

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl,
Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/2152 –**

Personaluntergrenzen und bedarfsgerechte Pflege

Vorbemerkung der Fragesteller

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 qualifizierter 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, wenngleich 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 Personal-

bestand 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.).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und für diese Bereiche verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für alle zugelassenen Krankenhäuser zu vereinbaren. Kommt eine entsprechende Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 30. Juni 2018 nicht zustande, wird das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 137i Absatz 3 SGB V die Vorgaben durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar ist. Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege wurde in den von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform konsentierten Eckpunkten aufgegriffen, auf deren Grundlage das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erarbeitet wurde. Neben den zahlreichen im KHSG vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege in den Krankenhäusern wurde in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auch die Einrichtung einer Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgesehen. Die Einführung der nun in § 137i SGB V vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen war eine wesentliche Konsequenz aus den Beratungen dieser Expertinnen- und Expertenkommission. Damit haben sich die Beteiligten kurzfristig auf Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung verständigt, die zeitnah zu einer Entlastung der Pflegenden und einer verlässlichen Patientenversorgung beitragen.

Die Krankenhäuser haben dem durch die Regelungen des SGB V vorgegebenen Qualitätsstandard bei der Gestaltung der innerbetrieblichen Versorgungsstrukturen im Rahmen ihrer Organisationsfreiheit Rechnung zu tragen. Der konkrete Personalbedarf ist dabei in der Regel anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls zu ermitteln und hängt von der jeweiligen Organisation der Arbeitsabläufe, der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen, den baulichen Verhältnissen und der technischen Ausstattung ab. Auch der jeweilige Versorgungsbereich und die Bedürfnisse der spezifischen Patientengruppen sind hierbei zu berücksichtigen.

Die im Rahmen des gesetzlichen Auftrags von der Selbstverwaltung festzulegenden Pflegepersonaluntergrenzen leisten dabei einen wichtigen Beitrag. Sie bezwecken Versorgungsvorteile in den Bereichen, in denen ein ersichtlicher Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse besteht (pflegesensitive Bereiche).

Eine abschließende Konkretisierung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots wird mit den Pflegepersonaluntergrenzen jedoch nicht vorgenommen. Ziel der Regelung ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des

Ausstattungs-niveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung. Eine Reduzierung des bislang in einem Krankenhaus vorhandenen Personalbestands auf das Niveau der Pflegepersonaluntergrenzen ließe sich nicht mit dem Argument begründen, dass es sich um die Festlegung einer in jedem Fall ausreichenden Personalausstattung handele.

Nach Ansicht der Bundesregierung besteht weiterer Handlungsbedarf zur Verbesserung der Situation in der Pflege im Krankenhaus. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist vereinbart worden, die Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege spürbar, d. h. auch durch mehr Personal, zu verbessern.

Das am 23. Mai 2018 von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgestellte Eckpunktepapier zum „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ setzt diese Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag konsequent um: Darin ist unter anderem vorgesehen, dass zukünftig jede zusätzliche oder aufgestockte Stelle für die Pflege am Bett sowie jegliche Tarifsteigerungen vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Zudem werden auch die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der (Kinder-)Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert, um einen deutlichen Anreiz für eine Erhöhung der Zahl der Auszubildenden zu schaffen. Ferner sollen die Pflegepersonalkosten künftig besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden und die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt werden. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt dann die nachgewiesenen Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung. Damit wird zukünftig sichergestellt, dass die für die Pflege bereitgestellten Mittel auch tatsächlich für die pflegerische Versorgung verwendet werden. Schließlich sollen die Personaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche ausgeweitet werden.

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?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aufgrund des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 2 Absatz 1 Satz 3, § 12 Absatz 1, § 135a SGB V) müssen die von den Krankenhäusern zulasten der Krankenkassen erbrachten Versorgungsleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Insbesondere müssen die Versorgungsleistungen dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Leistungen, die nicht dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, können Versicherte grundsätzlich nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer grundsätzlich nicht bewirken und die Krankenkassen grundsätzlich nicht bewilligen.

Eine abschließende Konkretisierung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots wird mit den Pflegepersonaluntergrenzen nicht vorgenommen. Ziel der Regelung ist vielmehr ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung.

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?

Das Ziel wird in der Gesetzesbegründung dargestellt.

4. Ist es das Ziel der Regelung, eine bedarfsgerechte Versorgung auf dem Stand der medizinischen Erkenntnisse sicherzustellen?

Ziel der Regelung ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum.

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?

In der Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit ein neues Verständnis von Pflege eingeführt. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung in der Pflege beauftragt, bis zum 30. Juni 2020 ein Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung des erweiterten Pflegeverständnisses und zur Gestaltung eines hierfür passenden Personalmix zu entwickeln sowie zu erproben und es danach Eingang in die für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlichen Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI finden zu lassen. Ziel des Gesetzgebungsvorhabens am Ende der letzten Legislaturperiode im Bereich der Pflege im Krankenhaus war es hingegen, aufgrund des Handlungsbedarfes, kurzfristig eine Regelung zu schaffen, die zur Entlastung der Pflegenden beiträgt und die die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Patientengefährdungen reduziert. Die Pflegepersonaluntergrenzen werden bereits ab dem 1. Januar 2019 gelten.

6. Kann eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem Perzentil-Ansatz verwirklicht werden?

Wenn ja, wie hoch müsste dieser gewählt werden?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Höhe einer am pflegerischen Bedarf ausgerichteten Perzentilgrenze vor.

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?

Die Fragen 7 und 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In mehreren internationalen Studien wurde der Zusammenhang zwischen der pflegerischen Patientenversorgung und der Pflegepersonalausstattung untersucht. Dabei konnte mehrheitlich aufgezeigt werden, dass die Häufigkeit des Auftretens bestimmter pflegesensitiver Ergebnisparameter mit zunehmender Belastung der Pflegekräfte anzusteigen scheint. In der vom Hamburg Center for Health Economics (HCHE) im Rahmen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ erstellten Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland vom 10. November 2016 konnte für bestimmte Fachabteilungen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Personalbelastungszahl und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse nachgewiesen werden. Zudem konnte festgestellt werden, dass bei den als pflegesensitiv identifizierten Fachabteilungen eine Reduzierung der Personalbelastungszahl zu einer Reduzierung unerwünschter Ereignisse führt. Der Wirkungsgrad einer Reduktion der Personalbelastungszahl auf die Verringerung des Auftretens von unerwünschten Ereignissen ist jedoch in Abhängigkeit zur Fachabteilung und dem jeweiligen Ergebnisparameter unterschiedlich hoch. Es bleibt daher abzuwarten, in welcher Höhe die Pflegepersonaluntergrenzen in den jeweiligen Krankenhausbereichen letztlich von den Vertragsparteien festgelegt werden. Es wird durch den gesetzlichen Auftrag nicht vorgegeben, dass die Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der Dezil- oder Quartilgrenze anzusetzen sind.

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?

Die Fragen 9 und 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, wie häufig in den Krankenhäusern „gefährliche Pflegesituationen“ auftreten oder in wie vielen Krankenhäusern die Pflege der Patientinnen und Patienten 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?

Die Bundesregierung geht grundsätzlich davon aus, dass der für die Versorgung erforderliche Pflegepersonalaufwand bereits in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt ist. Sofern allerdings durch die Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen in bestimmten Fällen eine anderweitige Finanzierung eines entstehenden finanziellen Mehraufwands von Pflegepersonaluntergrenzen nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, sieht § 137i Absatz 6 SGB V vor, dass DKG und GKV-SV eine Rahmenvereinbarung zur Berücksichtigungsfähigkeit von Mehrkosten durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes zu treffen haben.

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?

Der vom HCHE geschätzte Bedarf an zusätzlichen PflegerInnen nach Dezil- und Quartilgrenzen auf Basis des Berichtsjahres 2014 ist in einer Hochrechnung für die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser in der Expertise dargestellt. Hochgerechnet für alle deutschen Krankenhäuser beziffert sich der Mehrbedarf für die 15 als pflegesensitiv identifizierten Abteilungen bei einer Heranführung an die Dezilgrenze in etwa auf 1 222 bis 1 315 zusätzliche Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten). Bei einer Angleichung an die Quartilgrenze ergibt sich ein Mehrbedarf von ca. 5 616 bis zu 6 043 zusätzlichen Pflegekräften. Davon wären 390 (bei der Dezilgrenze) bzw. 950 (bei der Quartilgrenze) Krankenhäuser betroffen.

Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine Schätzungen zu dem durch die Einführung von Personaluntergrenzen ausgelösten Personalmehrbedarf vor, da dieser maßgeblich von der Anzahl der pflegesensitiven Bereiche und der konkreten Festlegung der Pflegepersonaluntergrenze abhängt.

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?

Die mit der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen betrauten Vertragsparteien arbeiten derzeit an der Erfüllung des ihnen gemäß § 137i SGB V übertragenen gesetzlichen Auftrages. Die sich aus dem Koalitionsvertrag ergebenden Maßnahmen werden in angemessener Zeit umgesetzt.

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?

Die Fragen 14 und 15 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei den Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern zur Frage der Identifizierung der pflegesensitiven Bereiche wurden viele Erkenntnis- und Datengrundlagen herangezogen, um eine sachliche und nachvollziehbare Festlegung der als pflegesensitiv zu qualifizierenden Bereiche vornehmen zu können. Nach dem vom GKV-SV und der DKG vorgelegten Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach § 137i Absatz 1 SGB V vom 30. Januar 2018 konnten erste Hinweise auf das Vorliegen von pflegesensitiven Bereichen der Expertise des HCHE vom 16. November 2016 entnommen werden. Darin wurden im Ergebnis 15 Fachabteilungen als pflegesensitiv eingestuft, unter denen sich zum überwiegenden Anteil auch die letztlich von den Selbstverwaltungspartnern ausgewählten sechs Bereiche finden lassen. Dies gilt nicht für den Bereich Kardiologie und die Intensivmedizin, wobei letztere aufgrund fehlender Datengrundlagen in der Expertise außer Betracht gelassen wurde.

Zudem haben die Selbstverwaltungspartner die Identifizierung der pflegesensitiven Bereiche ausweislich des vorgelegten Zwischenberichtes auch auf eigene Datenanalysen zur Pflegeintensivität gestützt. Dazu wurde der Pflegebedarf anhand der Häufigkeit von PKMS-Fällen (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) einer Fachabteilung bzw. den Anteilen an Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984 – Operationen und Prozedurenschlüssel) oder an Funktionseinschränkungen (Diagnosen U50, U51, U52) einer Fachabteilung approximiert. Im Ergebnis konnten die Fachabteilungen für Geriatrie und Neurologie dabei als besonders pflegeintensiv identifiziert werden.

Zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche herangezogen wurde auch die Analyse zur Identifizierung pflegesensitiver Bereiche auf Grundlage der Daten zur externen stationären Qualitätssicherung des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. Dabei konnten Auffälligkeiten lediglich bei den Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe festgestellt werden. Anhand der Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe konnten die Bereiche Herzchirurgie, Geriatrie sowie Thorax- und Unfallchirurgie als die Versorgungsbereiche identifiziert werden, in denen pflegerische Ressourcen besonders bedeutsam sind.

Um bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche auch die Erfahrungen und Erkenntnisse von Pflegeexperten unterschiedlicher Disziplinen (z. B. Pflegedirektoren, Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegewissenschaftler) zu berücksichtigen, wurde das IGES Institut von den Selbstverwaltungspartnern mit einer Expertenbefragung beauftragt. Die Auswahl der sechs als pflegesensitiv eingestuften Bereiche wird durch die Ergebnisse der Expertenbefragung nicht in Frage gestellt: Mehr als 90 Prozent der befragten Expertinnen und Experten beurteilten die Geriatrie und die Intensivmedizin auf Nachfrage als pflegesensitiv. Für die vier Bereiche Neurologie, Kardiologie, Herzchirurgie und Unfallchirurgie gaben mehr als die Hälfte der Expertinnen und Experten auf Nachfrage an, dass die Bereiche pflegesensitiv seien, auch wenn einige Expertinnen und Experten bezüglich dieser vier Bereiche die Ansicht vertraten, dass diese Bereiche nur teilweise als pflegesensitiv einzustufen sind.

16. Ist es richtig, dass mit der derzeit zur Debatte stehenden Auswahl an „pflege-sensitiven Bereichen“ eine hochbetagte Patientin mit einer urologischen Krankheit auf einer geriatrischen Station von Pflegeuntergrenzen profitieren könnte und auf einer urologischen nicht?

Die Krankenhäuser sind grundsätzlich verpflichtet, auch in Krankenhausbereichen, in denen keine Pflegepersonaluntergrenzen gelten, für eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung durch die Pflegekräfte zu sorgen.

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?

Ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 137i SGB V sind zum Pflegepersonal im Sinne der Pflegepersonaluntergrenzen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung zu zählen; ergänzend können beispielsweise auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden. Ob und in welcher Höhe ausgebildetes Pflegehilfpersonal bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen tatsächlich zu berücksichtigen ist, kann nach Ansicht der Bundesregierung erst nach dem Vorliegen einer Datengrundlage zur Ist-Personalausstattung beurteilt werden, die die Selbstverwaltung in Auftrag gegeben hat.

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)?

Die Vertragsparteien haben sich in einem sog. Stufenplan auf eine monatliche Durchschnittsbetrachtung geeinigt: Unterschreitungen sind jedoch schichtgenau mitzuteilen.

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?

Um die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen mit einer spürbaren Sanktion zu verknüpfen, ist in § 137i Absatz 5 SGB V die Vereinbarung eines Vergütungsabschlages ausdrücklich gesetzlich vorgesehen, wenn ein Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhält, ohne dass eine nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 bestimmte Ausnahme einschlägig ist oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 vorgesehenen Übergangsregelung erfüllt sind. Hierdurch soll ausweislich der Gesetzesbegründung des § 137i SGB V der Anreiz für die Krankenhäuser, die Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten, verstärkt werden. Gelingt es den Vertragsparteien nicht, eine Vereinbarung über die Höhe und nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlagen nach

§ 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V bis zum 30. Juni 2018 zu schließen, trifft nach § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausgesetzes innerhalb von sechs Wochen ohne Antrag die ausstehenden Entscheidungen.

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?“

Die Fragen 20 und 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Qualitätsberichte geben einen Überblick über die Strukturen und Leistungen der Krankenhäuser. Sie enthalten auch wichtige Hinweise auf die Qualität eines Krankenhauses und der medizinischen Behandlung. Sie stellen Informationen zur Verfügung, die u. a. Patientinnen und Patienten insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung dabei unterstützen können, Krankenhäuser zu vergleichen und das passende Krankenhaus auszuwählen. Um die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen und damit mittelbar auch die Personalausstattung in der Pflege sichtbar zu machen, ist in § 137i Absatz 4 Satz 4 SGB V ausdrücklich vorgesehen, dass der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen von den Krankenhäusern in ihren Qualitätsberichten darzustellen ist. Hintergrund dieser Regelung ist ausweislich der Gesetzesbegründung die Schaffung von Transparenz insbesondere gegenüber den Patientinnen und Patienten. Darzustellen ist das tatsächlich vorhandene Personal, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen. Die nähere Ausgestaltung des Inhalts, des Umfangs und des Datenformats der strukturierten Qualitätsberichte wird nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

Zum Aspekt der bedarfsgerechten Pflege wird auf die Antworten zu den Fragen 1, 2 und 4 verwiesen.

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?

Der Bundesregierung liegen keine Anzeichen für eine derartige Übertragung von Aufgaben vor.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 23 verwiesen.

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?

Die Vertragsparteien haben geeignete Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen darf nicht zu Lasten der Personalausstattung in anderen Bereichen gehen. Ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 137i SGB V kann ein Hinweis auf mögliche Substitutionseffekte beispielsweise dann gegeben sein, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche erkennbar verringert hat. Durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 wurde auch der Strukturdatensatz nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 KHEntgG um die Angaben des Krankenhauses zur Zahl der in der Pflege beschäftigten Vollkräfte insgesamt sowie zur Zahl der Pflegevollkräfte in den pflegesensitiven Bereichen nach § 137i SGB V erweitert. Damit erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Informationsgrundlage, um Personalverlagerungseffekte zu erkennen und ihnen bei Bedarf begegnen zu können. Die Meldung dieser Strukturdaten erfolgt dabei routinemäßig auf Krankenhausebene; sie erfolgt regelmäßig nicht durch die mit der Pflege am Bett beschäftigten Pflegekräfte, denen dadurch auch kein Zeitverlust entstehen kann.

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?

Die mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 1 SGB V betrauten Vertragsparteien haben in den vergangenen Monaten gezeigt, dass sie trotz ihrer zum Teil divergierenden Auffassungen zu den einzelnen Aspekten der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen eine gemeinsame Vereinbarung zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages anstreben. Die Bundesregierung geht daher davon aus, dass der gesetzliche Auftrag an den GKV-SV und die DKG, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen festzulegen, fristgemäß umgesetzt wird. Sollte die Vereinbarung nicht oder nicht fristgemäß zustande kommen, wird das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 SGB V durch eine Rechtsverordnung erlassen.

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?

Die Fragen 25 und 26 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In § 137i Absatz 1 Satz 9 SGB V ist vorgesehen, dass bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Deutsche Pflegerat, 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 sind. Die Art und Weise der Beteiligung wird in der Gesetzgebung zum § 137i SGB V dahingehend konkretisiert, dass den vorgenannten Verbänden in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist. Ihre Stellungnahmen sind zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Durch diese qualifizierte Form der Beteiligung ohne Mitentscheidung soll sichergestellt werden, dass praxisnahe Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis der erforderlichen Expertise erarbeitet werden.

Die Beteiligung der genannten Organisationen ist durch die Vertragsparteien auf Bundesebene sicherzustellen. Nach Ansicht der Bundesregierung erfolgt diese Beteiligung ohne nennenswerte Beeinträchtigungen, auch wenn im Einzelfall einige Unterlagen erst kurzfristig im Vorfeld einer Sitzung zur Verfügung gestellt werden konnten. Dies betraf allerdings alle an dem Verfahren Beteiligten und ist auch dem Umstand geschuldet, dass die Unterlagen aufgrund des zeitlich engen Rahmens zum Teil erst kurzfristig erstellt wurden.

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)?

Wie die damalige Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, anlässlich der 965. Sitzung des Bundesrates am 2. März 2018 bereits deutlich gemacht hat, teilt die Bundesregierung die in der Entschließung des Bundesrats vom 23. März 2018 (Drucksache 48/18) genannten Maßgaben bis auf die in Nr. 3. c) formulierte Vorgabe (dass der Personalschlüssel zeitlich umfassend, also sowohl tagsüber als auch nachts gelten muss) nicht. Die in der Entschließung unter Nr. 3. a) formulierte Vorgabe, die Untergrenzen seien in allen Krankenhausbereichen anzuwenden, in denen Pflegepersonal tätig ist, widerspricht dem gesetzlichen Wortlaut in § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V. Dort ist die Einführung von Untergrenzen ausdrücklich auf pflegesensitive Bereiche begrenzt. Zu der Vorgabe in Nr. 3. b) (dass der Personalschlüssel so hoch sein muss, dass eine bedarfsgerechte Versorgung und Pflege sichergestellt ist) wird auf die Antworten zu den Fragen 1, 2 und 4 verwiesen. Im Hinblick auf die in Nr. 3. d) genannte Maßgabe (dass der Personalschlüssel nur Fachpersonal umfassen darf) wird darauf hingewiesen, dass ausweislich der Ge-

setzesbegründung zu § 137i SGB V zum Pflegepersonal im Sinne der Pflegepersonaluntergrenzen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung zählen und ergänzend beispielsweise auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden können.

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?

Die Bundesregierung wird anhand der in § 137i SGB V festgelegten Vorgaben überprüfen, ob die von den Selbstverwaltungspartnern vorgelegte Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen genügt.

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?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der gesetzliche Auftrag durch die Selbstverwaltung fristgemäß umgesetzt wird. Sollte die Vereinbarung nicht oder nicht fristgemäß zustande kommen, wird das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2019 eine Rechtsverordnung gemäß § 137i Absatz 3 SGB V erlassen. Zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen wird eine valide Datengrundlage zur derzeitigen Pflegepersonalausstattung in den pflegesensitiven Bereichen benötigt. Zum Erlass der Vorgaben nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 SGB V kann das Bundesministerium für Gesundheit daher auf Kosten der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen.

