

**02.03.17**

**Antrag**  
des Saarlandes

---

**Entschließung des Bundesrates - Verbesserung der Situation der  
Pflege in den Krankenhäusern**

Die Ministerpräsidentin  
des Saarlandes

Saarbrücken, 2. März 2017

An die  
Präsidentin des Bundesrates  
Frau Ministerpräsidentin  
Malu Dreyer

Sehr geehrte Frau Bundesratspräsidentin,

namens der Regierung des Saarlandes leite ich dem Bundesrat den in der Anlage  
beigefügten Antrag für eine

Entschließung des Bundesrates - Verbesserung der Situation in der Pflege in  
den Krankenhäusern

zu.

Ich bitte, die Vorlage gemäß § 36 Absatz 2 der Geschäftsordnung des  
Bundesrates in die Tagesordnung der Sitzung des Bundesrates am 10. März 2017  
aufzunehmen und anschließend den zuständigen Ausschüssen zur Beratung  
zuzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen  
Annegret Kramp-Karrenbauer



## **Entschließung des Bundesrates - Verbesserung der Situation der Pflege in den Krankenhäusern**

Der Bundesrat möge folgende Entschließung fassen:

Der Bundesrat betrachtet mit großer Sorge, dass die Situation in der Pflege in deutschen Krankenhäusern und Kliniken zunehmend geprägt ist durch eine akute Leistungsverdichtung mit steigenden Fallzahlen, kürzeren Verweildauern und demografisch bedingt mehr demenziell erkrankten, behinderten und pflegebedürftigeren Patienten. Die Personalausstattung in der Pflege wird diesen Herausforderungen jedoch nicht gerecht. Darunter leiden die Qualität der Pflege sowie die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte insgesamt.

Angemessene Personalschlüssel für eine gute Pflege am Bett sind vielerorts nicht vorhanden. Dies führt unweigerlich zu einer Überbelastung und Überforderung des Pflegepersonals: Fachkräfte müssen aus der Freizeit in den Dienst zurückgerufen und Auszubildende verstärkt als „Fachkräfte“ auf Station eingesetzt werden. Insbesondere in Nacht- und Mittagsschichten lastet aufgrund der nicht angemessenen Personalisierung eine hohe Verantwortung auf den Pflegekräften. Die Beschäftigten in der Pflege fühlen sich in dieser Überlastung alleingelassen und oftmals nicht mehr in der Lage, die notwendige grundpflegerische Versorgung bzw. die soziale und emotionale Zuwendung zu leisten. Teilweise führt dies zu erheblichen Überlastungsanzeigen und zunehmend zu Hinweisen für eine „gefährliche Pflege“.

Auch international hinkt Deutschland hinter den Fachkraftschlüsseln in der Pflege pro Patient her. Die sogenannte „Nurse to Patient Ratio“, also das Verhältnis der Anzahl von Pflegefachkräften zu Patienten liegt in den USA bei 5,3, in den Niederlanden bei 7 und in Deutschland bei 13 Patienten pro Fachkraft. Feste Personalvorgaben fehlen. Lediglich für Intensivstationen für Neugeborene hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen verbindlichen Personalschlüssel festgelegt.

Der Bundesrat stellt fest, dass seit 1995 die Zahl der Pflegekräfte nicht mit dem Anstieg der Fallzahlen, der kürzeren Verweildauer und der Zunahme multimorbider Patienten mithalten hat. Die unzureichende Personalisierung und Refinanzierung der Pflegestellen in den Kliniken hat sich vor allem nach der Einführung des DRG-Systems ab 2004 weiter verschärft. Der tatsächliche und angemessene Pflegeaufwand wird trotz Anpassungen in den Fallpauschalen bis heute nicht ausreichend abgebildet. Verbesserungen der Personalbesetzung durch Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz im Jahr 2009 und im Krankenhausstrukturgesetz 2015 haben ihre Wirkung bislang nicht umfassend erzielt.

Es besteht die Gefahr, dass das Volumen des Förderprogramms für Pflegestellen nicht zu einer bedarfsgerechten Personalverstärkung in der „Pflege am Bett“ führt.

Der Bundesrat stellt weiter fest, dass als Ursachen hierfür vielfältige Faktoren zu nennen sind. So sind die dem Berufsbild der Pflege zugeordneten Aufgaben bislang noch nicht trennscharf zur Abgrenzung von Aufgaben anderer Berufsgruppen formuliert. Die zu betreuenden Patientinnen und Patienten werden älter und weisen zunehmend eine altersspezifische Multimorbidität sowie Demenz oder Pflegegrade auf. Daraus resultiert ein enorm gestiegener und veränderter Pflegebedarf, dem die Pflegekräfte trotz aller Anstrengung weder quantitativ noch qualitativ gerecht werden können.

Auch wird der Pflegeaufwand durch eine kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer größer: Deutschlandweit betrug die Verweildauer im Jahr 1991 14,3 Tage im Durchschnitt, im Jahr 2015 7,3 Tage im Durchschnitt (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 22. Februar 2017). Die Verweildauer sinkt weiter kontinuierlich. Im Gegenzug erhöhte sich die Fallzahl anhaltend, was bedeutet, dass sich das Pflegepersonal um mehr Kranke, insbesondere Mehrfachkranke in einer kürzeren Zeitspanne kümmern muss.

Der Bundesrat sieht die Pflege im diagnosebezogenen Fallgruppen-System durch die inzwischen veraltete Pflegepersonalregelung (PPR) und seit 2012 durch den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) nur ansatzweise berücksichtigt. Personalreduzierungen in den Kalkulationskrankenhäusern haben eine unmittelbare Redukti-

on des Umfangs der kalkulierten Personalkosten in den DRGs zur Folge (Kellertreppeneffekt). Die Krankenhäuser erstellen ihre Stellenpläne ohne gesetzliche Vorgaben.

Gemäß § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Dazu gehört ausdrücklich nach dieser Vorschrift auch die Krankenpflege. Gemäß § 7 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen über Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (DRG) (§ 9KHEntgG) abgerechnet.

Der individuelle Pflegebedarf eines Patienten und die erforderlichen Pflegemaßnahmen sind für dessen Eingruppierung irrelevant und werden in der Regel nur pauschal abgebildet. Dies ist insofern von Bedeutung, als der Pflegebedarf bzw. der daraus resultierende Pflegeaufwand selbst bei gleicher medizinischer Diagnostik und Therapie häufig erheblich variiert. Eine sichere Behandlung ist aber letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal auch individuell bedarfsgerecht eingesetzt und damit nicht über Gebühr belastet wird sowie auch gute Arbeitsbedingungen vorhanden sind. Internationale Studien belegen, dass eine gute Personalausstattung in der Pflege unmittelbar Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit hat.

Der Bundesrat bittet daher die Bundesregierung, zu veranlassen, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die angemessenen Personalkosten, insbesondere die der Pflege und besonders sensibler Pflegebereiche, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden und Personalmindestanzahlzahlen entwickelt und diese verbindlich vorgegeben werden. Der Nachweis zur Erfüllung der Verpflichtung muss dabei von Seiten der Krankenhäuser gegenüber den Kostenträgern erbracht werden.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung weiter, gesetzliche Regelungen vorzulegen, um den angemessenen Bedarf an Pflegekräften sachgerecht in den DRGs abzubilden.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung darüber hinaus, gesetzliche Regelungen vorzulegen, die den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verpflichten, Personalmindestanzahlzahlen als Strukturvorgaben für alle Krankenhausbereiche vorzugeben. Dabei sollte ein gestuftes Vorgehen gewählt werden und zuerst die pflegesensitiven Bereiche und Intensivstationen sowie die Besetzung des Nachtdienstes angegangen werden, in denen die Personalbesetzung unmittelbar Auswirkungen auf die Pflegequalität der Patientinnen und Patienten hat. Dies soll unter Beteiligung der Verbände der Pflege erfolgen.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung weiter, die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, das Pflegestellenförderprogramm und den Pflegezuschlag deutlich zu erhöhen und unbefristet zu verstetigen, so dass neue und ausreichende Pflegestellen geschaffen werden können und die Personalkosten in der Pflege auskömmlich gegenfinanziert sind. Die durch das Krankenhausstrukturgesetz geschaffenen Leistungen müssen dabei deutlich erhöht werden, damit eine Finanzierung des benötigten Personals in den Kliniken erfolgen kann.

Die Bundesregierung wird gebeten, die unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums arbeitende Expertenkommission zu verpflichten, bis zum 1. Mai 2017 abschließende Ergebnisse vorzulegen, die bis zum Ende der Legislaturperiode des Deutschen Bundestages noch gesetzlich umgesetzt werden können.