

Kleine Anfrage

der Abg. Beate Böhlen und Thomas Hentschel GRÜNE

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales und Integration

Finanzielle Ausstattung und Personalsituation der Krankenhäuser in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden

Kleine Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Welche Krankenhäuser (kommunal, privat und sonstige Einrichtungen) wurden seit 2011 in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden durch die Krankenhausförderung des Landes mit welchen Summen gefördert (bitte detailliert aufschlüsseln)?
2. Wie haben sich die Kennziffern (Pflegepersonalschlüssel, durchschnittliche Bettenauslastung, Pfl egetage, Verweildauer, Zahl der stationär behandelten Fälle) der Krankenhäuser in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden seit 2011 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt entwickelt?
3. Wie setzt sich die Landesregierung dafür ein, eine Erhöhung der Fallpauschale, der Betriebskosten und sonstiger Zuweisungen durch den Bund sicherzustellen?
4. Welche Instrumente und Maßnahmen stehen zur Verfügung, um die Kommunen in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden bei der Finanzierung und Ausstattung der kommunalen Krankenhäuser zu unterstützen?
5. Welchen Handlungsbedarf sieht die Landesregierung, um die Qualität der Pflege und der Betreuung zu sichern und auszubauen, v. a. hinsichtlich des Faktors Zeit pro Patient?
6. Wie viele Schülerinnen und Schüler der Pflegeberufe gab es im Land seit 2011 im Landkreis Rastatt und dem Stadtkreis Baden-Baden bis zum aktuellen Schuljahr (bitte nach einzelnen Fachrichtungen, Ausbildungsjahren, Durchfallquoten, Trägern und ggf. nach Stadt- und Landkreisen aufschlüsseln)?

7. Wie schätzt die Landesregierung die zu erwartenden Engpässe bezüglich des Pflegepersonals, insbesondere hinsichtlich des demografischen Wandels, in den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden ein?

8. Durch welche Maßnahmen des Landes soll der Beruf attraktiver gestaltet werden?

25.04.2018

Böhlen, Hentschel GRÜNE

Begründung

Die Zukunft der Pflege ist ein zentrales Thema der Gesundheitspolitik des Landes und für die Lebensqualität seiner Bewohnerinnen und Bewohner. Die Kleine Anfrage soll Auskunft über Stand und Herausforderungen der Pflege in den Krankenhäusern der Kreise Rastatt und Baden-Baden geben.

Antwort

Mit Schreiben vom 22. Mai 2018 Nr. 52-0141.5/16/3970 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Welche Krankenhäuser (kommunal, privat und sonstige Einrichtungen) wurden seit 2011 in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden durch die Krankenhausförderung des Landes mit welchen Summen gefördert (bitte detailliert aufschlüsseln)?

Die Krankenhäuser in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden wurden seit 2011 wie nachstehend dargestellt durch die Krankenhausförderung des Landes finanziell unterstützt.

Erfolgte antragsgebundene Einzelförderung von Investitionen gem. §§ 12, 13, 14 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG):

Landkreis Rastatt:

<u>Jahr</u>	<u>Betrag (Euro)</u>
2011	—
2012	—
2013	—
2014	—
2015	—
2016	766.000
2017	—

Stadtkreis Baden-Baden:

<u>Jahr</u>	<u>Betrag (Euro)</u>
2011	—
2012	—
2013	670.000
2014	1.497.000
2015	506.000
2016	—
2017	936.000

Erfolgte Pauschalförderung gem. §§ 15, 16 LKHG:

Landkreis Rastatt:

<u>Jahr</u>	<u>Betrag (Euro)</u>
2011	951.600
2012	1.049.100
2013	1.036.700
2014	1.063.800
2015	1.055.200
2016	1.014.600
2017	1.009.000

Stadtkreis Baden-Baden*:

<u>Jahr</u>	<u>Betrag (Euro)</u>
2011	1.871.200
2012	2.037.400
2013	2.024.700
2014	2.301.200
2015	2.243.900
2016	2.314.400
2017	1.827.300

* Sowie einer Betriebsstelle in Bühl, Landkreis Rastatt

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Fördersummen kreisweise zusammengefasst.

2. Wie haben sich die Kennziffern (Pflegepersonalschlüssel, durchschnittliche Bettenauslastung, Pfl egetage, Verweildauer, Zahl der stationär behandelten Fälle) der Krankenhäuser in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden seit 2011 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt entwickelt?

Die durchschnittliche Bettenauslastung, die Anzahl der Pfl egetage, die Verweildauer und die Anzahl der stationären Fälle der einzelnen Krankenhäuser werden vom Statistischen Landesamt jährlich erhoben und dem Ministerium für Soziales und Integration übermittelt. Gemäß § 8 Abs. 1 und 3 LKHG können diese Daten zu krankenhauplanerischen Zwecken verwandt werden, sind jedoch geheim zu halten.

Daten zu den Pflegepersonalschlüsseln der einzelnen Krankenhäuser liegen dem Ministerium für Soziales und Integration nicht vor.

3. *Wie setzt sich die Landesregierung dafür ein, eine Erhöhung der Fallpauschale, der Betriebskosten und sonstiger Zuweisungen durch den Bund sicherzustellen?*
5. *Welchen Handlungsbedarf sieht die Landesregierung, um die Qualität der Pflege und der Betreuung zu sichern und auszubauen, v. a. hinsichtlich des Faktors Zeit pro Patient?*

Die Fragen 3 und 5 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

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 letzten großen krankenhauspolitischen Gesetzesvorhaben des Bundes, dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), und wird es im Bundesrat auch weiterhin sein.

Das KHSG enthält mehrere Ansatzpunkte zur Verbesserung der pflegerischen Situation in den Krankenhäusern, die sich seit dem Jahr 2017 auswirken. Konkrete Ansätze hinsichtlich der Personalkosten insbesondere in der Pflege sind insbesondere ein Pflegezuschlag (Mittelvolumen pro Jahr 500 Mio. Euro) ab 2017, der nach Pflegepersonalkosten verteilt wird, die anteilige Refinanzierung von Tarifsteigerungen und das Pflegestellenförderprogramm (110 Mio. Euro 2016, 220 Mio. Euro 2017, 330 Mio. Euro 2018). Zudem wird das Hygieneförderprogramm bis 2019 verlängert und Fehlanreize durch Übervergütung bei sinkenden Sachkosten sollen analysiert und beseitigt werden, sodass mittelbar personalintensive Leistungen profitieren.

Zudem erging Mitte 2017 der bundesgesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltungspartner, spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche mit Wirkung für alle zugelassenen Krankenhäuser zu vereinbaren (§ 137 i SGB V).

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung widmet sich auch dem Thema Pflege im Krankenhaus. Zentrale Punkte in Bezug auf die Pflege im Krankenhaus sind dabei:

- Der Auftrag an die Selbstverwaltung, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen soll dergestalt erweitert werden, dass in Krankenhäusern derartige Untergrößen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.
- Pflegepersonalkosten sollen besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.

Die Landesregierung sieht die Ankündigungen des Koalitionsvertrages grundsätzlich als Schritte in die richtige Richtung. Sie wird die Ausgestaltung dieser Vorhaben konstruktiv im Interesse der Pflege und deren auskömmlicher Finanzierung in den Krankenhäusern begleiten. So hat der Bundesrat mit Unterstützung des Landes erst am 23. März 2018 eine Entschließung verabschiedet, in der die Bundesregierung zur Umsetzung der Personaluntergrenzen aufgefordert wird (*Anlage*). Hinsichtlich der Ausgestaltung fordern die Länder darin unter anderem, dass zusätzliche Kosten für die Krankenhäuser vollständig durch die gesetzliche Krankenversicherung zu refinanzieren sind und es sichergestellt ist, dass es insbesondere in ländlichen Gebieten nicht zu Versorgungsgapsen kommt.

4. Welche Instrumente und Maßnahmen stehen zur Verfügung, um die Kommunen in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden bei der Finanzierung und Ausstattung der kommunalen Krankenhäuser zu unterstützen?

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) regelt die wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern. Die grundsätzlichen Aussagen zum Förderrecht und den Betriebskosten sind in § 4 (duale Krankenhausfinanzierung) und § 6 KHG (Krankenhausplanung und Investitionsprogramme) niedergelegt. Die Investitionskosten und diesen gleichstehende Kosten im Sinne des KHG werden in § 2 Nr. 2, Nr. 3 KHG genauer definiert.

Das KHG gibt den Ländern mit diesen Vorgaben einen genau umrissenen Handlungsspielraum, was die landesrechtliche Ausgestaltung des Investitionsförderrechts betrifft. Die damit korrespondierenden landesrechtlichen Regelungen finden sich im 3. Abschnitt des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG) in den §§ 10 bis 26 LKHG. In diesen Normen sind neben Grundsatzregelungen (§§ 10, 26) die verschiedenen Fördertypen – wie z. B. die Förderung über Investitionsprogramme (§ 11), die Einzelförderung (§§ 12, 13, 14), die Pauschalförderung (§§ 15, 16), die Förderung von Nutzungsentgelten (§ 17) – sowie Regelungen zur Rückerstattung von Fördermitteln und zu den Pflichten des Krankenhausträgers im Zusammenhang mit der Förderung enthalten.

6. Wie viele Schülerinnen und Schüler der Pflegeberufe gab es im Land seit 2011 im Landkreis Rastatt und dem Stadtkreis Baden-Baden bis zum aktuellen Schuljahr (bitte nach einzelnen Fachrichtungen, Ausbildungsjahren, Durchfallquoten, Trägern und ggf. nach Stadt- und Landkreisen aufschlüsseln)?

Für die Fachrichtungen Gesundheits- und Krankenpflege (GGK), Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (GGKK) und Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (GGKH) gibt es im Landkreis Rastatt keine und im Stadtkreis Baden-Baden eine Schule. Träger dieser Schule für Pflegeberufe ist die Klinikum Mittelbaden gGmbH.

Die Schülerinnen- und Schülerzahlen haben sich an dieser Schule seit 2011 wie folgt entwickelt:

Fachrichtung/ Schuljahr	Stufe 1		Stufe 2		Stufe 3		Alle Jahrgänge	
	Schülerzahl		Schülerzahl		Schülerzahl		Schülerzahl	
	insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich
GGK								
2011/2012	27	20	19	17	23	18	69	55
2012/2013	25	21	26	19	19	17	70	57
2013/2014	24	16	21	18	25	18	70	52
2014/2015	24	17	21	15	20	18	65	50
2015/2016	26	22	23	20	21	14	70	56
2016/2017	25	22	25	21	24	20	74	63
2017/2018	26	20	23	20	23	20	72	60
GGKK								
2011/2012	6	6	7	7	7	7	20	20
2012/2013	6	6	6	6	7	7	19	19
2013/2014	8	8	7	7	6	6	21	21
2014/2015	7	7	6	6	7	7	20	20
2015/2016	7	7	7	7	6	6	20	20
2016/2017	7	7	7	7	8	8	22	22
2017/2018	7	7	7	7	7	7	21	21
GGKH								
2011/2012	14	9					14	9
2012/2013	19	16					19	16
2013/2014	20	15					20	15
2014/2015	20	15					20	15
2015/2016	18	18					18	18
2016/2017	20	16					20	16
2017/2018*								

* der Ausbildungsbeginn dieser einjährigen Ausbildung wurde von Oktober auf April verschoben (erstmalig ab April 2018), sodass zum Stichtag der Schulstatistik im Oktober 2017 keine Schüler/ Schülerinnen in Ausbildung waren

Statistisches Landesamt, Datenquelle: Amtliche Schulstatistik

Die Gesamtzahl der Schulabgänger und Schulabgängerinnen mit und ohne Abschlusszeugnis und die jeweilige „Erfolgsquote“ je Fachrichtung seit 2011 im Einzelnen:

Fachrichtung/ Abgangsjahr	Schulabgänger insgesamt		darunter mit Abschlusszeugnis		„Erfolgsquote“
	insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich	in Prozent
GGK					
2011	28	23	28	23	100,0
2012	21	17	21	17	100,0
2013	20	18	19	17	95,0
2014	24	19	23	18	95,8
2015	19	17	19	17	100,0
2016	21	14	19	12	90,5
2017	20	18	16	15	80,0
GGKK					
2011	5	5	5	5	100,0
2012	6	6	6	6	100,0
2013	7	7	6	6	85,7
2014	6	6	6	6	100,0
2015	7	7	7	7	100,0
2016	6	6	5	5	83,3
2017	7	7	7	7	100,0
GGKH					
2011	12	10	12	10	100,0
2012	15	11	15	11	100,0
2013	15	12	15	12	100,0
2014	16	14	15	13	93,8
2015	16	12	15	11	93,8
2016	18	18	18	18	100,0
2017	16	10	14	9	87,5

7. Wie schätzt die Landesregierung die zu erwartenden Engpässe bezüglich des Pflegepersonals, insbesondere hinsichtlich des demografischen Wandels, in den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden ein?

Zur spezifischen Situation der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden liegen der Landesregierung keine Informationen vor. Die konkrete Personalgewinnung und Personalentwicklung ist Sache der Krankenhausträger. In diesem Zusammenhang spielen die Anstrengungen um eine ausgewogene Altersstruktur sicher eine besonders wichtige Rolle.

8. Durch welche Maßnahmen des Landes soll der Beruf attraktiver gestaltet werden?

Auf Grundlage der Empfehlungen der Enquete „Pflege“ werden verschiedene Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen umgesetzt. Insbesondere gilt es, das Berufsbild für möglichst viele und unterschiedliche Zielgruppen attraktiver zu gestalten und die Zugangsmöglichkeiten zu verbessern.

Dazu zählen insbesondere:

Gewinnung neuer Zielgruppen durch Akademisierung

Die Akademisierung in der Pflege wird weiter vorangebracht. Ab WS 2017/2018 ist der neue Studiengang „Pfle gewissenschaften“ mit einer Kapazität von jährlich 30 Studienplätzen an der PH Schwäbisch Gmünd gestartet. Das Universitätsklinikum Tübingen, die Uni Tübingen und die FH Esslingen wollen zum WS 2018/2019 Studierende befähigen, neben dem Bachelor auch die Berufszulassung in der Entbindungs- und Krankenpflege zu erwerben. Mit der Akademisierung der Pflegeberufe werden neue Zielgruppen, insbesondere Abiturientinnen und Abiturienten angesprochen. Diese Ausbildungsart ermöglicht Karrierechancen und die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams. Ein evidenz- und wissenschaftsbasierter Ansatz wird zu einer Weiterentwicklung der Pflege beitragen und die Berufszufriedenheit steigern.

Gewinnung neuer Zielgruppen durch Teilzeitmodelle in der Ausbildung

Für Interessenten, für die eine Vollzeitausbildung aufgrund familiärer oder anderer Verpflichtungen nicht infrage kommt, wurden erweiterte Möglichkeiten für eine Teilzeitausbildung in den Pflegeberufen geschaffen. Den Einrichtungen und Schulen wird insoweit ein hohes Maß an Flexibilität eingeräumt.

Zweijährige Gesundheits- und Krankenpflegehelferausbildung

Durch die Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Gesundheits- und Krankenpflege ist es nun möglich, diese Ausbildung auch über 2 Jahre zu absolvieren. Dadurch können die Unterrichtsinhalte vertieft vermittelt und die praktischen Ausbildungsinhalte intensiver geübt werden. Denn die Krankenhäuser, die zweijährige Gesundheits- und Krankenpflegehelfer ausbilden, haben aufgrund ihrer komplexen Pflegesituation einen erhöhten Bedarf an besonders geschulten Pflegehilfskräften, die der hohen Spezialisierung in einem maximalversorgenden Krankenhaus gewachsen sind. Die dortigen Pflegefachkräfte werden dadurch entlastet, weil sie einfache Aufgaben der Behandlungspflege delegieren können.

Assistierte Ausbildung

Zur Unterstützung von jungen Menschen mit besonderem Förderbedarf bei einer Ausbildung in der Pflegehilfe wurde 2016 das ESF-Programm „Assistierte Ausbildung für Berufe der Pflegehilfe und Alltagsbetreuung (APA)“ aufgelegt. Dabei soll die Aufnahme einer Ausbildung durch sozialpädagogische Begleitung erleichtert und Ausbildungsabbrüchen vorgebeugt werden. Mit den ESF- und Landesmitteln können in Baden-Württemberg während der dreijährigen Projektlaufzeit sieben Träger in Kooperation mit Berufsfachschulen Auszubildende begleiten und unterstützen.

Modularisierung der Weiterbildung

Die staatlich anerkannten Weiterbildungen in der Pflege werden nach und nach modularisiert, um internationale Vergleichbarkeit herzustellen. Gleichzeitig eröffnen sich den Pflegekräften Aufstiegschancen.

Durchlässigkeit der Ausbildung

Auch künftig soll die Ausbildung durchlässig bleiben. Im Prinzip ist es möglich, von der Helferausbildung über die Ausbildung zur Fachkraft den Bachelor in den Pflegeberufen zu erwerben und auch eine weitere akademische Laufbahn einzuschlagen.

Generalistische Pflegeausbildung

Mit der zum 1. Januar 2020 beginnenden neuen generalistischen Pflegeausbildung ist die Erwartung einer Aufwertung der Pflegeberufe verbunden. Denn aufgrund der breiteren Einsatzmöglichkeiten und der Aufstiegschancen werden das Ansehen und damit die Attraktivität der Pflegeberufe steigen.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration

Anlage

Bundesrat

Drucksache **48/18** (Beschluss)

23.03.18

Beschluss
des Bundesrates

**Entschließung des Bundesrates - Die Situation der Pflege durch
Pflegepersonaluntergrenzen spürbar verbessern**

Der Bundesrat hat in seiner 966. Sitzung am 23. März 2018 die aus der Anlage ersichtliche Entschließung gefasst.

Drucksache 48/18 (Beschluss)**Anlage**

Entschließung des Bundesrates - Die Situation der Pflege durch Pflegepersonaluntergrenzen spürbar verbessern

1. Der Bundesrat begrüßt die Regelungen des § 137i SGB V, durch die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern verbindlich eingeführt werden sollen.
2. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass die Vereinbarung der Vertragsparteien (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) zu einer spürbaren Verbesserung der Personalschlüssel im Pflegebereich in den Krankenhäusern führen muss. Sollte diese Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kommen, muss das Bundesministerium für Gesundheit sachgerechte Pflegepersonaluntergrenzen zeitnah in einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 SGB V festlegen.
3. Aus Sicht des Bundesrates entspricht eine Vereinbarung der Vertragsparteien oder eine diese ersetzende oder ergänzende Rechtsverordnung nur dann den Vorgaben des § 137i Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 SGB V, wenn folgende Maßgaben erfüllt werden:
 - a) Der Personalschlüssel gilt für alle Stationen und Notaufnahmen der Krankenhäuser, in denen Pflegepersonal tätig ist.
 - b) Der Personalschlüssel muss so hoch sein, dass eine bedarfsgerechte Versorgung und Pflege der Patientinnen und Patienten sichergestellt ist. Hierfür ist eine Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl zu verwenden.
 - c) Der Personalschlüssel muss zeitlich umfassend, also sowohl tagsüber als auch nachts, gelten.

- d) Der Personalschlüssel darf ausschließlich durch die Zählung von Fachpersonal als erfüllt gelten.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, im Rahmen des ihr nach § 137i Absatz 2 SGB V zugewiesenen fachlichen Austauschs mit den Vertragsparteien auf die Verwirklichung dieser Maßgaben hinzuwirken und diese bei Erlass der Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 SGB V zu berücksichtigen.

4. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung dazu auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Krankenhäuser unabhängig von der Trägerschaft durch die Maßnahmen nicht finanziell belastet werden. Die zusätzlichen Personalkosten der Krankenhäuser sind aus GKV-Mitteln vollständig zu finanzieren.
5. Der Bundesrat erwartet, dass auch für die Hebammenbetreuung im Kreißaal und auf Wöchnerinnenstationen angemessene Personalschlüsselzahlen verbindlich festgesetzt werden.
6. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung darüber hinaus dazu auf, gesetzliche Personalschlüssel für stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI einzuführen, die bundeseinheitlich gleich sind, und sicherstellen, dass überall gleich hohe Maßstäbe verbindlich gelten. Zur Finanzierung sind die Sachleistungen der Pflegeversicherung kontinuierlich an die Personalentwicklung anzupassen.
7. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, ihn zeitnah über den Fortgang der Beratungen zu der Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 SGB V zu informieren.
8. Der Bundesrat sieht es für erforderlich an, dass die Einführung und Umsetzung von Personaluntergrenzen nicht zu Versorgungslücken und -engpässen – insbesondere im ländlichen Raum – führen.
9. Der Bundesrat sieht Bund, Länder und die Partner der Selbstverwaltung gemeinsam in der Verantwortung, umfassende Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und -gewinnung zu ergreifen, damit Personaluntergrenzen umgesetzt und eingehalten werden können.

Begründung

Zum 1. Januar 2019 werden Personaluntergrenzen für alle pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern eingeführt. Das SGB V verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe in einer Vereinbarung zu konkretisieren.

Angesichts der Überlastung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern, die sowohl die Patientenversorgung beeinträchtigt als auch zur Abwanderung des Fachpersonals aus den Pflegeberufen führt, ist die Einführung von Personaluntergrenzen ein überfälliger Schritt. Damit er Wirkung erzielt, muss die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene Personalschlüssel zugrunde legen, die die Erbringung guter Pflegequalität ermöglichen und das Pflegepersonal entlasten. Die Nichteinhaltung der Pausenzeiten, Doppelschichten und Überstunden müssen auch in der Urlaubszeit oder bei Erkrankungen des Personals der Vergangenheit angehören. Eine Vereinbarung, die diesen Vorgaben nicht entspricht, muss vom Bundesministerium für Gesundheit durch eine eigene Regelung ersetzt werden.

§ 137i SGB V überlässt die Festlegung pflegesensitiver Bereiche den Vertragsparteien. Das darf nicht dazu führen, dass nur ein kleiner Ausschnitt der Krankenhausabteilungen erfasst wird. Ansonsten droht, dass Personal aus nicht vom Personalschlüssel erfassten Bereichen abgezogen wird. Die Personalschlüssel müssen deswegen umfassend gelten. Des Weiteren ist auszuschließen, dass der Personalschlüssel auf anderem Wege – etwa durch zeitliche Beschränkungen oder die Erfüllung des Personalschlüssels durch Auszubildende oder Hilfskräfte – ausgehebelt wird. Insbesondere ist darüber hinaus wichtig, dass der Personalschlüssel ausreichend hoch ist für eine bedarfsgerechte Versorgung. Denn die Personalschlüssel sollen nicht nur Untergrenzen sein, sondern eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung ermöglichen. Hierfür ist wichtig, dass er die Relation Pflegepersonal zu Patientinnen und Patienten ausreichend abbildet.

Die Einführung von Pflegepersonalschlüsseln wird dazu führen, dass die Krankenhäuser mehr Personal einstellen müssen. Es muss ihnen ermöglicht werden, die Kosten für das Pflegepersonal in Gänze aus ihren Entgelten zu refinanzieren. Höhere Kosten für Pflegepersonal dürfen nicht zu Einsparungen in anderen Bereichen des Krankenhauses führen.

Eine Geburt wird belastender und risikoreicher je mehr Gebärende eine Hebamme gleichzeitig betreuen muss. Hebammen verlassen den Beruf, weil sie die Situation im Kreißaal, in dem sie häufig mehrere Geburten zur selben Zeit betreuen sollen, nicht mehr verantworten können. Ein gravierender Mangel an klinisch tätigen Hebammen und die zusätzliche Belastung der noch in den Krankenhäusern tätigen Hebammen ist das Resultat dieser Überforderung. Daher muss auch für diesen Bereich eine angemessene Personalmindestbesetzung verbindlich festgelegt werden.

Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass auch für die stationären Pflegeeinrichtungen bundesweit die gleichen Personalschlüssel gelten. Dies entspannt die Arbeitssituation und stellt sicher, dass unter den Bedingungen einer generalistischen Ausbildung stationäre Pflegeeinrichtungen nicht einen Wett-

bewerbsnachteil gegenüber Krankenhäusern haben, wenn es um die Personalausstattung geht.

Bei unveränderten Pflegeversicherungsleistungen treffen die finanziellen Folgen einer Personalverbesserung alleine die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Um dem entgegenzuwirken, sind die Leistungen der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung anzupassen.

Bereits heute gibt es einen Fachkräftemangel in der Pflege. Allein durch die Einführung von Personaluntergrenzen wird daher die Situation in der Pflege nicht verbessert werden können. Daher muss die Einführung von verpflichtenden Personaluntergrenzen durch weitere Maßnahmen begleitet werden, um zum einen negative Folgen für die Versorgungssituation zu verhindern und zum anderen mehr Fachkräfte für die Pflege zu gewinnen. Verpflichtende Personaluntergrenzen können – auch wenn das Personal vollständig refinanziert wird – sehr schnell negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit haben, wenn weiterhin nicht ausreichend Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.