



Wortprotokoll der 95. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 30. November 2016,
14.00 Uhr bis 15.00 Uhr
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt **Seite 4**

Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Gute Arbeit - Gute Versorgung: Mehr Personal in
Gesundheit und Pflege**

BT-Drucksache 18/7568

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Henrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 30. November 2016, 14:00 Uhr

öff.

CDU/CSU

Ordentliche Mitglieder

Bertram, Ute

Hajek, Rainer

Henke, Rudolf

Hennrich, Michael

Hüppe, Hubert

Irlstorfer, Erich

Kippels Dr., Georg

Kühne Dr., Roy

Leikert Dr., Katja

Maag, Karin

Meier, Reiner

Michalk, Maria

Monstadt, Dietrich

Riebsamen, Lothar

Rüddel, Erwin

Sorge, Tino

Stritzl, Thomas

Zeulner, Emmi

Unterschrift

Ute Bertram

Rainer Hajek

Rudolf Henke

Michael Hennrich

Hubert Hüppe

Erich Irlstorfer

Georg Kippels

Roy Kühne

Katja Leikert

Karin Maag

Reiner Meier

Maria Michalk

Dietrich Monstadt

Lothar Riebsamen

Erwin Rüddel

Tino Sorge

Thomas Stritzl

Emmi Zeulner

öf.

SPD

Ordentliche Mitglieder

- Baehrens, Heike
- Bas, Bärbel
- Dittmar, Sabine
- Franke Dr., Edgar
- Heidenblut, Dirk
- Kermer, Marina
- Kühn-Mengel, Helga
- Mattheis, Hilde
- Müller, Bettina
- Rawert, Mechthild
- Stamm-Fibich, Martina

Unterschrift

Baehrens

Bas

Dittmar

Franke

Heidenblut

Kermer

Kühn-Mengel

Mattheis

Müller

Rawert

Stamm-Fibich

Stellvertretende Mitglieder

- Bahr, Ulrike
- Blienert, Burkhard
- Freese, Ulrich
- Henn, Heidtrud
- Katzmarek, Gabriele
- Lauterbach Dr., Karl

Unterschrift

öff.

SPD

Stellvertretende Mitglieder

Tack, Kerstin

Thissen Dr., Karin

Westphal, Bernd

Ziegler, Dagmar

Unterschrift

DIE LINKE.

Ordentliche Mitglieder

Vogler, Kathrin

Weinberg, Harald

Wöllert, Birgit

Zimmermann, Pia

Unterschrift

Vogler
Weinberg
Wöllert
Zimmermann

Stellvertretende Mitglieder

Höger, Inge

Lutze, Thomas

Tempel, Frank

Zimmermann (Zwickau), Sabine

Unterschrift

öff.

BÜ90/GR
ordentliche
Stellvertretende Mitglieder

Klein-Schmeink, Maria

Scharfenberg, Elisabeth

Schulz-Asche, Kordula

Terpe Dr., Harald

Stellvertretende Mitglieder

Kurth, Markus

Pothmer, Brigitte

Rüffer, Corinna

Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang

Unterschrift

Klein-Schmeink
Scharfenberg

Unterschrift



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 30. November 2016, 14:00 Uhr

öff.

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Karla Göbel	CDU/CSU	<i>Karla Göbel</i>
Kennitz	LINKE	<i>Kenitz</i>
Nimbu	SPD	<i>Nimbu</i>
Leinische	SPD	<i>Leinische</i>
Pfaff	SPD	<i>Pfaff</i>
P.R.	LINKE	<i>P.R.</i>
Stephan Wille	CDU/CSU	<i>Stephan Wille</i>

Unterschriftenliste

zu einer öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

a) Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege
BT-Drucksache 18/7568

* waren anwesend,
kurzschreibleistung
wegen / Nr. 17/1.

Mittwoch, den 30. November 2016, von 14.00 bis 15.00 Uhr, im Anhörungssaal,
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin

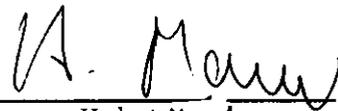
geladene Verbände

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
e.V. (BAGFW)



Thorsten Mittag

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
(bpa)



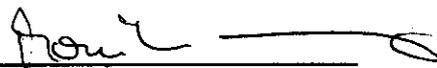
Herbert Mavel

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

*

Dr. Bernd Metzinger

GKV-Spitzenverband



Dr. Monika Kücking

GKV-Spitzenverband



Dr. Wulf-Dietrich Leber

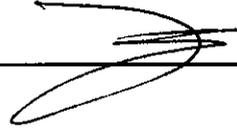
ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft



Grit Genster

geladene Sachverständige

Prof. Dr. Jonas Schreyögg



Prof. Dr. Klaus Stegmüller



Dr. Pia Wieteck





Beginn der Sitzung: 14.01 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich darf Sie bitten, Platz zu nehmen. Ich begrüße Sie herzlich zur 95. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Ich darf auch die Zuschauerinnen und Zuschauer und natürlich Sie, liebe Sachverständige, herzlich zur ersten öffentlichen Anhörung – wir haben an diesem Nachmittag noch eine zweite – des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. In unserer öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“ auf Drucksache 18/7568. Der Antrag behandelt ein Thema, zu dem uns viele in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen Beschäftigte geschrieben haben. Sie haben dem Ausschuss über ihren Arbeitsalltag in der Pflege berichtet. Die Anhörung wird sicherlich interessant werden, weil es ein Thema ist, das Viele beschäftigt und bewegt. Zu Beginn der Anhörung wie immer einige Erläuterungen zum Verfahren: Wir haben insgesamt eine Stunde zur Verfügung. Die Fraktionen stellen ihre Fragen abwechselnd. Es wird immer nur eine Frage pro Fraktion gestellt. Die erste Fragerunde beginnt mit der CDU/CSU, dann folgt die SPD, dann fragt nochmals die CDU/CSU, dann folgen die Fraktionen DIE LINKE. sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde geschieht das im selben Rhythmus mit der Ausnahme, dass die SPD genau wie die CDU/CSU ein zweimaliges Fragerecht hat. Runde eins und zwei folgen im Wechsel. Ich darf die Fragenden und Sachverständigen bitten, die Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit alle Sachverständigen gefragt werden können. Ich darf auch die Sachverständigen bitten, bei der Beantwortung der Fragen, weil wir alles aufzeichnen, die Mikrophone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Es gibt auch bei der einstündigen Anhörung immer wieder Zuschauer, die sich die Anhörungen nur in Ausschnitten anschauen. Diese können dann den einzelnen Sachverständigen einer Organisation zuordnen. Ich bitte Sie, wie immer, die Mobiltelefone auszuschalten. Ich verweise noch darauf, dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Sie können die Anhörung auch in der Mediathek des Bundestages abrufen. Wir veröffentlichen das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses. Wir beginnen jetzt mit dem ersten

Fragesteller von der CDU/CSU. Michael Hennrich, der Obmann, stellt die erste Frage.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Schreyögg und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Der Bundestag hat bereits zahlreiche Maßnahmen beschlossen, um auf eine Verbesserung der Personalausstattung in den Krankenhäusern hinzuwirken. Können Sie uns kurz die Wirkung der bereits ergriffenen Maßnahmen zur Förderung von Pflegestellen darlegen und diese einer Bewertung unterziehen?

Der **Vorsitzende**: Herr Hennrich, Sie haben zwei Fragen gestellt. Wir stellen immer nur eine Frage an einen Sachverständigen. Wer soll die Frage beantworten?

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Herr Prof. Dr. Schreyögg bitte.

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Zunächst wurden im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes unter anderem das Pflegestellenförderprogramm und der umgewandelte Versorgungszuschlag beschlossen. Beide Gelder werden zur Förderung der Pflege eingesetzt. Die Expertenkommission Pflege soll unter anderem darüber beraten, wie diese Mittel langfristig eingesetzt werden sollen, um die Pflege gezielt zu stärken. Aus meiner Sicht ist dies ein wichtiger Punkt, um die Pflege bzw. die Bedeutung der Pflege zu stärken. Ich würde es für besonders wichtig erachten – das ist die Aufgabe der Expertenkommission Pflege –, die Gelder so einzusetzen, dass sie den größten Nutzen stiften.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an ver.di. Die Neonatologie-Richtlinie des G-BA ist nach unserer Auffassung ein gelungenes Beispiel dafür, wie die Personalbemessung für Akutkliniken ausgestaltet sein kann. Welche weiteren pflegesensiblen Versorgungsbereiche gibt es und wie könnten Vorgaben für die Personalbemessung dort möglichst schnell umgesetzt werden?

SVe **Grit Genster** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Solche Personalverhältnisse sind eine Möglichkeit, schnell zu Verbesserungen zu kommen. Allerdings sind schnelle Lösungen selten



perfekt. Dennoch können sie die Versorgungsqualität sichern und die notwendige Entlastung für die Beschäftigten in der Pflege bringen. Die Expertenkommission muss noch in dieser Legislaturperiode die richtigen Weichen stellen. Die Empfehlungen dürfen nicht auf die lange Bank geschoben werden. Wenn für wenige pflegesensible Bereiche Vorgaben gemacht werden, birgt das die Gefahr, dass es zu Verschiebepahnhöfen kommt. Das heißt, Personal wird aus anderen Bereichen abgezogen. Die Empfehlungen der Expertenkommission müssen deshalb das gesamte Krankenhausgeschehen in den Blick nehmen. Es darf keine Verschlechterungen geben, damit man an anderen Stellen Lösungen hat. Zu der Frage, welche weiteren pflegesensiblen Bereiche in den Blick zu nehmen sind: Der Nacht-dienstcheck im vergangenen Jahr hat ergeben, dass die Situation besonders in der Nacht kritisch ist. Ich möchte die Fakten hier nicht weiter ausführen, da sie bekannt sind. Allerdings muss mittelfristig ein Personalbemessungssystem entwickelt werden, welches den individuellen Pflegebedarf berücksichtigt.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich frage die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bezüglich der Maßnahmen, die wir beschlossen haben, um eine Verbesserung der Personalausstattung in den Krankenhäusern zu erreichen. Bitte beschreiben und bewerten Sie diese Maßnahmen.

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Zuvorderst sehen wir das Pflegestellenförderprogramm, durch das Sie bereits 2016 Stellen mit 110 Mio. Euro fördern wollen. In 2017 sollen es 220 Mio. und 2018 330 Mio. Euro sein. Wir können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sagen, wie gut das Programm läuft. Erst Mitte nächsten Jahres wird der GKV-Spitzenverband einen Bericht erstellen. Insofern sind wir noch optimistisch, dass es greift. Eine zweite Maßnahme ist die von Ihnen beschlossene Tarifaufgleichsrate. Diese begrüßen wir sehr und bedanken uns dafür, dass sie so beschlossen wurde. Allerdings sehen wir auch, dass strukturelle Komponenten hierbei keine Rolle spielen. So haben wir kürzlich die Entgeltordnung im TVöD gemeinsam mit den Tarifpartnern beschlossen. Diese Entgeltänderungen, die Eingruppierungen in andere Stufen – für die Fachpflegekräfte in höhere Stufen – finden keinen Niederschlag im Tarifaufgleich. Das bedauern wir. Die

Umwandlung des Versorgungszuschlags in den Pflegezuschlag begrüßen wir prinzipiell. Besser als die Abschaffung des Zuschlags ist die Umwandlung in den Pflegezuschlag. Aber man muss sagen, dass hier die entsprechende Summe von der linken in die rechte Tasche gepackt wurde. Das ist besser, als wenn sie nur aus einer Tasche ausgepackt worden wäre. Richtig befriedigend ist die Situation trotzdem nicht, denn dadurch befindet sich nicht mehr Geld im System.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.) Meine Frage geht an Frau Dr. Wieteck. Wir haben in unserem Antrag die Zahl von 100 000 zusätzlich notwendigen Pflegekräften in Deutschland genannt. Wie beurteilen Sie diese Zahl? Bitte gehen Sie auch auf die Frage der Wirksamkeit der Maßnahmen, die gerade angesprochen worden sind, ein.

ESVe **Dr. Pia Wieteck**: Ich bin Vertreterin der Fachgesellschaft Profession Pflege, die sich mit Fragestellungen um die Qualitätsentwicklung in der Pflege beschäftigt. Die Zahl 100 000 würde einer Anhebung des Personalstands auf den europäischen Durchschnitt entsprechen. Ich teile die Meinung von Prof. Dr. Simon. Er hat bereits in seiner Stellungnahme für eine der vergangenen Anhörungen formuliert, dass 100 000 zusätzliche Stellen letzten Endes eine moderate Anhebung darstellen. Wenn Sie die aktuelle Follow-Up-Studie anschauen, werden Sie sehen, dass sich die Arbeitsunzufriedenheit erhöht hat. Fast jeder zweite Mitarbeiter in der Pflege äußert sich unzufrieden über seine Arbeit. 36 Prozent der Mitarbeiter haben vor, den Beruf zu verlassen und die Hälfte davon möchte nicht mehr in der Pflege arbeiten. Mit dem Förderprogramm ist die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in der Pflege nicht wirksam verändert worden. Das wird auch bei dem zweiten Förderprogramm so nicht funktionieren. Hier werden die gleichen Konstruktionsfehler gemacht. Es gibt keine wirkliche Zusicherung, dass die Personalstellen in der Pflege auch wirklich bedient werden, weil es keine Zweckbindung gibt. Das sehe ich kritisch. Wir müssen uns gut überlegen, sowohl die Anhebung der Personalstellen ins Auge zu nehmen als auch die Arbeit inhaltlich umzugestalten. Die Mitarbeiter- und Arbeitszufriedenheit hat etwas mit der inhaltlichen Ausgestaltung zu tun. Mitarbeiter dürfen nicht täglich in ein Dilemma kommen und rationieren müssen. Wir müssen uns fragen, wie



Mitarbeiter das zeigen können, was Pflege leisten kann, nämlich therapeutisch aktivieren und gestalten.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an Prof. Dr. Stegmüller. Wie haben sich der Pflegebedarf und die Personalausstattung in den letzten Jahren in Deutschland entwickelt? Welche Folgen hat das für die Beschäftigten? Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Personalbemessung in Deutschland?

ESV **Prof. Dr. Klaus Stegmüller**: Man kann davon ausgehen, dass es eine deutlichen Diskrepanz zwischen dem Pflegebedarf auf der einen Seite und der Personalausstattung auf der anderen Seite gibt. Das gilt sowohl für den Krankenhausbereich als auch für die stationäre Altenpflege. Das kann man an der Verschlechterung der Betreuungsrelation, aber auch an der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen infolge von Fallzahlsteigerungen und Verweildauerreduzierung und kaum bis gar nicht an einer besseren Personalausstattung festmachen. Der Zusammenhang zwischen einer guten Personalausstattung und einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist gut dokumentiert, hoch evident und nicht zu bezweifeln. Vor diesem Wissenstand ist die Situation in der Bundesrepublik Deutschland umso dramatischer zu beurteilen, als sich die Personalausstattung in der Pflege bei deutlich steigenden Anforderungen kontinuierlich verschlechtert hat. Das gilt für beide Versorgungsbereiche, sowohl für den akuten Krankenhausbereich als auch für die stationäre Altenpflege. Dieser unzweifelhafte Zusammenhang wird sich angesichts der drängenden Herausforderung der demografische Entwicklung und der Veränderung der Bevölkerungsstruktur in Zukunft verschärfen. In einer Situation, in der die Versorgung und Betreuungsqualität der entscheidende Maßstab für eine vorausschauende Politik sind, ist nicht einzusehen, warum die genannten Instrumentarien nicht umgesetzt wurden. Es ist erstaunlich, dass dieser Zusammenhang hierzulande nicht oder nicht zureichend seinen Niederschlag gefunden hat.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Forderung der Antragsteller, kurzfristig Maßnahmen zur Schaffung von mindestens

100 000 Vollzeitstellen in der Pflege zu treffen?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Ich möchte zunächst eine Bemerkung zur demografischen Entwicklung machen. Seit 1991 hat sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung um ungefähr 12 Prozent erhöht. Die Anzahl der belegten Krankenhausbetten ist um 30 Prozent zurückgegangen. Fast kann man sagen, je älter die Bevölkerung ist, desto weniger liegt sie im Krankenhaus. Sie liegt aber woanders, nämlich in den Pflegeheimen. Dort steigen die Bettenanzahl und der Pflegebedarf. Der Ort der Pflege verschiebt sich vom Krankenhaus in stationäre Pflegeheime. Insofern wäre es kontraindiziert, den Pflegebereich im Krankenhaus auszuweiten. Andere Staaten, das zeigt der internationale Vergleich, sind sehr viel weiter als Deutschland. Bei uns hat sich die Belastungsziffer, d. h. die Anzahl der belegten Betten je Vollkraft von 8,5 auf 6,0 verringert. Die Anzahl der Fälle ist gestiegen, aber die Anzahl der gleichzeitig zu betreuenden Betten ist gesunken. Nun gibt es im Ausland Beispiele, wo wir sehr viel weniger Patienten pro Pflegekraft haben. Das scheint uns genau der richtige Ansatz. Wenn Sie z. B. Norwegen ansehen, gibt es dort weniger Patienten pro Pflegekraft. Wir haben in Deutschland mehrere Millionen stationäre Fälle, die in Norwegen ambulant behandelt würden und die zur Belastung des Pflegepersonals beitragen. Insofern sehen wir einen zweifachen Ansatz. Wir müssen sehen, dass es in Pflegeheimen einen erhöhten Bedarf an Pflege gibt und dass diejenigen ambulant versorgt werden, die sich zurzeit als Fehlbelegung im Krankenhaus befinden.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage geht an Dr. Metzinger von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die ausreichende personelle Ausstattung von Stationen ist kein Garant für optimale Versorgungsqualität. Das bedeutet, dass verbindliche Personalstandards möglicherweise zwar zu einer Erhöhung der Pflegestellen führen, die Qualität der Pflege aber nicht verbessert wird. Welche weiteren Stellschrauben zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern sind zu beachten?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Sie haben Recht, die Zahl der Pflegekräfte allein verbessert die Pflege nicht. Die Qualität und die Anzahl der Pflegekräfte pro Patient hat eine gewisse Korrelation, aber das reicht



nicht aus. Pflegekräfte und Ärzte müssen wieder das tun, wozu sie ausgebildet wurden, nämlich pflegen und behandeln. Wir kennen die von Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) im Auftrag von Nuance Healthcare durchgeführte Studie, die deutlich macht, dass Ärzte täglich vier und Pflegekräfte drei Stunden ihrer Arbeitszeit mit der Dokumentation verbringen. Dies ist nicht ihre originäre Aufgabe. Dokumentation lässt sich nicht völlig vermeiden, aber das Übermaß an Dokumentation, das wir im Moment nicht nur in den Kliniken, sondern auch in anderen Bereichen haben, müssen wir dringend zurückführen. Dann stehen wieder mehr Pflegekräfte und Ärzte in Stunden pro Patient zur Verfügung. Wir müssen den Bürokratieabbau dringend vorantreiben. Ein weiteres Stichwort ist Jobenrichment. Das heißt, Pflegekräfte sollten mehr als bisher Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich übernehmen. Das geht nur, wenn diese das wollen. Viele von ihnen sind motiviert und entsprechend gut ausgebildet. Aber wir müssen dann auch dafür sorgen, dass Pflegekräfte ihrerseits Aufgaben an andere Berufsgruppen, z. B. einfachere Pflegeaufgaben, delegieren können. Dafür benötigen wir die zweijährige Pflegeassistentenausbildung. Zweijährig deshalb, weil diejenigen dann tariflich so einzuordnen sind, dass sie keine zusätzliche finanzielle Unterstützung benötigen. Dies sind die wesentlichen Elemente, die aus meiner Sicht zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität der Pflege im Krankenhaus führen würden.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den bpa. Wie beurteilen Sie den Vorschlag, eine bundesweit einheitliche Personalbemessung in der ambulanten und stationären Altenpflege einzuführen?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir sind seit langem Verfechter von verbindlichen Personalbemessungssystemen. Ich war seinerzeit Geschäftsführer der gemeinsamen Gesellschaft von Wohlfahrts- und Kassenverbänden als es um PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis - Pflegezeitbemessungsverfahren) ging. Damit bis 2020 verbindliche Grundlagen vorliegen, schreiben wir ein solches Verfahren gerade aus. Wichtig ist die Verbindlichkeit der Umsetzung. Dabei sind zwei Aspekte absolut wesentlich. Erstens müssen Modelle

vorliegen, die eine begründbare Qualität sicherstellen. Zweitens müssen wir der demographischen Herausforderung gerecht werden. Es ergibt keinen Sinn, einen Standard festzulegen und anschließend die Anzahl der Pflegeplätze zu rationieren. Wir werden uns an den Pflegebedürftigen orientieren müssen. Diese Zahlen sind sehr eindeutig. Wenn die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,5 Mio. auf 4 Mio. steigt, werden wir Lösungen benötigen, die die demographische Entwicklung mit auffangen. Solche Lösungen, wie sie auch in anderen Bereichen angedacht werden, sind auch bei uns notwendig. Wir müssen schauen, welche Qualifikation bei welcher Aufgabe notwendig ist. Wir werden sehr viel Grundlagenarbeit durch die Ausschreibung, die in Kürze vergeben wird, bekommen. In der Altenpflege gab es, nicht zuletzt durch das PSG II, in den letzten Jahren kontinuierlich Personalverbesserungen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Leber vom GKV-Spitzenverband. Welche Maßnahmen wurden bisher getroffen, um die Pflegesituation in den Krankenhäusern zu verbessern und um wieviel Geld für die Krankenhäuser geht es dabei? Vielleicht können Sie etwas dazu sagen, dass die bisher beschlossenen Maßnahmen nicht angekommen sind.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Die wichtigste Maßnahme war das Pflegestellenförderprogramm von 2009 bis 2011. Darüber sind kumuliert ungefähr 1,1 Mrd. Euro an die Krankenhäuser geflossen. Wir haben dazu einen Bericht vorgelegt, der ausweist, dass dies zu einer Aufstockung der Personalvollkräfte um 13 000 Pflegekräfte geführt hat. Die Gesamtstatistik aber zeigt, dass es an anderer Stelle einen Rückgang gegeben hat, sodass per Saldo ungefähr 9 200 Vollkräfte zusätzlich eingestellt worden sind. Dieses Geld fließt weiterhin an die Krankenhäuser und hoffentlich auch in den Pflegebereich. Eine direkte Verwendungsaufgabe gibt es dazu nicht. Wir haben gleichwohl Kritik am Pflegestellenförderprogramm. Es belohnt diejenigen, die die Pflege drastisch nach unten gefahren und während des Förderzeitraums wieder aufgebaut haben. Diejenigen, die immer gute Pflege gemacht haben, bekommen keinen einzigen Cent. Diese Kritik lässt sich auf das neue Programm übertragen. Hier kommen nicht unbedingt die richtigen



Krankenhäuser in den Genuss der Gelder. Insgesamt betrachtet wurde nicht nur das Pflegestellenförderprogramm, sondern ein ganzes Bündel unterschiedlicher Maßnahmen ergriffen. Eine davon ist die Ergebnisqualitätsmessung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dekubitus ist hier ein Beispiel. Zudem werden Anforderungen in Komplexcodes definiert. Ein Beispiel sind geriatrische Komplexcodes, in denen auch Personalanforderungen definiert sind. Es gibt G-BA-Strukturanforderungen unter anderem für Frühgeborene. Es gibt Maßnahmen zu einer adäquateren Finanzierung der pflegeintensiven Bereiche. In den neuesten DRG sind die Personalkosten höher bewertet worden und künftig werden die Pflegegrade ebenfalls in den DRG bewertet. Inzwischen gibt es mehr Transparenz im Pflegebereich. Die Qualitätsberichte weisen abteilungsbezogene Pflegebelastungsziffern aus, sodass sich der Versicherte auch über die Pflegequalität und die Pflegeausstattung informieren kann. Dies ist ein ganzes Bündel an unterschiedlichen Maßnahmen. Pflegestellenförderung bzw. Personalvorgaben sind nur zwei von vielen Punkten.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Mittag von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. Welche Maßnahmen halten Sie für erforderlich, um die bis Ende 2019 zu erarbeitenden wissenschaftlichen Personalbemessungsinstrumente verbindlich umsetzen zu können? Welche Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der Altenpflege schlagen Sie vor?

SV **Thorsten Mittag** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Das System, das entwickelt und erprobt werden soll, befindet sich im Prozess der Ausschreibung. Man kann im Augenblick wenig tun, um es aus eigener Kraft verbindlich zu machen. Hier ist es Aufgabe der Politik, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass dieses entwickelte System auch die Grundlage für die entsprechende Refinanzierung des Personals durch die Kostenträger bildet. Das heißt, es bedarf einer gesetzlichen Verpflichtung zur Anerkennung des Mehrbedarfs an Personal in den Verhandlungen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass wir bis dahin eine relativ lange Zeitspanne haben. Wenn dieses System 2020 entwickelt und erprobt sein soll, kann es nicht sein, dass

wir jetzt aufhören, über die Verhandlungen im Personalschlüsselbereich nachzudenken, sondern hier muss es weitergehen. Aus Sicht der BAGFW muss jede Möglichkeit genutzt werden, um den Personalschlüssel und die Personalsituation zu verbessern. Dabei sollte man sich an dem jeweils höchsten und besten Niveau der Personalschlüssel orientieren. Die Zeit sollte genutzt werden, um die damit einhergehenden Fragen der Finanzierung zu klären. Deshalb spricht sich die BAGFW dafür aus, parallel einen Beirat zu konstituieren, der sich, moderiert durch die beteiligten Ministerien, mit der Finanzierung dieses Mehrbedarfs auseinandersetzt.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage geht auch an Herrn Prof. Dr. Stegmüller. Sie haben zusammen mit Prof. Dr. Stefan Gress untersucht, welche Auswirkungen die Einführung gesetzlicher Standards zur Personalbemessung in den USA hatte. Zu welchen Schlüssen sind Sie gekommen und welche Empfehlung leiten Sie daraus für Deutschland ab?

ESV **Prof. Dr. Klaus Stegmüller**: Wir haben Studien zusammengetragen und uns vor allem auf die Situationen in den Vereinigten Staaten bezogen, weil die Einführung gesetzlicher Standards zur Personalbemessung dort sehr gut dokumentiert und untersucht ist und diese in allen Bundesstaaten umgesetzt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass bezieht sich jetzt nur auf den stationären Altenpflegebereich, dass gesetzliche Vorgaben notwendig sind. Das ist ein ganz wichtiger Gesichtspunkt. Nur Vorgaben und deren sanktionsbewehrte Überprüfung gewährleisten, dass überhaupt eine entsprechende Umsetzung von Mindeststandards erfolgen kann. In den USA hat man in Studien festgestellt, dass freiwillige Selbstverpflichtungen keinen Effekt haben. Weiter zeigt das Beispiel der USA, dass gesetzliche Vorgaben für Mindeststandards grundsätzlich, und darauf kommt es an, zu einer besseren Personalausstattung führen können. Das gilt vor allem für solche Einrichtungen, die vor der Einführung der Mindeststandards besonders weit von entsprechenden Vorgaben bzw. entsprechenden Personalbesetzungsstellen entfernt waren. Das Beispiel USA zeigt, dass positive Effekte vor allen dann zu sehen sind, wenn Pflegefachkräfte neu eingestellt werden. Allerdings, das hatte Herr Dr. Leber erwähnt, hat die Erfüllung der vergleichsweise niedrigen Mindeststandards in den USA eher zur Einstellung von



Service- und Pflegehilfskräften geführt. Will man eine solche Ausweichreaktion vermeiden, muss man eine entsprechend ambitionierte Fachkraftquote, die hinreichend finanziert werden muss, festlegen und umsetzen. Das ist nicht zum Nulltarif zu haben, aber es gibt bereits eine ganze Reihe von Vorschlägen, wie dies zu finanzieren ist.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sehen Sie bei der Entwicklung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens Möglichkeiten, die derzeit bestehenden regionalen Unterschiede in der Personalausstattung mit zu berücksichtigen?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich halte die regionalen Unterschiede für weniger bedeutsam als die hausindividuellen Unterschiede. Es gibt regionale Unterschiede sowohl bei den Ärzten als auch bei der Pflege, die diametral entgegen gesetzt sind. Viele Ärzte möchten beispielsweise gerne in München arbeiten, während viele Pflegekräfte dort nicht arbeiten möchten. Das hängt auch mit den in München extrem hohen Lebensunterhaltskosten zusammen, weshalb viele Pflegekräfte lieber darauf verzichten, in München zu wohnen und stattdessen in einem anderen Bereich arbeiten. Es ist richtig, Herr Dr. Leber, sie möchten dort schon arbeiten, aber das ist mit einem Krankenpflegegehalt schwieriger zu realisieren als mit einem Oberarztgehalt. Ich glaube aber, dass die individuellen Gegebenheiten der Krankenhäuser bestimmen, ob bei Personalbemessungsverfahren Unterschiede bestehen müssen oder nicht. Ich sehe zum Beispiel Unterschiede in der technischen und in der baulichen Ausstattung von Krankenhäusern, aber auch in der Aufteilung bestimmter Arbeitstätigkeiten unter verschiedenen Berufsgruppen. Das können Krankenhäuser unterschiedlich ausgestalten. Aus diesem Grund halte ich es für erforderlich, individuelle Personalausstattungen für die Krankenhäuser zu schaffen. Das geht, vorsichtig ausgedrückt, mit bundesweiten, einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten nicht so gut. Das ist die originäre hoheitliche Aufgabe eines jeden Krankenhauses. Daher halten wir von generalistischen Personalausstattungs-bemessungsinstrumenten sehr wenig. Dies kommt nur für besonders pflegesensible Bereiche in Frage. Da sehen wir die Frühgeborenen- und möglicherweise

andere Intensivtherapiestationen. Das sind Bereiche, für die wir uns so etwas vorstellen können. Alle anderen Bereiche sind nicht für bundesweit einheitliche Vorgaben für Personalstrukturen geeignet.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die Forderungen der Fraktion DIE LINKE., Qualität als Planungskriterium in der Krankenhausplanung der Länder zu berücksichtigen?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Wir haben das Gefühl, bei dem Begriff „Qualitätsorientierte Planung“ wird die Planung überschätzt. De facto finden die Entwicklungen und vor allem die qualitätsorientierten Entscheidungen im deutschen Krankenhausmarkt relativ unabhängig von der Planung statt. Richtiger spricht man von „Marktregulierungen“. Die einzelnen Entscheidungen werden nicht planerisch, sondern im Wesentlichen von den Krankenhausträgern getroffen. Wir halten es für notwendig, dort marktregulierend einzugreifen, indem wir Mindeststandards in bestimmten Bereichen definieren. Vielleicht müssen wir auch definieren, welches Krankenhaus notwendig ist. Wir haben gerade letzte Woche im G-BA eine Entscheidung über Sicherstellungszuschläge getroffen, die nichts anderes als Marktregulierung sind. Das heißt, wir fordern, die Bemühungen um eine Marktregulierung zu intensivieren. Sie laufen im Augenblick nur unter der falschen Überschrift „Qualitätsorientierte Planungsvorgaben“.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den bpa, Herrn Mael. Mit Verweis auf das Patientenwohl und die bestmögliche Versorgungsqualität fordern die Antragsteller die Beendigung des wirtschaftlichen Wettbewerbs und der Möglichkeit, Gewinne zu erzielen. Bitte schildern Sie, welche Auswirkungen dies für die Pflegeeinrichtungen und privaten Träger und die von diesen versorgten Pflegebedürftigen hätten.

SV **Herbert Mael** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Ich muss vorwegschicken, dass wir mittlerweile 50 Prozent der Grundversorgung mit privaten Trägern sicherstellen. Die Länder haben zwar die Verpflichtung, die institutionelle Förderung sicherzustellen, sie haben



sich aber daraus zurückgezogen. Die privaten Träger sind im Sinne einer Qualitätsverbesserung in die Bresche gesprungen. Dies, und das ist nicht von der Hand zu weisen, hat für einen Personal- und Qualitätswettbewerb gesorgt. Wenn man das Rad zurückdrehen wollte, wäre die Versorgung zunächst einmal nicht mehr sichergestellt. Wir halten eine wettbewerbliche Ausrichtung nicht nur wegen der Qualität, sondern auch wegen der Preise für richtig. Ansonsten hätten in dem Teilleistungssystem der Pflegeversicherung die Angehörigen der pflegebedürftigen Menschen und die Sozialhilfeträger die finanziellen Folgen zu tragen. Wir können belegen, dass die privaten Träger sich nicht nur in wenigen Regionen betätigen. Bei über 50 Prozent Marktanteil wäre das auch schwierig. Wir sichern beispielsweise in der Uckermark oder in anderen entlegenen Gebieten, wo sich andere Anbieter zurückziehen, das Essen auf Rädern. Dass eine privatwirtschaftliche Tätigkeit mit einer Änderung der Übernahme von Verantwortung in der Region verbunden ist, liegt auf der Hand. Dass die Anbieter in der Region in der öffentlichen Diskussion stehen, sorgt dafür, dass sie sich um die bestmögliche Qualität bemühen müssen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Genster von der Gewerkschaft ver.di. Wir haben viel über unterschiedliche Einschätzungen zur Pflegesituation in den Krankenhäusern, in Altenpflegeeinrichtungen und in der ambulanten Kranken- und Altenpflege gehört. Ich möchte von Ihrer praktischen Expertise hören. Was berichten Pflegekräfte über ihren Alltag, mit welchen Schwierigkeiten sind sie konfrontiert und was wünschen sie sich von der Politik? Sie haben als Gewerkschaft Sofortmaßnahmen für die Pflegebeschäftigten aufgestellt. Welches sind die wichtigsten und wie könnte man diese finanzieren?

Sve **Grit Genster** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Der zentrale Punkt ist, ohne verbindliche Vorgaben für das Personal hat das Fass kein Boden, die Bedingungen für die Beschäftigten werden immer schlechter und die Versorgungsqualität ist nicht gesichert. Das gilt für die Arbeit im Krankenhaus, aber auch für die stationäre Pflege. In der ambulanten Pflege dürfen Beschäftigte nicht krank werden. Patientinnen und Patienten im Krankenhaus müssen sich auf eine sichere und

gute Versorgung verlassen können. Um dem Fachkräftemangel etwas entgegenzusetzen, müssen Krankenhäuser und Pflegeheime attraktive Arbeitgeber sein. Eine Entlastung ist unbedingt und sehr kurzfristig notwendig, um gutes Personal zu gewinnen und die Arbeit gut zu gestalten. Das gilt für die Pflege, aber auch für andere Berufsgruppen. Wir haben festgestellt, dass der Markt es nicht richtet. Durch den Wettbewerb haben sich die Bedingungen verschlechtert, insbesondere in der Altenpflege, wo es kaum Tarifverträge gibt. Deshalb muss der Gesetzgeber mit Rahmenbedingungen reagieren. Wir haben einige unaufgeforderte Stellungnahmen von Beschäftigten vorliegen, die sehr eindrücklich schildern, wie der Alltag auf den Stationen abläuft. Ich möchte ein sehr drastisches Beispiel schildern. Wir haben ein Plakat, das fragt: „Heute schon Pause gemacht?“ Darauf hat jemand mit Filzstift den folgenden Satz notiert: „Nein leider nicht, ist aber auch nicht schlimm, ich konnte auch nicht trinken, deshalb musste ich auch nicht auf die Toilette.“ Dies ist schon ein sehr eindrückliches Beispiel für die aktuelle Situation. Dem Fachkräftemangel ist am besten zu begegnen, indem die Arbeitsbedingungen und die Ausbildungsbedingungen attraktiver gestaltet werden. In der Altenpflege geht es darum, dass auch Vollzeitarbeitsplätze zur Verfügung gestellt werden. Wir wissen aus den östlichen Bundesländern, dass dort nur die Hälfte der Bewerber einen Vollzeitarbeitsplatz angeboten bekommt. Wichtig ist die Abschaffung des Schulgeldes in der Altenpflege. Wir brauchen eine Verbesserung des Personalschlüssels. Das gilt für die Altenpflege genauso wie für die Krankenhäuser. In der Altenpflege brauchen wir die bundeseinheitliche Personalbemessung. Wir stellen uns vor, dass in der Altenpflege ein Schlüssel von eins zu zwei, d. h. eine Pflegefachkraft für zwei Bewohner, kurzfristig umgesetzt wird. Auch da gilt, keine Fachkraft sollte in der Nacht alleine sein, weder auf der Station noch im Wohnbereich. Das sind Maßnahmen, die kurzfristig umgesetzt werden können. Der Gesetzgeber muss insgesamt die Rahmenbedingungen schaffen. Dazu gehört eine gesetzliche Personalbemessung in den Krankenhäusern und bundeseinheitliche Regelungen für verbindliche Personalvorgaben in der Altenpflege. Es muss Schluss sein mit dem Flickenteppich in der Altenpflege.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Frau Dr.



Wieteck. Ist eine bessere Abbildung der Pflege im DRG-System eine Möglichkeit, die Situation in den Kliniken zu verbessern und welche Modelle sind denkbar?

ESVe **Dr. Pia Wieteck**: Das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) hat einiges unternommen, um Pflege im DRG-System besser abzubilden. Das sind leider noch Inselösungen. Wenn Pflege zum Erlösfaktor wird, verbessert sich die Diskussion über Personalstellen, da die Verhandlungsposition besser ist. Das ist zwingend, solange es noch keine Zweckbindungen gibt. Ein weiterer Aspekt ist, dass eine Aufwertung stattfinden kann, weil Pflege aktiv an der Erlössituation teilnehmen kann. Aus meiner Sicht ist das dringend notwendig und ich würde mir wünschen, dass man die Inselösungen nicht weiter forciert. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Die U50 und U51 wurden in die Nebendiagnosen der CCL-Matrix (Complication and Comorbidity Level) aufgenommen, d. h. viele Einrichtungen müssen sich jetzt Gedanken darüber machen, ob sie bei jedem hochaufwendigen Patienten zusätzlich barteln. Zur Erklärung: Es handelt sich um ein Assessment-Instrument mit einem Dokumentationsaufwand, der keinen Mehrgewinn im Versorgungsprozess der pflegerischen Entscheidungsfindung erzeugt. Es gibt andere und bessere Ansätze, wie die Inselösungen zusammengeführt und eine sinnvolle Entbürokratisierung stattfinden könnte. Die Fachgesellschaft Profession Pflege schlägt dazu das NRG (Nursing Related Groups)-Modell oder pflegerelevante Fallgruppen vor.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Mit Einführung des DRG-Systems wurden für die Krankenhäuser Anreize zum wirtschaftlichen Handeln gesetzt. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem wirtschaftlichen Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander mit Blick auf die Fachkräftegewinnung gemacht?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich halten wir die Einführung des DRG-Systems für die wichtigste Innovation der letzten 15 Jahre. Es wird endlich leistungsorientiert finanziert und versucht, Leistungen zu definieren und nicht Kosten zu refinanzieren. Letzteres trägt nicht dazu bei, dass die Leistungen besser werden. Man muss sehen, dass die Qualitätssicherung erst durch

das DRG-System möglich geworden ist. Durch die Kodierung konnte man Qualitätsvergleiche zwischen Krankenhäusern einführen. In den Bereichen, in denen dies nicht geschieht und es kein differenziertes System gibt, gibt es auch keine Qualitätssicherung. Ich nenne nur die Psychiatrie. Die Krankenhäuser arbeiten professionell mit professionellem Fachpersonal. Insofern ist es richtig, qualitätskritische Bereiche durch Vorgaben weiter zu regeln, aber den Krankenhausträgern weiterhin die Freiheit zu geben, das richtige Personal einzustellen. Bisher haben wir nur in wenigen Bereichen Vorgaben, zum Beispiel für die Frühgeborenenstationen. Wir können uns dies auch für andere Bereiche der Intensivmedizin oder für bestimmte Situationen, zum Beispiel nachts oder bei Krankenhausinfektionen, vorstellen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an ver.di. Es geht noch einmal um die Versorgungsqualität und die personelle Ausstattung. Die ausreichende personelle Ausstattung von Stationen allein ist kein Garant für eine optimale Versorgungsqualität. Das bedeutet, dass verbindliche Personalstandards zwar möglicherweise zu einer Erhöhung der Pflegestellen führen werden, die Qualität der Pflege aber nicht zwingend verbessert wird. Welche weiteren Stellschrauben zur Verbesserung der Versorgungsqualität in den Krankenhäusern sind aus Ihrer Sicht zu beachten?

SVe **Grit Genster** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Die ausreichende und verbindliche Personalausstattung ist kein Garant für die optimale Versorgungsqualität; das ist richtig. Aber sie ist dafür eine ganz entscheidende Voraussetzung. Eine wirksame Regulierung benötigt allerdings mehr als Verhältniszahlen. Es muss geregelt werden, welche Folgen die Nichteinhaltung hat. Wir reden hier über Sanktionen. Das ist ganz wichtig. Die Vorgaben müssen überprüft und laufend weiterentwickelt werden. Dabei kann ein Blick auf die kalifornische Nurse to Patient-Ratio (NtPR – Zahlenrelationen von Pflegefachpersonal zu Patienten) wichtige Hinweise für Deutschland liefern. Dort sind betriebliche, paritätisch mit Pflegepersonal besetzte Komitees an der Ermittlung der Vorgaben im sogenannten Bottom-up-Verfahren beteiligt. Die Pflegekräfte werden in die Angelegenheiten der Klinik einbezogen. Weitere Voraussetzungen sind



gute Führungsstrukturen und die spezifische Unterstützung des Personals im Innenleben des Krankenhauses. Hierzu gehören die Beziehungen zwischen den Pflegekräften und Ärzten und eine gute Kommunikation. Es zeigt sich, dass die Digitalisierung nicht das Allheilmittel ist. Wir stellen fest, dass viel digitalisiert und dokumentiert wird. Der Dokumentationsaufwand wächst, aber die Beschäftigten in den Teams haben kaum Zeit, miteinander zu sprechen. Das wirkt sich auf die Versorgung aus. Letztendlich gehört gut qualifiziertes Pflegepersonal dazu. Dass dieses für den Outcome wichtig ist, hat man in den Vereinigten Staaten festgestellt. Der zentrale Punkt sind aber die verbindlichen Personalvorgaben. Deshalb gehören zur Verbesserung der Versorgungsqualität nicht nur Verhältniszahlen, sondern die genannten Regelungen im Innenverhältnis der Häuser.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den bpa. Welche Bedeutung hat der wirtschaftliche Wettbewerb in der Pflegeversicherung zum Beispiel für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in strukturschwachen Regionen?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir haben bei Herrn Prof. Dr. Rothgang eine Studie in Auftrag gegeben, weil wir wissen wollen, wie die Verteilung aussieht und wo die privaten Anbieter stehen. Ein Marktanteil von 50 Prozent konzentriert sich nicht nur auf wenige Ballungsräume. Wir bieten nicht nur Seniorenresidenzen an, sondern stehen auch für die Grundversorgung zur Verfügung. Wir sichern, ich erwähnte es bereits, zum Beispiel das Essen auf Rädern in der Uckermark. Dort gibt es zumeist kleinere Pflegedienste, die regional anders aufgestellt und eingebunden sind, sowie kleinere Einheiten bei den Pflegeheimen, so dass wir auch außerhalb der Metropolen in den ländlichen Regionen sehr stark vertreten sind. Bei uns gibt es ein Fass mit Boden, weil wir verbindliche Personalvorgaben haben, die auch eingehalten werden. Das betrifft nicht nur die Zahl der Mitarbeiter für die einzelnen Pflegegrade, sondern auch die Qualifikation der Mitarbeiter. Diese ist bei uns für jede Einrichtung vertraglich bindend geregelt. Insofern ist es für die Flächenversorgung wichtig, dass es bei einer wettbewerblichen Ausrichtung bleibt und es für die Unternehmen Anreize gibt, sich dort zu betätigen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richte ich an Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Ich hätte gern von Ihnen gewusst, welche empirischen Erfahrungen Sie über Personalbemessungen haben und wie Sie das, was Frau Genster zur positiven Anwendung in der USA ausgeführt hat, bewerten.

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Die im Antrag genannten Zahlen sind viel zu hoch gegriffen. Die Zahl von 100 000 ist aus verschiedenen Gründen, die ich im Detail nicht ausführen will, wissenschaftlich nicht valide ableitbar. Das gilt auch für die angeführten internationalen Vergleiche. Deutschland steht international nicht so schlecht da. Nichtsdestotrotz muss man schauen, ob möglicherweise in Deutschland ein Zusammenhang zwischen den Pflegepersonalverhältniszahlen in den Krankenhäusern und der Versorgungsqualität besteht. Das machen wir in der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“. Kalifornien kann eine gute Vorlage sein, wenn man für Deutschland empirisch nachweisen kann, dass ein Zusammenhang besteht, dass also ein Mehr an Pflegepersonal tatsächlich eine steigende Versorgungsqualität bedeutet. International kann man konstatieren, dass dieser Zusammenhang vor allen Dingen für die USA, aber auch für andere Länder gezeigt werden konnte. Insofern muss man sagen, Personalverhältniszahlen können die Qualität in bestimmten Bereichen erhöhen. Allerdings muss man zwischen den Bereichen, das wurde verschiedentlich angesprochen, unterscheiden. Das heißt, man muss zwischen den Fachabteilungen differenzieren. Es bringt relativ wenig, für den gesamten Krankenhausmarkt einheitlich geltende untere Standards oder Unterschwellen zu definieren. Man muss dies differenziert betrachten. Das zeigt die internationale Evidenz. Einige Fachabteilungen sind pflegesensitiv und andere Fachabteilungen sind es nicht. Ob sich, wie befürchtet, ein Substitutionseffekt einstellt, muss in der nächsten Stufe festgestellt werden. In verschiedenen Ländern wird nach einigen Jahren evaluiert. Das würde ich auch für Deutschland als sinnvoll erachten. Dann kann man sehen, ob es eine Substitution gibt, d. h. ob die Pflegekräfte in andere, nicht sensitive Abteilungen geschoben und dort abgebaut wurden. Ähnliches würde ich, falls man zu dem Schluss kommt, für einzelne Fachabteilungen Pflegeuntergrenzen zu benötigen, auch für Deutschland empfehlen.



Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Wieteck. Im Pflegestättergesetz II wird mit dem neuen Begutachtungsverfahren ein stärker auf Selbständigkeit und Teilhabe orientiertes Pflegeverständnis eingeführt. Welche Veränderungen ergeben sich aus Ihrer Sicht für den Personalbedarf und welche Überlegungen haben Sie, um die Personalsituation kurzfristig zu verbessern?

ESVe **Dr. Pia Wieteck**: Grundsätzlich ist die Einführung des NBA (Neues Begutachtungsassessment) und die stärker teilhabeorientierte Ausrichtung zu begrüßen. Man darf aber nicht dem Glauben unterliegen, dass sich in der Praxis etwas verändert. Das Begutachtungsverfahren allein wird keine Auswirkungen darauf haben, dass sich das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Bett verändert und eine teilhabeorientiertere Pflege stattfindet. Eine Veränderung wird sich erst dann einstellen, wenn der Anreiz geschaffen wird, dass Einrichtungen auf diesem Gebiet investieren. Das kann die angedachte Ergebnismessung sein, die auf dem NBA aufsetzt. Dann wird sichtbar, ob von Seiten der Einrichtungen investiert wird. Insofern müssen wir noch einmal genau hinschauen. Was bedeutet dies für den Personalbedarf? Fakt ist, dass wir aktuell eine Unterbesetzung haben und deshalb können wir in den stationären Einrichtungen eine teilhabeorientierte und auf Selbständigkeit ausgegerichtete Förderung der Bewohner kaum realisieren. Das wird sich nicht dadurch ändern, dass ein neuer Begutachtungsbegriff eingeführt wurde. Dies ändert sich nur, wenn wir die Mitarbeiter-Bewohner-Relation verändern. Hier muss man, wie es die Kollegin von ver.di vorgeschlagen hat, sukzessiv ansetzen und systematisch aufstocken sowie parallel Qualitätsindikatoren platzieren, damit sichtbar wird, welchen Effekt dies auf die Versorgung hat. Man muss zum Beispiel die Qualitätsmessung aufsetzen. Ich würde mir wünschen, dass es noch darüber hinausgeht und Prävalenz- sowie Inzidenzdaten, zum Beispiel zur Inkontinenz, als am internationalen Standard orientierte Qualitätsindikatoren gewonnen werden, um zu sehen, ob sich eine Erhöhung der Personalzahlen in der Qualität widerspiegelt. Nur so können wir uns schrittweise unserem Ziel annähern.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Herrn Mittag von

der BAGFW. Wie stehen die Verbände der Wohlfahrtspflege zu einer Vereinheitlichung der gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung? Welche Elemente sind aus Sicht der BAGFW für eine Bürgerversicherung grundlegend?

SV **Thorsten Mittag** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)): Die Schaffung und Sicherung von Rahmenbedingungen für eine gute Pflege hat ihren Preis. Den neuen Herausforderungen und dem damit einhergehenden wachsenden Finanzierungsbedarf muss man gerecht werden. Deswegen ist eine Reform der Pflegefinanzierung bzw. der Finanzierung der Pflegeversicherung unausweichlich. Zum Refinanzierungskonzept einer solidarischen Versicherung gehören aus Sicht der BAGFW mehrere Säulen. Das sind eine solidarische und paritätische Finanzierung in Verbindung mit einem einheitlichen Versicherungssystem mit einer risikounabhängigen Prämienbemessung und einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Anbieter. Das wird gemeinhin als Bürgerversicherung bezeichnet. Nicht zuletzt muss die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden. Wir stellen uns eine Anhebung bis auf das Niveau der Rentenversicherung vor. Die vollständige Abschaffung der Bemessungsgrenze können wir uns weniger vorstellen. Das würde aus Sicht der BAGFW gegen das Äquivalenzprinzip verstoßen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass wir eine Erosion der Finanzierungsgrundlagen haben. Wie in anderen Sozialversicherungen ist die alleinige Orientierung der Beiträge am Lohneinkommen der Versicherten problematisch, da der Anteil der Löhne am sogenannten Volkseinkommen in den vergangenen Jahren gesunken ist. Daher ist eine Erweiterung der Einnahmehasis durch die Ausweitung der zu berücksichtigenden Einkommensarten erforderlich.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Welche Maßnahmen bewerten Sie als zielführend, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern und eine übermäßige Arbeitsbelastung in der Pflege abzubauen? Vielleicht nennen Sie drei Punkte, damit wir wissen, was wir unternehmen müssen.

SVe **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe sind notwendig. Wir benötigen genügend Pflegepersonal, das die älteren Menschen und



die Kranken pflegen kann. Um die Attraktivität des Berufes zu steigern, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Eine Möglichkeit ist die Vergütung. Aber das ist nicht die einzige. Es gibt andere Maßnahmen, die auch aus der Wahrnehmung der Betroffenen zumindest genauso wichtig sind. Das ist zum Beispiel die Attraktivität des Arbeitsplatzes. Diese drückt sich dadurch aus, dass die Arbeitszeit familienfreundlich gestaltet werden kann oder dass es die Möglichkeit gibt, Teil- oder Vollzeit zu arbeiten, d. h. Flexibilität. Das Thema Ausbildung gehört ebenfalls dazu. Das Reformvorhaben läuft im Moment noch. Die Ausbildungsreform muss so ausgerichtet werden, dass die Auszubildenden ein hohes Qualitätsniveau für den Bereich, in dem sie eingesetzt werden, erreichen. Die Ausbildung muss dem Ziel folgen, die pflegerische Versorgung und den zukünftigen Fachkräftebedarf sicherzustellen. Diese beiden Ziele sind zu berücksichtigen.

Der **Vorsitzende**: Ich darf mich bei Ihnen, liebe Sachverständige, herzlich bedanken und die Anhörung schließen.

Schluss der Sitzung: 15.04 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender