankündigung, diese Verhandlungen abzubrechen?



ESV **Josef Hug**: Ich bin als Pflegedirektor und Prokurist am Klinikum Karlsruhe Teil der Verhandlungskommission der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu Personaluntergrenzen. Ich sehe die Verhandlungen auf einem sehr guten Weg. Es wird uns gelingen, bis zum 30. Juni 2018 ein Ergebnis vorzulegen. Die ersten Einschätzungen über die sechs Bereiche sind inzwischen von Pflegefachleuten und Pflegewissenschaftlern bestätigt worden. Derzeit läuft die Erfassung der Ist-Situation in deutschen Krankenhäusern. Ich bin zuversichtlich, dass die Selbstverwaltung diesen Auftrag erfüllt. Ein Abbruch wäre aus meiner Sicht fatal, weil dieser ein falsches Zeichen für das Pflegepersonal im Krankenhaus setzen würde. Pflegepersonaluntergrenzen sind für mich eine absolute Notwendigkeit und eine rote Linie, die unter keinen Umständen unterschritten werden darf. Allerdings decken diese nicht den tatsächlichen Pflegebedarf ab.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Elsbernd. Was halten Sie von verbindlichen Personaluntergrenzen für alle Bereiche im Krankenhaus? Wie können wir in Zukunft sicherstellen, dass vor allem der individuelle Pflegebedarf von Patientinnen und Patienten berücksichtigt wird, d. h. wie muss eine gute Personalbemessung im Krankenhaus aussehen?

ESVe **Prof. Dr. Astrid Elsbernd**: Mich bestürzt es ein wenig, dass wir uns über Personaluntergrenzen unterhalten. In Krankenhäusern befinden sich Menschen, die sehr schwer krank sind. Diese sind in aller Regel oft pflegebedürftig und bedürfen einer guten pflegerischen Versorgung. Wir sollten uns deshalb über eine vernünftige Personalausstattung und nicht über Personaluntergrenzen unterhalten. Ich wünsche mir, dass man die Personalbemessungsinstrumente überprüft und überlegt, ob man sie einsetzen kann. Alle internationalen Studien haben gezeigt, dass erheblich mehr Pflegepersonal in deutschen Krankenhäusern eingestellt werden müsste, wenn man Personalbemessungsinstrumente anwenden würde.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an Frau Francois-Kettner vom Aktionsbündnis Patientensicherheit. Gerade im Bereich der häuslichen

Pflege und im Rahmen der Langzeitpflege nach SGB XI übernehmen Angehörige in großem Umfang die pflegerische Anschlussversorgung der Patienten. Andererseits ist es so, dass das SGB XI eine besondere Form der Unterstützung und Anleitung außerhalb der Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes nicht vorsieht. Sollten Ihrer Ansicht nach Kooperations- oder Arztservicestellen im Krankenhaus geschaffen werden? Würden Sie das unterstützen?

SVe **Hedi Francois-Kettner** (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)): Der Schwerpunkt unserer Stellungnahme liegt auf dem Krankenhaussektor. Selbstverständlich ist es hilfreich, wenn es überbrückende Kooperationen gibt. Zunächst einmal muss sich aber die grundsätzliche Besetzung in den Einrichtungen ändern, damit eine adäquate Regelversorgung gewährleistet werden kann.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Pimpertz. Wie bewerten Sie den Vorschlag, den Pflegevorsorgefonds aufzulösen und aus dessen Mitteln ein Sofortprogramm für Pflegekräfte in Höhe von 1,2 Mrd. Euro im Jahr aufzulegen?

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Primäre Funktion des Pflegevorsorgefonds ist die Glättung der Beitragssatzentwicklung in den kommenden vier Jahrzehnten, wenn der demografische Wandel zu erheblichen Beitragssatzsteigerungen unter Status quo-Bedingungen führen wird. Das ist so zu verstehen, dass die Mitglieder der geburtenstarken Jahrgänge bzw. der Ruhestandsjahrgänge mit in die Finanzierungsverantwortung genommen werden, um die Lasten jüngerer Jahrgänge nicht in die Höhe zu treiben. Daraus ergibt sich, was durch die Auflösung bzw. Umwandlung des Pflegevorsorgefonds passieren würde. In dem Maße, wie dadurch zusätzliche Leistungsversprechen finanziert werden, entstehen ad hoc weitere Leistungsversprechen und Finanzierungserfordernisse. Davon profitieren vor allen Dingen Menschen älterer Jahrgänge, die höhere Pflegefallwahrscheinlichkeiten aufweisen, aber nicht mehr im gleichen Maße für die Finanzierung der Leistungsversprechen Pflege einstehen werden wie jüngere Kohorten. So fehlen für diese die



Mittel, um in der Phase nach 2035 bis 2050 die Beitragssatzentwicklung zu glätten. Durch Leistungsversprechen werden zusätzliche Finanzierungserfordernisse aufgesattelt. Lange Rede, kurzer Sinn: Wir werden über zusätzliche Leistungsversprechen nicht sprechen können, ohne dass man die verteilungspolitischen Implikationen zulasten jüngerer Generationen diskutiert.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Mauel vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Wo sehen Sie Möglichkeiten zur Entbürokratisierung in der Pflege und welche Rolle spielt dabei die Digitalisierung?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Fachkräfte benötigen gute Arbeitsbedingungen und Entbürokratisierung muss dazu beitragen, Arbeitszeit zu schaffen, die Patienten oder Bewohnern zugutekommt. Wir haben in den letzten Jahren einen erfolgreichen Entbürokratisierungsprozess gestartet, den wir fortsetzen, wobei wir aufpassen müssen, dass er nicht gefährdet wird. Wenn wir künftig strukturierte Datenerhebungen für Indikatorenmessungen machen müssen, sollten wir aufpassen, dass das, was wir vorher abgeschafft haben, nicht konterkariert wird. Das bereitet uns Sorge. Im Zukunftsfeld geht es um E-Health und um die Telematik-Infrastruktur. Die Pflege wird völlig außer Acht gelassen, wenn es beispielsweise um Entlassbriefe oder die Medikation geht. Das sind banale Dinge, die wir jeden Tag brauchen. Es ist bislang nicht vorgesehen, dass wir daran beteiligt werden. Auch Abrechnungsverfahren erfolgen schlichtweg doppelt und dreifach. Hier muss Ordnung geschaffen werden, damit die formalen Bedingungen erfüllt sind. Es darf aber nicht passieren, das war in der vergangenen Legislaturperiode der Fall, dass es ein Problem gibt und dann für alle Pflegedienste neue Regularien gelten. Das macht die Arbeit schwierig.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Frau Sturzenegger, Sie fordern, bundesweit einheitliche Personalschlüssel für Pflegeheime verbindlich vorzuschreiben. Sie betonen außerdem, dass es sich dabei nicht um Untergrenzen oder um Mindestanforderungen handeln darf, sondern dass dabei eine qualitativ gute Pflege herauskommen muss.

Wie müssen Personalschlüssel ausgestaltet sein und welche Bedingungen müssen geschaffen werden, damit die vorgeschriebenen Personalschlüssel eingehalten und nicht unterlaufen werden können?

Sve **Rieke Sturzenegger** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Wir halten es für dringend, verbindliche bundeseinheitliche Personalschlüssel einzuführen. Über unser Patientenschutztelefon berichten uns Angehörige vermehrt von den Auswirkungen der Personalnot in den Pflegeheimen. Wir alle wissen, dass gute Pflege ausreichend Personal braucht. Die Personalrichtwerte, die derzeit auf Länderebene gelten, reichen nicht aus. Sie variieren von Land zu Land sehr stark. In Bayern gilt für einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 ein Personalschlüssel von 1 zu 2,6, in Schleswig-Holstein gibt es einen Korridor und im schlechtesten Fall liegt der Personalschlüssel bei 1 zu 3,9. Das ist ein großer Unterschied. Das Bedürfnis nach guter Pflege ist aber im Norden und im Süden gleich. Deshalb können wir nicht bis 2020, bis die Personalbemessungsinstrumente entwickelt und erprobt sind, warten. Wir brauchen jetzt verbindliche und bundeseinheitliche Personalschlüssel. Die sollten sich aus unserer Sicht nicht als Untergrenzen darstellen, sondern an guter Pflege und am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert sein. Sie sollten nach Pflegegraden differenziert sein, um der Bewohnerstruktur und dem tatsächlichen Pflegebedarf Rechnung zu tragen. Weiter sollten sie für Tag- und Nachtschichten eingeführt werden. Damit diese Personalschlüssel nicht umgangen werden können, ist es wichtig, dass bundeseinheitlich Fachkraftquoten eingeführt werden. Die sollten nicht unter 50 Prozent liegen. Darüber hinaus brauchen wir Personal. Daran fehlt es derzeit nicht nur auf den Stationen, sondern auch auf dem Arbeitsmarkt. Deshalb muss die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert werden. Dazu liegen viele Vorschläge auf dem Tisch und die müssen umgesetzt werden. Für uns ist es wichtig, dass die Pflegekräfte mehr Verantwortung bekommen, denn über die Verordnung eines Hilfsmittels weiß eine Pflegekraft häufig besser Bescheid als ein Arzt. All das darf nicht zulasten der Pflegebedürftigen passieren. Schon heute sind viele Pflegeheimbewohner auf Hilfe zur Pflege angewiesen. Die Zahl wird noch steigen. Die Pflegeheimkosten explodieren und deswegen ist es wichtig, dass die Pflegeheimbewohner nicht zusätzlich belastet, sondern entlastet werden. Wir



haben deshalb den Vorschlag gemacht, die Pflegesachleistungen ambulant und stationär pauschal um 500 Euro zu erhöhen, um den Kostenanteil der Pflegebedürftigen zu reduzieren. Weiter fordern wir eine verbindliche jährliche Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherungen, um diese an die Einkommensentwicklung anzupassen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Alexander Jorde. Ich freue mich sehr, dass Sie uns als Auszubildender in der Pflege hier zur Verfügung stehen. Sie sind der breiten Öffentlichkeit im vergangenen Sommer sehr schnell bekannt geworden, als es Ihnen gelungen ist, Frau Bundeskanzlerin Merkel vor laufenden Kameras mit der dramatischen Situation in der Pflege zu konfrontieren und sie konkrete Forderungen zur Verbesserung der Personallage gestellt haben. Wie stellt sich aus Ihrer Sicht die Situation in der Pflege dar? Was sind die Erfahrungen, was brennt Ihnen und den Kolleginnen und Kollegen am meisten unter den Nägeln? Glauben Sie, dass unsere grünen Sofortprogramme, die wir heute beraten, kurzfristig Abhilfe schaffen könnten?

ESV **Alexander Jorde**: Es gibt eine Vielzahl von Problemen, die die professionell Pflegenden in den Krankenhäusern, aber auch in den Altenpflegeheimen belasten. Das eine sind die Arbeitsbedingungen, die sich massiv verändern müssen. In Deutschland betreut eine Pflegekraft oder eine Pflegefachkraft im Krankenhaus im Schnitt 13 Patienten. Damit steht Deutschland im internationalen Vergleich ziemlich weit unten auf der Liste. In vielen anderen europäischen Ländern sieht es deutlich besser aus. Das ist einer der gewichtigsten Punkte. Denn wenn ich mehr Patienten betreuen muss, bleibt am Ende viel weniger Zeit für den einzelnen Patienten. Das frustriert nicht nur, weil man eine ganzheitliche, an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Pflege, wie man sie in der Ausbildung lernt, nicht mehr schafft, sondern es demotiviert, weil man in der Frühschicht im Schnitt acht bis zwölf Kilometer läuft. Gleichzeitig ist die psychische Belastung hoch. Man muss bei der Arbeit viel nachdenken, man trägt viel Verantwortung und am Ende schafft man nie das, was man eigentlich schaffen möchte. In diesen Beruf geht man nicht, um durch die Gegend zu hetzen und eine Aufgabe

nach der anderen abzarbeiten, ohne noch zu wissen, was man da eigentlich macht. Es geht darum, die Menschen vernünftig zu versorgen. Das ist aktuell nicht mehr möglich. Wir haben schon jetzt einen eklatanten Pflegefachkräftemangel. Man geht davon aus, dass es in zwölf Jahren, also 2030, einen Fachkräftemangel von annähernd 400 000 Pflegekräften geben wird. Man muss sich überlegen, wie man die Attraktivität des Berufes steigert und woran es liegt, dass wir keine Pflegekräfte mehr haben.

Die Pflegekräfte im Krankenhaus gehen im Schnitt nach 7,5 Jahren aus dem Beruf. Das heißt, es liegt nicht daran, dass wir zu wenige Leute haben und für die Ausbildung gewinnen, sondern dass die Leute den Beruf sehr früh wieder aufgeben. Das hat die gerade genannten Gründe. Dem kann man entgegen treten, indem man klare Anreize schafft. So muss das Gehalt deutlich steigen. Wir haben drei Faktoren: Wir haben eine gute Ausbildung, wir haben einen hohen Bedarf an Pflegefachkräften und wir haben eine hohe Verantwortung in dem Beruf. Bei den Arbeitsbedingungen muss man Anreize über eine verbindliche Personalbemessung schaffen, die über das hinausgeht, was es im Moment gibt und die eine bessere Nurse-Patienten-Rate ermöglicht. Als Auszubildender kann ich bestätigen, dass durch den Personalmangel auch die Ausbildung leidet. Es ist auf der Station keine Zeit dafür, die Lernenden als solche wahrzunehmen, da sie als Arbeitskraft eingesetzt und gebraucht werden. Das muss sich ändern. Das heißt, wir brauchen höhere Gehälter und vor allem in der Altenpflege braucht man eine Tarifbindung, um der Verantwortung und dem Bedarf an Pflegefachkräften gerecht zu werden. Gleichzeitig müssen die Arbeitsbedingungen, auch durch geringere Betreuungszahlen, verbessert werden.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich möchte noch einmal die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Elsbernd ansprechen. Wie kann die Personalbemessung im Krankenhaus so gestaltet werden, dass die Pflege die notwendige Gewichtung erhält und sich am individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert?

ESVe **Prof. Dr. Astrid Elsbernd**: Wir kennen empirisch getestete Personalbemessungssysteme aus dem Ausland. Alle diese Systeme zeigen, dass es



mehr Personal brauchen würde. Wenn man diese Systeme hier entwickelt und anwendet, wird das das Ergebnis sein. Die Befundlage im Krankenhaus ist alarmierend. Seit 2013 haben die Personalkosten im ärztlichen Dienst die Personalkosten im Pflegedienst mit 32 zu 30 Prozent überholt. Das war ein neuralgischer Punkt, den kaum jemand wahrgenommen hat. Es hat sich bewahrheitet, dass auf Kosten der Berufsgruppe Pflege gespart wurde. Wenn man mit Personalbemessungsverfahren nicht weiterkommt, könnte man die Budgetierung wieder einführen und dafür sorgen, dass die Personalkosten im ärztlichen Bereich dauerhaft nicht stärker ansteigen dürfen als im pflegerischen Bereich. Das hätte den Effekt, dass wir die Berufsgruppe nicht nur vor weiterem Abbau schützen, sondern wieder in ein vernünftiges Verhältnis setzen. Durch den Aufbau des ärztlichen Dienstes auf über 30 Prozent von 2007 bis 2015 wurde mehr Leistungsdichte provoziert. Die Pflegenden haben immer weniger Zeit, ihrem eigentlichen Geschäft, der Pflege von Menschen, nachzugehen. Die Menschen im Krankenhaus, das möchte ich noch einmal wiederholen, sind in erheblichem Maße und auf allen Stationen pflegebedürftig. Mein Vorschlag: Budgetierung der Personalkosten.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Hug. Wie bewerten Sie die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der Krankenpflege? Mit Ihrer Erfahrung müssten Sie darüber eine klare Aussage treffen können.

ESV **Josef Hug**: In der Kombination sind diese Maßnahmen durchaus geeignet, eine Trendwende der Pflegepersonalentwicklung im Krankenhaus herbeizuführen. Die für mich mit Abstand wichtigste Maßnahme ist die volle Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen. Heute haben wir gesehen, was in den nächsten 30 Monaten diesbezüglich auf die Krankenhäuser zukommt. Dass diese Tarifsteigerungen bisher nicht gegenfinanziert wurden, war neben der Investitionsfinanzierung eines der drängendsten Probleme der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren. Das ist für mich die wichtigste Maßnahme. Die zweite Maßnahme sind die Personaluntergrenzen. Sie sind eine Sicherheitslinie und ich

bin dankbar, dass man sie auf alle Bereiche ausgedehnt hat. Das wird natürlich noch eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Die dritte wichtige Maßnahme ist das Pflegepersonalsonderbudget. Ich zitiere: „Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von den Fallpauschalen vergütet werden.“ Natürlich hat ein solches System Vor- und Nachteile. Vorausgesetzt dieses Budget ist voll finanziert, unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz, ist flexibel und lässt auch Innovationen innerhalb dieses Pflegebudgets zu, dann ist dieses Budget durchaus parallel zum DRG (Disease Related-Groups)-System zu führen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Hug. Inwieweit ist in Krankenhäusern ein flexibler Personaleinsatz, ungeachtet von Personalmindestvorgaben, im Hinblick auf Grippewellen, Epidemien usw. notwendig?

ESV **Josef Hug**: Die Frage stellt sich in der Tat bei Grippewellen und Epidemien, wie wir sie gerade hinter uns haben. Wir hatten in Baden-Württemberg in den letzten Wochen die qualitativ wie quantitativ stärkste jemals gemessene Grippewelle. Wir haben in unserem Klinikum keine Leistungseinschränkung gehabt, obwohl wir insgesamt vier Quarantänestationen eingerichtet haben. Zusätzlich zu den zwei vorhandenen Infektionsstationen wurden zwei weitere eingerichtet. Beim Personal gab es einen krankheitsbedingten Ausfall durch Grippefälle, der doppelt so hoch war wie normal. In dieser Situation war die Versorgung nur sicherzustellen, weil viele Mitarbeiter bereit waren, einzuspringen. Das wird auf Dauer nicht funktionieren. Aus meiner Sicht müssen Krankenhäuser, um dem Versorgungsauftrag zu entsprechen, immer in der Lage sein, solche besonderen Situationen zu bewältigen und auf sie zu reagieren. Bei dieser Grippewelle hat man das sehr deutlich gesehen. Konzepte diesbezüglich sind aus meiner Sicht sinnvoll und notwendig, dürfen aber auf Dauer nicht darauf aufbauen, dass es Mitarbeiter gibt, die jederzeit auf Abruf zur Verfügung stehen. Wir müssen in den Krankenhäusern eine Personalausstattung mit entsprechend flexiblen Diensten haben, um jeder Herausforderung jederzeit gerecht zu werden.



Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, an Frau Grit Genster. Innerhalb Ihrer Organisation haben Sie die Möglichkeit, Arbeitskämpfe mit dem Streikrecht zu unterstützen. Sehen Sie eine besondere Verantwortung im Bereich Pflege und Krankenhaus, wenn Sie dieses Instrument einsetzen?

Sve **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir haben uns mit unserer Stellungnahme auf das Thema gesetzliche Personalausstattung in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen konzentriert. Ich möchte dennoch etwas zu der Frage sagen. Tatsächlich haben wir in den vergangenen Monaten Streikmaßnahmen in Krankenhäusern durchgeführt, um Tarifverträge und Tarifbedingungen, die zu besseren Arbeitsschutzbedingungen und zu besserem Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz führen, durchzusetzen, weil wir der Auffassung sind, die Arbeitgeber haben eine Verantwortung, bessere Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der Pflege durchzusetzen. Der Gesetzgeber trägt die Verantwortung dafür, dass eine sichere und hochwertige Patientinnen- und Patientenversorgung gewährleistet werden kann. Deshalb ist es wichtig, dass sowohl für die Altenpflege als auch für die Krankenpflege bundeseinheitliche, gesetzlich verbindliche Personalvorgaben, die sich am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten und der Pflegebedürftigen bemessen, durchgesetzt werden. Das kann nicht Aufgabe der Tarifvertragsparteien sein.

Abg. **Bettina Moll** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an Frau Genster von ver.di. Wie bewerten Sie die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen zur Stärkung der Pflege und insbesondere die Schaffung der 8 000 zusätzlichen Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen?

Sve **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Obwohl die Beschäftigten in der Pflege jeden Tag alles aus sich herausholen und einspringen, auf Pausen verzichten, Überstunden vor sich herschieben und nicht abbauen, können sie nicht so pflegen, wie sie es gelernt haben und wie es ihren eigenen Ansprüchen genügt. Das führt dazu, dass wir in der Krankenpflege, aber ganz

besonders in der Altenpflege überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten durch Krankheit und insbesondere durch psychische Erkrankungen haben. Die Arbeitsbedingungen machen krank. Sie führen dazu, dass Beschäftigte nicht bis zur Rente gesund im Beruf verbleiben können. Dreiviertel der Beschäftigten können sich nicht vorstellen, bis zur Rente in diesem Beruf zu arbeiten. Deshalb muss sich dringend etwas verändern und eine verbesserte Personalausstattung in der Kranken- und in der Altenpflege eingeführt werden. Das für die stationäre Altenpflege angekündigte Sofortprogramm von zusätzlichen 8 000 Fachkraftstellen bleibt mit durchschnittlich etwas mehr als einer halben Fachkraftstelle pro Einrichtung ganz deutlich hinter den Erwartungen der Beschäftigten in der Altenpflege zurück. Das ist tatsächlich nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Allerdings, und das beurteilen wir positiv, sollen diese 8 000 Fachkraftstellen für Teile der medizinischen Behandlungspflege systemkonform aus dem SGB V finanziert werden. Hier hat der Koalitionsvertrag wichtige Weichen gestellt. Konsequenterweise müssten allerdings die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in den vollstationären Einrichtungen vollständig aus dem SGB V finanziert werden. Deshalb sind hier weitere Maßnahmen und auch weitere Stellen notwendig. Positiv wirkt sich die systemkonforme Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege auch auf die Pflegebedürftigen aus. Die neuen Stellen werden den Eigenanteil der Pflegebedürftigen nicht belasten. Bis zur Umsetzung des Verfahrens für Personalbemessung im Jahr 2020 müssen weitere Sofortprogramme folgen und deutlich mehr als 8 000 Stellen geschaffen werden. Für die stationäre Pflege fordert ver.di deshalb einen Personalschlüssel von eins zu zwei, d. h. von einer Pflegekraft zu zwei Bewohnern. Zudem müssen nachts mindestens zwei Pflegekräfte im Wohnbereich anwesend sein. Finanziert werden könnte dies durch die Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds. Damit könnten zusätzliche, tarifvertraglich vergütete Pflegestellen geschaffen werden.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie hat sich die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern und die Zahl der Ausbildungsplätze in der Krankenpflege in den letzten zehn Jahren entwickelt und welche Rolle spielt dabei



das Pflegestellenförderprogramm der letzten Bundesregierung?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Krankenhäuser befinden sich in einem permanenten Prozess des Aufbaus von Personal, ganz besonders von Pflegepersonal. Es ist aber wichtig, neben dem Pflegepersonal auch das pflegeentlastende Personal mit in den Fokus zu nehmen. Wir haben zum Beispiel in den letzten zehn Jahren 50 000 zusätzliche Stellen in Funktionsbereichen und in medizinisch-technischen Diensten eingerichtet. Das sind Dienste, in denen früher Pflegefachkräfte tätig waren, die jetzt für die Pflege freigestellt sind. Die Zahl der Pflegevollkräfte ist von knapp 300 000 im Jahr 2007 auf 325 000 im Jahr 2016 gestiegen. Wenn das auf den aktuellen Stand hochgerechnet wird, haben wir heute weitere 30 000 Pflegevollkräfte. In diesem Zeitraum wurden zwei Pflegeprogramme aufgelegt. Das eine läuft noch, das andere fand in den Jahren 2009 bis 2011 statt. Von den 30 000 Kräften, die bis Ende 2017 in das System gekommen sind, dürften etwas mehr als die Hälfte programmfinanzierte Pflegekräfte sein. Aber wenn man die tatsächliche Situation, d. h. den gesamten Personalaufbau berücksichtigen will, muss man die ergänzenden Kräfte sehen. Keine Pflegekraft in Krankenhäusern putzt heute mehr und Transportdienste oder die Frühstücksversorgung werden von externen Kräften übernommen. Das muss man aber in die Berechnungen mit hineinnehmen. Zu keinem Zeitpunkt ist in den letzten Jahren das Budget, das die Krankenhäuser als Personalkosten für Pflegekräfte ausgeben haben, gesunken. Diese Summe ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Wir bräuchten aktuell etwa 10 000 zusätzliche Pflegekräfte, um nicht besetzte Stellen zu besetzen. Die Zahl der Ausbildungsplätze liegt insgesamt bei 100 000 in den deutschen Krankenhäusern. Neben der Pflege bilden wir auch Hebammen usw. aus. Für die Pflege selbst hatten wir seit 2007 etwa 67 500 Ausbildungsstellen. Jeder Ausbildungsjahrgang hat etwa 20 000 bis 22 000 Stellen. In der Ausbildung sind wir heute bei 71 000 Plätzen, einem Zuwachs von fünf Prozent. In der Krankenpflege gab es in den vergangenen zehn Jahren 3 500 zusätzliche Ausbildungsplätze. Etwas zurückgegangen ist die Zahl für die Kinderkrankenpflege, aber die Entwicklung im Kinderbereich war seit 2007 zunächst rückläufig. In den letzten Jahren geht es

wieder aufwärts. Das heißt, die Kliniken unternehmen viel. Sie könnten dabei Unterstützung gebrauchen. Wer ausbildet, wird finanziell belastet, weil 9,5 Pflegeauszubildende auf eine Fachkraft angerechnet werden. Wenn dieser Schlüssel verbessert würde, wäre das ein Anreiz für mehr Ausbildungsplätze. Die Krankenhäuser würden auch mehr einstellen, wenn der Arbeitsmarkt mehr hergeben würde. Die Krankenhäuser befinden sich seit zehn Jahren im permanenten Aufbau von Kräften im Pflegebereich, sowohl von Pflegefachkräften als auch von pflegeunterstützenden Kräften.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Bublitz vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Garantieren umfassende Personalvorgaben im Krankenhaus eine Entlastung beim Pflegepersonal und eine bessere oder auch ein Mehr an Pflege am Patienten?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Personalbemessung kann mehr Pflege im Krankenhaus bedeuten, aber es hängt davon ab, wie restriktiv und wie hoch die Vorgaben für mehr Personal angesetzt werden. Wenn sie zu hoch angesetzt werden und wir berücksichtigen, dass heute 53 Prozent der Krankenhäuser offene Pflegestellen nicht besetzen können, heißt das am Ende des Tages, dass Stationen geschlossen werden müssen und keine Patienten mehr aufgenommen werden können. Das heißt, wir werden mit sehr hohen, die Erwartungen befriedigenden Personalbemessungen und Personalvorgaben möglicherweise in den Bereich von verweigerter Patientenaufnahmen oder in die Wartelistenmedizin hineinsteuern. Wir diskutieren den reinen Pro-Kopf-Aufbau von Pflegekräften als Zielsetzung. Ich vermisse aber jedwede Form von qualitativer Patientenversorgung, d. h. die Beantwortung der Frage, ob eine solche Personalbemessung am Ende des Tages zu weniger Infektionen, zu geringeren Sterberaten oder zu weniger Dekubitus führen würde. Solche Dinge gehören mit in eine solche Betrachtung hinein und ich möchte unterstreichen, was Herr Baum deutlich gesagt hat: Wir brauchen einen Qualifikationsmix in den Kliniken. Für die gute Krankenversorgung brauchen wir nicht nur die examinierten Krankenpflegekräfte, sondern auch die pflegeentlastende Unterstützung durch Pflegehilfskräfte.



Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich noch einmal an Herrn Jorde. Ich möchte von der statistischen zurück in die reale Arbeitswelt. Wir haben gehört, dass es Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen zu den Personaluntergrenzen gibt. Erwarten Sie, dass eine bedarfsgerechte Regelung geschaffen wird, die, obwohl es den Vorgaben des SGB V nicht entspricht, eine sichere pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern garantiert?

ESV **Alexander Jorde**: Ich möchte auf die Stellungnahme zum Informationsvermerk des Bundesministeriums für Gesundheit vom 2. Februar 2018 zur rechtlichen Einordnung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V von Prof. Dr. Michael Simon vom 21. Februar 2018 verweisen. Dieser geht auf die rechtlichen Aspekte und die Frage, ob es um eine Minimalbesetzung oder um eine bedarfsgerechte Besetzung gehen sollte, ein. Ich möchte auch nochmal auf die Äußerung des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eingehen. Sie schüren die Angst, dass es bei einer Personalbemessung die über dem Niveau dessen liegt, was die Krankenhäuser leisten können, zu Stationsschließungen kommen könnte. Ich würde sagen, das ist genau der richtige Weg. Es kann nicht angehen, dass auf Kosten der Pflege alle Patienten aufgenommen werden. Es gibt eine große Anzahl elektiver Eingriffe, bei denen eine Wartezeit hingenommen werden kann. Ich persönlich würde einen Monat länger auf eine Operation warten, wenn ich sicher sein kann, dass die präoperative, pflegerische Versorgung eine hohe Qualität hat. Es geht nicht, dass man immer nur auf Infektionsraten schaut. Pflege ist nicht nur das Verhindern von Komplikationen, sondern das Erhalten des Gesunden. Zur Pflege gehören auch nicht nur Wundversorgung, Infusionstherapie und Körperpflege. Dazu gehört auch der soziale Bereich, die psychische Betreuung der Patienten sowie Anleitung und Beratung. Beratung und Anleitung spielen heutzutage eine immer größer werdende Rolle. Für ein Krankenhaus lohnt es sich eher, den Patienten schlecht zu beraten. Wenn ein Patient beispielsweise ein Hüft-TEP, also ein neues Hüftgelenk eingesetzt bekommt und nicht gut angeleitet wird, so kann es sein, dass er nach einer Woche mit einer Hüftluxation wieder in der Notaufnahme liegt. Dann macht das Krankenhaus erneut Profit. Genau das ist

das Problem. Wenn ich als Pflegekraft genügend Zeit habe, den Patienten anzuleiten, geht der Patient am Ende nach Hause und weiß, wie er mit dieser Operation und mit dem neuen Gelenk umgehen kann und landet nicht nochmal auf dem Operationstisch. Dadurch sparen alle Geld und am Ende ist auch für den Patienten der Nutzen größer.

Ich möchte noch einmal auf die Mindestbesetzung eingehen. Was bringt es, wenn ich eine Personalbemessung einführe, die kaum etwas am Status quo verändert, und ich nur gerade genügend Personal habe. Wenn es dann ein oder zwei Krankheitsausfälle gibt, ist keine vernünftige Versorgung mehr zu gewährleisten. Das ergibt in meinen Augen wenig Sinn. Was ist das für ein Signal der Politik an die Beschäftigten, wenn Personaluntergrenzen eingeführt werden, die sich kaum von denen abheben, die wir faktisch schon haben. Das ist ein Signal, dass sich nichts ändern wird. Ich sage Ihnen, was passieren wird: Gehen Sie in eine Klasse von Pflegeauszubildenden und fragen Sie, wer sich vorstellen kann, 40 Jahre Vollzeit in diesem Beruf zu arbeiten. Sie werden mit Gelächter empfangen werden, weil sich das unter den Bedingungen, die wir zurzeit haben, niemand vorstellen kann. Das ist das Problem. Wenn wir den Beschäftigten nicht sagen, dass wir etwas verändern und die Personalvorgaben höher ansetzen, dann müssen die Patienten warten. Es gibt genügend elektive Eingriffe. Ich rede hier nicht von der Notfallversorgung oder dringenden Operationen bei onkologischen Patienten. Wenn wir jetzt kein Signal an die Beschäftigten senden, wird der derzeitige Pflegenotstand noch harmlos sein. Wir haben einen Mangel an schätzungsweise 100 000 Pflegekräften. Ich rede nicht von den offenen Stellen, die nicht besetzt werden, sondern von den wirklich benötigten Stellen. Nach 2030 fehlen uns 400 000 Pflegekräfte. Dann möchte ich mich in Deutschland in einem Krankenhaus nicht mehr behandeln lassen. Ich plädiere an dieser Stelle für eine Personalbemessung, die sich vom aktuellen Status quo abhebt und dafür sorgt, dass wir ein besseres Verhältnis in der Anzahl von Pflegekräften zum Patienten haben, um die Sicherheit der Patienten, aber auch die Sicherheit der Pflegekräfte zu gewährleisten und ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern. Nur so kann man Pflegekräfte langfristig halten. Ansonsten steuern wir auf den größten Pflegenotstand und auf eines der größten menschlichen Dilemmata zu, die wir uns überhaupt vorstellen können.



Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Mauel vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, bpa. Sie haben in Ihrer Stellungnahme die Argumentation vertreten, dass eine kurzfristige Verbesserung der Personalschlüssel in stationären Altenpflegeeinrichtungen zu einer Rationierung des Angebots führen würde. Mich würde interessieren, wie Sie diese Argumentation begründen.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir sehen durchaus, dass ein deutlich verbesserter Personalschlüssel zu einer besseren Versorgung führen wird, aber er wird immer auch zu einer Rationierung von Versorgungskapazitäten führen. Es gibt z. B. den Vorschlag, bundesweit den höchsten Personalschlüssel einzuführen. Das würde für Mecklenburg-Vorpommern bedeuten, dass jede vierte Einrichtung geschlossen werden müsste. Das ist aus unserer Sicht keine Antwort auf die Versorgungsnotwendigkeit. Gerade in der Altpflege geht es nicht um verschiebbare Bedarfe, sondern darum, dass die Versorgung gewährleistet sein muss. Im Übrigen teilen das auch die Bundesländer, die die Situation der Pflege durch Personaluntergrenzen spürbar verbessern und darauf nochmal hingewiesen haben. Wir haben ein doppeltes Problem. Wir wissen, dass mehr Personal die Versorgung verbessern würde. Wir wissen aber auch, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen erheblich schneller wächst als die Zahl der Pflegefachkräfte. Die tatsächliche Personalentwicklung entspricht nicht der öffentlichen Wahrnehmung. Wir haben noch nie so viele Auszubildende gehabt. Wir haben 100 000 und mehr zusätzliche sozialversicherungspflichtige Stellen in den Einrichtungen besetzt und trotz allem haben wir diesen Personalmix. Um Rationierung zu verhindern, müssen wir völlig neue Konzepte der Verteilung der Aufgaben auf verschiedene Qualifikationen erproben. Ansonsten werden wir den Menschen sagen müssen, dass sie sich eigenständig um eine Alternative, die wir ihnen nicht nennen können, bemühen müssen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Stefan Greß. Wir haben vom Einzelsachverständigen Alexander Jorde gehört, welche Möglichkeiten der

Verbesserung der Personalausstattung in Krankenhäusern es gibt. Sie sind Experte im Bereich der Altenpflege und erwähnen in Ihrer Stellungnahme, dass die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur einheitlichen Bemessung von Personal in der Altenpflege nicht ausreichen wird, um die Personalausstattung und die Pflegequalität zu verbessern. Welche Rahmenbedingungen, welche gesetzgeberischen Grundlagen schlagen Sie vor, um sicherzustellen, dass nicht nur eine erhöhte Personalausstattung, sondern auch eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung sichergestellt ist? Welche Rolle sollten in diesem Rahmen die Bundesländer und die Kommunen bei der Sicherstellung einnehmen?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Erprobung und Entwicklung sind nicht gleichbedeutend mit Implementierung und Implementierung ist nicht gleichbedeutend mit Monitoring und ggf. Sanktionierung. Insofern sehe ich drei zentrale Rahmenbedingungen, damit dieses Instrument, das gerade entwickelt wird und demnächst erprobt werden soll, umgesetzt werden kann. Erstens müsste die Entwicklung einer verbindlichen öffentlichen Pflegebedarfsplanung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge Überwachungs- und Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung der Personalstandards beinhalten. Zweitens müsste die bundesweite Implementierung erfolgen. Es ist nicht einzusehen, warum eine Pflegebedürftige oder ein Pflegebedürftiger in Mecklenburg-Vorpommern Anspruch auf weniger Personal hat als eine Pflegebedürftige oder ein Pflegebedürftiger in Bayern. Dafür gibt es keine fachlichen Gründe und noch weniger, wenn ein entsprechendes Instrument entwickelt ist. Insofern, und das ist sicherlich die große Herausforderung, müssten die Bundesländer sich verpflichten, diese Standards einheitlich zu implementieren. Ob die Länder das selbst überwachen oder diese Aufgaben im Sinne einer echten Kommunalisierung auf die Kommunen verlagern, ist erst der zweite Schritt. Drittens und ganz entscheidend ist die Finanzierung des zusätzlichen Personals. Wir haben heute schon gehört, dass es nicht Aufgabe der Pflegebedürftigen sein kann, den zusätzlichen Personalaufwuchs zu finanzieren. Das wird auch nicht aus den Reserven und nicht aus dem Pflegevorsorgefonds geschehen können. Dafür sind die Summen zu groß. Es muss unbedingt verhindert werden, und das ist eine Erfahrung aus anderen Bereichen, dass die



Standards aus Finanzierungsgründen aufgeweicht werden. Deswegen werden wir über kurz oder lang auch nicht über eine Grundsatzentscheidung zur langfristigen Entwicklung der Pflegeversicherung und um die Frage, ob eine Teilleistungsversicherung noch zeitgemäß ist, herumkommen. Bei der Finanzierung stellt sich die Frage, ob es zeitgemäß ist, dass die Lasten insbesondere von den kleinen und mittleren Einkommen getragen werden und andere sich aus der solidarischen Finanzierung verabschieden können.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, an Frau Dr. Fix. Wir wollen die Tarifverträge in der Altenpflege künftig flächendeckend zur Anwendung bringen. Was muss aus Ihrer Sicht getan werden, damit eine tarifliche Entlohnung auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege flächendeckend zum Tragen kommt?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Es ist eine langjährige Forderung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, dass eine Tarifbindung für die häusliche Krankenpflege im SGB V erfolgt. Der Gesetzgeber hat eine solche Tarifbindung mit Erfolg ins SGB XI eingefügt. Wenn jemand nach Tarif bezahlt, muss dies als wirtschaftlich anerkannt werden. Diese Forderung stellen wir in Bezug auf die häusliche Krankenpflege. Dort haben wir seit Jahren die Entwicklung, dass die von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen in keiner Weise mehr mit den Personalkosten, die die Dienste zu refinanzieren haben, übereinstimmen, so dass hier eine erhebliche Deckungslücke entstanden ist. Das Argument war immer die Bindung an die Grundlohnsumme. Der Gesetzgeber hat mehrfach versucht, mit einem Schiedsverfahren und mit Tarifnachweisen die häusliche Krankenpflege anzubinden. Letztendlich hat es nicht geholfen, denn auch Nachweise von Tarifen nützen nichts, wenn die Tarifbindung bei den Verhandlungen nicht anerkannt wird. Deswegen bitten wir Sie, dieses Vorhaben in dieser Legislaturperiode auf die Agenda zu nehmen. In § 37 SGB V steht, dass die häusliche Krankenpflege preisgünstig zu erbringen ist. Preisgünstig verträgt sich in keiner Weise mit einer qualitativen Erbringung von Pflegeleistungen und wenn § 37 SGB V novelliert

wird, bitten wir Sie, dieses Problem mit zu berücksichtigen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): In der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, Herr von Stackelberg, ist gefragt worden, ob das Geld, das für die Pflege kalkuliert und bezahlt wird, tatsächlich in die Aufgaben, die die Pflege wahrzunehmen hat, fließt. Das Geld für die Pflege im Krankenhaus sollte tatsächlich bei der Pflege ankommen. Der Sinn einer Erfüllung dieser Forderung kann nicht darin bestehen, dass man an anderer Stelle Lücken reißt. Deswegen möchte ich von Ihnen wissen, wie Sie die Nützlichkeit der verschiedenen hier diskutierten Instrumente bewerten. Die einen sagen, verbindliche Personalbemessungsinstrumente bzw. Personaluntergrenzen, die anderen sagen, Mindestanforderungen an das Personal. Das ist eine Forderung, die Sie auch aufstellen. Die Dritten fordern einen bundeseinheitlichen verbindlichen Personalschlüssel. Wie würden Sie die verschiedenen Vorschläge, gemessen an dem Ziel zu einer guten Finanzierung zu kommen, bewerten?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): In der laufenden Anhörung sind sehr viele bedenkenswerte Aspekte benannt worden. Um das plakativ zu sagen, natürlich kann Medizin nicht ohne Ärzte und Pflege nicht ohne Pflegekräfte stattfinden. Das ist ein Selbstläufer. Sie müssen sich zunächst die Frage beantworten, was Sie fördern wollen. Wollen Sie die Pflege am Bett im Auge haben oder die von Herrn Baum genannte Funktionspflege? Funktionskräfte arbeiten nicht am Bett, sondern das sind unter anderem die Operationsschwester und -pfleger. Ich plädiere sehr dafür, dass Sie das eingrenzen. Die meisten Sachverständigen hier haben nach meinem Verständnis über die Pflege am Bett gesprochen. Bedenken Sie, was Sie bei der Aufweichung zur Funktionspflege machen. Sie fördern unter anderem mehr OP-Schwester und -Pfleger, um somit mehr Operationen durchführen zu können, bei denen anschließend die Pflege am Bett fehlen könnte. Beachten Sie den Konjunktiv. Wenn Sie über Fördermaßnahmen, Anhaltzahlen oder Untergrenzen reden, müssen Sie an den Personalmix denken. Das heißt, mit dem Qualifikationsmix wollen Sie eine derartige Zahl, ob Untergrenze, Anhaltzahl oder welches Instrument auch immer. Wollen Sie das



nur auf ausgebildete Pflegekräfte mit zukünftig evtl. sogar einem Studium bemessen oder wie berücksichtigen Sie die Hilfskräfte? Aus unserer Sicht sind die Pflegeanforderungen ganz wichtig. Natürlich lassen sich Pflegefälle im Krankenhaus zumindest nach schwer, mittel und leicht unterscheiden. Das heißt, nach einer Operation gibt es höhere Pflegeanforderungen als kurz vor der Entlassung, wobei man bei der Entlassung wieder die Beratung sehen könnte. Aber Sie können das grundsätzlich machen. Jetzt fangen wir an, das durchzudeklinieren. Wir können die Pflege, die kostenmäßig abgebildet wird, in den Kalkulationshäusern kalkulieren. Einwand: Das könnte Mangelverwaltung sein und nicht in der Pflege ankommen. Die Sachverständige mir zur Linken hat für ein Pflegebudget plädiert. Ich verstehe den Ansatz im Koalitionsvertrag so, dass das, was für Pflege ausgelobt wird, bei der Pflege ankommen soll. Wir gehen über die Lohnbuchhaltung hinaus und zählen Köpfe.

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, welche Köpfe gezählt werden, da es einen Qualifikationsmix gibt. Es könnte sein, dass die Kopfzählung nicht ausreicht, weil ein Teil der Kräfte keine Pflegeaufgaben ausführt. Dann zählt man Leistungen. Klingt sehr aufwändig, wird aber in fortschrittlichen Krankenhäusern und auch im fortschrittlichen Ausland gemacht. Bei einer Gesamtschau auf die heutige Krankenhauslandschaft bedarf es eines Digitalisierungsanschubs, um Leistungen flächendeckend zu zählen. Dann aber kommt es bei den zu Pflegenden an.

Die dritte Forderung wäre, die Qualität zu messen. Wie Herr Bublitz gesagt hat, gibt es Ansätze und man ist sich einig, dass Dekubitus den absoluten Katastrophenfall darstellt. Ansonsten muss man bei Qualitätsmessungen sehr vorsichtig sein. Dazu sind wir noch nicht weit genug. Wir plädieren dafür, dass sie mit den Ist-Daten, die wir vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEG) haben, vorangehen. Das InEG kann auch tagesgenau für jeden Patienten eine Pflegebelastung, d. h. schwer, mittelschwer oder leicht kalkulieren und das nicht aus den Augen verlieren. Es nützt Ihnen nichts, wenn Sie pro Station 25 Pflegekräfte einrechnen und einen Anreiz schaffen, die Schwerstpflegebedürftigen zu verlegen und abzudrängen. Weiter stellt sich die Frage, ob Untergrenze oder Anhaltzahl. Ich halte eine Untergrenze für vertretbar. Es ist, wie der Kollege es gesagt hat: Wollen Sie in ein Krankenhaus eingeliefert werden, in dem in der

Nacht keine ordentliche Pflege gemacht wird und im mittleren Jahresdurchschnitt ordentliche Pflege gemacht werden könnte, aber am Wochenende keiner da ist? Nein, das wollen Sie natürlich nicht. Das heißt, wir plädieren dafür, dass wir das, was das InEG berechnen kann, koppeln und dazu Zahlen bilden. Wir würden einen mathematischen Ansatz wählen und eine mathematische Grenze festlegen. Die unteren fünf Prozent definieren wir als gefährlich. Wir können auch zehn oder 20 Prozent festlegen. Dann haben Sie den gefährlichen Bereich abgeschnitten. Die Krankenhäuser, die diese Zahlen nicht schaffen, gehören nicht mehr ans Netz. Da bin ich bei den Kollegen, die mir zur Linken sitzen. Wir können in einem fortschrittlichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland keine Untergrenzen beschließen und dann den „armen Krankenhausmanagern“ sehr viel Zeit einräumen, sich diesen Grenzen zu nähern. Das muss relativ schnell gehen. Die Frage ist, wie wir es auf die Schnelle schaffen, Personalanhaltszahlen, das sind Soll-Zahlen, zu definieren. Ich bin etwas skeptisch. Es sind Werteentscheidungen zu treffen. Diese Wissenschaftlern zu übertragen, macht es, bei aller Hochachtung vor der Wissenschaft, letztlich nicht besser. Diese Werteentscheidungen müssen Sie hier im Parlament treffen. Sie können aber auch die Ist-Zahlen nehmen und festlegen, dass alle Krankenhäuser innerhalb von zwei Jahren pflegemäßig im oberen Drittel dieser Ist-Zahlen liegen müssen. Es bleibt die Frage, ob das nach zwei Jahren reicht. Ich rate Ihnen dringend zu einfachen und mathematisch nicht komplizierten Methoden, damit wir in der Pflege vorankommen. Bitte treffen Sie Entscheidungen in der Pflege und haben Sie vor allem die Pflege am Bett vor Augen.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage möchte ich an Frau Mauersberg vom Verbraucherzentrale Bundesverband richten. Sie sprechen die besondere Bedeutung der Digitalisierung in der Pflege an. Jetzt wird in vielen Einrichtungen tatsächlich noch blickorientiert mit Zettel und Bleistift gearbeitet. Können Sie erläutern, welche besonderen Vorteile Sie in der Digitalisierung sehen und wie wir die Digitalisierung politisch nach vorne bringen können?



SVe **Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Dass die digitale Veränderung die Pflege umfassen muss, ist bereits gesagt worden. Gegenwärtig dürfen Pflegekräfte bei der geplanten Telematik-Infrastruktur gar nicht mitmachen. Grundsätzlich hängt das, was die Digitalisierung leisten kann, stark mit der Pflegebedarfsbemessung zusammen. Wenn Pflege das nicht macht, d. h. Bedarf misst und zwar jeden Tag, kann diese Pflege auch nicht wie geplant an die Patienten verabreicht werden. Im Prinzip ist die Diskussion, die wir hier führen, unsinnig. Professionelle Pflege ist geplante Pflege und setzt voraus, dass man den Pflegebedarf der einzelnen Patienten, die man im Krankenhaus auf der Station hat, jeden Tag anschaut und sich überlegt, wie man diese Leistungen auf die vorhandenen Fachkräfte verteilt. Es ist wesentlich im Auge zu behalten, dass professionelle Pflege dringend mit diesen technischen Hilfsmitteln arbeiten muss. So ist die Realität in den Krankenhäusern. Es gibt nach wie vor die Variante Bleistift. Aber viele setzen diese Instrumente bereits ein. Problematisch bzw. strittig ist die Überprüfung, d. h. ob diese Dokumentationen intern eingesetzt werden und die Krankenkassen Zugriff darauf haben und sanktionieren können, wenn die Zahlen nicht stimmen. Das ist die nächste Frage. Digitalisierung kann die Transparenz verbessern und auch eine bessere Verteilung der Aufgaben in den jeweiligen Teams ermöglichen, aber da liegen wir weit hinten. Die Digitalisierung wird auch die Patienten im Krankenhaus erfassen. Es entstehen Sicherheitsbaustellen in den Krankenhäusern, wenn viele WLAN-Anschlüsse von Patienten genutzt werden, aber es wird zukünftig möglich sein, dem Patienten digital Aufgaben und Informationen zur Verfügung zu stellen. Das kann für die Pflege tendenziell entlastend sein. Ein anderer Bereich ist die Dokumentationsassistenz. Auch diese wird künftig hoffentlich von fortschrittlichen Instrumenten geleistet werden.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Die Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, an Frau Dr. Fix. Wir haben beschlossen, bis 2020 ein angemessenes Personalbemessungsinstrument zu entwickeln und zu erproben. Was kann aus Ihrer Sicht vorher getan werden, um zumindest eine gleichwertige Versorgungslage sicherzustellen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Das Personalbemessungsinstrument soll bis 2020 entwickelt und erprobt werden. Es ist aber in § 113c SGB V, der dieses Verfahren festlegt, bisher nicht geregelt, was im Anschluss mit diesen Ergebnissen passiert. Unser erster Punkt ist, und wir haben das seinerzeit beim Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) gefordert, dass verbindlich festgeschrieben wird, dass die Ergebnisse dieses Personalbemessungsinstruments hinterher umgesetzt werden. Das muss gesetzlich verankert werden. Es muss verankert werden, dass die mittels Personalbemessungsverfahren ermittelten Bedarfe Grundlage für die Verhandlungen auf Landesebene, in den Landesrahmenverträgen und in weiteren Verfahren sind. Letztendlich muss das Personalbemessungsinstrument auch mit der Finanzierungsgrundlage der Pflegevergütungen verbunden werden.

Zweitens hatten Sie danach gefragt, was sofort passieren muss. Es besteht ein gravierender Personalmangel und anders als Herr Mauel das geschildert hat, sehen wir die Notwendigkeit, die Personalschlüssel anzupassen, und zwar an das bundesweite Spitzenniveau in Bayern. Gewissermaßen erheben wir die Forderung, Bayern für alle. Es kann nicht sein, das wird die CSU freuen, dass die Versorgungslage in Deutschland so ungleich ist. Ich sehe auch durchaus Möglichkeiten, denn wir haben es im PSG II geschafft, eine Mehrpersonalisierung zu bewirken. Es wurden 10 000 neue Stellen eingeführt. Wir werden ein Sofortprogramm von 8 000 Stellen haben und es gibt durchaus Möglichkeiten, diese durch Aufstockung von Teilzeit in Vollzeit oder durch Wiedereinstiegsprogramme zu besetzen. Hier gibt es mehrere Möglichkeiten. Ich bin zuversichtlich, dass wir es schaffen können, dass die Personalschlüssel bundesweit auf das Niveau des bisher höchsten Personalschlüssels in einem Bundesland angepasst werden können.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Pimpertz. Wie beurteilen Sie die Forderung, den Anspruch auf eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos aus § 84 Absatz 2 SGB XI aufzuheben?

ESV **Dr. Jochen Pimpertz**: Um die Frage zu beantworten, hilft ein Blick in die Vergangenheit. Beim



Kernthema gilt es nach vorne zu schauen, welcher Anreize es bedarf, um die notwendige Pflegeinfrastruktur, aber auch die Pflegefachkraftausstattung anzureizen und zu entwickeln. Ich muss hier nicht wiederholen, was die demografische Entwicklung beim Pflegebedarf in der Zukunft bewirken wird. Wir haben aber bereits in der vergangenen Dekade einen Aufwuchs um ungefähr eine Million Pflegebedürftige unabhängig von der Pflegeintensität gehabt. Die Frage ist, wo in der Vergangenheit die Kapazitäten entstanden sind, um diesen Pflegebedarf zu decken. Da können wir feststellen, dass die Marktanteile der privat betriebenen ambulanten Pflegedienste und der stationär betriebenen Pflegeeinrichtungen überproportional stark gestiegen sind. Die notwendige Dynamik, um den steigenden Bedarf zu decken, kommt, wenn ich in die Vergangenheit blicke, offenkundig vor allen Dingen aus den in privater Trägerschaft betriebenen Diensten und Einrichtungen. Die entsprechenden Zahlen sind hinterlegt. Es scheint mir wichtig zu verstehen, dass ein privatwirtschaftliches Engagement in der Pflege, sei es ambulant oder stationär, zwingend die Entlohnung von unternehmerischen Engagement erfordert. Die Alternative zu einem eigenverantwortlichen unternehmerischen Engagement wäre es, Heimleitung in angestellter Funktion zu betreiben und das Eigenkapital in andere Verwendungen zu investieren, d. h. in Alternativen zu Pflegeeinrichtungen. Das ist übrigens eine Frage, die stellen sich nicht nur private, sondern auch freigeinnützige Träger. Denn auch sie haben alternative Anlagemöglichkeiten neben der Pflegeeinrichtung und auch sie sind angesichts knapper Ressourcen gezwungen, eine Entscheidung zu treffen, wo sie ihre Mittel im Sinne der Sozialwirtschaft am besten sinnstiftend, also effizient verwenden. Angesichts der Tatsache, dass das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln z. B. stationäre Infrastrukturbedarfe von 180 000 bis 200 000 zusätzlichen Plätzen allein bis zum Jahre 2030 berechnet, muss man sich die Frage stellen, wo die Plätze herkommen sollen. Das sind Projektionen, das kann etwas mehr oder weniger sein. Ich lerne aus der Vergangenheit, dass es offenkundig vor allen Dingen durch die Übernahme unternehmerischen Risikos gelungen ist, die steigenden Bedarfe zu decken. Deshalb sollten wir gut überlegen, ob der Verzicht auf eine angemessene Entlohnung des Unternehmerrisikos in die richtige Richtung führt.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rothgang. Wie können Ihre Untersuchungsergebnisse später zur Personalbedarfsermittlung in den einzelnen Einrichtungen umgesetzt werden?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Wir haben den Auftrag erhalten, bis zum 30. Juni 2020 ein Personalbewertungsverfahren für die Altenpflege zu entwickeln und zu erproben. Der Auftrag selbst wird schon vorher beendet sein, d. h. wir werden dem Auftraggeber Ende 2019 die Ergebnisse vorlegen. Zurzeit führen wir eine breite empirische Untersuchung darüber durch, was es im Moment an Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen gibt, jeweils gekoppelt mit einer pflegewissenschaftlichen Bewertung, welche Personalausstattung Defizite aufweist und warum bestimmte Pflegehandlungen zu kurz oder zu gehetzt sind etc. Das heißt, wir generieren aus den Ist-Zahlen gleichzeitig Soll-Zahlen. Diese Soll-Zahlen beziehen sich auf die einzelne Einrichtung und hängen auch von der Bewohnerschaft dieser Einrichtung ab. Wir werden in Abhängigkeit von den Personen erfassen, wie sich deren Kompetenzen und Personalthilfebedarfe nach dem neuen Begutachtungsinstrument, das wir seit 2017 haben, darstellen. Das Ergebnis wird insofern ein Algorithmus sein, als es sagt, dass bei diesem speziellen Heim, bei dieser Bewohnerschaft, so und so viel Personal in den entsprechenden Qualifikationsgraden benötigt wird. Wovor ich nur warnen möchte, ist die Vorstellung, dass man diese Zahlen nur noch eins zu eins umsetzen muss. Das ist eine Grundlage, wie es Frau Dr. Fix vollkommen richtig dargestellt hat, für die Umsetzung in Landesrecht, in Landesrahmenverträgen und auch für Pflegesatzverhandlungen auf heimindividueller Ebene, denn die jeweilige Heimkonzeption ist zu berücksichtigen. Das heißt, wir werden empirisch und normativ belastbare Grundlagen liefern, aber nicht das fertige Ergebnis. Dafür sind die Akteure vor Ort gefragt. Um das Ganze in die Praxis zu bringen, sind wir darauf angewiesen, dass es nicht nur erprobt, sondern auf der Grundlage dieser Zahlen im Verhandlungssystem implementiert wird.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Hug. Im Koalitionsvertrag von



CDU/CSU und SPD ist vereinbart worden, die Vergütung des Pflegepersonals aus den Fallpauschalen, den DRG, herauszunehmen. Wie beurteilen Sie dieses Vorhaben?

ESV **Josef Hug**: Dieses Vorhaben hat mich überrascht, aber ich sehe das Fallpauschalensystem durch die Herauslösung der Pflegekosten nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Wie bereits erwähnt, sind es dann reine Pflegekosten für die Pflege am Bett und es betrifft nicht den Funktionsdienst. Der ist in einer anderen Kategorie innerhalb der Fallpauschalen kalkuliert. Eine Herauslösung des Pflegebudgets bringt Chancen und Risiken mit sich. Die Chancen sehe ich in der Transparenz der Pflegepersonalkosten, aber auch des Bedarfs. Ein Budget ist immer so gut, wie es ausgestattet ist. Wenn der tatsächliche Pflegebedarf abgebildet und die Flexibilität innerhalb des Budgets gegeben ist, kann ich mir so ein Budget gut vorstellen. Für die Abbildung des Pflegebedarfs gibt es eine gute Blaupause, die bis 1997 eine sehr gute Arbeit geleistet hat. Wenn zukünftig ein Personalbemessungsinstrument entwickelt wird, sollte es in einer guten Mischung zwischen Pflegepraxis und Pflegewissenschaft entstehen. Technisch ist die Herauslösung des Pflegebudgets kein großes Problem. Als ich von diesem Vorhaben gehört habe, haben wir das im eigenen Haus gemacht. Ich kann an dieser Stelle vielleicht auch sagen, dass ich derzeit ein Budget für Pflegepersonal am Bett von circa 70 Millionen Euro habe und derzeit vier Prozent mehr ausbebe, als wir über InEG (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)- oder DRG-Erlöse erhalten. Es gibt auch die Häuser, die nicht weniger, sondern mehr für die Pflege ausgeben als sie erhalten. Ich wünsche mir, dass die Rahmenbedingungen entsprechend gestaltet werden und rechtliche Klarheit herrscht, wie ein solches Budget aussehen sollte, damit wir auf der Ortsebene in individuellen Verhandlungen keine großen Probleme bewältigen müssen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an ver.di zum Pflegevorsorgefonds. Es wurde bereits am Anfang der Anhörung ausgeführt, dass die Beitragsgelder, was die Ausgaben anbelangt, ein wichtiger Beitrag wären. Ich hätte dazu gerne Ihre Sicht der Dinge gehört.

SVe **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand (ver.di)): Wir sind der Auffassung, dass der Pflegevorsorgefonds, da er im Moment zu Negativzinsen führt und es deshalb wenig sinnvoll ist, für die Zukunft anzusparen, in einen Pflegepersonalfonds umgewidmet wird. Das sind mehr als 1,2 Milliarden Euro, die für zusätzliches Personal, das gebraucht wird, um die zusätzlichen Leistungen, die den pflegebedürftigen Menschen aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zustehen, zur Verfügung stehen könnten. Dafür braucht es das Personal und deshalb sind wir der Auffassung, dass der Pflegevorsorgefonds in den Pflegepersonalfonds umgewandelt werden sollte. Daraus können zusätzliche, tarifvertraglich vergütete Vollzeitstellen mit Pflegekräften finanziert werden. Tatsächlich sind Sofortprogramme bis zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessung erforderlich. Wir haben gerade gehört, was erforderlich ist, um das Bemessungssystem in die Anwendung zu bringen. Wir meinen, dass als Sofortmaßnahmen ein Schlüssel von eins zu zwei, d. h. eine Pflegekraft auf zwei Bewohnerinnen bzw. Bewohner umzusetzen ist. In jedem Fall muss sichergestellt sein, dass in keiner Schicht alleine gearbeitet werden muss. Das heißt, dass immer zwei Pflegepersonen in einem Wohnbereich tätig sind. Wir haben häufig die Situation, dass nachts eine Pflegekraft allein bei über 50 Bewohnerinnen und Bewohnern anwesend ist. Das ist gefährliche Pflege sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner als auch für die Beschäftigten. Deshalb fordern wir einen Schlüssel von mindestens zwei Pflegekräften im Wohnbereich immer und zu jeder Schicht.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht auch an Frau Genster von ver.di. Ver.di setzt sich schon lange für eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte bei besseren Arbeitsbedingungen ein. Sie fordern zum Beispiel einen Mindestlohn auch für Pflegefachkräfte sowie insgesamt einen höheren Pflegemindestlohn. Weiter fordert ver.di eine flächendeckende tarifliche Bezahlung. Warum reicht die Pflegemindestlohnkommission als Gremium nicht aus und welchen Weg schlägt ver.di stattdessen vor?



Sve **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand (ver.di)): Unsere Erfahrungen in der Pflegemindestlohnkommission haben gezeigt, dass ein angemessenes Mindestlohniveau nicht nur für Pflegehelferinnen und -helfer, sondern auch für Fachkräfte durch das Verhalten der Arbeitgeberseite, die an entscheidender Stelle blockiert, nicht durchsetzbar ist. Deshalb begrüßen wir es sehr, dass die Verbesserung der Bezahlung nach Tarif im Koalitionsvertrag aufgenommen wurde. Aus unserer Sicht ist den Verwerfungen auf dem Markt der Altenpflege nur damit zu begegnen, dass im Rahmen einer Rechtsverordnung nach dem Arbeitnehmerentsendegesetz ein Tarifvertrag in der Fläche erstreckt wird. Mit dieser Regelung ist es möglich, einen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften vereinbarten Tarifvertrag über Mindestentgelte, weitere Mindestregularien und Arbeitsbedingungen auf die gesamte Branche zu erstrecken, selbstverständlich auf die stationäre wie auch auf die ambulante Altenpflege. Das dafür notwendige öffentliche Interesse ist gegeben. Wir haben gerade gehört, in welche Situation wir laufen. Da ist eine angemessene tarifgerechte Bezahlung die Voraussetzung, die für die Altenpflege geschaffen werden muss, nicht zuletzt, um dem Verdrängungswettbewerb über die Lohnkosten entgegen zu wirken. Die Tarifautonomie und ihre Ordnung zur Befriedungsfunktion werden von dieser Regelung selbstverständlich gewahrt. In Deutschland haben wir es vor allem durch die Zunahme der überwiegend nicht tarifgebundenen privaten Anbieter mit einer sehr fragmentierten Tariflandschaft in der Altenpflege zu tun. Dadurch haben wir auch den Anschluss an die allgemeine Lohnentwicklung verloren. Die Altenpflege liegt mit monatlich durchschnittlich 600 Euro brutto, und teilweise noch weiter darunter, unter den Vergütungen der Krankenpflege. Das ist eine Ursache dafür, dass sich immer weniger Menschen dafür entscheiden, eine Beschäftigung in der Altenpflege aufzunehmen. Die Beschäftigungsbedingungen sind von Kostendruck, Flexibilisierung und Ökonomisierung gekennzeichnet. Es gibt keinen Arbeitgeberverband, mit dem ver.di einen Branchentarifvertrag abschließen könnte. Deshalb ist es wichtig, die tarifvertragliche Vergütung über den aufgezeigten Weg auf die Branche zu erstrecken.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rothgang. Wir Grünen schlagen in unserem Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege vor, den Pflegevorsorgefonds aufzulösen, um die dadurch frei werdenden Mittel für die zusätzlichen Pflegekräfte, die in der Altenpflege so dringend benötigt werden, zur Verfügung zu haben. Wir befürchten, dass es bis zum Greifen des Pflegevorsorgefonds 2034 kein ausreichendes Personal geben wird, um die Pflegeleistungen anbieten zu können. Sie haben uns anschaulich dargestellt, wie Sie die Pflegeleistungen berechnen. Welche Bedeutung messen Sie dem Pflegevorsorgefonds für die zukünftige Finanzierung bei bzw. halten Sie es für sinnvoll, ihn für die Finanzierung des jetzt erforderlichen Personals in der Altenpflege aufzulösen?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Ich erinnere mich, dass es noch nicht lange her ist, dass wir hier das PSG I und den Pflegevorsorgefonds diskutiert haben. Ich habe mich damals gegen den Pflegevorsorgefonds ausgesprochen und fühle mich durch die Entwicklung eher bestätigt. Was sind die Argumente gegen den Pflegevorsorgefonds? Das eine ist der Umfang. Nach den Berechnungen, die auch Prof. Dr. Greiner in Bielefeld durchgeführt hat, – ich muss gar nicht meine eigenen nehmen, denn sie sind deckungsgleich – führt der Pflegevorsorgefonds in der Spitze zu einer Entlastung von 0,1 Beitragssatzpunkten. Das heißt, wir sparen über einen gewissen Zeitraum an und haben dann 0,1 Beitragssatzpunkte weniger. Wenn wir von einer Glättung der Spitzen sprechen, ist das Niveau zu vernachlässigen. Zweitens ist der Pflegevorsorgefonds in den 2050er-Jahren aufgebraucht. Das ist aber der Zeitpunkt, wo wir voraussichtlich die meisten Pflegebedürftigen haben werden. Der Gedanke ist, dass es danach weniger Pflegebedürftige geben wird. Das ist zwar richtig, aber auch die Zahl der Beitragszahler sinkt. Im Umlageverfahren kommt es auf das Verhältnis von Leistungsempfänger und Beitragszahler an. Dieses Verhältnis bleibt in den nächsten 50 Jahren im Wesentlichen konstant. Das heißt, der Fonds ist leer, wenn man ihn am meisten braucht. Wir haben keinen Berg, den wir untertunneln müssen, sondern einen Aufstieg auf ein Plateau und wenn wir oben sind, ist die Kasse leer. Drittens: die Verzinsung, auf die Frau Genster schon hingewie-



sen hat. Da wir das Geld bei der Bundesbank anlegen müssen, die wiederum bei der EZB anlegt, haben wir eine Negativverzinsung. Jetzt Geld zurückzulegen, ist daher eine sehr eigenwillige Strategie. Das vierte Argument war damals die Stabilität und die Frage, ob die Politik in die Kasse greifen wird. Wir können heute sagen, dass das drei Jahre lang nicht der Fall war. Wenn Sie aber schauen, was jetzt durch das PSG II mit den allgemeinen Rücklagen passiert, wie gerade drei Milliarden Euro verschwinden, müssen wir feststellen, dass die Rücklagen am Ende dieses Jahres niedriger als bei Einführung des Pflegevorsorgefonds sein werden. Diese Bedenken sehe ich ebenfalls eher bestätigt. Kurz gesagt, der Pflegevorsorgefonds macht wenig Sinn. Insofern kann man ihn in viele bessere Verwendungen überführen, unter anderem auch zur Finanzierung von Personal.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Thema ist die Schulgeldbefreiung in der Pflegeausbildung. Sie sehen den Vorschlag des Referentenentwurfs kritisch. Wie wollen Sie diese Ausbildung finanzieren?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir sehen das aus systematischen Gründen als schwierig an, aber eine Schulgeldbefreiung an sich ist natürlich dringend notwendig. Die Finanzierung ist eine zweite Frage.

Vors. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Vielen Dank, das war jetzt auf den Punkt und das ist der Standard für die weiteren Anhörungen. Wir fangen pünktlich an und hören pünktlich auf. Ich darf mich bei den Kolleginnen und Kollegen ganz herzlich für die wohlgedachten Fragen und bei den Sachverständigen für die zielführenden Antworten bedanken. Ich denke, wir sind einen Schritt weiter und werden uns mit dem Thema weiter beschäftigen. Ich wünsche Ihnen allen einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 16.40 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender