

Antwort der Bundesregierung auf die

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Götz Frömming, Dr. Christina Baum, Roger Beckamp, Marc Bernhard, René Bochmann, Peter Boehringer, Gereon Bollmann, Dirk Brandes, Jürgen Braun, Marcus Bühl, Petr Bystron, Thomas Dietz, Robert Farle, Dietmar Friedhoff, Hannes Gnauck, Kay Gottschalk, Martin Hess, Nicole Höchst, Gerrit Huy, Steffen Janich, Dr. Marc Jongen, Dr. Malte Kaufmann, Prof. Michael Kaufmann, Norbert Kleinwächter, Enrico Komning, Steffen Kotré, Barbara Lenk, Corinna Miazga, Edgar Naujok, Jürgen Pohl, Stephan Protschka, Martin Reichardt, Bernd Schattner, Jörg Schneider, Thomas Seitz, Martin Sichert, Jan Wenzel Schmidt, Wolfgang Wiehle, Joachim Wundrak, Kay-Uwe Ziegler und der Fraktion der AfD

Mangel an Intensivbetten und fehlendes Pflegepersonal

Fehlendes Pflegepersonal gehört nicht erst seit der Corona-Pandemie zum Alltag deutscher Intensivstationen. Im März 2019 veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt den Artikel „Intensivmedizin – Versorgung der Bevölkerung in Gefahr“: Schon zu Zeiten der Grippewelle 2017/2018 wäre die Notfallversorgung der Bevölkerung nur eingeschränkt möglich gewesen, selbst der Regelbetrieb könne oft nicht garantiert werden – als Folge würden zahlreiche Intensivbetten gesperrt (vgl. Deutsches Ärzteblatt (2019); 116 (10): A 462–6, abrufbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205989/Intensivmedizin-Versorgung-der-Bevoelkerung-in-Gefahr>, letzter Stand: 24.11.2021).

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) signalisiert in ihren Strukturvorgaben, dass das Verhältnis von Pflegekraft zu Patient auf den Intensivstationen bei höchstens 1:2 liegen sollte. In besonderen Fällen wie der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO), sowie bei einem hohen Anteil (>60 Prozent) von Patienten mit Organersatzverfahren (z.B. Beatmung) ist eine 1:1 Betreuung indiziert (vgl. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/95/empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-kurzversion>, S. 5, letzter Stand: 29.11.2021), damit eine Überlastung des Pflegepersonals verhindert und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung gewährleistet werden kann.

Unter realen Bedingungen liegt das durchschnittliche Pfleger-Patienten-Verhältnis in der Frühschicht bei 1:2,5, in der Spätschicht bei 1:2,6 und bei 1:3,1 in der Nacht. Je nach Bundesland variieren die Zahlen (vgl. C. Karagiannidis et al. (2019), Auswirkungen des Pflegepersonal mangels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland, Med Klin Intensivmed Notfmed 114, 327–

333, abrufbar: <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0457-3>, letzter Stand: 29.11.2021).

Verschiedene internationale Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen eingeschränkter Personalbesetzung und Krankenhaussterblichkeit (vgl. L.H. Aiken, D. Sloane et al. (2016), Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care, abrufbar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477662/>; D.M. Kelly et al. (2014) „Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults“, Critical care medicine Vol. 42,5: 1089-95, abrufbar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993087/>, letzter Stand: 24.11.2021)

Während der Corona-Pandemie hat die epidemische Entwicklung zu einer Zunahme schwerkranker Patienten geführt, die in der intensivmedizinischen Betreuung beatmet werden müssen und bei besonders schweren Verläufen auf eine ECMO angewiesen sind (vgl. <https://www.zdf.de/nachrichten/heute/coronavirus-beatmung-durch-ecmo-intensivmedizin-100.html>, letzter Stand: 29.11.2021).

Im Zeitraum vom 21.10.2020 bis zum 21.10.2021 wurden insgesamt 5.000 Intensivbetten abgebaut (vgl. <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/presse-meldungen-nach-themen/intensivstation/211021-presse-meldungen-divi-bettensperrung-pflegemangel.pdf>, letzter Stand: 29.11.2021). Grund dafür – so der Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin – sei die hohe Arbeitsbelastung, die dazu führe, dass viele Pflegekräfte aus ihrem Beruf ausscheiden (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128476/Intensivmediziner-4-000-Intensivbetten-weniger-seit-Jahresbeginn>, letzter Stand: 26.11.2021).

Seit Beginn der Corona-Pandemie begründet die Bundesregierung die Eindämmungsmaßnahmen gegen die Ausbreitung von Covid-19 mit einer drohenden Überlastung deutscher Intensivstationen (vgl. <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2021-04/angela-merkel-corona-notbremse-intensivstationen-infektionsschutzgesetz-bundestag>; <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Merkel-Duerfen-Hilferufe-der-Intensivmediziner-nicht-ueberhoeren-418844.html>; <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/corona-massnahmen-merkel-divi-101.html>, letzter Stand: 29.11.2021). Nach Ansicht der Fragesteller sieht die Bundesregierung in der Anzahl der betreibbaren Intensivbetten einen entscheidenden Faktor im Kampf gegen die Pandemie.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Gründe gibt es aus Sicht der Bundesregierung für die Überlastung der Intensivstationen und sind die Ursachen dafür möglicherweise nicht nur in der Pandemie zu suchen, sondern auch in Fehlentscheidungen (u.a. Bettenabbau, s. Vorbemerkung sowie Personalmangel durch schlechte Rahmenbedingungen, vgl. <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/personalmangel-auf-intensivstationen-viele-pflegekraefte-gehen-17616341.html>, letzter Stand 09.12.202), die unabhängig von der pandemischen Situation getroffen worden sind?

Antwort:

Die Bundesregierung ist unabhängig von der Corona-Pandemie bestrebt, die Versorgung und die Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich zu verbessern. Dabei ist insbesondere die Belastung des Pflegepersonals durch medizinische und technische Entwicklungen, Arbeitsverdichtung, Veränderungen des morbiditätsbedingten Versorgungsbedarfs sowie steigender Versorgungsintensität der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Zur Entlastung des Pflegepersonals und damit zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind in den letzten Legislaturperioden bereits einige Maßnahmen getroffen worden. Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) ist ein stufenweise ansteigendes Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet worden, das bis zum 31. Dezember 2018 über drei Jahre Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 660 Mio. Euro zur Verfügung stellte. Zur nachhaltigen Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung am Bett wurde das Pflegestellen-Förderprogramm mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) im Jahr 2019 bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut.

Weiterhin werden seit dem 1. Januar 2020 die Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen vergütet und über ein sogenanntes Pflegebudget finanziert. Das Pflegebudget wird zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vor Ort vereinbart und berücksichtigt den krankenspezifischen Pflegepersonalbedarf und die krankenspezifischen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Im Rahmen des Pflegebudgets werden auch pflegeentlastende Maßnahmen durch die Kostenträger finanziert, z. B. wenn Krankenhäuser zur Verbesserung des Betriebsablaufs Aufgaben wie die Essensausgabe oder den Wäschedienst vom Pflegepersonal auf andere Personalgruppen übertragen. Bei Abweichungen zwischen den im Pflegebudget vereinbarten und den tatsächlichen Pflegepersonalkosten sind diese über das Budget des Folgejahres vollständig auszugleichen. Um etwaige finanzielle Einbußen der Krankenhäuser bei der

Umstellung auf das Pflegebudget abzufedern, werden zudem mögliche Budgetverluste für die Krankenhäuser im Jahr 2020 auf zwei Prozent und im Jahr 2021 auf vier Prozent begrenzt.

Anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung der linearen Tarifsteigerungen wurden für die Pflegekräfte bei Überschreitung der Obergrenze in den Jahren 2018 und 2019 die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen in voller Höhe bei einer Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert berücksichtigt. Die Tarifsteigerungen für Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen werden seit der Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 vollständig krankenhausesindividuell von den Kostenträgern finanziert.

Die erforderlichen Aufwendungen für Maßnahmen, die Krankenhäuser zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreifen, können diese für einen Zeitraum von sechs Jahren hälftig aus Mitteln der Kostenträger decken.

Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag, der mit Beginn des Jahres 2017 den Versorgungszuschlag abgelöst hat, wurden für das Jahr 2020 in Höhe von rund 200 Millionen Euro in die Landesbasisfallwerte überführt. Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass die Mittel des sogenannten, aber nicht zweckgebundenen Pflegezuschlags auch zur Finanzierung von beispielsweise anderen Personalkosten als Pflegepersonalkosten genutzt werden.

Die Bundesregierung wird über die genannten Reformmaßnahmen hinaus weiter intensiv an Verbesserungen für die Situation der Pflegekräfte im Krankenhaus arbeiten und durch entsprechende Gesetzgebungsiniciativen einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung des Pflegepersonals leisten. Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass die Personalausstattung letztlich in der Verantwortung der Krankenhausträger liegt. Im Rahmen ihrer Organisationshoheit obliegt es den Krankenhausträgern, eine dem Versorgungsauftrag angemessene Personalausstattung sicherzustellen.

2. Ist der Bundesregierung der von verschiedenen Seiten vorgetragene Vorwurf, dass das „Krankenhauszukunftsgesetz“ den Bettenabbau befördere (vgl. <https://www.jungewelt.de/loginFailed.php?ref=/artikel/386673.gesundheitspolitik-forcierter-bettenabbau.html>, letzter Stand: 07.12.2021) bekannt und wenn ja, hat sich die Bundesregierung dazu eine Positionierung erarbeitet und wie lautet diese ggf.?

Antwort:

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurde mit einem Volumen von 3 Milliarden Euro an Bundesmitteln der Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) und damit ein Investitionsprogramm errichtet, mit dessen Mitteln Krankenhäuser in moderne Notfallkapazitäten, die Digitalisierung, ihre IT-Sicherheit und in die pandemiegerechte Anpassung von Patientenzimmern investieren können. Die einzelnen Förderzwecke des KHZF sind in § 14a Absatz 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt. Soweit eine Verringerung der Planbettenzahl Voraussetzung für die Förderung von Maßnahmen zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse einer Pandemie ist, ist darauf hinzuweisen, dass die Bettenauslastung seit Beginn der Corona-Pandemie spürbar zurückgegangen ist.

3. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Personalbestand im Bereich der Intensivpflege und wo lag das durchschnittliche Pfleger-Patienten-Verhältnis in diesem Bereich für das Jahr 2021 (bitte aufschlüsseln nach Bundesländern)?

Antwort:

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Daten über die Anzahl der intensivmedizinisch geschulten Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte vor. Berufe in der Intensivpflege sind auch in der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit nicht isoliert abgrenzbar. Sie befinden sich in Berufsuntergruppen (Anforderungsniveau Spezialist: Berufe in der Fachkrankenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten und Berufe in der Fachkinderkrankenpflege - komplexe Spezialistentätigkeiten) und können daher nicht näher bestimmt werden. Auch anhand der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser) lässt sich keine abschließende Aussage treffen. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung auch keine

Daten über das durchschnittliche Verhältnis von Pflegerinnen und Pflegern zu Patientinnen und Patienten vor.

4. Hat die Bundesregierung, ggf. in Abstimmung mit den Ländern, im Zeitraum März 2020 bis Dezember 2021 Maßnahmen ergriffen, um den Personalbestand in Pflege und Intensivmedizin zu erhalten bzw. zu erhöhen und wenn ja, welche Maßnahmen wurden initiiert (bitte aufschlüsseln nach Maßnahme und Höhe der bereitgestellten Mittel je Maßnahme in Euro)?

Antwort:

Besonders im Lichte der Pandemiebekämpfung hat sich gezeigt, dass trotz schwieriger Bedingungen hoch engagierte Pflegekräfte im Einsatz sind. Insbesondere mit den in der Antwort auf Frage 1 dargestellten Maßnahmen wurde auf die schwierige Situation der Pflegekräfte und deren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus reagiert. Die Sicherung der Fachkräftebasis in der Pflege gehört zu den wichtigsten Anliegen der aktuellen Pflege- und Gesundheitspolitik der Bundesregierung.

Der Einsatz von Pflegekräften und anderen Beschäftigten in Krankenhäusern, die durch die Versorgung von mit dem Coronavirus infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, wurde finanziell anerkannt. Die Grundkonzeption der Prämienregelungen in § 26a und § 26d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geht auf ein von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) entworfenes Konzept zurück. Für die erste Prämie nach § 26a KHG, der am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist, wurden beitragsfinanziert 100 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, davon 93 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und 7 Millionen Euro durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen. Hiervon haben 433 Krankenhäuser profitiert, die von Januar bis Ende Mai 2020 besonders viele COVID-19-Patientinnen und -Patienten im Verhältnis zu ihrer Bettenzahl behandelt haben.

Im Rahmen der zweiten Prämie nach § 26d KHG, der am 31. März 2021 in Kraft getreten ist, wurden steuerfinanziert insgesamt 450

Millionen Euro für Prämienzahlungen aus Bundesmitteln zur Verfügung gestellt und über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und den GKV-Spitzenverband an 983 Krankenhäuser ausgereicht, die im gesamten Jahr 2020 besonders viele COVID-19-Fälle im Verhältnis zu ihrer Bettenzahl zu versorgen hatten. Im Rahmen von § 26d KHG wurden jeweils 150 Millionen nach den drei Kriterien verteilt: Summe der Verweildauertage der COVID-19 Patientinnen und –Patienten, Anzahl der Pflegekräfte und Anzahl der behandelten COVID-19-Beatmungsfälle (über 48 h Beatmungszeit).

Bei beiden Prämienregelungen hatten die begünstigten Krankenhäuser selbst mit der Arbeitnehmervertretung über die Auswahl der Prämienberechtigten und die Höhe der Prämien zu entscheiden, da nur sie die jeweiligen Belastungen einschätzen können. Die Prämien richteten sich in erster Linie an Pflegekräfte in der Pflege am Bett, daneben konnten auch andere besonders belastete Krankenhausbeschäftigte Prämien erhalten, z.B. auch Reinigungskräfte.

Aufgrund der anhaltenden SARS-CoV-2-Pandemie wird die Bundesregierung nach der Vereinbarung im Koalitionsvertrag erneut Mittel für Prämienzahlungen an Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bereitstellen.

5. Wie viele Pflegekräfte konnten nach Kenntnis der Bundesregierung von März 2020 bis Dezember 2021 bundesweit neu eingestellt werden (bitte aufschlüsseln nach Monaten und Anzahl der eingestellten Pflegekräfte je Monat)?

Antwort:

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu Einstellungen in den Krankenhäusern vor.

6. Wie viele Pflegekräfte haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit März 2020 bis Dezember 2021 bundesweit arbeitssuchend gemeldet und wo liegen nach Ansicht der Bundesregierung die Gründe für diese Entwicklung (bitte aufschlüsseln nach Monaten und Anzahl der ausgeschiedenen Pflegekräfte je Monat)?

Antwort:

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu der Anzahl und den konkreten Ursachen möglicher Kündigungen von Pflegepersonal vor.

7. Wie und in welchem Zeitrahmen will die Bundesregierung sicherstellen, dass die zusätzlichen 10.806 freien Intensivbetten (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/32393) aktiviert und betrieben werden können, wenn das hierfür erforderliche Pflegepersonal derzeit nicht vorhanden ist?

Antwort:

Bei der genannten Zahl der Intensivbetten handelt es sich um die Intensivbetten in der sogenannten 7-Tage-Notfallreserve. Notfallreserve bedeutet, dass bei dieser Prognose diejenigen zusätzlichen Intensivbetten angegeben werden sollen, die im Notfall-Szenario innerhalb von sieben Tagen aktiviert werden können. Dies betrifft Intensivbetten, die aktuell inaktiv gehalten werden und nicht Gegenstand der täglichen Meldung freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten sind (z. B. aufgestellte aber längerfristig inaktive Räume/ Stationen, weitere eingelagerte Bestände etc.), die aber innerhalb von sieben Tagen personell und strukturell betreibbar wären, wenn mehr Patientinnen und Patienten eine ITS-Behandlung benötigen, als regulär betreibbare Betten auf den Intensivstationen vorhanden sind und wenn sich standortbezogen oder überregional eine Überbelastung der aktuell betriebenen Kapazitäten abzeichnet. Zur Aktivierung von Kapazitäten der Notfallreserve ist dann etwa eine Umgestaltung des regulären Krankenhausbetriebs notwendig. Dabei müssen beispielsweise Bereiche, die regulär keine akute intensivmedizinische Versorgung tätigen, anders genutzt oder Personal aus anderen Versorgungsbereichen abgezogen werden, um im Intensivbereich eingesetzt werden zu können. Ein Einsatz der Notfallreservekapazität bedeutet eine weitere, noch stärkere Einschränkung des regulären Krankenhausbetriebs und der regulären Versorgung von Nicht-COVID Patientinnen und Patienten.

Mit Stand vom 18. Januar 2022 befinden sich 8.173 Intensivbetten in der Notfallreserve (<https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>).

2. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zu ergreifen, sollte die Impfpflicht für Pflegepersonal (vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Ampel-Parteien-schmieden-Gesetz-fuer-selektive-Corona-Impfpflicht-424787.html>, letzter Stand: 07.12.2021) zu einer Kündigungswelle in diesem Bereich führen, wie bspw. bereits im US-Bundesstaat New York geschehen (vgl. <https://www.stern.de/panorama/kuendigung-wegen-impfpflicht--us-krankenhaus-schliesst-entbindungsstation-30737452.html>, Stand: 09.12.2021)?

Antwort:

Dem Bundesministerium für Gesundheit liegen keine Daten vor, ob und ggf. wie viele Beschäftigte in Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern aufgrund der Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht aus den genannten Sektoren ausscheiden würden. Die in § 20a Infektionsschutzgesetz geregelte einrichtungsbezogene Impfpflicht für Bestandspersonal zieht kein automatisches Beschäftigungsverbot nach sich. Bei Nichtvorlage eines geeigneten Nachweises (Impf- oder Genesenennachweis oder Zeugnis über medizinische Kontraindikation) ist diese zunächst dem Gesundheitsamt zu melden. Bei Nichtvorlage des Nachweises trotz Aufforderung entscheidet das zuständige Gesundheitsamt nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall über die weiteren Maßnahmen (z. B. ein Betretungs- oder Tätigkeitsverbot) und wird dabei auch die Personalsituation in der Einrichtung berücksichtigen.