



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **101. Sitzung (öffentlich)**

25. Mai 2016

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 11:30 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Ricarda Lampret

### **Verhandlungspunkt:**

**Mehr Pflegepersonal für eine menschliche Versorgung und  
Patientensicherheit**

**3**

Antrag  
der Fraktion der PIRATEN  
Drucksache 16/9586 (Neudruck)

– Öffentliche Anhörung –

*(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.)*

\* \* \*



**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie sehr herzlich zur 101. Sitzung dieses Ausschusses im Landtag von Nordrhein-Westfalen. Ich begrüße zunächst die Mitglieder des Ausschusses, die eingeladenen Sachverständigen, die heute zu unserer Sitzung erschienen sind, die Vertreter der Landesregierung sowie die Zuhörerinnen und Zuhörer.

Ich rufe den einzigen Tagesordnungspunkt unserer Sitzung auf:

**Mehr Pflegepersonal für eine menschliche Versorgung und Patientensicherheit**

Antrag  
der Fraktion der PIRATEN  
Drucksache 16/9586 (Neudruck)

– Öffentliche Anhörung –

*(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.)*

Der vorliegende Antrag wurde in der 91. Plenarsitzung am 3. September 2015 an diesen Ausschuss überwiesen. Wir haben am 9. März 2016 eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen hierzu beschlossen. Ich bedanke mich für die Teilnahme der eingeladenen Sachverständigen sowie für die übersandten Stellungnahmen im Namen des Ausschusses; die Redner der Fraktionen werden das gleich sicherlich auch noch tun.

In diesem Ausschuss gibt es die Regelung, auf einleitende Statements der Sachverständigen zu verzichten und uns direkt mit Fragen an Sie zu wenden. Die beiden eingeladenen Sachverständigen, die keine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, sind etwas im Nachteil. Aber wir werden das im Rahmen unseres Gespräches sicherlich klären können.

Traditionsgemäß hat immer die antragsstellende Fraktion das Recht, als erstes Fragen zu stellen. Ich darf Herrn Wegner für die Fraktion der Piraten als erstem das Wort erteilen, bitte schön.

**Olaf Wegner (PIRATEN):** Vielen Dank! – Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Verehrte Sachverständige! Vielen Dank von meiner Fraktion für Ihre Stellungnahmen, Ihr heutiges Erscheinen und dass Sie unsere Fragen – hoffentlich ausreichend gut – beantworten.

Meine erste Frage richtet sich an Professor Dr. Greß und an Martin Dichter vom Berufsverband der Pflegeberufe: Welche Herausforderungen haben sich – ganz allgemein – für die Pflege in den letzten Jahrzehnten Ihrer Meinung nach ergeben? Sind Sie der Meinung, dass man das Ruder noch herumreißen kann? Helfen Anträge wie der vorliegende und Anhörungen wie die heutige Ihrer Meinung nach?

Die zweite Frage richtet sich auch an Herrn Professor Dr. Greß und an Martin Richter sowie an Helene Maqua als Vertreterin der Arbeiterwohlfahrt: Mit dem Krankenhausstrukturgesetz, mit dem Pflegestärkungsgesetz wurden auf Bundesebene einige Punkte in Angriff genommen – Stichworte „Pflegestellenförderungsprogramm“, „Pflegezustand“. Kommt dieses Geld dort an, wo es dringend benötigt wird? Sind Sie der Meinung, dass die Mittel ausreichend sind?

Das wären meine Fragen in der ersten Runde.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Frau Schneider, bitte schön.

**Susanne Schneider (FDP):** Sehr vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Sehr geehrte Damen und Herren! Auch im Namen der FDP-Fraktion ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und Ihr Erscheinen in dieser kurzen Woche.

Ich habe zwei Fragen, und zwar zum einen ebenfalls eine an Herrn Professor Dr. Greß: Sie, Herr Professor Dr. Greß, haben in Ihrer Stellungnahme 16/3852 die Problematik der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder genannt und festgestellt, dass NRW Schlusslicht sei. Könnten Sie dies etwas genauer quantifizieren? Welche Höhe der Förderung ist erforderlich, um eine Umschichtung der Betriebsmittel zu verhindern?

Dann hätte ich noch eine Frage an Herrn Brink als Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen: Herr Brink, Sie haben die unzureichenden Investitionskostenfinanzierung ebenfalls angesprochen. Können Sie mir erläutern, wie sich Ihrer Meinung nach die fehlenden Mittel und der bereits aufgelaufene Investitionsstau in den Krankenhäusern konkret auf das Pflegepersonal auswirken? Sie sehen in verbindlichen Personalbemessungen einen Eingriff in die Organisationsstruktur der Krankenhäuser. Wie stellen sich die konkreten Probleme für die Leitungen der Krankenhäuser dar? Wie könnte angesichts des bereits bestehenden Fachkräftemangels der zusätzliche Personalbedarf gedeckt werden? – Danke schön.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Als nächstes Frau Kollegin Lück.

**Angela Lück (SPD):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Auch für meine Fraktion möchte ich Ihnen danken, dass Sie heute gekommen sind und im Vorfeld Stellungnahmen eingereicht haben.

Ich habe eine Frage an den Vertreter der Krankenhausgesellschaft, den Vertreter des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe sowie den Vertreter des Verbands der Ersatzkassen: Die Krankenhausgesellschaft hat in Ihrer Stellungnahme 16/3848 geschrieben, dass viele Krankenhausträger versuchen, ausreichend Pflegepersonal zu besetzen, aber die offenen Stellen oft schwierig zu besetzen sind. Wo sehen Sie Bedarf, den Ausbildungsberuf attraktiver zu gestalten – abgesehen von den bereits angestoßenen Maßnahmen wie die generalistische Pflegeausbildung? Wo gibt es aus Ihrer Sicht weiteren Bedarf?

Mit großer öffentlicher Wirkung haben die Charité in Berlin und ver.di einen Tarifvertrag abgeschlossen, mit dem sich die Charité verpflichtet, Regelungen im Bereich des Pflegepersonals, der Betreuungssituation auf der Intensivstation und hinsichtlich eines Wagenschlüssels für die Betreuung auf den Allgemeinstationen zu treffen. Meine Frage an Sie ist: Ist es der richtige Weg, sich vor Ort zu verständigen und Regelungen zu treffen? Damit könnte dem Bund und den Krankenversicherungen, die in der Finanzierung der Personalstellen im Krankenhaus beteiligt sind, deutlich gemacht werden, dass eine weitere Finanzierung im Bereich Pflege notwendig ist. – Danke schön.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herr Kollege Preuß.

**Peter Preuß (CDU):** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Auch von unserer Seite herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen!

Ich habe eine Frage an Herrn Professor Dr. Greß: Sie stellen in Ihrer Stellungnahme 16/3852 den Zusammenhang zwischen guter Personalausstattung in der stationären Pflege und der qualitativ hochwertigen Versorgung dar und fordern ein umfassendes Maßnahmenpaket. Könnten Sie darstellen, welche Maßnahmen Sie neben der Investitionskostenförderung – diese heben Sie hervor – gegebenenfalls für erforderlich halten.

In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an Herrn Brink von der Krankenhausesellschaft: Welche finanziellen Mittel müssten speziell aufgebracht werden, um die Situation des Pflegepersonals in den Krankenhäusern nachhaltig zu verbessern? Etwas anders ausgedrückt: Wie stellt sich der sachlogische Zusammenhang zwischen den Investitionen, die notwendig sind, und der Ausstattung mit Pflegepersonal dar? – Danke.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herr Kollege Ünal als letzter in dieser Fragerunde.

**Arif Ünal (GRÜNE):** Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen im Namen meiner Landtagsfraktion.

Ich habe drei Fragen. Die erste richtet sich an Herrn Brink von der Krankenhausesellschaft: Sie haben in Ihrer Stellungnahme 16/3848 dargestellt, dass in den letzten zehn Jahren die Zahl des pflegerischen Personals nur um 4,2 % gestiegen ist. Können Sie ein paar Aussagen dazu treffen, wie viele Krankenhäuser in den letzten zehn Jahren zusätzlich errichtet oder geschlossen wurden und wie sich die Bettenzahl innerhalb dieser zehn Jahre entwickelt hat? Sie haben auch dargestellt, dass auf Bundesebene eine Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung gebildet worden ist. Was müsste mit Blick auf das Abrechnungssystem DRG passieren, damit die pflegerischen Leistungen abgebildet werden können? Ist es Aufgabe der Expertenkommission – auch die DBfK hat die Einführung von evidenzbasierten Personalbemessungsinstrumenten gefordert –, genau dieses Problem zu lösen?

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank, Herr Kollege. – In der Antwortrunde fangen wir mit Herrn Professor Dr. Greß an, bitte schön.

**Dr. Stefan Greß (Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Hochschule Fulda):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Vielen Dank für die Fragen der Abgeordneten!

Ich beginne mit der Antwort auf die erste Frage, die Frage nach der Entwicklung in den letzten Jahrzehnten im Bereich Pflege. Ich denke, wir können eine sehr starke Arbeitsverdichtung für das Pflegepersonal in den Krankenhäusern konzertieren, insbesondere seit Einführung der Fallpauschalen, der DRGs. Diese haben zu höheren Fallzahlen und – wie vom Gesetzgeber beabsichtigt – zu einer sinkenden Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern geführt. Erstens: Es gibt eine steigende Arbeitsverdichtung.

Schauen wir uns den Zeitraum von 1995 bis 2013 an, stellen wir fest, dass etwas 10 % des Personals in Vollzeitäquivalenten abgebaut wurde, und zwar von etwa 350.000 auf etwa 315.000. Das stellt sich übrigens anders dar als im ärztlichen Dienst; in diesem Bereich kam es zu einem Personalaufbau.

Die Konsequenzen für die Pflegenden sind sicherlich eine massive physisch sowie psychisch Belastung. Das zeigen viele Befragungen und Studien. Die Entwicklungen führen zu Burn-out, psychologischen Belastungen, Berufsausstieg, vorzeitiger Verrentung – zu all diesen Dingen. Aber aus meiner Sicht führt diese Entwicklung auch zu einer massiven Gefahr für die Qualität in der stationären Versorgung.

Auf internationaler Ebene zeigen Studien eine starke Evidenz, dass eine verbesserte Personalausstattung auch die Qualität verbessert, zu geringeren Mortalitätsraten, weniger Infektionen, weniger Medikationsfehlern, weniger Stürzen führt. Umgekehrt führt natürlich eine verschlechterte Personalausstattung zu einer Verschlechterung der Qualität. Ich muss einschränkend dazu sagen: Wir haben keine Studien, die das auch für Deutschland belegen. Ich wüsste aber nicht, warum das in Deutschland anders sein sollte. Es zeigt sich also eine massive Belastung für die Pflegenden bei gleichzeitiger Gefahr für die Versorgungsqualität.

Zu den Ursachen: Zum einen setzt das DRG-System – es klang gerade, aber auch in einigen Stellungnahmen an – keine hinreichenden Anreize für eine gute Personalausstattung in der Pflege, im Gegenteil. Das ist auch Gegenstand der angesprochenen Expertenkommission auf Bundesebene. Zudem gibt es einen Rückgang der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Insgesamt führt das dazu, dass die Krankenhäuser dazu gezwungen sind, Investitionen aus den laufenden Mitteln aufzubringen, die eigentlich nicht dafür vorgesehen sind. Insofern ist die Landesebene hier – darauf bezog sich eine Frage – genau richtig; denn die Bundesländer sind zum einen für die Krankenhausplanung, aber zu anderen auch für die Investitionsfinanzierung zuständig.

Es stellte sich die Frage danach, wie sich das konkret beziffern ließe. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellt dankenswerterweise die entsprechenden Zahlen zusammen. Aus meiner Sicht ist auf lange Sicht die entscheidende Zahl die Entwicklung

der Summe der Investitionsmittel je Bett. Im Vergleich der Aufwendungen in den Bundesländern liegt Nordrhein-Westfalen zwischen 1991 bis 2013 – darauf spiele ich auch in meiner Stellungnahme an – am Schluss. Natürlich kann man darüber streiten, ob das alles vergleichbar ist. Aber in NRW wurden 107.000 € investiert, in Niedersachsen – auf dem vorletzten Platz – wurden 123.000 € investiert. Einige Bundesländer haben bis zu 300.000 € aufgewandt. Das ist natürlich ein großes Problem für die betroffenen Krankenhäuser. Offensichtlich haben sie in den letzten 20, 25 Jahren insbesondere am Pflegepersonal gespart, um zusätzliche Investitionsmittel zu generieren.

Was müsste geschehen? Ich fange vielleicht mit der Darstellung an, was geschehen ist. Das Pflegestellenförderprogramm auf Bundesebene sieht eine enge Zweckbindung der Mittel für die Pflege am Bett vor. Das ist aus meiner Sicht genau richtig. Das heißt, die Krankenhäuser erhalten die entsprechenden Mittel nur – beziehungsweise müssen diese nicht zurückzahlen –, wenn sie nachweisen, dass sie zusätzliches Pflegepersonal eingestellt haben. Schaut man sich den Bedarf an Pflegepersonal an, stellt man fest, dass der Umfang des Pflegestellenförderprogramms zu gering ist.

Derzeit besteht kein gutes Personalbemessungssystem. Wir wissen nicht genau, wie viel Personal tatsächlich fehlt. Ich schätze, es fehlen zwischen 30.000 und 34.000 Stellen. Rechnet man diese Stellen zu den bestehenden hinzu, käme man damit auf einen Personalbestand wie 1995. Ver.di schätzt, dass 70.000 Stellen fehlen. Das würde einem Finanzbedarf von etwa 1,8 bis 3,6 Milliarden € ausmachen. Das Pflegestellenförderprogramm sieht für 2018 als Maximum allerdings nur 330 Millionen € vor. Das ist zu wenig.

Der Pflegezuschlag, der ebenfalls im Krankenhausstrukturgesetz beschlossen wurde, beträgt 500 Millionen € und kommt den Krankenhäusern zugute. Diese Mittel sind nicht zweckgebunden. Es ist also nicht klar, ob diese Mittel tatsächlich für zusätzliches Pflegepersonal oder für andere Zwecke verwendet werden.

Zu der Frage nach dem Maßnahmenpaket: Ich sehe verschiedene Akteure in der Verantwortung. Zum einen sind es natürlich die Bundesländer, zum anderen aber auch die Krankenkassen als Kostenträger, die auch Interesse an einer guten Pflege haben, und die Krankenhäuser selbst, die letztlich dazu beigetragen haben, dass das Personal abgebaut wurde. Insofern könnte ich mir eine Mischfinanzierung vorstellen.

Das Entscheidende ist aus meiner Sicht, dass, wenn zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden, auch überwacht wird, diese für zusätzliches Pflegepersonal zu verwenden. Da sehe ich insbesondere die Bundesländer in der Verantwortung, sich zu beteiligen, beispielsweise über die im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen Qualitätsindikatoren; diese können in die Krankenhausplanung einfließen. Warum sollte eine angemessene Personalausstattung kein wichtiger Qualitätsindikator sein, der letztlich in der Krankenhausplanung berücksichtigt wird? Mit anderen Worten: Krankenhäuser, die kein ausreichendes Personal vorhalten würden, müssten dann mit Sanktionen rechnen. Das wäre meine zentrale Forderung im Rahmen eines Maßnahmenpakets. – So viel zunächst von mir.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Herr Brink, bitte schön.

**Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.):** Zur Frage, inwieweit es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Investitionsfinanzierung und der Pflege gibt: Dieser Zusammenhang stellt sich meines Erachtens auf zwei Ebenen dar. Erstens: Wenn bestimmte Investitionen nicht durchgeführt werden können, dann betrifft das auch die Pflege.

Beispiel Patientenlifter: In vielen Branchen ist das, was ein Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin maximal heben sollte, deutlich limitiert auf 5 bis 10 kg. Pflegekräfte müssen allerdings Patienten oft aus dem Bett helfen. Das sind rüschenschädigende Hebetätigkeiten. Heute gibt es innovative Geräte, die den Pflegenden helfen, insbesondere schweren Leute – ohne ihren eigenen Rücken zu schädigen – aus dem Bett zu helfen. Das sind die Patientenlifter. Wenn man diese nicht kaufen kann, geht dies zulasten der Arbeitsqualität in der Pflege.

Ein anderes Beispiel, die Pflegearbeitsräume: Je besser und moderner – das betrifft die Baupauschale – die Pflegearbeitsräume ausgestattet sind – mit Steckbetten, Spüle usw., um Hygienemaßnahmen durchzuführen –, umso besser ist die Arbeitssituation im pflegerischen Bereich. Das waren zwei unmittelbare Beispiele.

Dann gibt es noch den indirekten Zusammenhang, den Sie eben angesprochen haben. Wenn die Mittel für die dringendsten Investitionen fehlen und Mittel, die eigentlich für die Betriebskostenfinanzierung vorgesehen sind, den Betriebskosten und damit den Personalkosten entzogen werden, dann wirkt sich das natürlich auch auf den Pflegebereich aus. Ich komme gleich noch darauf zu sprechen. Es gibt jedenfalls einen mittelbaren und direkten Zusammenhang.

Die zweite Frage von Frau Schneider geht in die Richtung der Personalbemessung: Wenn konkrete Personalbemessungszahlen vorgelegt werden, ist das ein Eingriff in die Organisationsfreiheit. Faktisch ist das natürlich so. Immer wenn ein Krankenhaus, ein Unternehmen, eine konkrete Vorgabe hinsichtlich einer Mindestausstattungen erhält, ist die Organisationsfreiheit an dieser Stelle eingeschränkt. Das ist zunächst nichts Schlimmes; denn wenn der Einschränkung der Organisationsfreiheit ein höherwertiges Gut – zum Beispiel die Versorgungsqualität des Patienten – entgegensteht, mag man die Einschränkung der Organisationsfreiheit akzeptieren.

Damit sind wir bei der angesprochenen Expertenkommission. Wir haben große Hoffnungen in diese sinnvolle Initiative des Bundesministeriums und erhoffen uns dadurch entscheidende Erkenntnisgewinne. In vielen Studien ist belegt, dass es einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität einerseits und der Personalausstattung andererseits gibt. An keiner Stelle ist aber genau dargestellt, wo beispielsweise die Schwellenwerte liegen, über die man hinausgehen muss, damit keine Gefahr für die Pflege besteht und gute Pflege gewährleistet ist.

Wenn wir in Richtung Personalbemessungszahlen wollen, dann brauchen wir einen sehr fundierten, validierten Analyseprozess; denn davon hängt eine ganze Menge ab. Insofern haben wir große Erwartungen an die Expertenkommission.

Man kann darüber diskutieren, ob man Personalbemessungszahlen grundsätzlich möchte. Aber man kann auch darüber diskutieren, wie dies angegangen wird. Ich

denke, wir sind gut beraten, zu schauen, wie konkrete Empfehlungen aussehen könnten. Ich kann mir viel Sinnvolles vorstellen, aber auch Dinge, die über das Ziel hinauschießen. Man muss abwarten, was von der Expertenkommission diesbezüglich kommt.

Welche Probleme haben die Krankenhausleitungen, die Geschäftsführungen generell in dem Themenumfeld „Personalausstattung und Pflege“? Es gibt zwei Probleme: Das eine Problem betrifft die Finanzierung. Wir würden an bestimmten Stellen sicherlich gern zusätzliches Pflegepersonal einstellen. Auch die Krankenhausleitungen sehen, dass die Pfleger eine ausgesprochene wichtige Berufsgruppe sind und dass sie die gesellschaftliche Anerkennung mehr verdient als ihr in den vorangegangenen Jahren zugekommen ist. Aber wir sind im Bereich der öffentlichen Wahrnehmung Gott sein Dank, denke ich, auf einem guten Weg. Auch für die Versorgungsqualität ist die Pflege von immenser Bedeutung; denn häufig ist die Pflegekraft der eigentliche Ansprechpartner eines Patienten. Ärztinnen und Ärzte können das gar nicht leisten. Die Pflegenden haben auch zahlenmäßig eine wichtige Bedeutung und sind in der normalen Lebenssituation diejenigen, die die Patientinnen und Patienten trösten, menschlich zur Verfügung stehen. Insofern bringt unser Verband den Pflegenden in den Krankenhäusern, der Pflege im Allgemeinen eine hohe Wertschätzung entgegen.

Wir können Pflegekräfte allerdings nur einstellen, wenn die Stellen vernünftig finanziert sind – damit sind wir bei den Förderprogrammen, darauf komme ich noch kurz – und wenn entsprechende Pflegekräfte zur Verfügung stehen; das ist das zweite Problem, der Arbeitsmarkt. Experten haben konstatiert, dass im Pflegebereich weitestgehend Vollbeschäftigung herrscht. Das heißt, wenn heute fünf examinierte Pflegekräfte mit einer Spezialweiterbildung zum Beispiel im Bereich der Neonatologie eingestellt werden sollen, muss festgestellt werden, dass keine entsprechenden Fachkräfte zu finden sind. Das heißt, wir müssen viel Aufmerksamkeit darauf richten, den Beruf attraktiv zu machen und junge Menschen für die Ausbildung in einem Pflegeberuf zu gewinnen. Das sind unsere zwei Hauptprobleme: Finanzierung der Stellen und Situation auf dem Arbeitsmarkt.

Damit sind wir beim Pflegeberufereformgesetz: Wir unterstützen die generalistische Pflegeausbildung. Sie schafft mehr Flexibilität, macht den Beruf auch attraktiver. Ein Beispiel: Pflegestudierende können beispielsweise den Abschluss Bachelor erhalten und gleichzeitig als examinierter Krankenpfleger abschließen. Da ist gut. Sie sind dann einerseits für den unmittelbaren Arbeitsmarkt qualifiziert, aber andererseits ist auch das Tor für eine weitergehende akademische Laufbahn aufgestoßen. Das ganze System ist durchlässig und wird sicherlich helfen, den Pflegeberuf weiter attraktiv zu machen.

Wir haben uns zusammen mit dem Ministerium und den Spitzenverbänden darum bemüht, die entsprechende Informationsverfügbarkeit über ein Informationsportal zu gewährleisten. Das hat – Herr Dr. May kann das sicher sehr konkret sagen – sehr viele Klicks verbuchen dürfen. Insofern ist es ein wichtiges Medium. Die Informationen sind pfiffig gestaltet, um junge Leute anzusprechen und auf die Attraktivität des Pflegeberufs hinzuweisen.

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Verhandlungen in Berlin zwischen ver.di und der Charité möchte ich auf die Expertenkommission verweisen. Der Ansatz ist interessant. Es ist völlig richtig: Gerade auf dem Bereich der Intensivstation ist die Arbeitsverdichtung enorm, und zwar für alle Berufsgruppen. Das betrifft die Pflege, aber nicht nur die Pflege. Insofern ist es wichtig, die Intensivstationen in den Fokus zu nehmen. Eine ausschließliche Orientierung an den Leitlinien der Fachgesellschaften wie zum Beispiel der DIVI hilft unseres Erachtens nicht in Gänze. Die Leitlinien sind wichtig, aber sie sollten nur einen Orientierungscharakter haben, weil aus den Leitlinien nicht immer ein vernünftiger Standard abzuleiten ist.

Im Übrigen: Die Intensivstationen in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen sind nicht immer vergleichbar, weil darin sehr unterschiedliche Patienten aufgenommen werden. Es gibt Intensivstationen, auf denen fast alle Patienten beatmet werden. Das ist ausgesprochen arbeits- und überwachungsintensiv. Es gibt aber auch Intensivstationen – nicht nur, aber auch in den ländlichen Versorgungsstrukturen –, die sehr wichtig sind und in denen Patienten zur Überwachung aufgenommen werden. Die Krankenhäuser sagen: „Wir wissen nicht genau, was dahinter steckt. Aus Sicherheitsgründen werden wir den Patienten zunächst auf der Intensivstation – ohne Beatmung – überwachen.“ Das ist dann natürlich weniger arbeitsintensiv.

Man darf das alles aber nicht über einen Leisten kehren. Es macht deutlich, warum die Expertenkommission so wichtig ist. In dieser können die unterschiedlichsten Experten ihre Sicht der Dinge einbringen, und man kann zu differenzierten Sichtweisen kommen.

Im Hinblick auf die Förderprogramme möchte ich festhalten, dass im Rahmen des letzten Förderprogramms von 2009 bis 2011 in Nordrhein-Westfalen insgesamt 3.784 neue Vollzeitäquivalentstellen besetzt worden sind. Ich glaube, das ist der richtige Zeitpunkt, um zu sagen: Ja, über etliche Jahre ist Personal in der Pflege in den Krankenhäusern abgebaut worden. Aber in den letzten Jahren ist die Zahl wieder moderat gestiegen. Da spielen die Förderprogramme – auch das letzte – durchaus eine Rolle. Wir sind damit 2013 und 2014 erstmals seit 2002 wieder bei über 100.000 Pflegekräften. Ich will das nicht schönreden, sondern will damit nur sagen: Wir haben nach einem abschüssigen Trend in den letzten Jahren einen leicht moderat steigenden Trend, der die Wichtigkeit der Pflege dokumentiert.

Das aktuell im KHSG hinterlegte neue Pflegestellenförderprogramm geht unseres Erachtens zunächst in die richtige Richtung. Auch wir wünschen uns, dass es umfangreicher ausgestattet wird als mit 660 Millionen € und anschließend 330 Millionen € pro Jahr. Wir halten für wichtig, dass die Nachhaltigkeit in der Finanzierung gewährleistet ist.

Das letzte Pflegestellenförderprogramm krankte ein wenig daran, dass nach Abschluss des Programms die Sache im Grund genommen wieder frei gegeben war; die Finanzierung im Anschluss war nicht gewährleistet. Da sollte man aus den Fehlern des letzten Programms ein Stück weit lernen und wirklich gewährleisten, dass der eigentliche Zweck wirklich erreicht wird.

Zum eigentlichen Zweck: Ich persönlich glaube, dass bei allen Förderprogrammen und Qualifikationsprogrammen ganz wichtig ist, die Pflege am Bett – also in unmittelbarem Patientenkontakt – zu fördern. Denn da ist am ehesten das Aktionsfeld. Ich will damit sagen: Die Hochschulausbildung für Pflegende – den Begriff „Akademisierung der Pflege“ halte ich für nicht glücklich – sollte nicht daran orientiert sein, immer mehr sozusagen Büro- und Schreibtischjobs zu generieren. Vielmehr sollten die Inhalte, die die jungen Leute lernen, der Patientenversorgung zugutekommen. Die notwendige Bedingung ist dann aber, dass die Pflegenden das anschließend auch nutzen dürfen. In Deutschland gibt es – im Vergleich zu anderen europäischen Ländern – Limitierungen, was das Pflegepersonal alles tun darf. Da sind alle – auch die Fachgesellschaften des ärztlichen, des medizinischen Bereichs – gefragt, darüber nachzudenken, welche Aufgaben Pflegekräfte kompetent wahrnehmen können, damit die jungen Leute das, was sie im Studium gelernt haben, auch anwenden dürfen.

Die Zahl der Krankenhäuser hat sich in Nordrhein-Westfalen von 456 Krankenhäusern mit 130.000 Betten im Jahr 2004 auf 364 Krankenhäuser mit 120.000 Betten im Jahr 2014 reduziert. Seit 2002 sind 32 Krankenhäuser – teilweise durch Insolvenz – aus der Statistik ausgeschieden.

Damit bin ich bei der Frage, inwieweit Mittel, die eigentlich für die Betriebskosten, für die Personalkosten bestimmt sind, für investive Zwecke eingesetzt werden. Unsere Studie zum Thema „Investitionsfinanzierung“ hat unter anderem gezeigt, dass der Eigenanteil der Krankenhäuser im Bereich der Investitionen in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Die Entwicklung, die Sie beschrieben haben, ist im Moment rückläufig, weil die Krankenhäuser zum Teil unter einem solchen finanziellen Druck stehen, dass sie die Mittel für die Betriebskostenfinanzierung und die Personalkosten dringend brauchen und keine Mittel mehr vorhanden sind, die man eventuell den dringendsten Investitionen zuführen könnte. Das lässt sich dadurch belegen, dass der Eigenanteil, den die Krankenhäuser in der Investitionsfinanzierung eingebracht haben, in den letzten Jahren systematisch rückläufig war. Aus meiner eigenen Beobachtung kann ich sagen: Deutlich weniger dieser Mittel gehen in den baulichen Bereich.

Man muss aber eine feine Differenzierung erlauben: Nicht alle baulichen Maßnahmen sind Investitionen. In der Kalkulation der DRGs ist ausdrücklich vorgesehen, dass die Instandhaltung und Modernisierung von Bädern beispielsweise vorgenommen wird. Die Maßnahmen im Bereich der Pflegearbeitsräume, die ich gerade angesprochen habe, liegen auf der Grenze zwischen den laufenden Aufwendungen für Instandhaltungen und Investitionen. Wenn Sie ein gut saniertes Krankenhaus sehen, dann muss das nicht bedeuten, dass viel investiert worden ist. Es kann auch sein, dass viele Mittel in die Instandhaltung gegangen sind. Das ist in unserer Studie zur Investitionsfinanzierung ebenfalls berücksichtigt.

Fazit: Es wird immer einmal wieder vorkommen, dass in der Güterabwägung Mittel, die wir gut für die Pflege benötigen könnten, zur Realisierung dringendster Bauprojekte aufgewandt werden. Die Tatsache, dass wir den Eigenanteil in den letzten Jahren so weit herunterfahren mussten, zeigt allerdings, dass das mittlerweile viel seltener geschieht als manchmal befürchtet wird.

Letzter Satz: Wir glauben, dass mit der Expertenkommission ein guter Weg angestoßen worden ist. Wir sind sehr gespannt, was dabei herauskommt. Wir meinen im Übrigen auch – ich greife etwas vor –, dass es keiner weiteren Expertenkommissionen bedarf, zum Beispiel auf Landesebene, die zu anderen Ergebnissen kommen, weil das Thema gut in Bewegung gekommen ist.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank, Herr Brink. – Frau Maqua ist angesprochen worden. Bitte schön.

**Helene Maqua (Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Mittelrhein e. V.):** Ich vertrete hier die Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege; diese ist nicht Spitzenverband der Krankenhäuser, die den Wohlfahrtsverbänden angehören. Die Spitzenverbandsfunktion wird durch die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen übernommen. Deswegen möchte ich keine Ausführungen zu den Investitionskosten machen.

Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Brink, was die Pflegeausbildung betrifft, an. Bei allen sehr positiven Entwicklungen hinsichtlich einer gemeinsamen Pflegeausbildung sehen auch wir als wichtigsten Punkt die Finanzierung an. Wenn die Finanzierung stimmt, wird auch die Attraktivität des Ausbildungsberufs weiter gegeben sein.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Herr Dichter spricht für den Berufsverband der Pflegeberufe, bitte schön.

**Martin Dichter (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.):** Vielen Dank für die Einladung und die vielen Fragen. Ich versuche, diese der Reihe nach abzuarbeiten.

Her Wegener hatte gefragt, welchen Herausforderungen der Pflegeberuf begegnen muss. Einiges, was mit politischen Entscheidungen zusammenhängt, ist bereits durch Herrn Professor Dr. Greß deutlich skizziert worden. Ich möchte nur noch darauf hinweisen, dass in unserer Stellungnahme 16/3869 eine eindrucksvolle Grafik, die auf öffentlichen Daten basiert, dargestellt ist. Diese zeigt, wie die Anzahl von Pflegenden im Krankenhausbereich abgenommen hat und zugleich die Anzahl von Patientenfällen, die im Krankenhaus vor allem auch pflegerisch versorgt werden müssen, angestiegen ist. Das macht deutlich, wie die quantitativen Arbeitsanforderungen zugenommen haben vor dem Hintergrund auch politischer Entscheidungen.

Daneben – das verstärkt das Ganze noch – gibt es noch den demografischen Wandel; dieser ist dieser Runde, denke ich, bekannt. Er bedeutet letztlich, dass es einen hohen Anteil an multimorbiden Menschen gibt, der weiter zunimmt. Zunehmend werden mehr Menschen mit Demenz in den Krankenhäusern aufgenommen, die in dem System Krankenhaus zunächst einmal nicht gut zurechtkommen. Dann ist es zunächst die Aufgabe der Pflegenden dafür zu sorgen, dass diese Menschen versorgt werden können. Der Anteil von chronisch Kranken nimmt ebenfalls zu. Das verstärkt das Ganze.

Wie man sieht, steigen die Fallzahlen in den Krankenhäusern kontinuierlich an. Aber nicht nur die Anzahl der Fälle steigt, sondern auch ihre Komplexität. Die Versorgung dieser Fälle liegt häufig in der Verantwortung der Pflegenden, weil diese 24 Stunden am Tag, rund um die Uhr zur Verfügung stehen.

Eine große Herausforderung ist aber auch, dass in der Gesellschaft und in der Pflegewissenschaft das Wissen zunimmt. Das bedeutet, dass pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zunehmend in die Praxis zu überführen sind. Dann stoßen die Pflegenden aber auch an die Grenzen ihrer Rahmenbedingungen. Sie lernen in ihrer Ausbildung, in ihrem Studium, was Pflege nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sein soll, treffen danach aber auf eine Versorgungspraxis, in der das nicht umsetzbar ist. Das hat Auswirkungen auf die Burn-out-Raten, auf die Arbeitszufriedenheit und darauf, wie lange Pflegekräfte in ihrem Beruf bleiben und wie sie sich weiterentwickeln möchten; es kommt ja nicht nur darauf an, ob jemand im Beruf verbleibt, sondern auch darauf, welchen Stellenumfang jemand hat und in welchen Bereichen jemand arbeitet.

In meinem Umfeld gibt es zum Beispiel sehr viele Pflegenden, die jahrelang auf Station gearbeitet haben und mittlerweile im Rahmen des DRG-Systems Fallpauschalen kodieren und damit eine Tätigkeit einnehmen, die nichts mehr mit der Pflege am Patienten zu tun hat; damit ist ihre Qualifikation für die Versorgung verlorengegangen.

Herr Wegner hatte noch gefragt, ob Anhörungen wie diese helfen. Ich denke: Ja, sonst wären wir heute nicht hier. Es hängt vom politischen Willen ab und davon, inwieweit es die Politik schafft, sich des Pflegeproblems anzunehmen und es voranzutreiben. Wir gehen davon aus, dass im deutschen Gesundheitssystem sehr viel Geld vorhanden ist und schauen neidisch und beeindruckt auf die Steigerungsraten des Gehalts von Ärzten; wir sehen, wie viel Geld jedes Jahr von der Pharmaindustrie aufgegriffen wird. Wir würden uns wünschen, dass die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen auch endlich das bekommt, was ihr zusteht beziehungsweise ihre Leistung entsprechend honoriert wird, anders als es in der Vergangenheit der Fall war.

Zu dem Pflegestellenförderprogramm: Wir begrüßen das Programm ausdrücklich, stellen aber fest, dass 660 Millionen €, die in diesem Rahmen eingestellt sind, viel zu wenig ist. Wenn wir uns anschauen, wie das Pflegepersonal abgebaut wurde, wenn man mit den Pflegenden auf Station spricht und ihnen sagt, dass das neue Förderprogramm drei Pflegestellen mehr pro Krankenhaus bedeutet, dann ist festzustellen: Keine Pflegekraft in Deutschland haut das vom Hocker und geht davon aus, dass das etwas an der Situation verändert. Die Ausrede, dass es tatsächlich nicht mehr Pflegenden auf dem Arbeitsmarkt gibt, gilt an dieser Stelle aus meiner Sicht nicht. Es ist politische Aufgabe, Aufgabe des Gesundheitswesens und der Player, die hier tätig sind, noch mehr Pflegenden auszubilden und den Beruf entsprechend attraktiv zu machen.

Dann bin ich bei der nächsten Frau, zur Attraktivität der Pflegeberufe: Das aktuell diskutierte Pflegeberufegesetz ist aus unserer Sicht ein Meilenstein auf dem Weg, den Pflegeberuf attraktiver zu machen und ihn auf ein internationales Niveau zu heben. Wir erheben ganz klar die Forderung, dass zur Steigerung des Berufs eine Pflegekammer notwendig ist. Für die jungen Menschen, die Mitglied in unserem Berufsverband sind oder die wir in Schulen besuchen, ist ein Beruf, der sich selbst verwalten kann, der

sich selbst Ausbildungsregularien geben kann, der für sich selbst Qualitätsstandards festlegen kann, zehn Mal attraktiver ist als ein Beruf, der fremdbestimmt ist.

Dann gibt es noch die Arbeitsbedingungen. Hier geht es um die Quantität – wie viele Pflegende müssen welche Aufgaben machen; darüber sprechen wir hier –, aber auch um andere Dinge: Welche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es in der Pflege? Wie ist die Ausbildung organisiert? Hat jemand die Möglichkeit, tatsächlich eine gewinnbringende Praxisanleitung zu erfahren? Oder ist die Praxisanleitung vom Gesetz vorgeschrieben? Ist die Praxisanleitung aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht umsetzbar, weil die Praxisanleitung nicht im Stellenplan berücksichtigt werden kann? Dann fungieren die Auszubildenden am Ende als billige Arbeitskräfte.

Dann noch eine erst einmal letzte Äußerung von meiner Seite zum evidenzbasierten Personalbemessungsinstrument, das wir gefordert haben. Herr Ünal hat gefragt, ob die Expertenkommission dieses nicht entwickle. Das wäre meine Hoffnung; da ich selbst in der Pflegewissenschaft arbeite, weiß ich allerdings, dass das nicht von heute auf morgen entstehen kann. Wahrscheinlich bedarf es eines Prozesses von fünf bis zehn Jahren, bis man Entsprechendes entwickelt hat. Die Schwellenwerte, die angesprochen wurden, werden dafür benötigt. Dazu bedarf es nicht nur der Ermittlung der Anzahl des Personals sondern auch eines Blicks auf das Qualifikationsniveau. International gibt es dazu einige Studien, aber nicht für Deutschland. Wir müssen einfach anfangen, entsprechende Studien durchzuführen. Das Land Nordrhein-Westfalen sollte aus unserer Sicht nicht neue Expertenkommissionen ins Leben rufen, sondern im Rahmen der Forschungsförderung die Pflegewissenschaft unterstützen, solche Studien zu liefern, damit ein evidenzbasiertes Personalbemessungsinstrument tatsächlich zügig entwickelt werden kann. Denn ohne Daten können die Experten am Tisch auch nur beraten und keine Entscheidungen treffen. – So viel von mir.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Herr Süllwold.

**Michael Süllwold (Verband der Ersatzkassen):** Ich danke zunächst für die Einladung und dafür, dass ich die Möglichkeit habe, heute hier auf Ihre Fragen zu antworten. Das Thema ist sehr komplex. Herr Brink, meine Vorredner haben die wesentlichsten Argumente bereits vorgebracht. Ich will versuchen, mich auf die Fragen zu konzentrieren. Ungeachtet dessen sei es mir erlaubt, an der einen oder anderen Stelle doch noch auf Zusammenhänge hinzuweisen.

Wir, die Ersatzkassen, stehen Pflegeförderprogrammen grundsätzlich positiv gegenüber. Diese setzen aber voraus – ich glaube, Herr Brink und Herr Professor Greß haben es vorhin sehr deutlich gesagt –, dass die Kriterien klar sind, nach denen eine Finanzierung stattfindet. Das muss nachhaltig sein. Das heißt, das neu eingestellte Personal muss auf Dauer im Krankenhaus verbleiben. Es darf nicht sein – so war es in der Vergangenheit –, dass nach Ablauf des Förderzeitraums das Personal wieder abgebaut wird. Das darf auf keinen Fall sein. Es muss dann zwangsläufig entsprechende Kontrollmöglichkeiten geben, um zu schauen, ob die finanzierten Stellen noch besetzt sind. Von daher gesehen sind wir grundsätzlich dafür.

Es stellte sich auch die Frage, ob man das nicht möglicherweise vor Ort regeln könne; es gab den Hinweis auf die Charité und die dortigen Tarifabschlüsse. Ich halte das für problematisch, weil das gesamte Gefüge des Finanzierungssystems bundesweit angelegt ist. Das heißt, auch die Kriterien dafür müssen einheitlich sein. Deswegen erwarten wir, dass die Expertenkommission den Pflegezuschlag – die 500 Millionen € sind, wie Sie gesagt haben, nicht zweckgebunden – in das System einspeist und dann die Expertenkommission, zum Beispiel über den GBA, einheitliche Kriterien für alle Bundesländer vorgibt. Das halten wir für den richtigen Weg.

Im Übrigen hat Professor Lohmann den Charité-Abschluss, wenn ich es richtig gelesen habe, auch teilweise kritisch gesehen nach der Maßgabe: „Wir müssen auch die Prozesse untersuchen. Einfach mehr Personal reicht nicht aus. Wir müssen genau schauen, was in den Krankenhäusern geschieht.“ Von daher ist dieser Bereich aus unserer Sicht eigentlich hier gut wiedergegeben worden.

Zur Attraktivität der Pflegeberufe: Im Landesausschuss für Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen haben wir intensiv darüber gesprochen, was man tun könnte, wie man die Attraktivität steigern könnte. Die Entwicklung ist nicht darin begründet, dass über die Krankenhausplanung nicht genug Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden. Das ist kein Problem. Es stellt sich die Frage – ich glaube, die Vertreter der Krankenseite haben es auch angesprochen –: Müssen wir nicht neben der generalisierten Ausbildung einen Einstieg für Menschen in den Bereich der Krankenpflegehilfe ermöglichen, die vielleicht nicht sofort das gesamte Feld abdecken, die sich später vielleicht aber beruflich weiterentwickeln und die Gesamtausbildung machen wollen? Die Krankenpflegehilfe – dieser Bereich ist in den letzten Jahren zurückgegangen – könnte möglicherweise eine Hilfestellung bieten, hier an zusätzliches Personal zu kommen.

Ansonsten ist mein Eindruck eher der: Wir können noch so viele Pflegeförderprogramme beschließen...

Ver.di fordert bundesweit, glaube ich, 72.000 neue Stellen. Für Nordrhein-Westfalen wären das ungefähr 14.000 Stellen. Niemand weiß im Augenblick, wo diese herkommen sollten. Das ist schon ein Problem.

Professor Dr. Greß, Sie haben eben zum Ausdruck gebracht, das DRG-System sei an vielen Stellen das Problem. Das sehen wir nicht so. In der Begleitforschung zur DRG-Einführung wurde festgestellt, dass die medizinische Versorgung in den Kliniken nach wie vor sehr gut ist. Das ist nicht nur auf den ärztlichen Bereich bezogen, sondern auch, denke ich, auf den pflegerischen Bereich.

Im Übrigen ist aus unserer Sicht jeder Eingriff in das System Krankenhausfinanzierung eigentlich auch ein Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser. Das System war anders angelegt. Die Betriebskostenfinanzierung sollte über die Krankenkassen laufen, die Investitionsförderung sollte möglichst in auskömmlicher Form über die Länder laufen – in Nordrhein-Westfalen war das definitiv nicht der Fall –, und ansonsten sollte der Krankenhausträger seinen Betrieb so organisieren, dass die Aufgaben im Bereich ärztliche Versorgung, pflegerische Versorgung und alles, was damit zu tun

hat, Arzneimittel usw., wahrgenommen werden, dass die Qualität in höchsten Maße erfüllt wird.

Daher sind wir Sonderprogrammen gegenüber skeptisch. Diese sind nur dann zu unterstützen, wenn die Mittel da landen, wo sie hingehören und sein sollten. Das ist eine der Voraussetzungen, die wir gern erfüllt hätten.

Es wurde die Frage gestellt, ob auf Landesebene Expertengruppen gebildet werden sollten. Das halten wir nicht für zwingend erforderlich. Und wir halten es auch nicht für zwingend erforderlich, die bestehenden Programme finanziell aufzustocken. Wir glauben durchaus, dass wir mit dem Krankenhausstrukturgesetz bis 2020 genügend Finanzierungsmittel in das System geben, sodass die Krankenhausträger in der Lage sind, das System einschließlich einer sehr guten pflegerischen Ausstattung sicherzustellen. – Das zunächst von unserer Seite.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Danke schön, Herr Süllwold. – Wir gehen in die zweite Fragerunde. Diese beginnt wieder mit dem Kollegen Wegner, bitte schön.

**Olaf Wegner (PIRATEN):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich habe noch ein paar Fragen. Die erste Frage richtet sich an Herrn Dichter vom DBfK sowie an Herrn Professor Dr. Greß und Herrn Brink von der Krankenhausgesellschaft: Wir sprechen uns in unserem Antrag 16/9586 Abschnitt III Ziffer 1 für eine Landeskommision aus. Das ist von Ihnen zum Teil für nicht zielführend befunden worden mit dem Hinweis, dass es eine Expertenkommission auf Bundesebene gebe; wobei daran gezweifelt wird, ob diese jemals zum Ergebnis komme. Nehmen wir an, die Expertenkommission legt 2017 ein Ergebnis vor, dann greifen die Ergebnisse frühestens 2018, 2019. Halten Sie Übergangslösungen bis zu diesem Zeitpunkt für notwendig?

Die zweite Frage richtet sie an dieselben Personen wie die erste Frage: Frau Ministerin Steffens betont immer, dass es keine Zweckentfremdung von Mitteln für die Pflege am Bett gebe. Wir haben hier jedoch schon Beispiele dafür gehört, dass es zumindest einen Graubereich gibt. Ich würde gern Ihre Einschätzung dazu und Ihre Vorschläge hören, wie man das Ihrer Meinung nach unterbinden kann, dass Gelder in anderen Bereichen als angedacht eingesetzt werden. – Vielen Dank.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Das bietet eine gute Anknüpfung an den ersten Tagesordnungspunkt der 104. Sitzung heute. Aber in dieser Expertenanhörung wollen wir das nicht zum Mittelpunkt machen; diesen Hinweis will ich noch einmal deutlich geben.

Herr Kollege Burkert, bitte.

**Oskar Burkert (CDU):** Schönen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich habe eigentlich auf die erste Frage schon Antworten von Herrn Dichter und Herrn Brink erhalten. Ich finde Ihre Äußerungen im Hinblick auf die Generalisierung sind eine hervorragende Unterstützung. Sie sollten diese etwas lauter darstellen, da unsere Ministerin im Bundesrat die

einzigste Ministerin ist, die dagegen ist. Tituliert wird dies von der SPD-Gesundheitsexpertin aus Berlin. Die Generalisierung ist wichtig. Allerdings müssen auch alle wissen: Das Delta bei einer Ausbildung in Pflegeberufen – die „Bild“-Zeitung hat vor 14 Tagen die Gehälter aufgelistet –, als Krankenpfleger, Altenpfleger, beträgt 700 €. Das muss im Zuge der Erhöhung der Attraktivität dieser Berufe verbessert werden.

Mich hat eines sehr gewundert. Sie, Herr Professor Greß, haben gesagt, die DRGs würden für Investitionen verwandt. Ich habe keinen Aufschrei dazu gehört. Im Haushalt für Nordrhein-Westfalen sind die Mittel für Investitionen in diesem Jahr von 5,5 Millionen € auf 1,6 Millionen € gekürzt worden mit der Begründung der Ministerin, die Mittel seien nicht abgerufen worden. Machen die Krankenhäuser etwas falsch, da die Mittel nicht abgerufen werden? Welche Begründung gibt es dafür?

Die letzte Frage, die ich habe: Die Expertenkommission soll über Personalschlüssel nachdenken. Hat es so etwas bei den Ärzten gegeben? Denn bei den Ärzten ist in den Krankenhäusern sehr stark aufgestockt worden, vielmehr Ärzte als Pfleger sind hinzugekommen. Hat eine Expertenkommission sich für mehr Ärzte in den Krankenhäusern ausgesprochen?

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herr Kollege Ünal.

**Arif Ünal (GRÜNE):** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich glaube, die generalistische Ausbildung ist kein Allheilmittel. Diese hat Vorteile. Aber wir in Nordrhein-Westfalen haben tatsächlich nicht allgemein die generalistische Ausbildung kritisiert, sondern die modulare Form, dass man eine Spezialisierung im letzten Jahr der Ausbildung anstrebt. Das ist ein feiner Unterschied. Deswegen müssen wir jetzt nicht darüber diskutieren. Aber wahrscheinlich werden wir in zehn Jahren sehen, ob die Änderung der Ausbildung oder die Pflege am Bett zur Attraktivitätssteigerung der Berufe beiträgt.

In den letzten Jahren haben die Fallzahlen in den Krankenhäusern zugenommen, während die Verweildauer in den Krankenhäusern um fast die Hälfte abgenommen hat. In den 1980er Jahren – damals habe ich angefangen, im Krankenhaus zu arbeiten – gab es 15, 16 Tage im Krankenhaus, heute betragen die Krankenhaustage im Durchschnitt 5,5 Prozent. Aber die Aufgabenstellung für das pflegende Personal hat sich auch geändert. Das muss man auch berücksichtigen. Wenn damals jemand entlassen wurde, hat das Personal sterilisiert; heute sind andere dafür zuständig. Damals mussten die Krankenschwestern auch das Essen verteilen. Das heißt, es ist eine ganz andere Arbeitsweise entstanden. Ich glaube, dass man all diese Faktoren berücksichtigen muss, wenn man die Zahlen miteinander vergleichen möchte.

Meine Frage an Herrn Süllwold: Sie haben gesagt, das DRG-System sei in Ordnung. Müssten die DRG-Systeme die Verdichtung der Arbeit und die Änderung des Pflegebedarfs nicht auch abbilden? Müsste es nicht eine Änderung beim DRG-System mit Blick auf die pflegerischen Leistungen geben?

Dann habe ich eine Frage an den Vertreter der Krankenhausgesellschaft. Herr Brink, Sie haben die Zahlen genannt. Mittlerweile gibt es weniger Krankenhäuser, weniger

Betten. Wie kann man die Zahlen miteinander vergleichen? Können Sie ein Beispiel dafür geben, dass Mittel vorgesehen für den Pflegebereich für Investitionen abgezweigt worden sind?

Ich bin mittlerweile seit 15 Jahren Mitglied im Vorstand eines Krankenhauses. Jedes Jahr stellen wir mindestens zehn Pflegekräfte ein. Es besteht in diesem Bereich bei uns kein Engpass. Wir bilden auch selbst auch. Die Ausbildungszahlen haben die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft vereinbart. Damit hat die Landesregierung, die Politik überhaupt nichts zu tun. Bilden die Krankenhäuser insgesamt weniger aus? Wenn ja, warum? Gibt es dafür finanzielle Gründe oder andere Gründe?

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Es ist immer schwierig, die Diskussion untereinander von der mit den Sachverständigen zu trennen. – Frau Kollegin Schneider, bitte.

**Susanne Schneider (FDP):** Sehr vielen Dank! – Wir diskutieren eigentlich nicht über die generalistische Ausbildung; denn dann müsste ich für die FDP hinzufügen, dass wir die Generalistik gut finden. Aber wir möchten davor warnen, diese als Sparmodell zu betreiben, weil wir nicht möchten, dass die Qualität in der Pflege leidet. Aber um die Qualität soll es heute eigentlich gehen.

Herr Süllwold hat mich noch auf eine Frage gebracht. Herr Süllwold, Sie hatten die Assistenzpflegerausbildung angesprochen. Die FDP-Fraktion findet es ganz spannend, über eine zweijährige Pflegehelferausbildung nachzudenken, wie es sie, glaube ich, in Hamburg und Niedersachsen gibt. Ich hätte von Ihnen und Herrn Dichter zwei drei Sätze dazu hören, ob das sinnvoll ist. Denn wir wollen die Qualität verbessern. Die Mittel sind aber endlich. Und wir wollen, wie Herr Süllwold bereits gesagt hat, die Möglichkeit schaffen, dass sich Pflegekräfte später auch weiter fortbilden können. Daher hätte ich dazu gern ein kurzes Statement. – Danke.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Als letzte in dieser Fragerund Frau Kollegin Grochowiak-Schmieding.

**Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE):** Schönen Dank! – Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich verfolge die Entwicklung der Pflege in Krankenhäusern speziell seit nunmehr 40 Jahren, zum einen als ehemalige Krankenschwester, zum anderen aber auch als ehemaliges Mitglied des Aufsichtsrats einer Klinik und natürlich leider auch als Patientin. Die Aussagen, die ich hier mitunter gehört habe, versetzen mich in erhebliches Erstaunen.

Herr Brink, Sie haben geäußert, dass es keine genauen Zahlen zum tatsächlichen Bedarf an Pflegekräften bzw. Zahlen über fehlende Pflegekräfte gebe. Herr Süllwold, Sie habe geäußert, wir müssten im Grunde genommen herausfinden, was vor Ort in den Krankenhäusern stattfindet, um tatsächlich die Zahlen zu ermitteln, die Auskunft darüber geben, wie viel Pflegepersonal nötig ist, um eine gute und gefahrlose Pflege zu gewährleisten.

Wie schon gesagt: Ich beobachte das bereits seit 40 Jahren. Seit 40 Jahren höre ich genau diese Aussage. Mich würde sehr interessieren, was Sie konkret tun wollen, um diese Fragen zu beantworten und die Problematik zu einem Abschluss zu bringen.

Ich denke, die Sicherstellung der Refinanzierung von Personal ist durchaus Aufgabe der Krankenhausgesellschaft und sicherlich auch der Kostenträger, die in diesem Bereich Verhandlungspartner sind.

Natürlich interessiert mich auch, Herr Dichter, was Sie aus dem Pflegebereich dazu zu sagen haben.

Zu den Baumaßnahmen, Herr Brink: Sie haben angemerkt, dass heute viel mehr Wert darauf gelegt wird, Baumaßnahmen auf kurze Wege auszurichten, um die Arbeit zu erleichtern. Ist ein Grund für den Umbau in Krankenhäusern – zumindest habe ich das so erlebt – nicht auch, Personal, insbesondere Pflegepersonal, zu sparen? Ich halte es für besonders kritisch, eher in den Umbau zu investieren statt mehr Personal einzustellen. Wie stehen Sie dazu?

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Wir kommen jetzt zur letzten Beantwortungsrunde. – Wir beginnen mit Ihnen, Herr Süllwold.

**Michael Süllwold (Verband der Ersatzkassen):** Ich muss kurz auf meinen Zettel schauen; ich habe mir so viele Fragen aufgeschrieben. Teilweise gehen diese ineinander über. Sie hatten, glaube ich, auch nach der Zweckbestimmung der Mittel gefragt und wie man verhindern könne, dass Personal abgebaut werde. Das hängt zusammen mit der Frage, ob die Kostenträger überhaupt Möglichkeiten dazu hätten; sie führten die Verhandlungen mit den Krankenhäusern.

Man muss zunächst einmal deutlich sagen: Diese Möglichkeiten haben wir nicht. Wir verhandeln vor Ort nicht über Personal. Wir sprechen nicht darüber, wie viele Ärzte oder wie viel Pflegepersonal in einem Krankenhaus beschäftigt werden soll. Vor Ort werden insbesondere die Leistungsmenge und die Leistungsart verhandelt. Wie das nach dem DRG-System nachher mit Blick auf das Personal umgesetzt wird, ist Sache des Krankenhauses.

Im Rahmen der bisherigen Pflegestellenförderprogrammen wird zum Beispiel die hochaufwendige Pflege zusätzlich vergütet. Sie werden das PKMS kennen, wonach nach bestimmten Aufwandspunkten Pflegescores gebildet werden, die dann zusätzlich vergütet werden. Auch in diesem Rahmen ist es für die Kostenträger extrem schwierig, das nachzuvollziehen. Wir haben auch nicht die Berechtigung, dass der Medizinische Dienst in Krankenhäusern nachfragt, ob das Personal noch vorhanden ist. Diese Möglichkeiten haben wir nicht. Man kann sich darüber streiten, ob solche Instrumente sinnvoll wären. Aber wenn mit Mitteln Pflegepersonal verbindlich gefördert werden soll, dann – wir sind dieser Auffassung – müssen wir auch die Berechtigung erhalten, den Mitteleinsatz vor Ort zu überprüfen, damit die Mittel für den Bereich, für den sie ursprünglich vorgesehen waren, aufgewandt werden.

Herr Burkert, Sie hatten die Frage gestellt, ob es eine Expertenkommission zur Beratung über Ärzte gegeben habe. Ich kann mich an eine solche Kommission nicht erinnern. Ich glaube, die Ärzte brauchen so etwas auch nicht. Ich kann den laxen Spruch eines Geschäftsführers in den Raum werfen; Herr Brink, sehen Sie es mir bitte nach. Mir hat mal der Geschäftsführer eines Krankenhauses gesagt: „Es ist nicht ganz unproblematisch, die richtige Ausgewogenheit zu erreichen. Die Ärzte bringen das Geld.“ Vor dem Hintergrund des DRG-Systems ist vielleicht etwas dran. Es ist etwas auf den Punkt gebracht, betrifft aber das Problem, das Sie gerade angesprochen haben.

Herr Ünal, Sie hatten gefragt, ob der Pflegebedarf im DRG-System abgebildet werde. Ich meine, in den Kalkulationskrankenhäusern ist das der Fall. In der Gewichtung der DRGs, die nach einem Punktesystem funktionieren... Das Kalkulationskrankenhaus gibt an, wie viel Pflegepersonal eingesetzt wird. Die Gewichtung wird über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorgenommen, sodass sich darin der pflegerische Anteil grundsätzlich widerspiegelt.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Aber transparent ist das nicht.

**Michael Süllwold (Verband der Ersatzkassen):** Ich persönlich kenne die Zahlen nicht. Aber das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus kennt diese natürlich. Von daher müsste man die entsprechenden Zahlen nachvollziehen können.

Hier geht es allerdings um die Gewichtung der DRGs, nicht um die Mittel. Die Mittel werden auf Landesebene vereinbart. Menge, Gewichtung und Preis spielen eine Rolle. Vermutlich geht die Frage auch in diese Richtung. Aber wenn wir in Nordrhein-Westfalen einen Landesbasisfallwert vereinbaren, dann sprechen wir nicht über Personalzahlen. Diese spielen dabei keine Rolle. Ich weiß nicht, ob die Frage damit ausreichend beantwortet ist.

Frau Schneider, Sie hatten vorhin die zweijährige Berufsausbildung angesprochen, wie es sie in anderen Bundesländern gibt. Aus den Diskussionen in unseren gemeinsamen Gremien auf Landesebene habe ich mitbekommen: „Es macht durchaus Sinn, einen niederschweligen Einstieg zu ermöglichen,“ – das könnte auch eine zweijährige Ausbildung sein – „und denjenigen, die den entsprechenden Willen haben, hier mehr zu machen, doch noch eine dreijährige Ausbildung oder ein Studium zu ermöglichen.“ Diese Chance sollte man zumindest nutzen und nicht von vornherein sagen: „Krankenpflegehilfe ist etwas zweitrangiges.“ Das würde ich so nicht sehen.

Man muss sich das System anschauen, in dem wir uns bewegen. Wenn man Entsprechendes will, muss man das System ändern. Wir können nicht immer wieder an irgendwelchen Stellschrauben im System drehen und von irgendeinem Partner fordern, er müsse etwas tun, auch wenn dies im Rahmen des bestehenden Systems nicht vorgesehen ist.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Danke schön, Herr Süllwold. – Herr Dichter.

**Martin Dichter (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.):** Ich fange mit der Beantwortung der Fragen von Herrn Ünal an. Er hat bezweifelt, dass die Zahlen wirklich so dramatisch sind, wie wir sie in unserer Stellungnahme 16/3868 dargestellt haben, und hat zur Begründung Veränderungen in der Arbeitsaufteilung im Krankenhaus geltend gemacht.

Ich will darauf hinweisen, dass ich viele Krankenhäuser von innen kenne. Ich weiß, dass es nach wie vor gang und gäbe ist, dass in vielen Krankenhäusern auch in Nordrhein-Westfalen die Pflegenden weiterhin das Essen austeilen und abräumen, mit Reinigungsaufgaben beschäftigt sind und Transportdienste übernehmen. Das heißt, es gibt nach wie vor viele Krankenhäuser, in denen Pflegekräfte pflegeferne Aufgaben übernehmen. Diese Aufgaben sind nicht komplett an anderes Personal delegiert. Das zeigt sich auch in entsprechenden Studien. Eine davon haben wir in unserer Stellungnahme zitiert.

Herr Wegener sprach die Forderung der Piraten nach einer Landespflegekommission an. Grundsätzlich befürworten wir alles, was auf die Situation in der Pflege aufmerksam macht und einen Weg aufzeigt, um daran etwas zu verändern.

Wir erleben solche Expertenkommissionen einerseits als gewinnbringend; andererseits fragen wir uns, mit welchen Mitteln und Ressourcen sie ausgestattet sind und welche politischen Prozesse dahinter stehen. Ein Beispiel aus unserer Erfahrung: Der Pflegebedürftigkeitsbegriff war round about zehn Jahre in der politischen Diskussion, bis er jetzt langsam eingeführt wird. Wenn eine Kommission tatsächlich so ausgestattet ist, dass ihre Ergebnisse politische Handlungen ermöglichen, stimmen wir der Kommission zu und beteiligen uns daran sehr gern. Wenn es aber eine weitere Kommission gibt, die auf die Situation der Pflege lediglich aufmerksam macht, dann ist das nett, bringt uns aber nicht wirklich weiter. An diesem Tisch wissen alle, dass die Situation in der Pflege prekär ist.

Ich glaube – wir haben das auch in unserer Stellungnahme geschrieben –, dass es relativ einfach wäre, sich darauf zu einigen, dass zum Beispiel die Besetzung der Schichten im Nachtdienst, an den Wochenenden und an Feiertagen mit mindestens zwei Pflegefachpersonen zu erfolgen hat. In Bereichen, in denen mehr als 30 Patientinnen und Patienten versorgt werden müssen, müssen entsprechend mehr Pflegekräfte vorgehalten werden. Wenn wir uns darauf einigen und dies in Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden könnte, führt dies direkt zu einer Verbesserung im Nachtdienst.

Ähnliches gilt für die Einhaltung der gesetzlichen Pausen und der gesetzlichen Gesundheitsvorschriften. Selbst diese werden im Moment in der täglichen Pflege nicht eingehalten. Wir haben dazu im Berufsverband gerade die Aktion „Mein Recht auf Frei“. Wir haben dazu eine Befragung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden bereits in einem Artikel in der „Welt“ abgedruckt. Die Ergebnisse sind beeindruckend beängstigend; lesen Sie nach, wie hoch der Prozentsatz derjenigen ist, die keine geregelten Pausenzeiten und kein geregeltes Frei haben, weil sie für andere einspringen müssen, den Ablauf im Krankenhaus am Laufen halten müssen, wenn sie eigentlich eine Pause hätten.

Ich glaube, dass es wichtig ist, im Land die Pflegeforschung zu unterstützen – ich hatte es eben bereits angedeutet – und zu fördern, weil wir nur so die benötigten Daten erhalten.

Es wurde auch die Frage gestellt, wie man pflegerische Leistungen abbilden könne. Im DRG-System gibt es Diagnosegruppen. Ich denke, dazu würde es passen, in Deutschland Pflegediagnosen einzuführen; international sind diese entwickelt. Eine Pflegediagnose müsste dann mit pflegewissenschaftlichem Wissen, mit einem entsprechenden Pflegebedarf unterlegt werden. Das kann man dann in Mitteln ausdrücken und finanzieren. Hierzu gibt es Ansätze. Diese könnte die Forschungsförderung in NRW aber auf jeden Fall unterstützen, damit so etwas für NRW und für Deutschland entwickelt wird.

Eine weitere Frage bezog sich auf die Pflegehilfspersonen. Dieses Thema kommt immer wieder vor, wenn es um die Pflege geht und darum, was man tun könnte. Einerseits wird dargestellt, dass die pflegerische Versorgung zunächst davon geprägt ist, dass es heute mehr Wissen gibt, dass die Versorgung komplexer wird, weil die Menschen komplexere Versorgungsbedarfe mitbringen. Dann kommt die Idee auf: „Wir haben nicht genug Pflegenden. Können wir dann nicht schlechter qualifiziertes Personal bereitstellen?“ Das ist so, als wenn VW in Wolfsburg selbstfahrende Autos entwickeln würde, deren Produktion komplexer ist als die bisheriger Autos, für die aber keine Facharbeiter eingesetzt würden, sondern Hilfskräfte. So stellt sich der Denkansatz dar.

Wir sehen, dass der demografische Wandel dazu führt, dass es immer weniger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland geben wird, aber gleichzeitig immer mehr Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf. Daher würden wir eine zweijährige Pflegehilfsausbildung grundsätzlich unterstützen und darin eine Weiterentwicklung des aktuellen Ansatzes sehen. Aber: Wo Indianer sind, braucht man auch Häuptlinge. Es macht keinen Sinn, mehr Hilfspersonen in die Versorgung einzuführen, wenn es keine Pflegenden gibt, die in der Lage sind und die zeitlichen Ressourcen haben, diese anzuleiten und ein Stück weit zu überwachen. Das ist die Voraussetzung dafür. Es bedürfte neuer Pflegekonzepte – eigentlich sind es alte Konzepte; aber in Deutschland müssten sie erst noch eingeführt werden – wie Primary Nursing und der Häuptlinge; dann kann man gern ein, zwei Pflegeassistenten oder Pflegehilfspersonen in die Arbeit integrieren.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank, Herr Dichter. – Herr Brink.

**Jochen Brink (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.):** Zu den Fragen: Erster Punkt: Die finanziellen Förderprogramme an sich sind ein Stück weit eine Zwischenlösung, jedenfalls dann, wenn sie gewährleisten, dass die Mittel an der beabsichtigten Stelle eingesetzt werden.

Zweiter Punkt, zur Diskussion, die sich gerade zum Thema „Pflegeassistenten“ ergeben hat: Wir möchten das positiv bestätigen. Wir sind auch der Meinung – es ist richtig, dass wir das gemeinsam in einem Ausschuss eingebracht haben –, dass man sich das noch einmal genauer anschauen sollte. Es gibt, glaube ich, relativ viele junge Leute, die Interesse am Pflegeberuf haben, aber bei den üblichen Einstellungsverfahren einer

Krankenpflegeschule hinsichtlich eines direkten Ausbildungswegs zur examinierten Krankenpflege durchs Raster fallen. Wenn man diese sozusagen über eine Pflegeassistenz vorqualifiziert, sieht man, ob diese Leute aufgrund dieser Basis nicht auch Interesse an der examinierten Pflege haben. Das wäre, glaube ich, ein guter Weg. 40 bis 50 % der Pflegekräfte steigen heutzutage beruflich um. Das ist ein klares Indiz dafür, dass der geschilderte Weg ein Weg sein kann, um den Pflegeberuf quantitativ zu unterfüttern.

Dritter Punkt: Wir haben die Spezialisierung in operationstechnische Assistenten, anästhesietechnische Assistenten. Das alles sind Berufsbilder, für die es heute noch keine Berufsordnungen gibt; die Qualifikationsgänge werden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft dargestellt. Aber durch Schaffung dieser neuen, zusätzlichen Berufsbilder kann auch die Pflege am Bett, um die es uns geht, entlastet werden.

In den letzten Jahren hat es für die Pflege sicherlich belastende Faktoren gegeben, die in den Statistiken heute noch nicht adäquat auftauchen. Es hat aber auch ein paar entlastende Faktoren gegeben. Zu den belastenden Faktoren gehört vielleicht die Tatsache, dass die Patienten immer älter werden und somit neue Versorgungsaufgaben mit sich bringen. Ein Patient muss nicht immer eine voll ausgeprägte Demenz haben, sondern es kann auch sein, dass ein älterer Mensch über altersspezifische kognitive Fähigkeiten verfügt, aber einfach ein bisschen mehr Zuwendung braucht. Das wird über die Zusatzentgelte im DRG-System adäquat abgebildet. Das sind aber belastende Faktoren.

Es hat auch entlastende Faktoren gegeben. In der Tat werden in bestimmten Krankenhäusern Tätigkeiten, die eigentlich nichts mit Pflege zu tun haben, auf andere Berufsgruppen delegiert; es gibt Menüassistenten, das betrifft die Raumpflege usw. Ich will keine Berufsgruppe diskreditieren. Nicht alle Krankenhäuser haben diese Änderungen vorgenommen, keine Frage; aber es gibt diese Aufgabenteilung. Man muss eben beide Tendenzen, belastende und entlastende Faktoren, sehen.

Zur Frage, wie sich der Bereich der Ärzte im Vergleich zum Bereich der Pflege entwickelt hat. Ich glaube, insbesondere zwei Punkte haben dazu geführt, dass die Krankenhäuser mehr Ärzte eingestellt haben, nämlich das Arbeitszeitgesetz und der auch in den Weiterbildungsordnungen hinterlegte Trend zur Spezialisierung. Früher konnte in der Chirurgie der Allgemeinchirurg oder die Allgemeinchirurgin als Allrounder fungieren, das finden Sie heute kaum noch so wieder. Es gibt nun Viszeralchirurgen und Traumatologen. Diese Spezialisierung ist zum Teil auch im Krankenhausplan im Hinblick auf die fachärztliche Ausstattung eines Krankenhauses gefordert. Das sind Rahmenbedingungen, die strukturell mit dafür gesorgt haben, dass im Bereich Ärzte mehr als im Bereich Pflege eingestellt werden musste.

Zur Aussage des Kollegen, die Sie zitiert haben: Das hat der Kollege wahrscheinlich nicht wirklich so gemeint. Denn wer das zu Ende denkt, der wird immer zur Erkenntnis gelangen, dass die Gesamteindrücke von Patienten – ich hatte eingangs schon gesagt, dass dies auch die pflegerische Zuwendung umfasst – ganz wichtig dafür sind, ob er gut oder schlecht über das Krankenhaus spricht. Wenn wir die Frage darauf eingrenzen, wo das Geld verdient wird, ist das bei aller Wertschätzung zu kurz gesprungen. Der pflegerische Beruf spielt hier auch eine ganz erhebliche Rolle.

Insgesamt sollten wir Berufsgruppen nicht gegeneinander ausspielen. Das hat auch niemand versucht. Ich will es nur sagen.

Wir müssen viel mehr dafür sorgen – jetzt bin ich bei den Prozessen –, dass die Leute möglichst Hand in Hand arbeiten. Ich weiß definitiv von einer Reihe von Krankenhäusern, die ich kenne, dass die Arbeitszufriedenheit auch in der Pflege entscheidend mit davon abhängt, wie gut die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft funktioniert – wenn sie von Rücksichtnahme geprägt ist. Das betrifft verschiedene organisatorische Dinge; es fängt bei Visitenzeiten an – das ist trivial – und reicht auch bis zum Entlassmanagement. Wenn die Zusammenarbeit so zwischen den Berufsgruppen abgestimmt ist, dass die Interessen beider Seiten gut vertreten sind, wenn man sich im praktischen Arbeitsalltag mit Wertschätzung begegnet, hat das auch in der Pflege einen enormen Anteil an der Arbeitszufriedenheit.

Die Zahl der Ausbildungsplätze ist stabil. Sie ist in bestimmten Phasen gesteigert worden. Herr Süllwold hat völlig korrekt auf die Krankenhausplanung, die Planung der Ausbildungsstätten hingewiesen. Dass Ausbildungsplätze frei bleiben – anders als wir es uns vielleicht gemeinsam wünschen – liegt nicht an Finanzierungsproblemen; es liegt auch nicht am Krankenhausplan. Es liegt am ehesten an der Nachfrage junger Leute nach diesem Beruf.

Ich hatte im Hinblick auf die quantitativen Analysen versucht zum Ausdruck zu bringen, dass die Schwellenwerte nicht ermittelt sind. Ich glaube, das haben Sie – wenn ich das so sagen darf – ein Stück weit bestätigt. Der grundsätzliche Zusammenhang zwischen Qualität und Personalausstattung ist unbestritten. Wenn wir aber den Schritt gehen sollten, die Organisationsfreiheit der Krankenhäuser auf Basis der Expertenkommission einzuschränken, muss die Grundlage entsprechend valide sein. Dann sind wir bei der Notwendigkeit festzulegen, wie viele Leute es wirklich bedarf, damit Qualität und nicht eine gefährliche Pflege gewährleistet ist. Diese Schwellenwerte sind uns – vielleicht wissen Sie mehr – so nicht bekannt. Die brauchen wir schlichtweg. Hier besteht ein Erkenntnisdefizit.

Zum Thema „Bauen, um zu sparen“: Ich glaube, wir sind da ganz eng beieinander. Aber ich will authentisch bleiben und Folgendes sagen: Es gibt durchaus Bauprojekte, die angegangen werden, um zu sparen. Diese müssen nicht unbedingt schlimm sein. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: In einem der Krankenhäuser, die ich sehr gut kenne, ist vor Jahren eine Kurzpflegestation eingeführt worden. Das heißt, diese Station wird montagmorgens geöffnet und freitagnachmittags geschlossen.

Schauen Sie sich an, bei wie vielen Krankenkassen – elektiv, wie wir sagen, sodass man sich einen Termin zur Behandlung aussuchen kann; keine Notfälle – es heute eine Verweildauer im Krankenhaus von drei bis vier Tagen gibt. Diese Behandlungen kann man sehr gut in der Zeit von montags bis freitags abdecken. Manchmal erwarten die Patienten das auch. Wenn man dieses Klientel fachabteilungsübergreifend auf einer Kurzpflegerstation versorgt, die von freitagmittags bis montagmorgens geschlossen ist, bedarf es keiner Personalvorhaltung am Wochenende. Diese Form des Sparens, wenn Sie so wollen, finde ich nicht schädlich. Sie schadet unseres Erachtens

auch nicht dem Pflegedienst. Da, wo wir das eingeführt haben, haben die Pflegedienstleitungen gesagt: „Das ist eine pfiffige Idee. Das buchen wir dann unter Produktivitätszuwachs, aber nicht im bösen Sinne.“

Zur Aussage von Frau Steffens, zur Zweckentfremdung der Mittel: Ich finde, Frau Steffens hat da hundertprozentig Recht. Eine Zweckentfremdung – das ist ein deutliches Wort und bedeutet fast, es sei nicht legitim – gibt es nicht. Das kann man nicht immer und bezogen auf alle sagen. Aber sie kann es nicht geben, weil das DRG-System – Herr Süllwold hat es umschrieben – ein Preissystem ist. Es ist nirgendwo vorgegeben, bestimmte Mittel für bestimmte Aufgaben einzusetzen. Das obliegt der Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses. Natürlich muss das Krankenhaus alle Verantwortlichkeiten gegenüber den Patienten, gegenüber den bestehenden Gesetzen und Verordnungen berücksichtigen. Das ist das Regulativ. So ist das System angelegt; man kann dazu stehen, wie man will. Aber qua Definition kann es diese Zweckentfremdung der Mittel nicht geben. Das war eine technische Antwort.

Jetzt zur praktischen Seite: Die Krankenhäuser haben noch viele andere Erlöse. Teilweise gibt es Spenden. Manche Krankenhäuser, die einen großen übergeordneten Träger haben, haben ein enormes Spendenvolumen. Es gibt Wahlleistungserlöse, zum Beispiel die Erlöse aus Bezug von Ein- und Zweibettzimmern. Diese sind aber nicht so konzipiert, dass sie für den Verwendungszweck Personalfinanzierung gedacht sind. Früher, vor Einführung der DRGs, sprach man immer von der Interessensquote. Traditionell hat man das Geld, das in diesem Bereich verdient wird, für bauliche Zwecke, zum Beispiel für Investitionen, eingesetzt.

Dann haben die Krankenhäuser in vielen Fällen wirtschaftliche Geschäftsbetriebe. Das heißt, sie betreiben Parkhäuser, haben Cafeterien, Gastronomie usw. Die Erlöse, die sie da erwirtschaften, können sie einsetzen zum Beispiel zur Finanzierung von Darlehen für Investitionen.

Wir müssen aufpassen, dass wir diese Trennschärfe erhalten. Insofern ist das einfach im Hinterkopf zu behalten.

Unterm Strich kann man, glaube ich, Frau Steffens in der Klarheit ihrer Aussage durchaus folgen. – Danke.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Herr Professor Greß.

**Dr. Stefan Greß (Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Hochschule Fulda):** Danke schön. – Ich würde gern noch kurz etwas zu vier Aspekten sagen.

Hinsichtlich der Expertenkommission gebe ich Herrn Dichter Recht. Kommissionen sind sinnvoll, wenn sie etwas zu entscheiden haben. Aus meiner Sicht wäre ein Pflegehearing, eine Pflegekommission – wie auch immer man sie nennen will – insbesondere sinnvoll, wenn es darum geht, mit den entsprechenden Entscheidungsträgern öffentlich, transparent zu überprüfen, ob Personalmaßnahmen in den Krankenhäusern umgesetzt wurden, ob entsprechende Mittel zweckgerecht eingesetzt werden, um den

Fortschritt der Umsetzung zu kontrollieren und öffentlich transparent zu machen. Dann finde ich Kommissionen sinnvoll.

Zweitens zum Thema „Expertenkommission, Zwischenlösung, Übergangslösung, endgültige Lösung“: Ich warne davor, von der Expertenkommission vor Mitte 2017 – offensichtlich muss vor der Bundestagswahl ein Ergebnis vorliegen – eine endgültige Lösung zu erwarten. Ich gehe eher davon aus, dass die Expertenkommission eine Übergangslösung vorschlägt, die mehr oder weniger heuristisch und nicht empirisch ist, und dass im nächsten Schritt ein Verfahren installiert wird, um zu evidenzbasierten Pflege-scores zu gelangen. Das wäre meine Erwartung. Mehr sollten wir von dieser Kommission nicht erwarten.

Zum DRG-System, zur Erinnerung: Das DRG-System ist ein Ist-Kostensystem. Das heißt, in den Kalkulationskrankenhäusern werden die Kosten abgebildet, die in der Vergangenheit angefallen sind, und nicht die Kosten, die in der Zukunft notwendig sind. Es werden also keine Bedarfe abgebildet, sondern Personalkosten; Pflegekosten werden so abgebildet, wie sie angefallen sind. Das ist ein Ist-Kostensystem.

Wenn man ein Soll-Kostensystem möchte, muss man das – Herr Süllwold sagte es – System ändern. Das ist der Punkt, den ich am Anfang angesprochen habe. Das DRG-System setzt keine hinreichenden Anreize für eine vernünftige Personalausstattung. Man kann argumentieren: Das soll es auch nicht. Aber so ist das.

Letzter Punkt, zur Arbeitsbelastung, Attraktivität und Finanzierung in der Pflege: Ich finde es immer schwierig zu argumentieren, wir sollten kein zusätzliches Personal einstellen, weil wir kein zusätzliches Personal finden. Das ist das Totschlagargument gegen jegliche Maßnahmen, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu verbessern. Ich glaube, dass eine Vielzahl von Maßnahmen notwendig ist. Die Bezahlung ist angesprochen worden. Wir haben aber noch gar nicht über die Altenpflege gesprochen; in diesem Bereich ist das Problem der Bezahlung noch viel größer und drängender. Aber auch die Arbeitsbedingungen sind schlichtweg ein Attraktivitätsfaktor. Wenn ich als junger Mensch den Pflegeberuf ergreife – ob nach zweijähriger, dreijähriger oder akademischer Ausbildung – und die momentanen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern kenne, dann überlege ich mir, ob ich vielleicht nicht doch etwas anders mache. Wenn auch nur die Aussicht besteht, dass konkrete Maßnahmen ergriffen werden, um etwas zu verändern, dann wird auch die Attraktivität des Berufs aus meiner Sicht erhöht. Das ist eine notwendige, aber natürlich noch keine hinreichende Maßnahme.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Meine Damen und Herren, wir sind am Ende der Anhörung; ich sehe keine weiteren Fragen. Ich danke nicht nur für die Stellungnahmen, sondern auch dafür, dass Sie zum Erkenntnisgewinn des Ausschusses in einigen Punkten sicherlich deutlich beigetragen haben.

Die 102. Sitzung des Ausschusses findet heute statt um 13:30 Uhr in Raum E3 A02.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Günter Garbrecht  
Vorsitzender

### **Anlage**

31.05.2016/02.06.2016

160



Stand: 19. Mai 2016

Anhörung  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
am Mittwoch, 25. Mai 2016, 10.00 Uhr, Raum E1 - D05

Thema: "**Mehr Pflegepersonal für eine menschliche Versorgung und  
Patientensicherheit**"

Antrag der Fraktion der PIRATEN, Drucksache 16/9586 Neudruck

## Tableau

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Prof. Dr. Stefan Greß Dekan der Hochschule Fulda Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie Fulda	<b>Prof. Dr. Stefan Greß</b>	<b>16/3852</b>
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf	<b>Jochen Brink</b> Dr. Peter-Johann May Richard Kösters	<b>16/3848</b>
Andreas Johnson LAG-Geschäftsstelle c/o Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e. V. Köln	<b>Helene Maqua</b>	---
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. (DBfK) Essen	<b>Martin Dichter</b> Miriam Lohe Stefan Schwark	<b>16/3868</b>
Dirk Ruiss Leiter der Landesvertretung NRW Verband der Ersatzkassen Düsseldorf	<b>Michael Süllwold</b>	---

\* \* \*