

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/12787 –**

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

Vorbemerkung der Fragesteller

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 Zuspitzung 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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel. Maßgebliche Einflussfaktoren sind eine zunehmend alternde Gesellschaft und der fortwährende medizinisch-technische Fortschritt. Sämtliche Reformbemühungen der letzten zwei Jahrzehnte zielten auf die Gewährleistung einer wirtschaftlichen, zugleich aber qualitativ hochwertigen stationären Versorgung ab. Wichtiger Bestandteil ist dabei jeweils die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen für eine angemessene personelle Ausstattung der Krankenhäuser gewesen.

Anfang der 1990er Jahre waren hierfür verbindliche Vorgaben zur Personalbemessung insbesondere durch die Pflege-Personalregelung (PPR) erforderlich, weil sich die Selbstverwaltungspartner trotz Personalnotständen in den Krankenhäusern nicht auf Empfehlungen für den Personalbedarf in Krankenhäusern verständigen konnten. Bereits im Jahr 1995 überstieg die Zahl der aufgrund der PPR geschaffenen Pflegestellen jedoch den von der damaligen Bundesregierung angestrebten Wert um mehr als 50 Prozent. Die PPR wurde deshalb im Jahr 1996 zunächst ausgesetzt und im Jahr 1997 schließlich ganz aufgehoben. Unter dem verstärkten Wettbewerb der Krankenhäuser wurden vielfach auch die Arbeitsorganisation und die Aufgabenverteilung in den Krankenhäusern neu und effizienter organisiert. Aus den gesunkenen Beschäftigtenzahlen im Bereich der Pflege kann daher nicht automatisch auf eine Unterbesetzung geschlossen werden. Dennoch hat die Bundesregierung, um einem weiteren Personalabbau in der Pflege entgegenzuwirken und potentielle negative Auswirkungen auf die Versorgung zu verhindern, im Jahr 2009 mit dem sog. Pflegestellen-Förderprogramm dafür gesorgt, dass über drei Jahre bis zu 14 400 zusätzliche Pflegestellen in denjenigen Krankenhäusern geschaffen wurden, in denen ein entsprechender Bedarf bestand. Hierfür stellte die gesetzliche Krankenversicherung Mittel in Höhe von mehr als 1 Mrd. Euro zur Verfügung. Seither steigen die Beschäftigtenzahlen in der Pflege wieder leicht an. Die Tatsache, dass die mit dem Programm zur Verfügung gestellten Fördermöglichkeiten nicht vollständig ausgeschöpft wurden, verdeutlicht, dass allein die Bereitstellung finanzieller Mittel nicht ausreicht, um die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser zu verbessern.

So gibt es bereits heute regional Schwierigkeiten, freiwerdende Stellen im ärztlichen oder pflegerischen Bereich wieder zu besetzen. Das altersbedingte Ausscheiden des gegenwärtigen Personals und der wachsende Bedarf angesichts des demografischen Wandels machen deshalb zunehmend Maßnahmen zur Rekrutierung und längerfristigen Bindung der erforderlichen Fachkräfte notwendig. Dies erfordert insbesondere die verstärkte Ausbildung von Gesundheits- und Pflegefachkräften. Die Bundesregierung hat daher bereits zahlreiche Maßnahmen initiiert, um dazu beizutragen, dass auch künftig genügend Fachkräfte in Medizin und Pflege bereitstehen. Dazu gehört insbesondere die beabsichtigte Zusammenführung der Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege zu einer gene-

realistisch ausgerichteten Pflegeausbildung; durch sie soll die Berufsausbildung in der Pflege moderner und attraktiver gestaltet werden. Durch den in diesem Jahr bereits zum vierten Mal einberufenen „Runden Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ wurden außerdem Maßnahmen angestoßen, die wichtige Impulse zur Verbesserung der Arbeitssituation im Krankenhaus gesetzt haben, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unmittelbar zu Gute kommen. Insgesamt zeigt sich dabei auch, dass Krankenhäuser, die die vorhandenen Möglichkeiten einer mitarbeiterorientierten und optimierten Arbeitsorganisation nutzen, deutlich weniger Probleme haben, qualifiziertes Personal zu gewinnen und dieses dann auch längerfristig zu halten.

Nach dem auf Befragungen beruhenden Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts verzeichneten im Jahr 2011 rd. 70 Prozent der Krankenhäuser Überschüsse oder ein ausgeglichenes Ergebnis, knapp ein Drittel aller Kliniken wies einen Fehlbetrag auf. Gegenüber dem Vorjahr ist dieser Anteil angestiegen, allerdings lag im Jahr 2003 der Anteil der Krankenhäuser mit einem Fehlbetrag noch bei 44 Prozent und damit deutlich höher. Die aktuelle Eintrübung erfolgt damit auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Die von den Fragestellern erwähnten, deutlich pessimistischeren Daten des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands sind dagegen Befragungsergebnisse, die auf Erwartungen beruhen, die in der Regel schlechter ausfallen als sich dies dann rückblickend eingestellt hat („Erwartungsbias“).

Die Bundesregierung hat bereits im Jahr 2012 mit dem Psych-Entgeltgesetz entlastende Maßnahmen ergriffen. Darüber hinaus sehen die am 22. März 2013 von den Arbeitsgruppen Gesundheit der Koalitionsfraktionen vorgelegten Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung eine weitere Entlastung der Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 in Höhe von rd. 880 Mio. Euro vor. Unter anderem ist eine zusätzliche Unterstützung der Krankenhäuser bei der erforderlichen Ausstattung mit ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal gemäß Infektionsschutzgesetz vorgesehen, durch die auch das bereits vorhandene Pflegepersonal entlastet wird. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser durch die vielfach nicht hinreichende Investitionsfinanzierung der Länder belastet wird. Hier sind die Länder in der Verantwortung, ihrer Pflicht zu einer ausreichenden Investitionsfinanzierung gerecht zu werden.

1. Welchen gesetzlichen Vorgaben unterliegen Krankenhäuser bezüglich ihrer Personalausstattung im
 - a) Bereich Psychiatrie/Psychosomatik,

Für den Bereich Psychiatrie/Psychosomatik regelt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal. Sie gilt als Finanzierungsinstrument von Personalstellen bis zum 31. Dezember 2016.

Die Psych-PV bestimmt für psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene und für Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie jeweils gesondert genau umschriebene Tätigkeitsprofile, denen je nach Berufsgruppe (Arzt/Ärztin, Krankenpflegepersonal, Diplom-Psychologinnen und -psychologen etc.) unterschiedliche Zeitkontingente zugewiesen sind. Der Personalbedarf wird unter Berücksichtigung der Patientenzahl je Behandlungsbereich auf Grundlage der Minutenwerte je Patient und Woche bestimmt. Spezialregelungen gibt es für leitendes ärztliches Personal.

b) Bereich der somatischen Stationen?

Für die somatische Versorgung in Krankenhäusern gibt es keine gesetzlichen Regelungen zur Personalausstattung.

2. Hält die Bundesregierung die Personalausstattung in deutschen Krankenhäusern, besonders im Bereich der Pflege, für ausreichend?

Falls ja, womit begründet die Bundesregierung diese Einschätzung?

Eine generelle Aussage zur Bewertung der Personalausstattung deutscher Krankenhäuser und speziell für den Pflegebereich ist der Bundesregierung nicht möglich. Eine solche Bewertung der Personalausstattung kann sachgerecht vielmehr nur für das einzelne Krankenhaus vorgenommen werden. Dabei sollten insbesondere die spezifische Arbeitsorganisation, die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen, die unterschiedlichen Versorgungsbereiche sowie die baulichen Verhältnisse und die technische Ausstattung des jeweiligen Krankenhauses einbezogen werden, weil diese Umstände den Bedarf für die Personalausstattung wesentlich mitbestimmen.

3. Welche Folgen resultieren nach Ansicht der Bundesregierung aus einer personellen Unterdeckung von Krankenhäusern für die Patientinnen und Patienten und für das Personal?

Für das vorhandene Personal könnte eine dauerhafte Unterdeckung eine zusätzliche Belastung bedeuten, die auf den sich verdichtenden Arbeitsumfang und den daraus resultierenden zusätzlichen Stress zurückzuführen wäre. Sollte es zu einer nachhaltigen personellen Unterdeckung von Krankenhäusern kommen, könnte dies zudem Qualitätseinbußen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Folge haben.

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)?

Die Bundesregierung nimmt Hinweise von betroffenen Berufsgruppen und aus Bürgereingaben zu einer möglicherweise unzureichenden Personalausstattung in Krankenhäusern und ihren potentiellen Folgen sehr ernst. Allerdings liegen der Bundesregierung keine belastbaren Erkenntnisse vor, die auf einen unmittelbaren und generellen Zusammenhang zwischen einer personellen Unterdeckung und daraus resultierenden Folgen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie für die gesundheitliche Situation von Pflegekräften schließen lassen. Auch die Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung weisen nach wie vor eine hohe Qualität der stationären Versorgung nach. Um einer etwaigen personellen Unterdeckung entgegenzuwirken, hat die Bundesregierung im Übrigen bereits eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Patientinnen und Patienten sowie des Pflegepersonals ergriffen. Siehe hierzu auch die Antwort zu Frage 8.

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?

Eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung mit Pflegekräften in Krankenhäusern würde die notwendigen Dispositionsmöglichkeiten der Krankenhäuser unangemessen einschränken. Die Verantwortung einer ausreichenden Personalausstattung hat vielmehr bei den Kliniken zu verbleiben, denn nur sie können auf ihre jeweilige Situation zugeschnittene Lösungen finden. So kann der spezifische Bedarf an Personal in den einzelnen Einrichtungen u. a. aufgrund baulicher Verhältnisse, technischer Ausstattung sowie anderer Arbeitsabläufe und Aufgabenverteilungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen durchaus unterschiedlich sein. Auch der jeweilige Versorgungsbereich und die Merkmale des spezifischen Patientenkontexts spielen eine Rolle. Wegen dieser unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern ist es aus Sicht der Bundesregierung kaum möglich, bundeseinheitlich allgemeingültige Anforderungen an die personelle Ausstattung festzulegen.

6. Sieht die Bundesregierung ausschließlich die Länder in der Pflicht, oder fände sie bundeseinheitliche Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung sinnvoll?

Die Krankenhausplanung fällt in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Im Rahmen der Krankenhausplanung können die Länder auch Qualitätskriterien zu Personalaspekten spezifischer Versorgungsbereiche in den jeweiligen Krankenhausplänen verankern. Dass die Bundesregierung bundeseinheitliche Vorgaben zur Personalbemessung im Krankenhaus nicht für sinnvoll hält, ist bei der Antwort zu Frage 5 bereits erläutert. Die notwendigen bundeseinheitlichen Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung sind in den §§ 135 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt.

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?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen und legt dabei auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest. Die hiernach möglichen Festlegungen des G-BA – einschließlich von Anforderungen an die personelle Ausstattung – beziehen sich also indikationsbezogen auf die Sicherung konkreter Leistungen. Dagegen wären verbindliche Vorgaben für eine generelle Mindestpersonalbesetzung im Krankenhaus auch auf der untergesetzlichen Ebene von Richtlinien des G-BA aus den in der Beantwortung zu Frage 5 genannten Gründen nicht sachgerecht. Für ausgewählte Leistungsbereiche hat der G-BA auf der Grundlage von § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bereits Mindestanforderungen an die Strukturqualität festgelegt. In personeller Hinsicht betreffen diese aber zumeist die notwendige Qualifikation des einzusetzenden Personals und weniger quantitative Vorgaben.

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?

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben im SGB V müssen die Krankenhäuser so strukturiert und organisiert sein, dass sie in der Lage sind eine Versorgung anzubieten, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (s. z. B. §§ 2 Absatz 1 Satz 3, 70 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Zu einer sachgerechten Organisation gehört dabei auch die ausreichende Vorhaltung von Pflegepersonal.

Zur Verbesserung der Stellsituation in der Pflege hat die Bundesregierung im Jahr 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz das sog. Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. Nach derzeitigem Stand konnten über einen Zeitraum von drei Jahren mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von über 1 Mrd. Euro insgesamt bis zu 14 400 zusätzliche Pflegestellen geschaffen werden. Das ist ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Situation der Pflege im Krankenhaus. Durch die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-scores wurde auch für die Nachhaltigkeit des Pflegestellen-Förderprogramms gesorgt (s. Antwort zu Frage 29).

Einen wichtigen Beitrag zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten und zur Verbesserung der Situation der Beschäftigten im Krankenhaus leistet auch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, zu dessen Einführung und Weiterentwicklung die Krankenhäuser nach § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V nach Maßgabe der vom G-BA festgelegten Anforderungen verpflichtet sind. Das interne Qualitätsmanagement umfasst nach den Bestimmungen des G-BA insbesondere auch Elemente der Patientenorientierung, der Verantwortung und Führung, der Mitarbeiterorientierung und -beteiligung sowie der Fehlervermeidung. Mit dem Patientenrechtegesetz hat der G-BA den Auftrag erhalten, insoweit wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung zu konkretisieren.

Mit dem Modellprogramm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit 1991 zudem die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Qualitätssicherung mit geeigneten Modellmaßnahmen. So wurden zahlreiche Initiativen des 2005 gegründeten Aktionsbündnisses für Patientensicherheit aus diesem Modellprogramm gefördert.

Seit Oktober 2009 fördert das BMG auch ein Projekt, bei dem beispielhafte Modelle der Arbeitsorganisation der Pflege im Krankenhaus zusammengetragen und auf einer Internetplattform veröffentlicht werden (www.pflegekrankenhaus.de). Neben der Aufgabenneuordnung zwischen Ärzten und Pflege präsentiert das Projekt auch Ansätze zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Konzepte des altersgerechten Arbeitens im Krankenhaus. Das Projekt zielt insbesondere darauf ab, Krankenhäuser auf die Notwendigkeit einer sachgerechten Arbeitsorganisation und Prozessgestaltung in der Pflege aufmerksam zu machen. Gleichzeitig bietet es bereits erfolgreich erprobte Ansätze zur Orientierung und Weiterverbreitung an.

Auch die unterschiedlichen Maßnahmen des „Runden Tisches zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“, der im März 2013 bereits zum vierten Mal getagt hat, haben wichtige Impulse für Verbesserungen gesetzt, die den Beschäftigten in den Krankenhäusern unmittelbar zu Gute kommen.

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?

Das FPG hat keine unmittelbar gültigen Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität für Krankenhäuser festgelegt. Allerdings wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung durch eine Ergänzung des damaligen § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V aufgefordert, mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Qualitätssicherungsvereinbarungen für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser auch indikationsbezogene Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität zu regeln.

10. Welche Mindestanforderungen müssen gegebenenfalls aus dem FPG hinsichtlich der Art und der Anzahl des Personals sowie an dessen Qualifikation abgeleitet werden?

Das FPG hat keine gesetzlichen Mindestanforderungen statuiert, die hinsichtlich der Art und der Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation abgeleitet werden könnten.

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?

Die im FPG formulierte Verpflichtung ist nicht im Sinne einer generellen Mindestpersonalbesetzung zu verstehen. Es war vielmehr Anliegen des Gesetzgebers, dass die Vereinbarungspartner für bestimmte Leistungsbereiche, bei denen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von besonderer Bedeutung sind, spezifische Vorgaben auch für die Ausstattung mit Personal und insbesondere für dessen Qualifikation machen sollten. Gleiches gilt für den nunmehr aktuellen gesetzlichen Auftrag an den G-BA in § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (vgl. die Ausführungen zur Frage 7).

Dieser Auftrag ist aus Sicht der Bundesregierung bereits in wichtigen Leistungsbereichen umgesetzt. Weitere Einzelheiten hierzu sind in der Antwort zu den Fragen 12 und 13 ausgeführt.

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?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat auf der Grundlage der Regelungen des FPG und ihrer Fortentwicklungen bislang bereits in einer Reihe von Vereinbarungen/Richtlinien auch verbindliche Anforderungen an die Strukturqualität festgelegt. Diese umfassen neben Vorgaben zu personellen Aspekten vielfach insbesondere Anforderungen an die sächliche bzw. technische Ausstattung des Krankenhauses. Wegen weiterer Einzelheiten der unterschiedlichen Strukturanforderungen wird auf den Inhalt der Vereinbarungen/Richtlinien verwiesen, die auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) veröffentlicht sind. Festlegungen auch mit personellen Anforderungen enthalten insbesondere folgende Vereinbarungen/Richtlinien (der jeweilige, hauptsächliche Regelungsort der personellen Anforderungen ist in Klammern angegeben):

- Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen (Anlage 1 der Vereinbarung),
- Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (§ 4),
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom (§ 2),
- Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V (§ 4),
- Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (§ 4),
- Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (§ 4).

Die personellen Anforderungen in den genannten Regelungen betreffen im Wesentlichen Vorgaben für die in dem jeweiligen indikationsbezogenen Versorgungsbereich vorzuhaltenden Qualifikationen des ärztlichen und pflegerischen Personals. Teilweise werden dabei auch Vorgaben für verschiedene Formen der Verfügbarkeit des Personals (z. B. Rufbereitschaft) gemacht. Diese Vorgaben sind für die Krankenhäuser verbindlich.

Es ist die Aufgabe des G-BA zu prüfen und zu entscheiden, ob zur Sicherung der Qualität einzelner indikationsbezogener Leistungen Mindestanforderungen an die Strukturqualität sowie Vorgaben zu der personellen Ausstattung erforderlich sind. Auch für die Regelung von Kontroll- und Durchsetzungsmechanismen ist der G-BA verantwortlich. Der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen ist in der Regel jeweils gegenüber den Krankenkassen vor Ort im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlungen in Form von Checklisten zu führen; dies ergibt sich aus den jeweils in den genannten Richtlinien enthaltenen Regelungen zum Nachweisverfahren.

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?

Es wird auf die Ausführungen der Antworten zu den Fragen 7 und 11 verwiesen. Es ist danach nicht Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung generelle allgemeingültige Festlegungen für eine Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu treffen. Zur Haltung der Bundesregierung bezüglich solcher verbindlicher einheitlicher Personalvorgaben wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

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?

Die Gesetzesbegründung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes führt zur Aufhebung der Pflege-Personalregelung Folgendes aus (vgl. Bundestagsdrucksache 13/6087, S. 36):

„Die Pflege-Personalregelung wird aufgehoben. Dafür sind die folgenden Gründe maßgeblich:

- Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass im Pflegedienst der Krankenhäuser aufgrund der Pflege-Personalregelung in dem vierjährigen Übergangszeitraum von 1993 bis 1996 rd. 13 000 zusätzliche Personalstellen entstehen. Tatsächlich sind in nur drei Jahren, nämlich von 1993 bis 1995, fast 21 000 neue Stellen geschaffen worden; damit wurde das Soll um deutlich mehr als 50 Prozent überschritten.
- Das für den stationären Bereich weiterentwickelte Vergütungssystem enthält verstärkt wettbewerbliche Elemente, mit denen die Pflege-Personalregelung nur bedingt kompatibel ist, da ihre Konzeption in einer Zeit erarbeitet wurde, als der Krankenhausvergütung noch das Selbstkostendeckungsprinzip zu Grunde lag.
- Die Zweifel, ob die Festschreibung einheitlicher Kriterien zur Personalbemessung über eine bundesweit gültige Verordnung die Situation des einzelnen Krankenhauses sachgerecht abbilden kann, haben sich verstärkt.

Mit der Aufhebung der Pflege-Personalregelung wird auch im Sinne der Deregulierung die Verantwortung wieder in die Hände der Selbstverwaltungspartner von Krankenhäusern und Krankenkassen gelegt. Die weitere Anwendung der Maßstäbe der Pflege-Personalregelung im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen ist der Selbstverwaltung in Zukunft grundsätzlich möglich.“

16. Welche Aufgabe hatte die PPR, bzw. welche Ziele verfolgte sie, und waren diese Ziele mit der Aussetzung bzw. der Außerkraftsetzung erreicht?

Die Notwendigkeit zur Erarbeitung der PPR bestand seinerzeit, weil sich die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht – wie es § 19 Absatz 1 KHG a. F. von ihnen verlangt hatte – auf gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten verständigen konnten. Ziel der PPR war es, die Voraussetzungen zu verbessern, unter denen Krankenhauspflege stattfindet. Die PPR sah eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung vor. Damit wollte die damalige Bundesregie-

rung insbesondere den Veränderungen des Alters- und Krankheitsspektrums der Krankenhauspatientinnen und -patienten einerseits und der durch den medizinisch-technischen Fortschritt bedingten Leistungsintensivierung andererseits in Bezug auf die pflegerische Betreuung gerecht werden.

Die Bundesregierung ging davon aus, dass die PPR von 1993 bis 1996 zu 13 000 zusätzlichen Pflegestellen führen würde. Tatsächlich lag die Zahl der geschaffenen Stellen schon 1995 bei über 21 000. Das angestrebte Ziel wurde damit bei Weitem übertroffen (vgl. auch die Antwort zu Frage 15).

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?

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Pflegedienst der Krankenhäuser von 1991 bis heute ist den nachstehenden Tabellen des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind im Bereich des Pflegedienstes 6 184 Vollkräfte (2011), die kein direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus haben, bei dem sie tätig sind.

**Zeitreihe Krankenhäuser
Nichtärztliches Personal am 31.12., insgesamt
Nach Personalgruppen/Berufsbezeichnungen**

Lfd. Nr.	Personalgruppe/ Berufsbezeichnung	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Anzahl																				
1	Insgesamt.....	913 376	926 181	928 858	936 904	948 013	935 071	918 078	911 216	903 155	897 401	899 420	907 871	890 122	868 048	859 709	858 088	858 151	865 027	877 878	888 314	896 288
	darunter:																					
2	Pflegedienst.....	389 511	399 915	405 848	417 272	429 183	427 271	420 306	419 284	415 865	414 478	416 319	417 282	408 183	396 691	393 186	392 711	392 896	396 221	401 625	406 269	411 920
3	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	48 704	50 033	48 415	50 768	52 086	49 319	47 007	46 836	46 334	46 442	46 288	47 459	47 267	47 051	47 399	47 566	47 870	48 084	49 390	51 210	52 031
4	davon: Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.....	282 988	293 207	301 452	311 573	321 837	323 705	323 801	325 963	325 539	326 926	329 980	332 073	326 202	318 894	316 692	316 889	317 619	320 049	324 337	328 359	332 463
5	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	34 176	35 255	34 983	38 137	38 934	38 352	37 208	37 427	36 941	37 368	37 690	39 220	38 668	38 571	39 281	39 473	39 803	39 948	40 790	42 258	42 371
6	Krankenpflegehelfer/-innen.....	32 312	32 593	32 240	32 104	32 736	29 743	27 013	25 718	24 500	23 371	22 740	22 298	21 055	19 322	18 515	18 160	17 538	17 508	17 713	17 806	17 576
7	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	7 183	7 093	6 843	6 749	7 170	6 052	5 294	5 078	4 784	4 566	4 296	4 270	3 824	3 631	3 458	3 368	3 217	3 295	3 238	3 324	3 346
8	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	39 667	39 316	39 726	40 681	41 006	41 845	41 110	40 975	40 514	40 150	40 502	40 650	39 875	38 949	38 446	38 078	37 789	37 615	37 557	37 471	36 900
9	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 068	1 097	1 152	1 176	1 261	1 211	1 275	1 334
10	Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung).....	34 544	34 799	32 430	32 914	33 604	31 978	28 382	26 628	25 312	24 031	23 097	22 261	21 051	19 526	19 533	19 584	19 950	21 049	22 018	22 633	24 981
11	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	6 333	6 337	4 894	5 012	5 129	4 608	4 136	3 834	3 740	3 512	3 348	3 318	3 424	3 461	3 508	3 549	3 589	3 630	4 087	4 294	4 863

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik.

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2013
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

**Zeitreihe Krankenhäuser
Nichtärztliches Personal am 31.12., Teilzeitbeschäftigte insgesamt
Nach Personalgruppen/Berufsbezeichnungen**

Lfd. Nr.	Personalgruppe/ Berufsbezeichnung	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		Anzahl																				
1	Teilzeitbeschäftigte insgesamt.....	234 582	249 099	259 232	270 859	281 074	290 821	292 892	298 516	302 541	311 730	324 099	335 262	343 725	349 404	359 248	367 694	371 767	380 687	389 459	397 822	408 280
	darunter:																					
2	Pflegedienst.....	103 515	113 271	120 895	128 055	134 862	140 739	141 667	144 556	145 906	150 188	156 801	163 824	168 354	172 017	177 059	181 313	183 312	186 599	189 890	193 077	197 266
3	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	9 518	10 930	11 221	11 983	13 032	13 193	12 898	13 324	13 589	14 208	14 625	15 909	16 628	17 533	18 435	18 930	18 994	19 555	20 500	21 231	21 859
4	davon: Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.....	68 575	75 525	81 617	87 575	92 877	98 712	101 457	105 031	107 884	112 186	118 231	124 040	128 609	132 422	137 085	140 846	142 420	144 652	146 857	149 542	153 151
5	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	6 049	7 054	7 525	8 375	9 100	9 684	9 741	10 074	10 274	10 874	11 408	12 633	13 168	13 831	14 767	15 330	15 397	15 934	16 534	16 993	17 354
6	Krankenpflegehelfer/-innen.....	8 569	9 239	9 427	9 809	10 462	9 889	9 468	9 540	9 283	9 249	9 399	9 582	9 604	9 235	9 164	9 243	9 065	9 280	9 716	9 826	9 606
7	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	1 303	1 495	1 475	1 536	1 932	1 683	1 479	1 661	1 594	1 610	1 614	1 679	1 595	1 607	1 606	1 581	1 487	1 600	1 659	1 782	1 765
8	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	11 288	12 239	13 237	13 939	14 754	15 616	16 015	16 459	16 461	16 935	17 607	18 559	18 812	19 530	19 899	20 227	20 348	20 560	20 720	20 722	20 495
9	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	341	395	421	470	503	567	610	610
10	Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung).....	15 083	16 268	16 614	16 732	16 769	16 522	14 727	13 526	12 278	11 818	11 564	11 643	11 329	10 830	10 911	10 997	11 479	12 107	12 597	12 987	14 014
11	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	1 795	2 036	1 883	1 858	1 795	1 760	1 618	1 437	1 414	1 419	1 281	1 366	1 410	1 507	1 565	1 598	1 640	1 551	1 804	1 889	2 130

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik.

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2013
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

**Zeitreihe Krankenhäuser
Nichtärztliches Personal, Vollkräfte im Jahresdurchschnitt
Nach Geschlecht und Personalgruppen/Berufsbezeichnungen**

Lfd. Nr.	Personalgruppe/ Berufsbezeichnung	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Anzahl																					
1	Nichtärztliches Personal insgesamt.....	780 608	784 776	779 474	783 045	785 974	775 648	755 930	743 842	735 552	725 889	722 379	720 778	709 834	688 307	674 488	668 200	666 299	669 437	676 647	677 650	686 127
	darunter:																					
2	Pflegedienst.....	326 082	331 301	332 724	342 324	350 571	349 423	341 138	337 716	334 890	332 269	331 472	327 384	320 158	309 510	302 346	299 328	298 325	300 417	303 656	304 708	310 815
3	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	42 794	42 942	42 233	43 131	44 209	42 476	40 273	39 465	38 957	38 820	38 440	39 872	38 861	38 319	38 322	38 245	38 254	38 957	39 228	40 113	41 059
4	davon: Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	Krankenpflegehelfer/-innen.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen .....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung).....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11	dar.: in der Psychiatrie tätig.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik.

© Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2013
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

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 Krankenhäusern gesetzlich vorzugeben (bitte begründen)?

Aus Sicht der Bundesregierung ist eine gesetzliche Regelung von verbindlichen bundesweit gültigen Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser, gleich auf welcher Basis, nicht sinnvoll und auch kaum sachgerecht möglich (vgl. auch Antwort zu Frage 5).

19. Inwieweit wird die PPR nach Kenntnis der Bundesregierung heute noch in den Krankenhäusern zu anderen Zwecken als der Personalbemessung angewendet?

Die PPR wird nach Kenntnis der Bundesregierung in etwas veränderter Form in einigen Krankenhäusern, insbesondere bei der für das DRG-System erforderlichen Kalkulation, weiterhin herangezogen.

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?

Bis zum 31. Dezember 2016 ist die Psych-PV weiterhin verbindlich zur Personalbemessung anzuwenden (s. Antwort zu Frage 1). Mit der Einführung eines empirisch basierten Vergütungssystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ist ein Festhalten an einem solchen normativ basierten Personalbemessungssystem mit seinen finanzwirksamen Folgen nicht mehr vereinbar. Daher wird diese mit Beginn der Konvergenzphase zum 1. Januar 2017 als Finanzierungsinstrument von Personalstellen aufgehoben. Um auch nach diesem Zeitpunkt einen Maßstab für eine ausreichende Personalausstattung zur Sicherung der Strukturqualität zu erhalten, ist der G-BA gesetzlich verpflichtet, bis zu diesem Zeitpunkt in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu beschließen.

Diese sollen den Krankenhäusern als Orientierung für die Personalzuordnung in den psychiatrischen und psychosomatischen Bereichen dienen (vgl. Antwort zu Frage 5).

21. Welche Auswirkung wird aus Sicht der Bunderegierung 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?

Der G-BA hat bei der Festlegung der Empfehlungen nach § 137 Absatz 1c Satz 1 SGB V die Anforderungen der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen und an die gegenwärtigen Rahmenbedingungen anzupassen. Daher besteht nicht die Gefahr, dass eine Weiterentwicklung der in der Psych-PV geregelten Inhalte unterbunden wird. Vielmehr wird damit die Weiterentwicklung der Strukturqualitätsparameter erst wieder möglich, da eine Weiterentwicklung der Psych-PV

mangels einer seit dem Jahr 1997 fehlenden Ermächtigungsgrundlage nicht vorgenommen wurde.

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.)?

Es ist Aufgabe der einzelnen Krankenhäuser zu entscheiden, welche Personalbemessungsverfahren sie einsetzen. Siehe hierzu auch die Antworten zu den Fragen 2 und 5.

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?

Ein systematisches Monitoring zur Patientensicherheit kann ein sinnvolles Instrument im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sein. Es gehört zu den Aufgaben des G-BA zu entscheiden, ob und in welchen Bereichen ein solches Monitoring zweckmäßig und geeignet sein kann.

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 Leitungskräfte von Intensivstationen, Mängel in der Händedesinfektion aufgrund des Personalmangels nicht ausschließen können, „was insbesondere im intensivmedizinischen Bereich mit hohen Risiken behaftet ist“?

Die angesprochenen Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2012 beruhen auf subjektiven Einschätzungen, die von der Bundesregierung nicht im Einzelnen nachvollzogen oder bestätigt werden können. Es ist jedoch hervorzuheben, dass es zu der Organisationsverantwortung der Krankenhäuser gehört, mit einer ausreichenden Personalausstattung Gefährdungen von Patientinnen und Patienten soweit wie möglich zu verhindern. Um Verbesserungen in dem wichtigen Bereich der Hygiene zu erreichen, hat die Bundesregierung mit dem „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“, das am 4. August 2011 in Kraft getreten ist, wesentliche gesetzliche Maßnahmen ergriffen. Mit dem Gesetz wurden u. a. die Landesregierungen verpflichtet, Rechtsverordnungen für medizinische Einrichtungen zu erlassen, die u. a. Regelungen über die erforderliche personelle Ausstattung mit ärztlichen und pflegerischen Hygienefachkräften in ausreichender Zahl und die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention treffen. Darüber hinaus fördert das BMG seit 2008 die „Aktion Saubere Hände“, eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen.

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 verzeichnete“, was in der Regel „mit erheblichen Folgen für die Betroffenen verbunden ist“?

Nach Auffassung der Bundesregierung liegt es in der Verantwortung der Krankenhäuser, alle erforderlichen und geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um derartige Vorfälle zum Schaden der Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Das BMG hat zur Unterstützung der Patientensicherheit u. a. die Erstellung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege finanziell und ideell gefördert. Dieser Expertenstandard gibt den Pflegekräften in Krankenhäusern ein Instrument an die Hand, das ihre Kompetenz zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung von Sturzfolgen erhöht und damit dazu beiträgt, die Versorgungsqualität zu verbessern.

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)?

Nach den gesetzlichen Vorgaben der Krankenhausfinanzierung gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen alle Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Insoweit sind pflegerische Leistungen fester Bestandteil der Versorgung mit allgemeinen Krankenhausleistungen, die auch in der DRG-Kalkulation auf der Grundlage empirischer Kosten berücksichtigt werden. Die Kostenzurechnung auf den Kostenträger „Behandlungsfall“ folgt einem Vollkostenansatz auf Ist-Kostenbasis. Der Pflegeaufwand fließt also vollständig in die DRG-Kalkulation ein.

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?

Bei der Kalkulation werden die Kosten der Krankenhausversorgung verursachergerecht dem Krankenhausfall zugeordnet. Dies gilt auch für die Kosten der pflegerischen Versorgung. Eine gezielte Zuweisung von Erlösen an einzelne Berufsgruppen ist damit nicht verbunden, weil die krankenhauserne Erlösverteilung vom einzelnen Krankenhaus zu klären ist.

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)?

Anspruch des PKMS ist es nicht, sämtliche pflegerischen Leistungen abzubilden. Eine entsprechende umfassende Leistungserfassung wäre mit einem erhöhten Erfassungsaufwand verbunden und würde die verfügbare Zeit für pflegerische Zuwendung vermindern.

Die Entwicklung des PKMS erfolgte mit wissenschaftlicher Begleitung unter Federführung des Deutschen Pflegerates und in enger Abstimmung mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Die erste Fassung des PKMS wurde im Operationen- und Prozedurenschlüssel 2010 (OPS 2010) veröffentlicht. Von vorneherein war seine Weiterentwicklung im Rahmen der jährlichen Revision des OPS vorgesehen. So wurden in den vergangenen Jahren, z. B. für Patienten mit Querschnittlähmung, Leistungsbereiche der speziellen Pflege in den PKMS integriert. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information geht in einer Stellungnahme davon aus, dass sich der unter maßgeblicher Beteiligung des Deutschen Pflegerates entwickelte PKMS durchaus für die Abbildung der hochaufwendigen Pflege eignet.

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?

Das im Jahr 2009 aufgelegte Pflegestellen-Förderprogramm und der PKMS sind in unmittelbarem Zusammenhang zu sehen, da es von vorneherein Zielsetzung des Gesetzgebers war, dass die zusätzlichen Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms ab dem Jahr 2012 zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen (§ 4 Absatz 10 Satz 14 KHEntG). Die zunächst krankhausindividuell gezahlten Pflege-Fördermittel wurden unter Verwendung des PKMS für eine leistungsgerechte Verteilung der zusätzlichen Finanzierungsbeträge in das DRG-System überführt. Da die Fördermittel neben DRGs über Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege ab dem Jahr 2012 zur Auszahlung kommen, ist eine Verstärkung der Effekte des Pflegestellen-Förderprogramms in Höhe der im Jahr 2011 geflossenen Mittel gegeben.

Der PKMS gewährleistet zudem eine sachgerechtere Vergütungsabbildung der hochaufwendigen Pflege.

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?

Die vom Deutschen Pflegerat geforderte mehrstufige Weiterentwicklung der PPR birgt die Gefahr eines wesentlichen bürokratischen Zusatzaufwands, weil alle Krankenhäuser sämtliche Pflegeleistungen dokumentieren müssten. Dies ist derzeit nicht der Fall. Vielmehr ist die PPR ausschließlich für Kalkulationskrankenhäuser verbindlich zu erheben. Um zusätzlichen bürokratischen Aufwand durch die Dokumentation sämtlicher Pflegeleistungen in allen Krankenhäusern zu vermeiden, bestand beim Pflegegipfel 2008 Einigkeit, nur die hochaufwendigen Pflegeleistungen über den PKMS zu dokumentieren. Die Dokumentation sämtlicher Pflegeleistungen würde die verfügbare Zeit für pflegerische Zuwendung vermindern.

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?

Krankenhäuser werden auf der Grundlage landes- und bundesrechtlicher Regelungen zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zugelassen. Die Erlöse der Krankenhäuser sind für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern vorgesehen. Eine ausreichende Personalausstattung liegt dabei in der Eigenverantwortung der Kliniken. Der spezifische Bedarf an Personal kann in den einzelnen Einrichtungen durchaus unterschiedlich sein. Es wird diesbezüglich auf die Antworten zu den Fragen 2 und 5 verwiesen. Bei diesen eigenverantwortlichen Entscheidungen der Krankenhäuser sind jedoch u. a. die Qualitätsanforderungen des G-BA zu berücksichtigen.

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?

Das Pflegestellen-Förderprogramm hat gezeigt, dass allein die Bereitstellung finanzieller Mittel nicht ausreicht, um vorhandene Probleme der Stellenbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu beseitigen. Daher hat die Bundesregierung verschiedene zusätzliche Maßnahmen ergriffen, um die pflegerische Tätigkeit im Krankenhaus attraktiv zu halten. Dazu gehört, dass auch künftig genügend Fachkräfte für die Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden können. Hierfür ist insbesondere die beabsichtigte Zusammenführung der Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege in einem Berufsgesetz von besonderer Bedeutung. Durch sie soll die Ausbildung zu den Pflegefachberufen modernisiert und attraktiver gestaltet werden. Wichtige Impulse zur Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufes haben zudem die vom „Runden Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ angestoßenen Maßnahmen gesetzt.

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?

Tariflohnsteigerungen können von den Krankenhäusern neben anderen Kostensteigerungen in den jährlichen Verhandlungen über die Höhe des Landesbasisfallwerts als Argument für einen stärkeren Preisanstieg eingebracht werden. Da die den Verhandlungsspielraum für Preissteigerungen beschränkende maßgebliche Obergrenze von 2 Prozent für das Jahr 2013 höher ausfällt als in den letzten 10 Jahren, bestehen gute Aussichten, die Kostensteigerungen bei den Verhandlungen geltend zu machen. Entsprechendes gilt für die Vorjahreswerte. Darüber hinaus sehen die von den Arbeitsgruppen Gesundheit der Koalitionsfraktionen am 22. März 2013 vorgelegten Eckpunkte vor, die für das Jahr 2013 vereinbarten Tarifsteigerungen im Vorgriff auf die ab 2014 geltende höhere Verhandlungsobergrenze noch im Jahr 2013 bei den Landesbasisfallwerten und den

Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anteilig erhöhend zu berücksichtigen.

34. Hält die Bundesregierung die Arbeitsverdichtung beim Personal für wirtschaftlich geboten?

Eine wirtschaftliche Unternehmensführung sollte auch im Krankenhaus einen effizienten Einsatz der Personalressourcen umfassen. Allerdings findet der Wirtschaftlichkeitsmaßstab dort seine Grenzen, wo das Personal unvertretbar belastet oder Patienteninteressen beeinträchtigt werden.

