

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, Katja Kipping, Yvonne Ploetz, Kathrin Vogler, Jörn Wunderlich, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Stellensituation im Pflegedienst der Krankenhäuser und quantitative und qualitative Standards der Personalbemessung

Die Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren verschlechtert und zugespitzt. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Zahl der Patientinnen und Patienten (Fallzahl) von 2003 bis 2011 von 17,30 Millionen auf 18,34 Millionen gestiegen, während die Zahl der Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) von 2003 bis 2011 von 320 158 auf 310 817 zurückgegangen ist. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist die Verdichtung von Arbeit und in der Folge eine steigende Überlastung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern. Ein weiterer Hinweis hierfür ist auch 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 Krankenhausgesellschaft – 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 starken Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Qualität der Versorgung. Schlechte Personalausstattung bedeutet auch oft eine schlechte Versorgung, in einigen Fällen wird auch die Gesundheit und des Lebens der Patientinnen und Patienten gefährdet.

Auch das 2009 aufgelegte Pflegestellenförderprogramm der Bundesregierung konnte bisher nicht für eine substantielle Entlastung sorgen (Deutscher Pflegerat e. V. 2012, Pflege-Thermometer 2012, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. 2012). Parallel dazu ist die finanzielle Situation der Krankenhäuser in Deutschland äußerst angespannt. Seit dem Ende der Konvergenzphase zur Einführung der Fallpauschalen (DRG System) im Jahr 2009 mussten die Krankenhäuser eine Finanzierungslücke von 6,5 Prozent schließen, das entspricht 3,8 Mrd. Euro, die durch Einsparungen – meist beim Personal – gedeckt werden mussten (Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser, Bundesratsdrucksache 432/12). Nach einer Umfrage unter Krankenhausdirektoren haben 43 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser das Jahr 2011 mit einem Defizit abgeschlossen. Diese nach Auffassung der Fragesteller von der Bundesregierung beförderte finanzielle Situation der Krankenhäuser veranlasst die Krankenhausleitungen sicherlich nicht, dringend benötigte neue Einstellungen vorzunehmen. Angesichts dieser Zuspit-

zung der Personalsituation des Pflegedienstes der Krankenhäuser und die durch die Unterbesetzung befürchteten Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und die Patientensicherheit, stellt sich zunehmend die Frage, durch welche Maßnahmen eine dauerhafte und ausreichende Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser bundesweit erreicht werden kann.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welchen gesetzlichen Vorgaben unterliegen Krankenhäuser bezüglich ihrer Personalausstattung im
 - a) Bereich Psychiatrie/Psychosomatik,
 - b) Bereich der somatischen Stationen?
2. Hält die Bundesregierung die Personalausstattung in deutschen Krankenhäusern, besonders im Bereich der Pflege, für ausreichend?
Falls ja, womit begründet die Bundesregierung diese Einschätzung?
3. Welche Folgen resultieren nach Ansicht der Bundesregierung aus einer personellen Unterdeckung von Krankenhäusern für die Patientinnen und Patienten und für das Personal?
4. Liegen der Bundesregierung Hinweise zur Versorgung von Patientinnen und Patienten und zur gesundheitlichen Situation von Pflegekräften in Krankenhäusern vor, die auf eine personelle Unterdeckung von Krankenhäusern zurückzuführen sein könnten (bitte benennen)?
5. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, verbindlich Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung in Krankenhäusern zur Sicherung einer ausreichenden Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst gesetzlich vorzugeben, ihre Einhaltung zu kontrollieren und durchzusetzen, und wenn nein, warum nicht?
6. Sieht die Bundesregierung ausschließlich die Länder in der Pflicht, oder fände sie bundeseinheitliche Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung sinnvoll?
7. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung im bestehenden Recht die Möglichkeit gegeben, verbindliche Mindeststandards für die personelle Besetzung von Krankenhäusern gesetzlich vorzugeben, die zur Sicherung einer ausreichenden Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst führen, z. B. auf Grundlage des § 137 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), und wenn nein, warum nicht?
8. Mit welchen Maßnahmen bzw. gesetzlichen Vorgaben ist aus Sicht der Bundesregierung bereits heute sichergestellt, dass die Personalbesetzung im Pflegedienst der deutschen Krankenhäuser einem Mindestumfang entspricht, so dass einerseits die Patientensicherheit zu keiner Zeit in Frage gestellt ist und andererseits die körperliche und psychische Gesundheit der Mitarbeiter des Pflegedienstes der Krankenhäuser ebenfalls nicht gefährdet wird?
9. Wurden bei der Einführung des G-DRG-Systems durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23. April 2002 Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität für Krankenhäuser gesetzlich vorgegeben, bzw. wurde die Aufforderung an die Spitzenverbände der GKV, die DKG und die PKV erteilt, diese Mindestanforderungen zu vereinbaren?
10. Welche Mindestanforderungen müssen gegebenenfalls aus dem FPG hinsichtlich der Art und der Anzahl des Personals sowie an dessen Qualifikation abgeleitet werden?

11. Sieht die Bundesregierung die im Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), Bundestagsdrucksache 14/6893 auf Seite 30 f. formulierten Verpflichtungen hinsichtlich der sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung als weitgehend umgesetzt an?
Falls nicht, was ist aus Sicht der Bundesregierung zu veranlassen?
12. Für welche Teil- (Fach-)bereiche wurden nach Kenntnis der Bundesregierung Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Grundlage der Regelungen des FPG vereinbart, und welche Mindestanforderungen sind das?
13. Inwieweit lassen sich aus den gegebenenfalls bisher in Teil- (Fach-)bereichen vereinbarten Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern Mindestanforderungen auch für die personelle Ausstattung von Krankenhäusern bzw. deren Teil- (Fach-)bereiche verbindlich vorgeben, deren Einhaltung kontrollieren und durchsetzen, bzw. welche Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung von Krankenhäusern sind bereits auf diesem Wege verbindlich vereinbart worden?
14. Warum wurde nach Kenntnis der Bundesregierung von der gemeinsamen Selbstverwaltung gegebenenfalls bisher keine allgemeingültige Vereinbarung zur personellen Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser auf Grundlage des FPG vereinbart, welche zur Sicherung einer ausreichenden Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser führt?
15. Welche Gründe lagen vor, die zwischen 1993 und 1995 existierenden allgemeinverbindlichen Vorgaben zur Personalbemessung im allgemeinen Pflegedienst der Krankenhäuser (Pflegepersonalregelung – PPR) 1996 zunächst auszusetzen und 1997 vollständig außer Kraft zu setzen?
16. Welche Aufgabe hatte die PPR, bzw. welche Ziele verfolgte sie, und waren diese Ziele mit der Aussetzung bzw. der Außerkraftsetzung erreicht?
17. Konnte das gegebenenfalls erreichte Ziel der PPR nach deren Außerkraftsetzung gehalten werden, bzw. wie entwickelte sich die Zahl aller Beschäftigten (bitte unter Angabe von Voll- und Teilzeitbeschäftigung) im Pflegedienst der Krankenhäuser seit 1991 bis heute?
18. Inwieweit ist die PPR bzw. ein auf der Grundlage der PPR weiterentwickeltes Personalbemessungsinstrument als Basis geeignet oder nicht geeignet, verbindliche Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser gesetzlich vorzugeben (bitte begründen)?
19. Inwieweit wird die PPR nach Kenntnis der Bundesregierung heute noch in den Krankenhäusern zu anderen Zwecken als der Personalbemessung angewendet?
20. Inwieweit ist die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als Grundlage geeignet, verbindliche Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung im Pflegedienst von stationären Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. in entsprechenden Abteilungen von Krankenhäusern gesetzlich vorzugeben?
21. Welche Auswirkung wird aus Sicht der Bundesregierung die mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) unterbundene Weiterentwicklung der Psych-PV unter Berücksichtigung der Erkenntnisse zur Personalentwicklung im Pflegedienst der Krankenhäuser im Zuge der Einführung des G-DRG-Systems haben?

22. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen des Pflege-Thermometers 2012, dass „bislang nur in geringem Umfang systematische und transparente Verfahren der Personalbemessung auf bundesdeutschen Intensivstationen eingesetzt werden“ (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.)?
23. Hält die Bundesregierung den Vorschlag zur Einführung eines systematischen Monitorings zur Patientensicherheit im Intensivpflegebereich für sinnvoll, um auf der Basis der daraus abgeleiteten, qualitätsbezogenen Kennzahlen die Stärke und Zusammensetzung des Fachpersonals besser entwickeln und steuern zu können (Pflege-Thermometer, S. 81)?
Wenn nicht, warum nicht?
24. Welche Konsequenzen leitet die Bundesregierung aus Ergebnissen des Pflege-Thermometers 2012 ab, dass einerseits „die Übernahme von medizinischen Entscheidungen und Leistungen durch Pflegekräfte auf Intensivstationen ... offenkundig notwendig (ist), um den laufenden Betrieb der Stationen aufrechterhalten zu können“, andererseits hohe Belastungen des Pflegepersonals zu Gesundheitsrisiken der Patienten führen, die sich beispielsweise darin äußern, dass 73,1 Prozent der befragten Führungskräfte von Intensivstationen, Mängel in der Händedesinfektion aufgrund des Personalmangels nicht ausschließen können, „was insbesondere im intensivmedizinischen Bereich mit hohen Risiken behaftet ist“?
25. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen des Pflege-Thermometers 2012, nach welchen mittels Befragung leitender Pflegekräfte von Intensivstationen zur Gewährleistung der Patientensicherheit festgestellt wurde, dass es exemplarisch auf „zwei von drei Stationen ... bei unruhigen Patienten zu Sturzereignissen aus dem Bett kam“ oder „dass mehr als jede zweite Intensivstation im Jahr 2011“ bei Patienten das selbständige „Entfernen eines zentralvenösen Katheters verzeichnet“, was in der Regel „mit erheblichen Folgen für die Betroffenen verbunden ist“?
26. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass pflegerische Leistungen ein fester Bestandteil der Versorgung und Vergütung von Krankenhäusern sind und deren Qualität sich maßgeblich auf die Patientensicherheit auswirkt, diese pflegerischen Leistungen sich aber nur bedingt in der Ressourcenzuweisung innerhalb der einzelnen Kliniken bzw. in den G-DRGs abbilden (bitte begründen)?
27. Inwieweit ist aus Sicht der Bundesregierung der Ansatz zielführend, in die G-DRG-Systeme finanzielle Mittel für Bereiche mit Patienten, die in der pflegerischen Versorgung hochaufwendig sind, einfließen zu lassen, obwohl das G-DRG-System nicht vorsieht, einzelnen Berufsgruppen gezielt Erlöse zuzuweisen?
28. Inwieweit ist die Abbildung von komplexen pflegerischen Leistungen über Pflegekomplexmaßnahmenscores (PKMS) als unzureichend zu bewerten, da diese derzeit nur einen Teil des pflegerischen Handlungsspektrums umfassen und in deren gültiger Version hinsichtlich der Identifikation hochaufwendiger Pflegeleistungen nicht geprüft und daher nicht für die angestrebte Verteilung finanzieller Mittel geeignet ist (Positionspapier des Deutschen Pflegerates e. V. „Pflegerische Leistungen im G-DRG-System“, September 2012)?

29. Ist es gelungen, durch die Schaffung des PKMS die Absicherung von mehr Pflegefachpersonalstellen zu erreichen und einem weiteren Pflegefachpersonalabbau entgegenzuwirken bzw. Pflegefachpersonalstellen neu zu schaffen und zu finanzieren und damit eine etwaige Nachhaltigkeit des dreijährigen Pflegestellenförderprogramms zu sichern?
30. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem Vorschlag des Deutschen Pflegerates, welcher maßgeblich an der Entwicklung des PKMS beteiligt war, die PPR mehrstufig weiterzuentwickeln und damit den PKMS in eine systemkonforme Abbildung hochaufwendiger pflegerischer Leistungen zu überführen?
31. Ist aus Sicht der Bundesregierung die Feststellung richtig, dass es nach geltendem Recht allein den Krankenhäusern und damit deren Leitung obliegt, wie und wofür deren Erlöse Verwendung finden und die Erlöse daher nicht zwangsläufig für eine ausreichende personelle Ausstattung im Pflegedienst eingesetzt werden müssen, die einerseits die Patientensicherheit gewährleisten und andererseits der Gesunderhaltung der Beschäftigten des Pflegedienstes genügen?
32. Reicht aus Sicht der Bundesregierung allein die Strategie der Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel aus, um verbindlich eine ausreichende Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu erreichen, und wenn nein, welche Strategien sieht die Bundesregierung hier jenseits der externen verbindlichen Vorgabe von Standards der Personalbemessung als geeignet an, und warum?
33. Reichen nach Ansicht der Bundesregierung die jährlichen Anpassungen der Mittelzuweisungen an die Krankenhäuser aus, um Tarifsteigerungen ausreichend zu refinanzieren, oder sind die Zuweisungen so bemessen, dass eine Produktivitätssteigerung, also die Verringerung von Personal, einkalkuliert ist und damit angeregt werden soll?
34. Hält die Bundesregierung die Arbeitsverdichtung beim Personal für wirtschaftlich geboten?

Berlin, den 14. März 2013

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

