

Kleine Anfrage

des Abg. Stefan Herre AfD

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales und Integration

Diätassistenten und Pflegepersonal in deutschen Krankenhäusern

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie viele Diätassistenten und Pflegepersonal fehlen an den Kliniken in Baden-Württemberg (tabellarisch aufgeschlüsselt nach Krankenhäusern, Beruf und Landkreisen)?
2. Wie viele Patienten sterben nicht anhand der diagnostizierten Krankheit – wie z. B. Krebs – sondern aufgrund fehlender Diätassistenten und Pflegekräfte an chronischer Mangelernährung in Krankenhäusern in Baden-Württemberg (tabellarisch aufgeschlüsselt nach Krankenhäusern, Berufsgruppen und Landkreisen)?
3. Wie kann es sein, dass auf der einen Seite durch die 2004 eingeführten „diagnosebezogenen Fallgruppen“ (DRG – Diagnosis Related Groups) kurze Liegezeiten angestrebt werden, aufgrund des Personalmangels die Liegezeiten aber deutlich verlängert werden?
4. Wie kann es sein, dass auf 600 Patienten nur eine Diätassistentin/ein Diätassistent kommt und Pflegepersonal sowie Ärzte Fälle nicht an die einzige Fachperson im Haus melden und so die Patienten nicht an Krebs, sondern an Mangelernährung in den Kliniken versterben?
5. Weshalb werden nicht in allen Krankenhäusern – ähnlich wie in Solingen oder München – sogenannte Ernährungsteams mit acht Fachleuten sowie Ernährungsbögen flächendeckend in Baden-Württemberg eingeführt?
6. Warum versuchen aus ihrer Sicht die meisten Krankenhäuser erst gar nicht, Mangelernährung abzurechnen?

7. Weshalb werden Pflegekräfte in den Krankenhäusern nicht entlastet, indem – ähnlich wie in Spremberg Hotelfachkräfte – diese ausschließlich für gewisse, konkrete Aufgaben eingesetzt werden und sie sich zudem im Bundesrat für eine Abschaffung, Abmilderung oder Umbau des Fallpauschalensystems stark macht?
8. Wenn dies gelänge, würde dann aus ihrer Sicht nicht mehr Qualität in der Behandlung der Patienten, mehr Zeit und mehr Personal an die Krankenhäuser zurückgeführt werden, statt mit drei Pflegekräften 40 bis 55 Patienten in Doppelschichten interdisziplinär auf zwei Stationen zu betreuen?
9. Bleiben aus ihrer Sicht nicht auch deshalb die Hygienestandards in den Krankenhäusern auf der Strecke, weil das vorhandene Personal überlastet ist und so Fehler im Klinikbetrieb auch beim Pflegepersonal und der Ärzteschaft zwangsläufig zunehmen?

10.11.2017

Herre AfD

Begründung

In vielen deutschen Kliniken spielt die Ernährungsmedizin nach Einschätzung des Fragestellers keine Rolle. Jedes Jahr sterben dem unten genannten Bericht aus der ARD-Sendung PlusMinus vom 20. September 2017 zufolge zehntausende Patienten an Mangelernährung, weil das überlastete Pflegepersonal, aber auch überlastete Ärzte in regelmäßigen 24-Stunden-Schichten und fehlenden Standards sowie fehlendem Personal bei Diätassistenten nach Einschätzung des Fragestellers die Gefahr nicht erkennen, mit der Patienten heute ausgesetzt werden. Sie sterben nicht an Krebs, sondern an Mangelernährung. In vielen Kliniken ist auf beispielsweise 600 Betten meist nur eine Diätassistentin/ein Diätassistent im gesamten Klinikalltag beschäftigt. Dass das Zusammenspiel bei überlasteten Ärzten, Krankenschwestern und Diätassistentinnen/Diätassistenten nicht funktioniert, zeigte der Beitrag in der ARD von PlusMinus vom 20. September 2017. Nicht nur Fachwissen, sondern auch das notwendige Personal ist nach Einschätzung des Fragestellers an unseren Kliniken nicht ausreichend zu finden. Ein standardisiertes Screening aller Patienten mit Fragebogen gebe es nach Einschätzung des Fragestellers nur in vereinzelt Kliniken wie München oder Solingen. Weiterhin versuchten Krankenhäuser erst gar nicht, Mangelernährung abzurechnen. Schuld sei das DRG-System, das durch Rot-Grün 2004 eingeführt wurde. Dieses sieht unter anderem vor, dass Liegezeiten reduziert werden. In der Praxis kommt es zuhauf vor, dass aber durch die stetige Reduzierung des Personals die Liegezeiten in erheblicher Zahl steigen und durch die Fallpauschalen Krankenhäuser bei Krebspatienten nicht kostendeckend arbeiten. Nach Einschätzung des Fragestellers passt das DRG nicht zu einem vernünftigen Krankenhausbetrieb, wenn 60 Prozent der Sachkosten im Klinikalltag Personalkosten sind und genau dieses dann verknappt. Trotz minimalsten Personaleinsatzes seien die Kliniken unterfinanziert, berichtet das Ärzteblatt 2013. Das deutsche Ärzteblatt diskutierte am 27. Juni 2016 über eine Reform des DRG-Systems und bringt auch eine Abschaffung ins Gespräch.

Antwort

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2017 Nr. 52-0141.5/16/2982 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie viele Diätassistenten und Pflegepersonal fehlen an den Kliniken in Baden-Württemberg (tabellarisch aufgeschlüsselt nach Krankenhäusern, Beruf und Landkreisen)?

Da es insofern keine verbindlichen Berechnungsparameter gibt und damit ein definiertes Soll fehlt, ist keine Angabe möglich, wie viele Diätassistenten/-innen und Pflegepersonal an den Kliniken fehlen.

Nach Mitteilung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) liegen zur Situation bei den Diätassistenten/-innen keine Problemanzeigen vor, die darauf hindeuten, dass sich die Situation in den letzten Jahren verschlechtert hat. Vielmehr habe sie sich in Baden-Württemberg eher verbessert. So kann in den letzten zehn Jahren bei der Ausstattung mit Diätassistenten/-innen ein ansteigender Trend beobachtet werden.

Die Daten der Krankenhausstatistik auf Kreisebene dürfen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht werden.

2016	aufgestellte Betten	Fallzahl	Diätassistenten/-innen (Köpfe)	Diätassistenten/-innen je 1.000 Betten	Diätassistenten/-innen je 100.000 Fälle
Deutschland	498.718	19.532.779	2.418	4,8	12,4
Baden-Württ.	55.940	2.165.422	289	5,2	13,3

2006	aufgestellte Betten	Fallzahl	Diätassistenten/-innen (Köpfe)	Diätassistenten/-innen je 1.000 Betten	Diätassistenten/-innen je 100.000 Fälle
Deutschland	510.767	16.832.883	2.446	4,8	14,5
Baden-Württ.	60.424	1.918.056	215	3,6	11,2

Quelle: Krankenhausstatistik

Für die baden-württembergischen Krankenhäuser weist das Statistische Landesamt Baden-Württemberg zum 31. Dezember 2016 für den Pflegedienst insgesamt 52.789 Beschäftigte, das entspricht 37.804 Vollkräften im Jahresschnitt, aus.

Nach Auskunft der BWKG liegt die Besetzung im Pflegedienst in Baden-Württemberg rund 5 % höher als im Bundesschnitt. Dennoch ist an vielen baden-württembergischen Krankenhäusern die Personalbesetzung im Pflegedienst in der Tat sehr angespannt. Ein wichtiger Hinweis auf fehlende Pflegekräfte bietet der halbjährlich durchgeführte BWKG-Indikator. Danach gaben im Juli 2017 zwei Drittel (64 %) der rückmeldenden Geschäftsleitungen baden-württembergischer Krankenhäuser an, dass die Besetzung von Stellen im Pflegedienst schwierig oder eher schwierig ist. Dies ist der höchste Anteil seit Beginn des BWKG-Indikators im Jahr 2011.

2. *Wie viele Patienten sterben nicht anhand der diagnostizierten Krankheit – wie z. B. Krebs – sondern aufgrund fehlender Diätassistenten und Pflegekräfte an chronischer Mangelernährung in Krankenhäusern in Baden-Württemberg (tabellarisch aufgeschlüsselt nach Krankenhäusern, Berufsgruppen und Landkreisen)?*

In der *Anlage* ist eine Tabelle mit Todesfällen für die Region Baden-Württemberg beigefügt, bei denen Mangelernährung direkt oder über Folgezustände zum Tode geführt hat.

Zu Sterbefällen im Krankenhaus aufgrund von Mangelernährung oder aufgrund fehlenden Personals liegen dem Ministerium für Soziales und Integration keine Daten vor.

3. *Wie kann es sein, dass auf der einen Seite durch die 2004 eingeführten „diagnosebezogenen Fallgruppen“ (DRG – Diagnosis Related Groups) kurze Liegezeiten angestrebt werden, aufgrund des Personalmangels die Liegezeiten aber deutlich verlängert werden?*

Die Verweildauern in baden-württembergischen Krankenhäusern sind seit Jahren kontinuierlich rückläufig:

<u>Jahr</u>	<u>Verweildauer in Tagen</u>
1990	13,5
1995	11,9
2000	10,2
2005	8,6
2006	8,5
2007	8,3
2008	8,2
2009	8,1
2010	7,9
2011	7,8
2012	7,7
2013	7,6
2014	7,5
2015	7,4
2016	7,3

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2017

4. *Wie kann es sein, dass auf 600 Patienten nur eine Diätassistentin/ein Diätassistent kommt und Pflegepersonal sowie Ärzte Fälle nicht an die einzige Fachperson im Haus melden und so die Patienten nicht an Krebs, sondern an Mangelernährung in den Kliniken versterben?*

Laut Stellungnahme der BWKG ist die Aussage, dass Patienten/-innen nicht an Krebs, sondern an Mangelernährung in den Kliniken versterben, eine grob verzerrende Behauptung. Was in der genannten Sendung PlusMinus dargelegt wurde, ist, dass durch ein aktives Entgegenwirken gegen Mangelernährung bei Krebserkrankungen die Überlebensdauer verlängert werden kann, weil die Gesamtkonstitution verbessert wird. Mit schweren Krebserkrankungen gehen häufig starke Gewichtsabnahmen einher, die durch Schmerzen, Appetitlosigkeit, Schluckbeschwerden u. ä. befördert werden. Ein gezieltes Screening, eine angepasste Ernährung und eine Schulung der Patienten/-innen können dem entgegenwirken. Hier gibt es noch Verbesserungspotenzial in der klinischen wie auch in der ambulanten Betreuung.

5. *Weshalb werden nicht in allen Krankenhäusern – ähnlich wie in Solingen oder München – sogenannte Ernährungsteams mit acht Fachleuten sowie Ernährungsbögen flächendeckend in Baden-Württemberg eingeführt?*

Gemäß § 39 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

Detaillierte Vorgaben über die Vorhaltung von Personal einer bestimmten Qualifikation und Anzahl werden teilweise vom Gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere bei hochspezialisierten Leistungen getroffen, ansonsten obliegen Organisation und Personaleinsatz dem Krankenhausträger. Zur Frage, welche Leistungen im Einzelfall für die medizinische Versorgung eines Versicherten erforderlich sind, sind zudem die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften heranzuziehen.

Die BWKG verweist darauf, dass die angespannte personelle und finanzielle Situation der Kliniken im Land wenig Spielraum für optimierende Maßnahmen personeller wie organisatorischer Art lässt.

6. *Warum versuchen aus ihrer Sicht die meisten Krankenhäuser erst gar nicht, Mangelernährung abzurechnen?*

Das in Deutschland verwendete Fallpauschalensystem zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen (G-DRG-System – German Diagnosis Related Groups) berücksichtigt bei der Zuweisung von behandelten Patienten/-innen zu Fallgruppen auch Begleiterkrankungen und aufgetretene Komplikationen.

Dabei werden zur Schweregradermittlung auch Diagnosen aus dem Abschnitt „Mangelernährung“ (E40-E46) der amtlichen internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) und auch die Diagnose „Kachexie“ (= krankhafter Gewichtsverlust; R64) berücksichtigt.

Nach Mitteilung der BWKG führt die Angabe dieser Diagnosen allerdings gehäuft zu Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

7. *Weshalb werden Pflegekräfte in den Krankenhäusern nicht entlastet, indem – ähnlich wie in Spremberg Hotelfachkräfte – diese ausschließlich für gewisse, konkrete Aufgaben eingesetzt werden und sie sich zudem im Bundesrat für eine Abschaffung, Abmilderung oder Umbau des Fallpauschalensystems stark macht?*

Die Entscheidung über den Einsatz von Hotelfachkräften statt Pflegepersonal bei nicht an pflegerische Kompetenz gebundenen Aufgaben obliegt dem Krankenhausträger. Nach Auskunft der BWKG findet die angesprochene Entlastung von Pflegekräften durch Hilfs- und Servicekräfte (Hotelfachkräfte, Arzthelfer/-innen, Betreuungsassistenten/-innen u. ä.) schon in etlichen Krankenhäusern in Baden-Württemberg statt und wird grundsätzlich befürwortet. Im Jahr 2010 wurde im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Studie „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen“ erstellt und veröffentlicht. Die Studie zeigt verschiedene Aufgabenbereiche der Pflege auf, die an andere Mitarbeitergruppen delegiert werden können. Das Spektrum der übertragbaren Tätigkeiten reicht von einfacheren Tätigkeiten (z. B. Erfassen der Essenswünsche, Hol- und Bringdienste) bis zu patientennahen Hilfstätigkeiten (z. B. Hilfe bei der Körperpflege, Verteilung von Essen und Getränken, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z. B. Betten beziehen).

Das Fallpauschalensystem hat sich grundsätzlich bewährt. Über unterschiedliche Mechanismen wird das Entgeltsystem im Rahmen der Selbstverwaltung kontinuierlich weiterentwickelt, wie durch jährliche Neukalkulation auf der Basis der realen Kosten und ein strukturiertes Vorschlagsverfahren. Zu Details wird auf die Antwort zu Frage 10 in der Drucksache 16/2224 verwiesen.

8. *Wenn dies gelänge, würde dann aus ihrer Sicht nicht mehr Qualität in der Behandlung der Patienten, mehr Zeit und mehr Personal an die Krankenhäuser zurückgeführt werden, statt mit drei Pflegekräften 40 bis 55 Patienten in Doppelschichten interdisziplinär auf zwei Stationen zu betreuen?*
9. *Bleiben aus ihrer Sicht nicht auch deshalb die Hygienestandards in den Krankenhäusern auf der Strecke, weil das vorhandene Personal überlastet ist und so Fehler im Klinikbetrieb auch beim Pflegepersonal und der Ärzteschaft zwangsläufig zunehmen?*

Die Belastung des Personals in Baden-Württemberg ist sowohl im ärztlichen Dienst als auch im Pflegedienst geringer als im Bundesdurchschnitt. Baden-Württemberg hat im Ländervergleich den zweithöchsten Anteil an Pflegekräften. Dazu wird auf die Antwort zu Frage 1 in der Drucksache 16/2224 verwiesen.

Die Zuständigkeit für die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser liegt beim Bundesgesetzgeber. Eine Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung insbesondere im Hinblick auf die Refinanzierung von Personalkosten war eine zentrale Forderung Baden-Württembergs bei den Beratungen zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). Das KHSG enthält demnach mehrere Ansatzpunkte zur Verbesserung der pflegerischen Situation in den Krankenhäusern wie Pflegezuschlag, Pflegestellenförderprogramm und anteilige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die sich ab dem Jahr 2017 auswirken. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind derzeit dabei, entsprechend der bundesgesetzlichen Vorgaben geeignete Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen festzulegen. Ergänzend sei auf die Antworten zu Frage 2 und 3 in der Drucksache 16/1948 verwiesen.

Die Landesregierung geht ihrerseits seit längerer Zeit intensiv gegen den drohenden Fachkräftemangel in der Pflege vor. Zu konkreten Maßnahmen wird auf die Antworten zu Frage 9 und 10 in der Drucksache 16/1040 und auf Frage 5 in der Drucksache 16/1948 verwiesen.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration

Anlage

Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung

Diese Tabelle bezieht sich auf:

- Region: Baden-Württemberg
- Alter: Alle Altersgruppen
- Geschlecht: Beide Geschlechter
- Nationalität: Alle Nationalitäten
- Art der Standardisierung: Standardbevölkerung " Deutschland 2011"

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sterbefälle	1	2	7	17	12	18	16	25	44	44	48	30	89	83	77	68	75	88
Sterbefälle je 100.000 Einwohner	0	0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,4	0,4	0,3	0,8	0,8	0,7	0,6	0,7	0,8
Sterbefälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert)	0	0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,5	0,3	0,9	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7

E40-E46 Mangelernährung
 E40-E46 Mangelernährung
 E40-E46 Mangelernährung

Die Tabelle wurde am 20.11.2017 14:49 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Quelle(n):
 Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt
 © Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2017