

## **Antwort**

**der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Dr. Martina Bunge, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/1856 –**

### **Umsetzung des Förderprogramms für zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern**

#### **Vorbemerkung der Fragesteller**

Die finanzielle Situation der Krankenhäuser in Deutschland war und ist äußerst angespannt, auch wenn die Meldungen der letzten Wochen eine leichte Besserung vermelden. Für Patientinnen und Patienten und für das Personal ist dieser Zustand bedrohlich. Es wurden bis zu 50 000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2010; Statistisches Bundesamt 2009; Simon 2008). Gleichzeitig stiegen die Patientenzahlen und die Verweildauer in Krankenhäusern verkürzte sich (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2010; Statistisches Bundesamt 2009). Das Ergebnis dieser Entwicklung ist die Verdichtung von Arbeit und damit eine steigende Überlastung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern. Indikator hierfür ist der internationale Vergleich: In Krankenhäusern in Deutschland versorgt ein Beschäftigter 20 Patientinnen und Patienten im Jahr, während z. B. in den USA sich die Beschäftigten nur um acht Fälle kümmern müssen. In der Schweiz sind es neun Fälle, in Dänemark, Norwegen und Großbritannien zwölf, in Spanien 13 (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft – DKG). Daher rührt die hohe Zahl von Überlastungsanzeigen in Deutschland. Zudem leiden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger besonders häufig unter arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2010; Statistisches Bundesamt 2009). Wie internationale Studien belegen, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Qualität der Versorgung.

Mit dem am 25. März 2009 in Kraft getretenen Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) wurde eine Möglichkeit eingeräumt, zusätzliche Pflegepersonalstellen zu schaffen. Gemäß § 4 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHGEntgG) werden bei einer Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich entstehende Personalkosten für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Rund 16 000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst sollten so nach den Plänen der damaligen Bundesregierung schrittweise geschaffen wer-

den. Zur Erprobung neuer Arbeitszeitorganisationsmaßnahmen in der Pflege sind bis zu 5 Prozent des jeweils vereinbarten Betrags vorgesehen.

Voraussetzung ist, dass nachweislich durch schriftliche Vereinbarung mit den Arbeitnehmervertretungen in den Krankenhäusern zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand am 30. Juni 2008 beschäftigt wird. Über die Umsetzung des Förderprogramms im jeweiligen Vorjahr soll der GKV-Spitzenverband (GKV – gesetzliche Krankenkassen) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich zum 30. Juni berichten. Erstmals ist dies zum 30. Juni 2010 vorgesehen.

An der Wirksamkeit des Förderprogramms bestehen jedoch Zweifel. Es stellt sich die Frage, ob zusätzliche finanzielle Mittel auch tatsächlich direkt in das Personalbudget von Gesundheits- und Krankenpflege der Krankenhäuser einfließen und ob diese Mittel tatsächlich die zusätzliche und reale Planung von neuen Pflegestellen in den Einrichtungen auslösen. Umfragen des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) lassen vermuten, dass die Entwicklung des Pflegestellen-Förderprogramms den gewünschten Effekt einer Verbesserung der Stellensituation der Pflege in den Krankenhäusern in Frage stellt. Um ein Gegengewicht zum langjährigen Stellenabbau in diesem Bereich zu setzen, müssten gegebenenfalls schnelle Umsteuerungsmaßnahmen erfolgen.

Selbst bei vollständiger Umsetzung würde dieses Programm den in den letzten Jahren erfolgten Stellenabbau nur zu einem sehr kleinen Teil kompensieren können. Deshalb können bei der Umsetzung zumindest dieses Programms keine Abstriche hingenommen werden.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Bei Betrachtung des Zeitraums 1991 bis 2008 verminderte sich die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern um 25 665 Vollkräfte. Im Jahr 2008 ist gegenüber dem Vorjahr seit vielen Jahren erstmals wieder ein Zuwachs von 2 092 Pflegevollkräften festzustellen. Die Bundesregierung nimmt den in den vergangenen Jahren erfolgten erheblichen Abbau des im Krankenhaus beschäftigten Pflegepersonals ernst.

Sie teilt deshalb die Einschätzung, dass die Personalsituation in der Pflege mancherorts angespannt und verbesserungsbedürftig ist. Da allerdings eine unmittelbare Einflussmöglichkeit der Bundesregierung auf das Einstellungsverhalten der Krankenhäuser nicht besteht, kann die Verbesserung der Pflegesituation in erster Linie nur durch die Verantwortlichen in den Krankenhäusern selbst bewirkt werden. Um die Krankenhäuser dabei zu unterstützen, wurden auch Maßnahmen auf Bundesebene eingeleitet. Ein wichtiger Baustein ist das Pflegestellen-Förderprogramm, mit dem über drei Jahre zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern finanziert werden kann. Ergänzt wird dies u. a. durch eine bessere Abbildung besonders pflegeaufwändiger Fälle im Krankenhaus-Finanzierungssystem und die Entwicklung von Indikatoren zur Messung der Pflegequalität. Die auf diesem Wege zu schaffende erhöhte Transparenz über die Pflegequalität bietet die Möglichkeit, Personaldefizite rechtzeitig nach objektiven Kriterien zu erkennen und zu beheben. Hinzu kommt, dass sich zukünftig auch Patientinnen und Patienten gezielt an solchen Informationen über die Qualität der Versorgung bei der Wahl eines Krankenhauses orientieren könnten. Zudem wird derzeit mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung aller relevanten Institutionen und Verbände ein Recherche-Projekt durchgeführt, das Modelle der Aufgabenneuordnung im Krankenhaus zusammenträgt und diese bis Ende 2010 auf einer Internetplattform veröffentlicht.

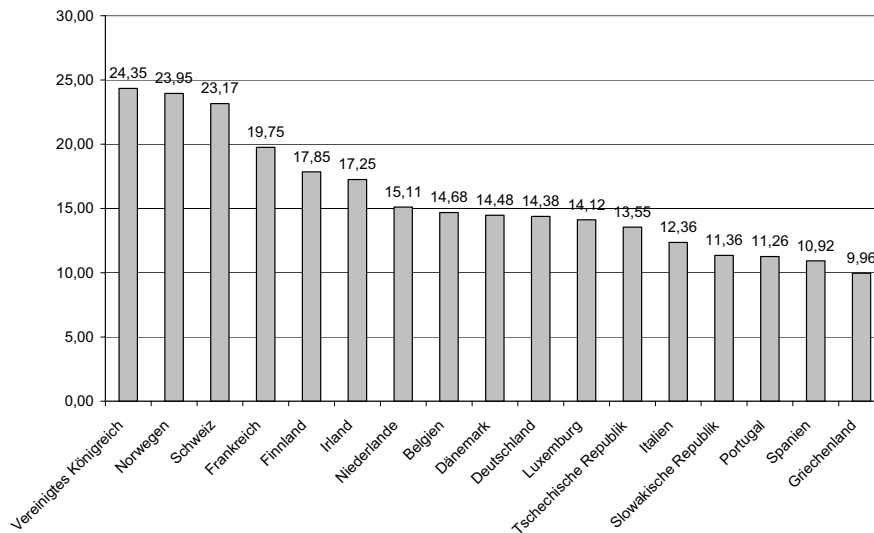
Gleichzeitig fällt auf, dass Deutschland im internationalen Vergleich ein Land mit hohen Krankenhauskapazitäten ist. Beispielsweise fällt die Zahl der akutstationären Betten in Deutschland mit 5,7 Betten je 1 000 Einwohner im Vergleich zum Durchschnitt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)-Staaten, der 2007 bei 3,8 Betten lag, sehr hoch aus. Die vorgehaltenen stationären Kapazitäten werden zudem relativ intensiv in Anspruch genommen. Die OECD weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im allgemeinen diejenigen Länder, die mehr Krankenhausbetten haben, tendenziell auch höhere Fallzahlen haben (OECD, Health at a Glance 2009, Seite 96).

1. Wie stellt sich die Personalsituation von Gesundheits- und Krankenpflegekräften in Krankenhäusern aktuell dar?

Eine allgemein gültige Bewertung der Personalsituation von Gesundheits- und Krankenpflegekräften in Krankenhäusern ist nicht sachgerecht vorzunehmen. Die Situation in den Krankenhäusern ist sowohl regional als auch einrichtungs- und funktionspezifisch sehr unterschiedlich und wird neben der zahlenmäßigen Ausstattung des Pflegepersonals wesentlich von Faktoren wie z. B. dem spezifischen Pflegeaufwand, der Aufgabenverteilung und Arbeitsorganisation sowie der Infrastruktur der Klinik und den baulichen Rahmenbedingungen beeinflusst. So gibt es einerseits viele Krankenhäuser, die das für die Patientenversorgung erforderliche Personal vorhalten und in denen die pflegerische Versorgung sachgerecht organisiert ist. Andererseits liegen auch Berichte vor, nach denen offenbar nicht das in gebotenen Umfang erforderliche Personal für die Versorgung der Patientinnen und Patienten vorhanden ist.

2. Wie ist die Personalausstattung in den Krankenhäusern in Deutschland im europäischen Vergleich (bitte nach den jeweiligen EU-Mitgliedsländern einzeln auflisten)?

Die absolute Zahl der in Krankenhäusern Beschäftigten ist im europäischen Vergleich angesichts deutlich unterschiedlicher Bevölkerungszahlen und Krankenhauskapazitäten nicht aussagekräftig. In der vergleichenden Datensammlung „Health Data 2009“ der OECD wird daher der Verhältniswert „Zahl der in Krankenhäusern Beschäftigten je 1 000 Einwohner“ berichtet. Die folgende Übersicht beruht auf der Datensammlung der OECD.

**Übersicht: Zahl der in Krankenhäusern Beschäftigten je 1.000 Einwohner**

Quelle: OECD Health Data 2009. Zahlen für Dänemark, Finnland, Griechenland, Niederlande, Luxemburg und Spanien aus dem Jahr 2006, für Belgien aus 2005, für die Slowakische Republik aus 2004, ansonsten aus 2007. Berichtet werden nur Angaben für Länder, für die der OECD Daten vorliegen.

3. Wie hat sich die Personalsituation im Pflegebereich der Krankenhäuser insbesondere im Verhältnis zum weiteren medizinischen Personal seit 1989 entwickelt (hier bitte das weitere medizinische Personal nach Berufsgruppen trennen)?

In der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes, die zur Personalsituation Daten seit dem Jahr 1991 bereit stellt, werden für Vergleichszwecke die Personalzahlen in Krankenhäusern in Vollkräften im Jahresdurchschnitt bemessen. Hierdurch erfolgt eine Umrechnung von Beschäftigtenzahlen, die unterschiedlichen Beschäftigungsmodellen unterliegen (z. B. Teilzeitkräfte und Angestellte, die nur für einen Teil des Jahres in der Einrichtung angestellt waren, z. B. kurzfristig beschäftigte Aushilfskräfte), auf die volle tarifliche Arbeitszeit. Dabei werden Überstunden und Bereitschaftsdienste nicht in die Berechnung einbezogen.

Die Zahl der insgesamt in Krankenhäusern beschäftigten Vollkräfte nahm im Zeitraum von 1991 bis 2008 um 78 262 bzw. 8,9 Prozent ab. Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser hat sich von 1991 bis 2008 um 25 665 bzw. 7,9 Prozent verringert. Beim ärztlichen Personal war in diesem Zeitraum eine Zunahme von 32 909 Vollkräften bzw. 34,6 Prozent, beim medizinisch-technischen Dienst von 3 420 Vollkräften bzw. 2,8 Prozent und beim Funktionsdienst von 9 720 Vollkräften bzw. 12,4 Prozent zu verzeichnen (vgl. nachfolgende Tabelle 1).

**Tabelle 1: Entwicklung des Personals in Krankenhäusern (Vollkräfte), 1991 bis 2008**

Jahr	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt - insgesamt -	darunter:			
		ärztliches Personal	Pflegedienst	Medizinisch-technischer Dienst*	Funktionsdienst**
1991	875.816	95.208	326.082	122.018	78.694
1992	882.449	97.673	331.301	122.910	78.895
1993	875.114	95.640	332.724	121.748	79.737
1994	880.150	97.105	342.324	120.321	80.406
1995	887.564	101.590	350.571	124.503	81.195
1996	880.000	104.352	349.423	125.763	81.047
1997	861.548	105.618	341.138	124.500	80.708
1998	850.948	107.106	337.716	123.825	81.159
1999	843.452	107.900	334.890	123.674	81.814
2000	834.585	108.696	332.269	123.852	82.399
2001	832.531	110.152	331.472	124.211	83.292
2002	833.541	112.763	327.384	124.568	84.094
2003	823.939	114.105	320.158	124.927	84.198
2004	805.988	117.681	309.510	123.465	84.257
2005	796.097	121.610	302.346	122.810	84.283
2006	791.914	123.715	299.328	122.620	84.964
2007	792.299	126.000	298.325	123.774	86.216
2008	797.554	128.117	300.417	125.438	88.414
Veränderung absolut 1991/2008	-78.262	32.909	-25.665	3.420	9.720
Veränderung in % 1991/2008	-8,9%	34,6%	-7,9%	2,8%	12,4%

\* Dem Medizinisch-technischen Dienst werden u. a. zugeordnet: Apothekenpersonal, Chemiker, Diätassistenten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Logopäden, Masseure, medizinisch-technische Assistenten, Orthoptisten, Psychologen, Schreibkräfte im ärztlichen und medizinisch-technischen Bereich, Sozialarbeiter (seit 1996).

\*\* Zur Personalgruppe des Funktionsdienstes gehören z. B. Krankenpflegepersonal für den Operationsdienst, die Anästhesie, in der Ambulanz und in Polikliniken, Hebammen und Entbindungshelfer, Beschäftigungs-/Arbeits- und Ergotherapeuten, Krankentransportdienste.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser.

4. Wie viele Vollzeitstellen wurden gegebenenfalls insgesamt in Krankenhäusern und insbesondere im Pflegebereich in der Zeit von 1989 bis 2010 abgebaut (bitte weitere Berufsgruppen einzeln ausweisen)?

Siehe Antwort zu Frage 3.

5. Worauf ist die vergleichsweise niedrige Personalausstattung in Krankenhäusern zurückzuführen?

Was sind nach Ansicht der Bundesregierung die zentralen Gründe für den Stellenabbau?

Welche Effekte hatte in diesem Zusammenhang die Einführung des DRG-Systems (DRG – Diagnosis Related Groups)?

Die Ursachen für einen Abbau des Pflegepersonals in den Krankenhäusern sind aus Sicht der Bundesregierung vielschichtig. Die Krankenhäuser haben in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen zur Effizienzsteigerung unternommen. Mit der Einführung des DRG-Systems (DRG – Diagnosis Related Groups) wurden u. a. die Arbeitsorganisation und die Abläufe in den Krankenhäusern optimiert. Daneben wurden Aufgaben, die früher in der Regel von Pflegenden erbracht wurden, an andere Berufsgruppen oder Externe übertragen. Dazu gehören beispielsweise Verwaltungs- und Dokumentationsleistungen, Hol- und Bringdienste sowie Reinigungsmaßnahmen.

6. Wie hat sich die Anzahl der Krankenhausbetten in Krankenhäusern in der Zeit von 1989 bis heute entwickelt (bitte in absoluten und relativen Zahlen angeben und nach der Trägerstruktur und Größe des Hauses differenzieren)?

Wie hoch ist die Anzahl der Krankenhausbetten in Krankenhäusern im europäischen Vergleich?

Die amtliche Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes erlaubt für den Zeitraum 1991 bis 2008 nur für die Allgemeinen Krankenhäuser eine Differenzierung der Betten nach der Trägerstruktur und der Bettenzahl eines Krankenhauses. Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden. Von im Jahr 2008 insgesamt 2 083 Krankenhäusern sind nach der Krankenhausstatistik 1 781 bzw. 85,5 Prozent Allgemeine Krankenhäuser, die jedoch über 92,2 Prozent der Betten verfügten.

Im Jahr 2008 standen in den Allgemeinen Krankenhäusern insgesamt 464 288 Betten zur Verfügung, das waren 133 785 bzw. 22,4 Prozent weniger als im Jahr 1991 (vgl. nachfolgende Tabelle 2).

Dabei verminderte sich die Zahl der Krankenhausbetten in öffentlicher Trägerschaft mit 141 737 Betten bzw. 38,6 Prozent überproportional. Die Krankenhausbetten in freigemeinnütziger Trägerschaft verminderten sich mit 39 018 Betten bzw. 18,9 Prozent etwas weniger dynamisch als der Durchschnittswert. Die Zahl der Krankenhausbetten in privater Trägerschaft wuchs demgegenüber um 46 970 Betten bzw. 195,7 Prozent an.

Werden die nach der Trägerschaft differenzierten Krankenhausbetten weiter nach Bettengrößenklassen aufgeschlüsselt, so ist im Zeitraum 1991 bis 2008 festzustellen, dass die Verminderung der Bettenzahlen über alle Bettengrößenklassen bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft am dynamischsten verlief (vgl. nachfolgende Tabelle 3).

Auch bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft ist über alle Größenklassen ein Rückgang im genannten Zeitraum zu verzeichnen. Der skizzierte Bettenzuwachs ist bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft über alle Bettengrößenklassen hinweg zu erkennen. Dabei fällt der Zuwachs bei den Krankenhäusern mit 500 Betten und mehr besonders dynamisch aus.

Die Anzahl der Krankenhausbetten im europäischen Vergleich ist angesichts deutlich unterschiedlicher Bevölkerungszahlen nicht aussagekräftig. Die folgende, auf der OECD-Datensammlung „Health Data 2009“ beruhende Übersicht stellt daher die Versorgung mit Krankenhausbetten in der Akutversorgung der Zahl der Einwohner gegenüber.

**Tabelle 2: Krankenhausbetten nach der Trägerschaft in Allgemeinen Krankenhäusern  
1991 bis 2008**

Jahr	Insgesamt	Davon		
		öffentliche Einrichtungen	freigemeinnützige Einrichtungen	private Einrichtungen
		Anzahl		
1991	598.073	367.198	206.873	24.002
1992	591.830	355.312	211.137	25.381
1993	578.621	340.488	210.254	27.879
1994	569.638	327.071	212.030	30.537
1995	564.624	319.999	212.459	32.166
1996	552.149	306.957	211.647	33.545
1997	540.914	304.500	204.811	31.603
1998	533.770	295.382	202.270	36.118
1999	528.946	287.127	204.059	37.760
2000	523.114	283.537	200.611	38.966
2001	516.242	276.754	198.205	41.283
2002	504.684	272.293	190.426	41.965
2003	499.785	265.520	187.271	46.994
2004	489.433	255.775	179.682	53.976
2005	484.955	249.760	175.906	59.289
2006	472.286	237.608	171.160	63.518
2007	468.169	229.971	167.739	70.459
2008	464.288	225.461	167.855	70.972
Veränderung absolut 1991/2008	-133.785	-141.737	-39.018	46.970
Veränderung in % 1991/2008	-22,37%	-38,60%	-18,86%	195,69%

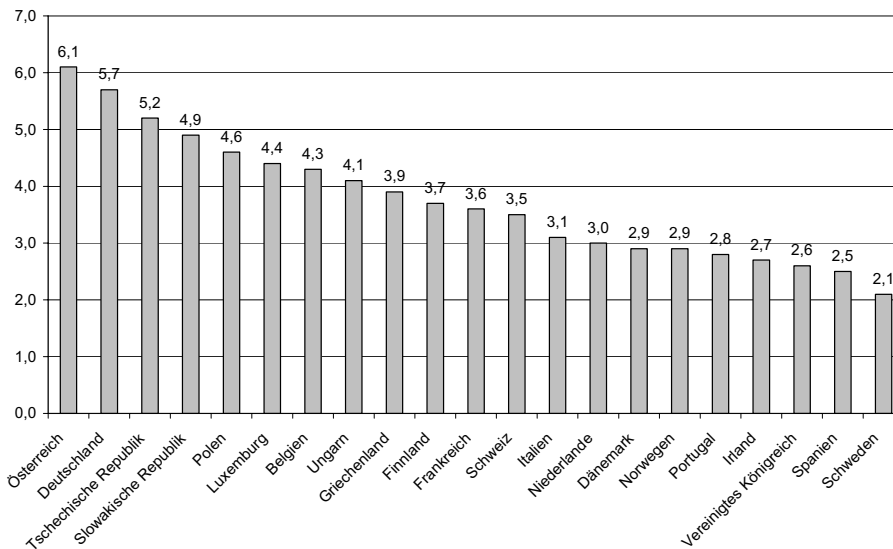
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser.

**Tabelle 3: Krankenhausbetten in Allgemeinen Krankenhäusern nach Größenklasse und Trägerschaft  
1991 und 2008**

Jahr		Anzahl	davon: Bettenzahl nach Größenklassen			
			bis 99	100 - 199	200 - 499	500 und mehr
1991	öffentliche Einr.	367 198	9.084	36.594	122.375	199.145
	freigemeinnütz. Einr.	206 873	8.397	35.809	121.841	40.826
	private Einr.	24.002	9.770	7.145	4.747	2.340
	insgesamt	598 073				
2008	öffentliche Einr.	225 461	4.137	19.867	67.331	134.126
	freigemeinnütz. Einr.	167 855	7.325	28.205	93.042	39.283
	private Einr.	70.972	11.090	13.184	25.303	21.395
	insgesamt	464 288				
öffentliche Einr.	Veränd. absolut 1991/2008		-4.947	-16.727	-55.044	-65.019
	Veränd. in % 1991/2008		-54,5%	-45,7%	-45,0%	-32,7%
freigemeinnütz. Einr.	Veränd. absolut 1991/2008		-1.072	-7.604	-28.799	-1.543
	Veränd. in % 1991/2008		-12,8%	-21,2%	-23,6%	-3,8%
private Einr.	Veränd. absolut 1991/2008		1.320	6.039	20.556	19.055
	Veränd. in % 1991/2008		13,5%	84,5%	433,0%	814,3%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser.



**Übersicht: Krankenhausbetten für die Akutversorgung, Betten je 1.000 Einwohner**

Quelle: OECD Health Data 2009. Zahlen aus dem Jahr 2007, für Spanien und Griechenland aus 2006. Berichtet werden nur Angaben für Länder, für die der OECD Daten vorliegen.

7. In welchem Umfang nahmen die jährlichen Behandlungsfälle seit 1989 bis heute zu (Angaben bitte aufschlüsseln nach
- Krankenhäusern insgesamt,
  - Allgemeinen Fachabteilungen sowie
  - Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen)?

Die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle in deutschen Krankenhäusern sind von insgesamt 14,6 Millionen im Jahr 1991 auf 17,5 Millionen im Jahr 2008 angestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von 20,2 Prozent. Dieser Anstieg verlief jedoch nicht linear: Bis zum Jahr 2002 wurden jährlich immer mehr Patientinnen und Patienten behandelt, von 2002 bis 2006 gingen dann die Behandlungsfälle wieder zurück. In den Jahren 2007 und 2008 stieg diese Zahl wieder an.

Im Rahmen der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes kann neben den genannten Angaben zu den Krankenhäusern insgesamt weiter differenziert werden zwischen Allgemeinen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten.

Bei den Allgemeinen Krankenhäusern stieg die Patientenzahl im Zeitraum seit 1991 von 14,3 Millionen auf 17 Millionen Fälle an, welches einem Anstieg von 18,7 Prozent entspricht. Auch hier war kein linearer Anstieg zu verzeichnen, vielmehr nahm die Patientenzahl erst ab dem Jahr 2007 wieder zu.

Die Zahl der in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten hat sich seit 1991 nahezu verdoppelt (97,8 Prozent). Wurden im Jahr 1991 noch rd. 266 000 Patientinnen und Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt, waren es 2008 rd. 526 000. Ähnlich dynamisch verläuft die Entwicklung im Bereich der psychiatrischen Fachabteilungen: Wurden in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 1991 noch insgesamt 427 284 Patientinnen und Patienten behandelt, waren es im Jahr 2008 821 902 Patientinnen und Patienten.



Das Statistische Bundesamt weist darauf hin, dass ein zusammengefasster Vergleich der Zahlen für allgemeine Fachabteilungen und psychiatrische Fachabteilungen nicht möglich ist, da auf Grund der internen Verlegungen in den Krankenhäusern ansonsten eine deutliche Überschätzung der Patientenzahl die Folge wäre.

8. Lässt sich eine überproportionale Zunahme des Anteils von älteren Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern feststellen, und falls ja, in welchem Umfang?

Welche Auswirkungen hat dies auf den Pflegebedarf in Krankenhäusern?

Für den Zeitraum 2000 bis 2008 ist auf der Grundlage der Krankenhausdiagnostikstatistik des Statistischen Bundesamtes eine entsprechende überproportionale Zunahme des Anteils von älteren Patientinnen und Patienten festzustellen. Stieg die Zahl der Krankenhausdiagnosefälle im genannten Zeitraum insgesamt um 4,4 Prozent, so sind bei den über 65-Jährigen durchgängig Fallzahlsteigerungen im zweistelligen Bereich festzustellen (vgl. nachfolgende Tabelle). Bei den Altersgruppen der unter 40-Jährigen waren die Fallzahlen demgegenüber durchgängig rückläufig.

#### Entwicklung der Krankenhausdiagnosefälle, 2000 bis 2008

Alter	Jahr		Veränderung 2000 bis 2008 in %
	2000	2008	
<b>Alle Altersgruppen</b>	17.187.527	17.937.101	4,4
<b>Unter 1 Jahr</b>	317.835	872.843	X
<b>1 Jahr bis unter 5 Jahre</b>	439.806	366.310	-16,7
<b>5 bis unter 10 Jahre</b>	363.336	270.728	-25,5
<b>10 bis unter 15 Jahre</b>	395.013	298.216	-24,5
<b>15 bis unter 20 Jahre</b>	548.343	501.083	-8,6
<b>20 bis unter 25 Jahre</b>	663.964	606.590	-8,6
<b>25 bis unter 30 Jahre</b>	805.993	709.657	-12,0
<b>30 bis unter 35 Jahre</b>	1.035.579	701.460	-32,3
<b>35 bis unter 40 Jahre</b>	984.818	749.134	-23,9
<b>40 bis unter 45 Jahre</b>	887.151	890.376	0,4
<b>45 bis unter 50 Jahre</b>	929.266	1.002.989	7,9
<b>50 bis unter 55 Jahre</b>	945.906	1.049.927	11,0
<b>55 bis unter 60 Jahre</b>	1.240.466	1.170.630	-5,6
<b>60 bis unter 65 Jahre</b>	1.555.169	1.139.595	-26,7
<b>65 bis unter 70 Jahre</b>	1.411.588	1.746.979	23,8
<b>70 bis unter 75 Jahre</b>	1.494.969	1.808.873	21,0
<b>75 bis unter 80 Jahre</b>	1.416.792	1.571.063	10,9
<b>80 bis unter 85 Jahre</b>	776.392	1.322.733	70,4
<b>85 bis unter 90 Jahre</b>	688.585	840.080	22,0
<b>90 Jahre und älter</b>	286.320	317.802	11,0
<b>Unbekannt</b>	236	33	-86,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser.

Es ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung des Anteils älterer Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern zu einem höheren Pflegebedarf führt. Ursache hierfür ist in erster Linie, dass ältere Patienten häufig Mehrfacherkrankungen haben oder pflegebedürftig sind.

9. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich des Zusammenhangs der Personalausstattung und der Versorgungsqualität vor?

Die Vermutung liegt nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Versorgungsqualität gibt. Ob jedoch ein solcher Zusammenhang besteht und ab wann eine kritische Grenze vorliegt, ab der bei einer geringen Personalausstattung die Versorgungsqualität gefährdet ist, lässt sich nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit nicht durch valide Studien belegen. So gibt es einerseits Krankenhäuser, die auch bei einer geringeren Personalausstattung mit einer guten Personal- und Ablauforganisation eine hohe Versorgungsqualität erzielen. Andererseits führt eine gute Personalausstattung nicht automatisch zu einer guten Versorgungsqualität.

Am 19. September 2006 hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Untersuchung „Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht“ veröffentlicht. Dabei wurde anhand vorliegender Studien eine systematische Recherche in deutsch- und englischsprachigen Zeitschriften und Literaturdatenbanken zu einem möglichen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität (Anzahl des Pflegepersonals pro Patient oder Station, die Zusammensetzung des Pflegepersonals pro Station oder Krankenhaus etc.) und Ergebnisqualität durchgeführt. Im Ergebnis konnte international ein Einfluss der Pflegekapazität auf die Qualität der Patientenversorgung durch Studien belegt werden. Für Deutschland lagen entsprechende Untersuchungen bislang jedoch nicht vor. Aus diesem Grund blieb nach der Datenlage auch unklar, ob und inwieweit sich ein Personalabbau auf die Qualität der stationären Pflege in deutschen Kliniken auswirkt.

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Krankenstände und Krankheitsursachen sowie den Berufsausstiegen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern?

Die Statistiken der Krankenkassen über Arbeitsunfähigkeitsfälle sehen keine Gliederung nach Berufen oder Branchen vor. Erkenntnisse zu dieser Fragestellung sind somit lediglich wissenschaftlichen Arbeiten zu entnehmen, die allerdings nicht repräsentativ sein müssen und gegebenenfalls auch nicht auf einer aktuellen Datenbasis aufbauen. Der Fehlzeiten-Report 2004, der u. a. von Professor Bernhard Badura herausgegeben wurde, hat sich schwerpunktmäßig mit Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen befasst. Es wurde darin festgestellt, dass der Krankenstand von AOK-Mitgliedern, die in Krankenhäusern beschäftigt sind, überdurchschnittlich hoch ist, und zwar im Jahr 2003 um 0,4 Prozentpunkte höher als bei den AOK-Mitgliedern insgesamt. Der Anteil der Arbeitsunfälle am Krankenstand ist dagegen im Krankenhausbereich im Vergleich zu den übrigen Branchen relativ gering (vgl.: C. Vetter: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in deutschen Krankenhäusern, in: Fehlzeiten-Report 2004, Hrsg: Bernhard Badura u. a., Berlin Heidelberg 2005).

Zu der Thematik von Berufsausstiegen in Pflegeberufen gibt es verschiedene Forschungsprojekte und Erhebungen. Sie basieren auf unterschiedlichen Erhebungsmethoden und beleuchten unterschiedliche Fragestellungen. Die „Next Studie“, über die die Bergische Universität Wuppertal Berichte veröffentlicht, analysiert die Ursachen eines Berufsausstiegs anhand einer Befragung und differenziert nach der Art der Pflege. Der Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, war bei Pflegepersonal in Krankenhäusern am größten (17,1 Prozent erwogen dies oft). Es folgten Pflegeheime mit 12,5 Prozent und der ambulante Pflegebereich mit 10,8 Prozent. Die Forschungsstudie über die Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb) der Martin-Luther-Universität Halle

Wittenberg zeigt anhand der Auswertung statistischer Daten u. a., dass Krankenpflegerinnen und -pfleger länger als Krankenpflegerhelferinnen und -pflegerhelfer im Beruf verbleiben.

11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Arbeitszufriedenheit von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern?

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die das Thema Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften aufgreifen. Eine vergleichende Darstellung ermöglicht eine Auswertung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006. Die vergleichende Analyse zeigt, dass sich die Erwerbstätigen in Pflegeberufen bei einigen Zufriedenheitsfragen deutlich von anderen Berufsgruppen unterscheiden. Die Befragten in Pflegeberufen äußerten eine deutlich höhere Unzufriedenheit mit dem Einkommen und den körperlichen Belastungen durch die Arbeitsbedingungen. Deutlich weniger unzufrieden waren Pflegenden über die Aufstiegsmöglichkeiten und die Möglichkeiten für Weiterbildung.

12. Welcher Personalbedarf besteht gegenwärtig in Krankenhäusern in Deutschland insgesamt (bitte erläutern, auf welcher Grundlage der Bedarf ermittelt wird)?

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) geht aufgrund seiner im Krankenhaus-Barometer 2009 veröffentlichten schriftlichen Befragung von 286 Krankenhäusern davon aus, dass im Jahr 2009 hochgerechnet circa 5 000 Stellen im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser nicht besetzt werden konnten. Dagegen zeigte die Befragung deutlich seltenere Stellenbesetzungsprobleme in der Pflege. Hochgerechnet blieben hier im Jahr 2009 rd. 1 250 Vollkraftstellen im bettenführenden Bereich der Pflege unbesetzt. Im Operationspflegedienst blieben rund 600 Stellen, im Bereich der Anästhesiepflege rd. 200 Stellen und im Intensivpflegebereich 1 150 Stellen unbesetzt.

13. Welchen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts von wissenschaftlichen Studien, dass die Unterbesetzung in Krankenhäusern gegenwärtig bei ca. 70 000 Vollzeitkräften (Simon 2008) liege, die mit den bisherigen Maßnahmen nicht ausreichend ausgeglichen wurden?

Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um einem weiteren Stellenabbau entgegenzuwirken?

In der genannten Studie wird die gegenwärtige Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser auf der Grundlage einer Modellrechnung geschätzt. Diese Rechnung stützt sich auf eine Hochrechnung unter Berücksichtigung des Maßstabs der bis zum Jahr 1995 angewandten Pflege-Personalregelung. In Anbetracht der bereits in der Antwort zu Frage 5 für einen Pflegepersonal-Abbau dargestellten bestehenden vielfältigen Ursachen (z. B. Verlagerung von Pflegeaufgaben auf andere Berufsgruppen) und ergriffenen Maßnahmen (z. B. Organisationsoptimierungen) ist eine solche Hochrechnung in ihrem Aussagegehalt kritisch zu bewerten. Im Übrigen konnte ausweislich der Krankenhausstatistik im Jahr 2008 erstmals wieder ein leichter Anstieg der Anzahl des Pflegepersonals nachgewiesen werden.

Die Bundesregierung sieht zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich der Krankenhäuser in dem Pflegestellen-Förderprogramm ein wichtiges

Instrument, dessen Wirkungen zunächst abgewartet werden sollten. Die gesetzlichen Regelungen zu diesem Programm sind am 25. März 2009 in Kraft getreten, also zu einem Zeitpunkt, in dem die Budgetverhandlungen der Krankenhäuser in der Praxis teilweise schon angelaufen waren. Da dies bereits während des Gesetzgebungsverfahrens bekannt war, wurde die „Nachholregelung“ (kumulative Inanspruchnahme im Folgejahr möglich) vorgesehen. Zunächst müssen daher die vorgesehenen drei Förderjahre abgewartet werden, um die Wirkungen des Programms verlässlich beurteilen zu können. Im Übrigen wird die Ausschöpfung des Pflegestellen-Förderprogramms auch einen Hinweis darauf geben, wie hoch der Bedarf für zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern tatsächlich ist. Hinzu kommt, dass eine unmittelbare Einflussmöglichkeit der Bundesregierung auf das Einstellungsverhalten der Krankenhäuser nicht besteht. Die jeweilige Leitung eines Krankenhauses hat unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten sicherzustellen, dass das für eine qualifizierte Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigte Pflegepersonal auch vorhanden ist.

14. Wann wird der Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Verlauf des Pflegepersonalstellen-Programms veröffentlicht?

Der Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 4 Absatz 10 Satz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHGEntgG) über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die aufgrund der Förderung im Vorjahr beschäftigt wurden, ist erstmals zum 30. Juni 2010 dem BMG vorzulegen. Er wird nach Prüfung durch das BMG zeitnah veröffentlicht.

15. Nach welchen Kriterien wird der sachgerechte Einsatz der Fördermittel überprüft?

Um die Inanspruchnahme der Fördermittel nicht zu erschweren, wurde in Übereinstimmung mit den im Rahmen des Pflegegipfels 2009 an der Erarbeitung der Förderregelung beteiligten Verbänden und Institutionen auf die Festlegung detaillierter Kriterien und Nachweise für den Mitteleinsatz verzichtet. Danach ist lediglich Voraussetzung für die Förderung der Nachweis des Krankenhauses, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird (§ 4 Absatz 10 Satz 5 KHGEntgG). Im Nachhinein hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien durch eine Bestätigung des Wirtschaftsprüfers über die Stellenbesetzung die zweckentsprechende Verwendung der Mittel nachzuweisen.

16. Welche Summe wurde
- a) für die gesamte Dauer des Förderprogramms und
  - b) im ersten Jahr für das Förderprogramm
- zur Verfügung gestellt?

Der Gesetzgeber ist von einem Fördervolumen für den Zeitraum 2009 bis 2011 in Höhe von bis zu rund 660 Mio. Euro ausgegangen.

Die tatsächlich im ersten Jahr zur Verfügung gestellten Mittel hängen von der Inanspruchnahme des Förderprogramms durch die Krankenhäuser ab. Die genaue Summe kann erst nach Vorlage des Berichtes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 30. Juni 2010 mitgeteilt werden.

17. Wie hoch ist die anteilige Summe, die von den Krankenhäusern für zusätzliches Pflegepersonal in den Jahren 2009 abgerufen wurde?

Dazu kann zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Aussage getroffen werden. Erste offizielle Informationen zum Stand der Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms und seinen Wirkungen erhält das BMG zum 30. Juni 2010 durch die Meldung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (§ 4 Absatz 10 Satz 12 KHGEntgG).

18. Wie viele Neueinstellungen (Anzahl Vollzeitkräfte) wurden mit den abgerufenen Fördermitteln geschaffen (Neueinstellungen beziehen sich auf den Bestand aller Vollzeitkräfte am 30. Juni 2008)?

Siehe Antwort zu Frage 17.

19. Wie viele Neueinstellungen erfolgten im Vergleich in einem entsprechenden Zeitraum vor Inkrafttreten dieses Förderprogramms?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Dies ist auch nicht Gegenstand der gesetzlich vorgegebenen Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Pflegestellen-Förderprogramm.

20. Wie viele Krankenhäuser haben im Bundesgebiet seit Inkrafttreten des Programms zusätzliche Mittel für die Aufstockung von Pflegepersonal beantragt?

Siehe Antwort zu Frage 19.

21. Wie viele Krankenhäuser haben im Bundesgebiet seit Inkrafttreten des Pflegepersonalstellen-Programms zusätzliche Mittel des Förderprogramms erhalten (bitte nach der Trägerstruktur und Größe des Hauses differenzieren)?

Siehe Antwort zu Frage 17.

22. Wie viele Krankenhäuser haben finanzielle Mittel des Pflegepersonalstellen-Programms beantragt, konnten aber die Voraussetzungen für eine Förderfähigkeit nicht erreichen?

Welche Gründe liegen für ein Nichterreichen der Förderfähigkeit vor?

Siehe Antwort zu Frage 19.

23. Welche Arten der Neuorganisationen konnten im Zusammenhang mit der Bereitstellung von 5 Prozent des Sonderprogramms für „innovative Organisationsmodelle“ im Pflegebereich geschaffen werden?

Siehe Antwort zu Frage 19.

24. Wie viele der durch das Pflegepersonalstellen-Programm mit finanzierten neu geschaffenen Stellen im Pflegebereich der Krankenhäuser unterliegen ordentlichen Tarifverträgen gemäß dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)?

Siehe Antwort zu Frage 19.

25. Wie hoch ist die Summe der im Jahr 2009 abgerufenen finanziellen Mittel für „innovative Organisationsmodelle“ im Pflegebereich?

Siehe Antwort zu Frage 17.

26. Wie viele der durch das Pflegepersonalstellen-Programm neu geschaffenen Stellen im Pflegebereich der Krankenhäuser sind unbefristet?

Siehe Antwort zu Frage 19.

27. Wie viele der durch das Pflegepersonalstellen-Programm neu geschaffenen Stellen im Pflegebereich der Krankenhäuser sind befristet (bitte aufschlüsseln nach Länge der Befristung)?

Siehe Antwort zu Frage 19.

28. Für wie viele der Kliniken, die durch das Förderprogramm befristete Stellen geschaffen haben, erhöhte sich dadurch das vereinbarte Budget?

Hierzu kann keine Aussage getroffen werden. Die Gewährung zusätzlicher Mittel erfolgt additiv. Inwiefern sich aufgrund anderer, die Budgethöhe beeinflussender Faktoren, wie z. B. Änderungen des Versorgungsspektrums, Effekte ergeben, die die Budgeterhöhung kompensieren, ist auch nicht Gegenstand des zum 30. Juni 2010 vorzulegenden Berichtes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

29. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass die finanziellen Mittel des Förderprogramms ordnungsgemäß und ausschließlich für die im Gesetz festgelegten Zwecke verwendet werden?
30. Welche Sanktionen erwartet Kliniken, welche Gelder des Förderprogramms erhalten haben, aber eine ordnungsgemäße Verwendung der Mittel nicht nachweisen können?

Die Fragen 29 und 30 werden gemeinsam beantwortet.

Es ist die Aufgabe der Vertragspartner vor Ort, im Rahmen der Vereinbarungen zur Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms sicherzustellen, dass die Mittel entsprechend der Zweckbestimmung des Gesetzes verwandt werden. Soweit der Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Gelder des Förderprogramms durch den Wirtschaftsprüfer im Nachhinein nicht gelingt, sind die Fördermittel zurückzuzahlen (§ 4 Absatz 10 Satz 11 KHGEntgG).



31. Wie viele Kliniken konnten eine ordnungsgemäße Verwendung der finanziellen Mittel des Pflegestellenförderprogramms nicht nachweisen?

Zum aktuellen Zeitpunkt können hierzu keine Aussagen getroffen werden. Auf Basis des Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an das BMG zum 30. Juni 2011 wird erst eine erste Beantwortung möglich sein, weil dann erst die Verwendungsnachweise geprüft worden sind.

32. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass Kliniken den Stellenplan der Pflege nicht bewusst zu niedrig ansetzen, um mit den finanziellen Hilfen des Förderprogramms zusätzliche Kosteneinsparungen zu realisieren?

Als Basis für die Berechnung der Stellensituation ist in § 4 Absatz 10 Satz 11 KHGEntgG der 30. Juni 2008 festgelegt. Da dieser Zeitpunkt vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes am 25. März 2009 liegt, sind insofern keine Manipulationen möglich.

33. Wie viele betriebliche Vereinbarungen sind zum Zweck der Teilnahme am Förderprogramm geschaffen worden?

Nach § 4 Absatz 10 Satz 5 KHGEntgG ist eine betriebliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms. Aus der Zahl der Krankenhäuser, die eine entsprechende Förderung in Anspruch genommen haben, lässt sich daher auf Grundlage des Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ein Rückschluss auf die entsprechende Zahl der getroffenen betrieblichen Vereinbarungen ziehen.

34. Wie viele Krankenhäuser, welche die Bedingungen der Förderung erfüllt haben und am Förderprogramm teilnehmen, können die dadurch entstandenen Stellen nicht besetzen?

Zum aktuellen Zeitpunkt können hierzu keine Aussagen getroffen werden. Auf Basis des Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an das BMG zum 30. Juni 2011 wird voraussichtlich eine Aussage darüber getroffen werden können, ob die im Jahr 2009 vereinbarten Stellen tatsächlich besetzt wurden.

Mögliche Gründe für eine unzureichende Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms werden jedoch nicht Gegenstand des Berichtes sein.

35. In welchen Abteilungen der Krankenhäuser sind durch das Förderprogramm vorrangig neue Pflegestellen besetzt worden?

Siehe Antwort zu Frage 19.

36. Wann ist, im Zusammenhang mit der Befristung des Pflegestellenförderprogramms bis Ende 2011, mit Ergebnissen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu rechnen, nach denen gemäß § 4 Absatz 10 Satz 14 KHEntgG ab dem Jahr 2012 die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellenförderprogramms im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden sollen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen?

Mit ersten Ergebnissen des InEK ist im Zusammenhang mit der Vorlage des DRG-Systems für das Jahr 2012 zu rechnen, das auf der Grundlage von im Jahr 2010 kodierten Daten im Jahr 2011 kalkuliert wird.



37. Welche Ergebnisse erzielte gegebenenfalls das Institut für das InEK bereits im Zusammenhang mit § 4 Absatz 10 Satz 14 KHEntgG bei der Entwicklung von Kriterien, die eine Zuordnung von Bereichen mit einem erhöhten pflegerischen Aufwand im DRG-System zielgerichtet ermöglichen soll?

Wann werden erste Ergebnisse dazu vorliegen?

Unter Beteiligung des InEK und von Vertretern der Pflegeverbände konnte beim letztjährigen Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels ein neuer Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) aufgenommen werden. Der PKMS ist ein Score zur Erfassung der hochaufwändigen Pflegeinterventionen bei Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Dabei wurden unterschiedlich operationalisierte Pflegemaßnahmen-Scores für Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie Kleinkinder entwickelt. Der PKMS ist Bestandteil des OPS 2010 und seit dem 1. Januar 2010 obligatorisch zu dokumentieren.

38. Sieht die Bundesregierung gesetzgeberischen Handlungsbedarf, Mindestanforderungen an eine quantitative und qualitative Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser vorzugeben?

Für bundesweit einheitliche Vorgaben der Personalbesetzung in den Krankenhäusern ist die Situation in den verschiedenen Krankenhäusern zu unterschiedlich. Daher ist aus Sicht der Bundesregierung kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf für Mindestanforderungen an die Personalbesetzung gegeben. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) es aus Gründen der Qualitätssicherung für erforderlich hält, kann er Vorgaben zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung festlegen. So hat der G-BA beispielsweise entsprechende Vorgaben im Rahmen der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen getroffen.