

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jan Korte, Cornelia Möhring, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Personaluntergrenzen und bedarfsgerechte Pflege

In der letzten Wahlperiode wurde die Einführung von Personaluntergrenzen für die Krankenhauspflege in § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich geregelt. Demnach sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) Untergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen“ bis zum 30. Juni 2018 festlegen. Bei diesen Verhandlungen sind „insbesondere der Deutsche Pflegerat e. V. – DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. qualifiziert zu beteiligen, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen sind und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind“. Kommt es nicht zu einer fristgerechten Einigung, trifft das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung eine Ersatzvornahme.

Laut Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD soll die bislang im Gesetz vorgesehene Beschränkung der Anwendung von Personaluntergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen“ wegfallen und die Regelung so auf sämtliche bettenführenden Stationen erweitert werden. In den Verhandlungen der Selbstverwaltung sind dem derzeit noch gültigen gesetzlichen Auftrag gemäß „pflegesensitive Bereiche“ festgelegt worden. Die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften haben dazu die Einschätzung, dass die Auswahl der sechs festgelegten Bereiche „im Wesentlichen arbiträr“, also willkürlich war.

Die Fragesteller vernehmen seitens einiger an dem Verfahren qualifiziert beteiligter Organisationen Klagen über die Art und Weise, wie diese Beteiligung seitens der beiden hauptverhandelnden Organisationen gehandhabt wird.

Diskutiert wird im Beratungsverlauf ein Gutachten des Hamburg Center for Health Economics, das die Festlegung der Personaluntergrenzen mit Verhältniszahlen zum Gegenstand hat. Zur Festlegung der Verhältniszahlen werden jedoch keine Daten darüber zugrunde gelegt, wie viel Pflegepersonal für eine bedarfsgerechte und dem Stand der Pflegewissenschaften entsprechende Pflege erforderlich ist. Stattdessen werden die empirisch anhand der unvalidierten Selbstangaben der Krankenhäuser zur Pflegepersonalbesetzung in den Qualitätsberichten ermittelten Werte der Krankenhäuser in eine Rangliste gebracht. Dann wird in diesem Perzentil-Ansatz willkürlich eine Grenze festgelegt, die bei den schlechtesten zehn bzw. 25 Prozent der Krankenhäuser liegt. Noch schlechtere Einrichtungen sollen dann auf das Niveau angehoben werden, das ein Krankenhaus an dieser

Grenze aufweist. Umgekehrt ausgedrückt begnügt sich der Vorschlag also damit, dass 75 bzw. 90 Prozent der Krankenhäuser sich nicht verbessern müssen und nur zehn bzw. 25 Prozent der Krankenhäuser verpflichtet wären, sich meist in recht geringem Umfang zu verbessern. Der so errechnete Personalmehrbedarf liegt etwa zwischen 1 000 und 6 000 Stellen – bundesweit.

Sollte dies so eingeführt werden, wäre die Wirkung nach Ansicht der Fragesteller fatal. Geringfügigen Verbesserungen bei einigen besonders schlecht ausgestatteten Krankenhäusern stünden die regulatorische Rechtfertigung und ökonomischer Druck auf relativ gut ausgestattete Krankenhäuser gegenüber, ihr eigenes Personal bis auf diese Untergrenze abzusenken. Die erhebliche Lücke, die zwischen den Personalverhältniszahlen in Deutschland und anderen OECD-Staaten klafft, würde so nicht verringert, sondern vermutlich weiter vergrößert.

In der Begründung des Änderungsantrags, auf dem die Schaffung des § 137i SGB V beruht, ist an zwei Stellen darauf abgestellt, dass durch die Personaluntergrenzen „das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden“ sollte. Ein Anspruch an ein künftig herzustellendes Pflegeniveau, das lediglich Patientensicherheit auf dieser rudimentären Stufe herstellen soll, wirft erstens die Frage auf, welches Pflegeniveau wir derzeit haben. Zweitens sind davon abgeleitete Untergrenzen offenbar völlig ungeeignet, ein Versorgungsniveau zu bieten, wie es in § 70 SGB V vorgegeben ist, denn hier ist von einer bedarfsgerechten, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität die Rede. Ebenso in § 2 SGB V: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ Und auch aus § 12 lässt sich der Anspruch der Versicherten auf eine bedarfsgerechte Versorgung ableiten. Konkretisiert wird dies auch in § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wonach speziell die Krankenhäuser „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung“ zu gewährleisten haben. Diesen Grundsätzen müssen alle Leistungserbringenden genügen. Die durch die Verhandlungspartner geplante Beschränkung auf den Ausschluss von Patientengefährdung ist jedoch im Niveau deutlich unterhalb einer bedarfsgerechten Versorgung anzusiedeln.

Die Selbstverwaltungspartner haben also eigentlich aus den allgemeinen Regelungen des SGB V die Vorgabe, eine Regelung zu treffen, bei der Bedarfsgerechtigkeit maßgeblich sein müsste. Sie wollen entsprechend dem Wortlaut der Begründung des § 137i SGB V aber nur Patientengefährdung ausschließen. Erschwerend kommt hier hinzu, dass sich die Bundesregierung ausweislich ihres „Informationsvermerks“ an die Teilnehmer der Verhandlungsrunde vom 2. Februar 2018 der Rechtsauffassung anschließt, wonach Personaluntergrenzen nach § 137i SGB V mit dem Gebot einer bedarfsgerechten Versorgung vereinbar seien, wengleich sie diese nicht leisten können.

Es ist mittlerweile gesundheitspolitischer Konsens, dass es deutlich zu wenige Pflegekräfte in den Krankenhäusern gibt. Deutschland ist hier im internationalen Vergleich der Pflegekräfte pro Patient Schlusslicht. Die Fragesteller halten daher eine Aufstockung um ein knappes Drittel, also um etwa 100 000 Pflegekräfte für angebracht. Die diskutierten Untergrenzen, die sich am Personalbestand von bereits derzeit relativ schlecht ausgestatteten Krankenhäusern orientieren, sind zwar in der Lage, Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Veränderungswillens sowie der Legitimation der beiden Verhandlungspartner zu schaffen, nicht aber, die Versorgungsrealität positiv zu beeinflussen (vgl. z. B. Monitor Pflege, 01/2018 vom 3. April 2018, S. 27 ff.).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung der Fragesteller zu, dass das SGB V den gesetzlich Krankenversicherten Anspruch auf ein bedarfsgerechtes Versorgungsniveau garantiert und nicht lediglich auf ein Niveau, das Patientengefährdung vermeidet?
2. Trifft dieser Anspruch auch auf den im SGB V befindlichen § 137i zu?
3. Ist es das Ziel der Neuregelung von § 137i SGB V, wie in der Gesetzesbegründung genannt, dass darauf abgezielt wird, „gefährlichen Situationen in der pflegerischen Versorgung entgegenzuwirken“ und dass „das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden“ soll?
4. Ist es das Ziel der Regelung, eine bedarfsgerechte Versorgung auf dem Stand der medizinischen Erkenntnisse sicherzustellen?
5. Warum geht die Bundesregierung bei der Pflege im Krankenhaus nach SGB V anders vor als bei der Altenpflege nach SGB XI, wo zur Ermittlung des erforderlichen Personaleinsatzes für bedarfsgerechte Pflege die wissenschaftlich fundierte Erarbeitung eines Personalbemessungsinstruments in Auftrag gegeben wurde?
6. Kann eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem Perzentil-Ansatz verwirklicht werden?

Wenn ja, wie hoch müsste dieser gewählt werden?

7. Kann in Krankenhäusern, die nach dem Perzentil-Ansatz eine Aufstockung ihres Personals vornehmen müssen, eine Pflegepersonalausstattung geschaffen werden, die vermeidbare Patientengefährdung tatsächlich nach Möglichkeit ausschließt?
8. Können gefährliche Pflegesituationen in allen Krankenhäusern durch die Verbesserung der schlechtesten zehn oder 25 Prozent der Häuser „nach Möglichkeit“ ausgeschlossen werden?
9. In wie viel Prozent der Krankenhäuser kommen gefährliche Pflegesituationen vor?

Treten gefährliche Situationen, die durch Personal in bedarfsgerechter Anzahl zu beheben wären, auch in den übrigen 90 oder 75 Prozent der Krankenhäuser auf, und wenn ja, in wie vielen pro Jahr?

10. Wenn es nun einen gewissen Prozentsatz Krankenhäuser gibt, wegen derer man nun gefährliche Pflege „nach Möglichkeit“ durch eine eigene gesetzliche Regelung ausschließen will, stimmt dann die Bundesregierung zu, dass es mindestens ebenso viele, eher noch deutlich mehr Krankenhäuser gibt, in denen die Pflege nicht bedarfsgerecht erfolgt?
11. Hat die Bundesregierung oder der GKV-SV eine Schätzung über die Mehrkosten bei Einführung von Personaluntergrenzen vorgenommen?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

12. Wie viele Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten wären von der Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen mit dem Perzentil-Ansatz des Hamburg Center for Health Economics effektiv betroffen, das heißt, wie groß ist der Anteil der Häuser bzw. Betten bundesweit, bei denen tatsächlich mehr Personal pro Schicht eingesetzt werden müsste (bitte in absoluten und prozentualen Zahlen angeben)?

Hat die Bundesregierung ein in Pflegevollzeitstellen bezifferbares Ziel vor Augen, sollen also eher 1 000, 10 000, 50 000 oder 100 000 neue Pflegestellen geschaffen werden, und innerhalb welchen Zeitraumes will sie dieses Ziel erreichen?

13. Inwiefern wird in den derzeitigen Verhandlungen der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD berücksichtigt, dass also die Beschränkung auf „pflegesensitive Bereiche“ wegfallen soll?
Wird die Regelung 2019 ohne diese Beschränkung in Kraft treten?
14. Kann die Bundesregierung die Festlegung der „pflegesensitiven Bereiche“ auf sechs fachlich nachvollziehen, und wenn ja, auf Grundlage welcher Studien und Erkenntnisse?
15. Welchen Anteil an Willkür, die die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften der Auswahl attestieren, weist nach Einschätzung der Bundesregierung die Auswahl der sechs „pflegesensitiven Bereiche“ auf?
16. Ist es richtig, dass mit der derzeit zur Debatte stehenden Auswahl an „pflegesensitiven Bereichen“ eine hochbetagte Patientin mit einer urologischen Krankheit auf einer geriatrischen Station von Pflegeuntergrenzen profitieren könnte und auf einer urologischen nicht?
17. Hält die Bundesregierung es für sachgerecht, dass das durch Personaluntergrenzen festgelegte Pflegepersonal zu einem gewissen Anteil auch aus Pflegehilfskräften bestehen kann, oder sollten in die Berechnung der festgelegten Personalschlüssel ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte einfließen?
Wenn es einen gewissen Anteil an Hilfskräften geben sollte, wie groß darf dieser Anteil aus Sicht der Bundesregierung maximal sein?
18. Sollte aus Sicht der Bundesregierung die Einhaltung der Personaluntergrenzen nachprüfbar für jede Schicht gewährleistet sein, oder hält sie auch über einen längeren Zeitraum ermittelte Durchschnittswerte für sachgerecht (bitte nach der Festlegung von Personaluntergrenzen zur Vermeidung unmittelbarer Patientengefährdung einerseits und zur Erzielung bedarfsgerechter Versorgung andererseits differenzieren)?
19. Ist es aus Sicht der Bundesregierung zur Sicherstellung der Einhaltung der Personaluntergrenzen ausreichend, wenn Krankenhäuser erst nach drei Jahren Nichteinhaltung mit Sanktionen belegt werden können?
Wenn nein, welche Sanktionen hält die Bundesregierung für notwendig, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen?
20. Wie soll nach der Vorstellung der Bundesregierung die Berichterstattung der Krankenhäuser zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser aussehen?
21. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass die öffentliche Information für Patienten über die Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses Aussagen zu diesen beiden wichtigen Fragen enthalten müssen:
„Sind in diesem Krankenhaus zu jedem Zeitpunkt gefährliche Pflegesituationen nach Möglichkeit ausgeschlossen?
Ist in diesem Krankenhaus eine bedarfsgerechte Pflege möglich?“
22. Wie geht die Bundesregierung und wie gehen die Verhandlungspartner mit der Befürchtung um, es könnten, wenn ein Krankenhaus zu mehr Pflegepersonal gezwungen wird, Aufgaben von anderen Bereichen (z. B. Reinigung, Verwaltung) auf die Pflegekräfte übertragen werden?
23. Mit welchem Ausmaß an zusätzlichen Dokumentationsverpflichtungen rechnet die Bundesregierung, um Verlagerungseffekte zwischen Stationen, aber auch Berufsgruppen ausschließen zu können?
Wie viel Pflegezeit geht durch die zusätzliche Dokumentation den Patientinnen und Patienten verloren?

24. Inwiefern ist nach Beobachtung der Bundesregierung in den Verhandlungen die Klage von Patientenvertretung und Gewerkschaften berechtigt, wonach bei den beiden Hauptverhandlungspartnern der Veränderungswille kaum vorhanden ist, und in welchem Fall sieht sich die Bundesregierung gezwungen, hier per Rechtsverordnung oder per gesetzlicher Änderung einzugreifen?
25. Kann die Bundesregierung bestätigen, ob alle für die Sitzungen erforderlichen Unterlagen rechtzeitig von DKG und GKV-SV an die qualifiziert zu beteiligenden Organisationen weitergegeben werden, sodass sie von diesen zur ausreichenden Vorbereitung einer Sitzung genutzt werden können?
26. Was bedeutet aus Sicht der Bundesregierung „qualifizierte Beteiligung“ in diesem Verfahren, das heißt, welche Mindeststandards der Beteiligung müssen gewährleistet sein?
27. Teilt die Bundesregierung die in der Entschließung des Bundesrats vom 23. März 2018 (Drucksache 48/18) unter Punkt drei (a bis d) genannten Kriterien zur Kontrolle der Umsetzung des § 137i SGB V?
Wenn nein, welche Kriterien teilt sie nicht und warum (bitte erläutern)?
28. Anhand welcher Kriterien wird die Bundesregierung am 30. Juni 2018 bewerten, ob die Selbstverwaltung die Vorgaben des § 137i SGB V erfüllt hat oder nicht?
29. Ist die Bundesregierung darauf vorbereitet, Personaluntergrenzen per Rechtsverordnung wirksam werden zu lassen, wie es der Deutsche Bundestag gesetzlich in § 137i Absatz 3 ausdrücklich geregelt hat, wenn die Selbstverwaltung ihren gesetzlichen Auftrag bis zum 30. Juni 2018 nicht oder teilweise nicht nachkommt, und wann ist mit der entsprechenden Rechtsverordnung zu rechnen?
Ist die Rechtsverordnung ebenfalls von der Fertigstellung des Gutachtens abhängig?
Wird die Bundesregierung entgegen dem Gesetz Regelungen der Vertragspartner akzeptieren, wenn diese nicht fristgerecht eingehen?

Berlin, den 7. Mai 2018

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

