

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung  
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT  
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Dr. Thela Wernstedt, Holger Ansmann, Immacolata Glosemeyer, Oliver Lottke, Hanna Naber, Uwe, Schwarz, Claudia Schüßler, Silke Lesemann, Alptekin Kirci, Matthias Möhle, Annette Schütze und Dr. Christos Pantazis (SPD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur namens der Landesregierung

**Wurde eine drohende oder bestehende Unterversorgung schwerkranker Kinder auf der Kinderintensivstation der MHH nicht durch das Risikomanagement verhindert?**

Anfrage der Abgeordneten Dr. Thela Wernstedt, Holger Ansmann, Immacolata Glosemeyer, Oliver Lottke, Hanna Naber, Uwe, Schwarz, Claudia Schüßler, Silke Lesemann, Alptekin Kirci, Matthias Möhle, Annette Schütze und Dr. Christos Pantazis (SPD), eingegangen am 16.10.2018 - Drs.

18/1891

an die Staatskanzlei übersandt am 22.10.2018

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur namens der Landesregierung vom 15.11.2018

**Vorbemerkung der Abgeordneten**

Seit dem 08.10.2018 berichtet die regionale und überregionale Presse über einen Pflegenotstand auf der Kinderintensivstation (Station 67) der MHH. Der Leitende Oberarzt der Station 67 hatte sich an den NDR gewandt und mitgeteilt, vorhandene Intensivbetten könnten aufgrund unbesetzter Pflegestellen nicht mit Patienten belegt werden. Schon im Jahr 2017 habe die Kinderklinik der MHH die Aufnahme schwerstkranker Kinder aus anderen Krankenhäusern ablehnen müssen. Laut Auskunft des Oberarztes sind womöglich einige der abgewiesenen Patienten gestorben, da sie nicht die erforderliche, maximale medizinische Versorgung erhalten hätten.

Der Oberarzt wies auch darauf hin, dass die freien Intensivbetten wegen eines hohen Bedarfs sicher ausgelastet werden könnten, wenn auf der Station in ausreichendem Umfang qualifiziertes Kinderintensivpflegepersonal zur Verfügung stünde. Bereits am 01.12.2017 berichtete der Deutschlandfunk über den „Sanierungsstau an der Medizinischen Hochschule Hannover“. In einem Interview beklagte gegenüber dem Deutschlandfunk damals auch der Chefarzt der Kinderkardiologie, Prof. Beerbaum, einen Mangel an Pflegekräften auf der Kinderintensivstation und die extrem marode bauliche Situation der MHH-Kinderklinik.

Die Mitteilung, dass schwerstkranker Kinder wegen unzureichenden Pflegekapazitäten in Niedersachsen sterben könnten, hat nun bundesweit Aufmerksamkeit erzeugt und die Diskussion um negative Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen durch den drohenden Pflegemangel in Deutschland befeuert.

Andere Kinderkliniken, wie z. B. die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) und die Kinderklinik auf der Bult, haben hingegen auf Anfragen der Presse mitgeteilt, dass sie aktuell einen derartigen Pflegenotstand wie die MHH auf ihren Kinderintensivstationen nicht beklagen müssen. Die UMG habe laut einem Pressebericht in der HAZ auf ihrer Kinderintensivstation sogar zwei Intensivbetten mehr als die MHH. Zusätzlich sei es der UMG gelungen, einen Personalaufbau auf der Kinderintensivstation zu betreiben. Laut Auskunft der anderen regionalen Kliniken hätten diese bislang einem Mangel an qualifizierten Pflegekräften in der Kinderintensivmedizin u. a. durch Ausbildungs- oder andere Managementmaßnahmen erfolgreich begegnen können.

Das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 und die Qualitätsmanagementrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) schreiben Krankenhäusern die Umsetzung von Risikoma-

nagement- und Fehlermeldesystemen verbindlich vor. Risikomanagement im Krankenhaus gehört zu den Aufgaben der Geschäftsführung. Risikomanagement ist eine zukunftsorientierte Analyse potenzieller Probleme, die analysiert und bewertet werden müssen. Klinisches Risikomanagement umfasst die Identifikation potenzieller Schwachstellen und die Aufgabe, kontinuierlich dafür Sorge zu tragen, potenzielle Behandlungsrisiken aktiv zu minimieren, um mögliche rechtliche und finanzielle Folgen aus Behandlungsfehlern sowie ein induziertes, aber vermeidbares Patientenleid zu verhindern.

Bei Personalmangel und Organisationsverschulden haftet im Falle von Versorgungsmängeln und Patientenschäden gegebenenfalls die Geschäftsführung persönlich; denn es gehört zu den Aufgaben der Geschäftsführung, entsprechend ihrer Verantwortung kontinuierlich die Personalsituation in den Kliniken zu überwachen und möglichen Personalengpässen entgegenzuwirken. Nur durch eine ausreichende Anzahl von Ärzten und Pflegekräften kann die Patientenversorgung auf einem ausreichend hohen Qualitätsniveau sichergestellt werden.

Verschiedene Rechtsprechungen geben den Hinweis, dass sich Geschäftsführer nicht lediglich „gutgläubig“ darauf verlassen dürfen, dass die tatsächliche Personaldichte sich immer auf dem Sollniveau gemäß einer einmal festgelegten wirtschaftlich-statischen Personal-Patienten-Quote befindet.

Eine Geschäftsführung wird im juristischen Sinne „bösgläubig“, wenn sie trotz Meldung aus unterbesetzten klinischen Bereichen keine geeigneten Maßnahmen gegen den Personalmangel ergreift und letztlich den Zustand duldet.

### **Vorbemerkung der Landesregierung**

Auch die Kinderintensivmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ist von einem allgemeinen Pflegenotstand in Deutschland betroffen. Dieser führt zu einer unkalkulierbaren Konzentrierung von intensivpflichtigen Kindern in den pädiatrischen Zentren der Maximalversorgung, zu denen auch die MHH gehört. Dieser Pflegenotstand im Bereich der pädiatrischen Intensivmedizin wurde durch die Einführung der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in 2014 nochmal deutlich verschärft. Die Richtlinie enthält Vorgaben zu der Personalmindestbesetzung unter Beachtung einer entsprechenden Fachweitergebildetenquote (30 bis 40 %) je belegtem, neonatologischem Kinderintensivbett (1:1-Betreuung bzw. 1:2-Betreuung).

Bereits in der ersten Perinatalbefragung im Jahr 2014 durch das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wurde deutlich, dass schon in 2014 weniger als 50 % (30,4 % und 40,5 %) der befragten Perinatalzentren die Personalvorgaben des G-BA erfüllen konnten. Weiter wurde ermittelt, dass bereits in 2014 rund 2 500 zusätzliche Pflegekräfte zusätzlich benötigt würden, um die Vorgaben des G-BA zu erfüllen.

Im Jahr 2016 erfolgte eine zweite Perinatalbefragung durch das DKI. Auch hier konnten lediglich ca. 50 % der Perinatalzentren die geforderten Personalvorgaben erfüllen. Zudem bestand immer noch ein Mehrbedarf an fachweitergebildeten Kinderpflegekräften von rund 1 240 Vollzeitstellen. Daher erklärte die DKG Ende 2016, dass die Ergebnisse der Perinatalbefragungen es dringend erforderlich machen, dass die G-BA-Richtlinie geändert werden müsse.

Anfang 2018 stellte die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) die Ergebnisse des „Klärenden Dialogs“ gemäß Qualitätssicherungsrichtlinie des G-BA dar. Hiernach konnten 15 der 18 Perinatalzentren in Niedersachsen die Personalvorgaben nicht erfüllen.

Erschwerend für diesen Bereich der Pflege kommt die benötigte ausgesprochen hohe Fachqualifikation hinzu. Zudem beläuft sich die Einarbeitungszeit auf sechs Monate. Dadurch scheidet der Rückgriff auf externe Anbieter von stationären Pflegedienstleistungen aus.

Darüber hinaus unterliegt die MHH, durch die in der Versorgungsregion umliegenden anderen Krankenhäuser mit entsprechenden Kinderintensivstationen, einem deutlich intensiveren Wettbewerb und Konkurrenzkampf um Pflegefachkräfte als die UMG. Aufgrund der bestehenden Differenzen zwischen TV-L und TVöD wurde die Konkurrenzsituation für die MHH weiter verschlechtert.

Diese tarifliche Benachteiligung wurde durch die Landesregierung im Zuge der neuen Möglichkeit einer Zulagengewährung für die MHH ausgeglichen.

Aber auch die Vergütungssituation der erbrachten medizinischen Leistung unter Anwendung des DRG-Fallpauschalensystems trägt zur schwierigen Situation im Pflegebereich, insbesondere in der Pädiatrie, mit bei. Seit Jahren wird durch unterschiedliche Fachgesellschaften und Expertinnen und Experten eine deutliche „Unterbewertung“ der DRG-Vergütung für pädiatrische Leistungen angemahnt. Zuletzt hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) Ende 2016 eine Entkoppelung der pädiatrischen Vergütung vom aktuellen DRG-System gefordert, da die Refinanzierung der entstehenden Vorhaltekosten im aktuellen DRG-System für die Pädiatrie nicht sichergestellt werden kann. Diese Forderungen wurden auch durch den Ethikrat gestellt.

Durch Maßnahmen allein der Landesregierung oder der MHH kann diesem Trend des Fachkräftemangels an Hochschulkliniken nicht erfolgreich entgegengewirkt werden. Hierfür müssen auf Bundesebene entsprechende Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte und Leistungserbringer im Gesundheitssystem und in der stationären pädiatrischen Versorgung geschaffen werden.

Für die die Erstellung der Antwort auf die Kleine Anfrage wurden entsprechende Stellungnahmen von der MHH und der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) eingeholt.

**1. Nach welchen Qualitätsmanagementnormen wird das rechtlich vorgeschriebene Risikomanagementsystem für die Identifikation klinischer Risiken in der MHH umgesetzt? Seit wann?**

Das klinische Risikomanagement wurde 2002 in der MHH etabliert, dieses entspricht den Vorgaben des GB-A-Beschlusses (2016) und seit 2017 der DIN ISO 9001:2015.

Die Kinderintensivstation der MHH war als eine der ersten Kinderintensivstationen in Deutschland an einer Studie der Universität Bremen zum Risikomanagement beteiligt und ist seitdem eine der aktivsten Betriebseinheiten im Incident Reporting System der MHH.

**2. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle ist für die Umsetzung des Risikomanagements an der MHH zuständig? Seit wann?**

2002 bis 2004: Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement des Vorstandes Krankenversorgung,

2004 bis 2008: Stabsstelle Unternehmensentwicklung des Vorstandes Krankenversorgung,

2008 bis 2017: Stabsstelle Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit (SRM) des gesamten Präsidiums in Vertretung durch das Präsidiumsmitglied für Wirtschaftsführung und Administration,

seit 2018: Stabsstelle Medizinische Prozess- und Patientensicherheit (MPPS) des Vorstandes Krankenversorgung für das klinische Risikomanagement, Stabsstelle Risikomanagement des Vorstandes für Wirtschaftsführung und Administration für das kaufmännische Risikomanagement.

**3. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle in der MHH unterstützt die klinischen Bereiche nach der Identifikation von Schwachstellen aktiv bei der Minimierung bestehender Risiken in der Patientenversorgung?**

Zuständig ist die Stabsstelle Medizinische Prozess- und Patientensicherheit, gegebenenfalls weitere Einheiten wie z. B. die Stabsstelle Betriebsorganisation, das Innovations- und Qualitätsmanagement, der Geschäftsbereich Personal oder die Interne Revision.

**4. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle überwacht die Effekte solcher Maßnahmen an der MHH?**

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

**5. Nach welchen Qualitätsmanagementnormen wird das rechtlich vorgeschriebene Risikomanagementsystem für die Identifikation klinischer Risiken in der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) umgesetzt? Seit wann?**

Das seit vielen Jahren etablierte klinische Risikomanagementsystem der UMG ist gemäß den Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des G-BA sowie des Patientenrechtegesetzes aufgebaut und wird kontinuierlich weiter daran ausgerichtet.

Das System basiert dabei primär auf den Anforderungen der ONR 49000 ff. und damit der praktischen Anwendung bzw. Umsetzung der DIN ISO 31000. Insbesondere in Bezug auf die Patienten- und Mitarbeitersicherheit orientiert sich die UMG darüber hinaus an den Vorgaben und Empfehlungen der DIN EN 15224. Mit der Neufassung der DIN ISO 9001 werden auch diese Normanforderungen für die Umsetzung und stetige Weiterentwicklung des UMG-eigenen Risikomanagementsystems herangezogen.

Fokussiert seit 2010 und insbesondere mit Inkrafttreten der QM-RL wird der Bereich des klinischen Risikomanagements seit 2013 stetig weiter ausgebaut. Das klinische Risikomanagement ist dabei integraler Bestandteil der Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement (QRM) und agiert somit - konform zur QM-RL des G-BA - nicht als losgelöster und eigenständig handelnder Bereich, sondern als etabliertes Element des übergreifenden Qualitätsmanagementsystems der UMG.

**6. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle ist für die Umsetzung des Risikomanagements an der UMG zuständig? Seit wann?**

Die UMG nutzt eine etablierte Herangehensweise für den systematischen und strukturierten Umgang mit potenziell auftretenden Risiken. Im Sinne des Three-Line-of-Defense-Modells (oder auch Modell der drei Verteidigungslinien) haben alle Geschäftsbereiche und Stabsstellen ebenso wie die Leitungen der Kliniken und die Pflegedirektion sowie letztlich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UMG definierte Aufgaben auf operativer Ebene bei der erfolgreichen Umsetzung des Risikomanagements. Unterstützt werden sie dabei u. a. von den gesetzlichen und darüber hinaus UMG-intern benannten Beauftragten.

Dazu gibt es einzelne Bereiche mit besonderen Aufgaben:

So ist die Stabsstelle QRM - als Teil der zweiten Verteidigungslinie - in Abstimmung mit dem Vorstand Krankenversorgung seit 2010 federführend für die Umsetzung des klinischen Risikomanagements zuständig. Intensiv unterstützt wird das QRM dabei von der Stabsstelle Qualitätsmanagement des Pflegedienstes, der Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie, der Medizintechnik u. a. Bereichen.

Seit 2014 wurden fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stabsstelle (QRM) zu Risikomanagern gemäß ONR 49003 und anderen Standards mit Zertifikat fortgebildet. Der Leiter der Stabsstelle ist zudem zertifizierter Healthcare Risk Manager (TU München).

Die Stabsstelle QRM führt regelmäßig Schulungen und Fortbildungen im Qualitäts- und Risikomanagement für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UMG durch und unterstützt bei der Implementierung von Qualitätszirkeln sowie Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen in den klinischen Bereichen.

Im Rahmen des (internen und externen) Notfall- und Krisenmanagements sind darüber hinaus weitere Bereiche, z. B. der Geschäftsbereich Gebäudemanagement und der Sicherheitsdienst, für Teilaufgaben innerhalb des Risikomanagements zuständig. Gleiches gilt für das Management von IT-Risiken und infrastrukturellen Risiken. Auch hier sind neben dem Geschäftsbereichen IT und Gebäudemanagement weitere Bereiche zuständig.

Insbesondere der Geschäftsbereich Finanzen, das Finanz- und Zentralcontrolling, die Geschäftsführung Kliniken sowie der Gesamtvorstand sind für das finanzielle Risikomanagement der UMG verantwortlich.

Die Interne Revision agiert abschließend gemeinsam mit den Wirtschaftsprüfern als dritte Verteidigungslinie des Risikomanagementsystems.

**7. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle in der UMG unterstützt die klinischen Bereiche nach Identifikation von Schwachstellen aktiv bei der Minimierung bestehender Risiken in der Patientenversorgung?**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stabsstelle QRM unterstützen die klinischen Bereiche aktiv bei der Identifikation und Analyse von Schwachstellen, Gefährdungen, Risiken und potenziellen Fehlerquellen im Rahmen der Patientenversorgung und ebenso bei der Ableitung und Umsetzung entsprechender Gegenmaßnahmen zur Beseitigung, Vermeidung und/oder Minimierung dieser Risiken. Auch hier erfolgt - abhängig von den einzelnen Risiken bzw. Maßnahmen - eine intensive Zusammenarbeit insbesondere mit den unter Frage 6 genannten Bereichen.

**8. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle überwacht die Effekte solcher Maßnahmen an der UMG?**

Die Stabsstelle QRM überwacht in Abstimmung mit den unter der Antwort zu Frage 6 genannten Bereichen, insbesondere aber mit der Stabsstelle Qualitätsmanagement im Pflegedienst und der Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie sowie gemeinsam mit den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den klinischen Bereichen, die Umsetzung der initiierten Maßnahmen und evaluiert bzw. bewertet deren Erfolg.

**9. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle überwacht in der MHH/an der UMG die tatsächliche Personaldichte in allen klinischen Bereichen laufend?**

MHH:

Die Personaldichte im Geschäftsbereich Pflege wird arbeitstäglich durch die Geschäftsführung Pflege und Pflegedienstleitungen überwacht. Gleichzeitig erfolgt ein Monitoring durch das Pflegecontrolling. So werden beispielsweise monatlich Ausfallstatistiken erstellt, die u. a. die tatsächliche Personaldichte aufzeigen. Weiterhin überwachen aber vor allem die Geschäftsbereiche Finanzen und Personal/Organisation die Personaldichte.

UMG:

Der Geschäftsbereich Personal und das Zentralcontrolling sowie die Stabsstelle Controlling/Organisationsentwicklung des Pflegedienstes überwachen gemeinsam mit der Geschäftsführung Kliniken sowie in Abstimmung mit den Kliniken und der Pflegedirektion kontinuierlich die Personaldichte in den klinischen Bereichen.

**10. Welcher Geschäftsbereich bzw. welche Abteilung bzw. welche Stabsstelle bewertet in der MHH/in der UMG das Risiko des Pflegekräftemangels?**

MHH:

Der Geschäftsbereich Pflege bewertet das Risiko des Pflegekräftemangels. Zusätzlich gibt es Rückmeldungen von den Leitungen der einzelnen Kliniken.

UMG:

Die Pflegedirektion und die Geschäftsführung Kliniken bewerten federführend, gemeinsam mit dem Vorstand Krankenversorgung, und in direkter Abstimmung mit den Kliniken das Risiko des Pflegekräftemangels in den einzelnen Bereichen.

Die Stabsstelle QRM und die Stabsstelle Qualitätsmanagement im Pflegedienst überwachen darüber hinaus in Abstimmung mit den Kliniken regelmäßig die Anforderungen - speziell auch die per-

sonellen Anforderungen an den Pflegedienst -, die sich aus den verschiedenen Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA ergeben (z. B. QS-Richtlinie Früh- und Reifegeborene) und informieren den Vorstand und die Pflegedirektion über die daraus resultierenden Konsequenzen.

**11. Welches Vorstandsmitglied ist in der MHH/in der UMG für das Risikomanagement verantwortlich?**

MHH:

Für das Risikomanagement im klinischen Bereich ist das Vorstandsmitglied für Krankenversorgung und für den kaufmännischen Bereich das Vorstandsmitglied für Wirtschaftsführung und Administration jeweils für das Risikomanagement zuständig.

UMG:

Im Rahmen des Integrationsmodells ist der Gesamtvorstand für das Risikomanagement der UMG verantwortlich, mit ressortbezogenen Schwerpunkten für einzelne Bereiche. So ist der Vorstand Krankenversorgung primär für den Bereich des klinischen Risikomanagements zuständig, der Vorstand Forschung und Lehre insbesondere für die Bewertung und Minimierung von Risiken in diesem Ressort, z. B. im Bereich Klinischer Studien, sowie der Vorstand Wirtschaftsführung und Administration vor allem für das betriebswirtschaftliche Risikomanagement.

**12. Mit welchen Methoden werden Risiken in der Krankenversorgung in der MHH/in der UMG identifiziert?**

MHH:

- Zwischenfall- und Schadensmanagement/Verhalten beim Zwischenfall,
- Prozessorientierte Risikoanalyse (PORA),
- 3Be-System (Berichts-, Bearbeitungs- und Behebungssystem für Beinahe-Zwischenfälle),
- Auswertung Personenschäden (Schadensfälle),
- Interne Audits,
- Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen - IQTIG),
- Befragungen (Patientinnen und Patienten, Zuweiser),
- Beschwerdemanagement,
- Risiko-Inventur/-Matrix (im Jahr 2017 für die nach DIN ISO 9001:2015 zertifizierten Abteilungen).

UMG:

In der UMG werden Risiken in der Krankenversorgung mit verschiedenen Methoden identifiziert und analysiert. Darunter fallen gängige und etablierte Methoden der ONR 49002-2 sowie die Empfehlungen der QM-RL des G-BA. Zu nennen sind hier insbesondere Szenario-Analysen (credible worst case), Prozessrisiko-Analysen, Ursache-Wirkungs-Analysen, Schadensfallanalysen (gemäß dem London-Protokoll), Fehlerbaum- und Ablaufanalysen sowie Fehlermöglichkeiten und Ablaufanalysen oder Gefährdungsanalysen. Zudem werden Risiken im Rahmen von internen und externen Audits, anlassbezogenen Begehungen sowie Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermittelt.

Ein in der UMG seit 2006 etabliertes Beinahe-Fehler-Meldesystem (CIRS = Critical Incident Reporting System), das patientenorientierte Meinungs- und Beschwerdemanagement, die Patientenfürsprecher sowie das aktuell in der Implementierung befindliche anonyme Hinweisgebersystem der UMG liefern darüber hinaus ebenfalls wichtige Informationen zu Risiken, Gefährdungen, Schwach-

stellen und potenziellen Fehlerquellen, die dann - initiiert von der Stabsstelle QRM u. a. Bereichen - minimiert oder eliminiert werden können.

Ebenso werden durch die Stabsstelle QRM kontinuierlich Daten aus der Qualitätssicherung, aus Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie aus Qualitätszirkeln für die Identifikation von Risiken herangezogen.

**13. Mit welchen Bewertungsmethoden werden identifizierte Risiken in der MHH/in der UMG bewertet?**

MHH:

Es wird auch auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

Bei Fehlern, Risiken, Beinahe-Zwischenfällen und Zwischenfällen werden Maßnahmen nach dem Prinzip der Quick-Wins eingeleitet. Hier liegt die Zuständigkeit in der betroffenen Abteilung, auf Wunsch und bei Bedarf mit Unterstützung durch die Stabsstelle MPPS. In zweiter Instanz werden jährlich nach Häufigkeit der Meldungen und Einteilung der Kategorien sowie gesetzlichen Anforderungen und expliziten Aufträgen durch das zuständige Präsidiumsmitglied globale Maßnahmen und Projekte beauftragt.

UMG:

Neben den unter Nr. 12 beschriebenen Methoden sind an der UMG seit vielen Jahren verschiedene Softwareanwendungen für die Dokumentation, Analyse und Bewertung von Risiken etabliert. Aktuell wird ein weiteres, modulares Softwaresystem implementiert, mit dem Risiken aus allen Bereichen der UMG - insbesondere klinische Risiken - erfasst und dokumentiert werden mit dem Ziel, auf Grundlage einer Risikomatrix eine Priorisierung und Bewertung der identifizierten Risiken vornehmen und Maßnahmen für deren Vermeidung, Minimierung und/oder Überwachung ableiten, umsetzen und evaluieren zu können.

**14. Auf welche Weise wird in der MHH/in der UMG sichergestellt, dass der Vorstand über identifizierte Risiken in der Krankenversorgung informiert wird?**

MHH:

Im Bedarfsfall erfolgt eine sofortige Kontaktaufnahme. Zusätzlich finden monatliche Jours Fixes mit der Stabsstelle MPPS statt. Weiterhin werden wöchentliche Besprechungen mit allen Stabsstellen- und Geschäftsbereichsleitungen des Ressorts Krankenversorgung durchgeführt. Darüber hinaus verfasst die Stabsstelle MPPS Newsletter und Ergebnisberichte.

UMG:

Der Vorstand wird in regelmäßigen Jour-Fixe-Terminen (i. d. R. wöchentlich bzw. 14-tägig) mit der Pflegedirektion, mit der Leiterin der Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie sowie mit dem Leiter der Stabsstelle QRM über identifizierte Risiken in der Krankenversorgung informiert.

Darüber hinaus wird der Vorstand in seinen Gremien (Vorstandssitzung, Klinikkonferenz, Krankenhausbetriebsleitung u. a.) über identifizierte Risiken und deren Handlungsbedarf informiert. Bei Risiken mit akutem Handlungsbedarf wird der Vorstand unabhängig davon direkt und unverzüglich in Kenntnis gesetzt, um gegebenenfalls sofortige Gegenmaßnahmen einleiten und umsetzen zu können.

Die Leitungen der Kliniken u. a. Bereiche informieren den Vorstand im Rahmen regelmäßiger Gespräche sowie bei drohenden Gefahren unter Umständen unabhängig davon direkt über Risiken in der Krankenversorgung.

Die Informationen an den Vorstand können dabei sowohl mündlich als auch schriftlich erfolgen. Zudem wird unabhängig davon mindestens einmal jährlich ein Risikobericht für den Gesamtvorstand erstellt.

**15. Wie häufig werden identifizierte Risiken in der MHH/in der UMG an den Vorstand kommuniziert und auf welche Weise?**

MHH:

Es wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

UMG:

Es wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

**16. Wie stimmen die Vorstandsmitglieder in der MHH/in der UMG nach Meldung bestehender Risiken die notwendigen Maßnahmen und die Finanzierung der Maßnahmen ab, um identifizierte Versorgungsrisiken für Patienten zu eliminieren?**

MHH:

Die Fachabteilungen erarbeiten Vorschläge, die dann in Präsidiumssitzungen diskutiert und entschieden werden.

UMG:

Abhängig von den gemeldeten bzw. identifizierten Risiken und Gefährdungen stimmen sich die Vorstandsmitglieder gemeinsam oder aber allein in ihrer Ressortzuständigkeit mit den Kliniken und der Pflegedirektion sowie den Fachexpertinnen und Fachexperten der einzelnen Organisationseinheiten (Geschäftsbereiche, Stabsstellen etc.) ab, um - gegebenenfalls nach vorheriger Priorisierung - die notwendigen Maßnahmen zur Eliminierung oder Minimierung einzuleiten und umzusetzen. Der Geschäftsbereich Finanzen, das Finanz- und Zentralcontrolling sowie die Geschäftsführung Kliniken und gegebenenfalls der Stiftungsausschuss der UMG unterstützen dabei insbesondere bei Fragen zur (kurzfristigen) Finanzierung der durchzuführenden Maßnahmen.

**17. Wurde der Vorstand der MHH über die unbesetzten Stellen auf der Kinderintensivstation (Station 67) informiert, bevor der Leitende Oberarzt der Kinderintensivstation die Presse informierte?**

Ein definierter Zeitpunkt kann nicht genannt werden. Seit Bestehen der MHH gab es immer wieder eine Diskrepanz zwischen dem Bedarf der MHH und dem Arbeitsmarkt für ausgebildete Fachpflegekräfte, speziell im Kinderintensivbereich.

Dazu und bezüglich der Aktivitäten zum „Holen und Halten“ von entsprechenden Pflegekräften stehen die Kinderklinik, die Geschäftsführung Pflege und das Präsidium im regelmäßigen Austausch.

In den letzten zwei Jahren wurden vermehrt Anfragen zur Übernahme von Patientinnen und Patienten von externen Kliniken abgelehnt, da für diese zusätzliche Versorgung nicht genug Pflegekräfte auf der Kinderintensivstation vorhanden waren.

Intensivpflichtige Kinder, die über die Notaufnahme der MHH vorgestellt wurden, wurden nicht abgelehnt.

Diese Situation der zunehmenden Anfragen externer Krankenhäuser wurde u. a. in einem Strategiegespräch am 29.11.2016 zwischen der Klinik für Pädiatrische Kardiologie und Intensivmedizin und dem Präsidium besprochen.

**18. Wenn ja, wann genau wurde der Vorstand der MHH das erste Mal und von wem über diesen offenbar bereits seit Jahren bestehenden Pflegenotstand informiert?**

Es wird auf die Antwort zur Frage 17 verwiesen.



**19. Welche Maßnahmen und wann genau wurden in den letzten Jahren nachweislich von dem verantwortlichen Vorstand und der Geschäftsführung Pflege gegen den gemeldeten Pflegenotstand auf der Kinderintensivstation ergriffen?**

Hierzu hat die MHH insbesondere Folgendes mitgeteilt:

- Seit jeher existieren strukturierte Einarbeitungsleitlinien.
- Seit jeher werden Fortbildungsangebote stationsspezifisch weiterentwickelt. So können die Mitarbeiter derzeit beispielsweise an folgenden Fortbildungen teilnehmen: Kriseninterventionskurse, EPLS-Kurse, NLS-Kurse, Infusionsmanagementworkshop u. v. m. Insgesamt wurden bisher auch 20 Pflegenden der Kinderintensivstation zu Pain Nurses ausgebildet.
- Schon seit langer Zeit werden die Pflegenden auf der Kinderintensivstation von zwei Pflegeassistenten und zwei anderen Mitarbeiterinnen unterstützt, die vor allem administrative und logistische Tätigkeiten übernehmen.
- Es finden innerhalb der Arbeitszeit auch täglich gemeinsame Teambesprechungen statt.
- Seit 2011 können Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege an einem praxisorientierten Schnupper-Intensivkurs teilnehmen, wenn sie nach ihrem Examen auf der Intensivstation arbeiten möchten
- Circa 2014 wurde die Kinderintensivstation umgebaut und renoviert. Damit einher ging eine Kapazitätserweiterung, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten anderer Kliniken aufzufangen zu können. Die finanziellen Mittel zur Einstellung des notwendigen Pflegepersonals (2:1) wurden frei gestellt.
- Seit ca. 2012 schreibt die Pflegedienstleitung vermehrt regional und überregional Stellen aus.
- Seit ca. 2012 werden Leiharbeiter eingesetzt.
- Seit ca. 2013 können die Pflegenden an einem umfassenden Anti-Burn-Out-Programm teilnehmen. Hier stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Supervisionen, psychologische Betreuung, Coaching und Einzelpsychotherapie zur Verfügung. Zudem können die Pflegenden an dem Gesundheitsprogramm Fit for Work and Life teilnehmen.

In/seit 2016

- haben insgesamt vier Workshops zum Thema „Marketing“ mit externer Beratung stattgefunden. Beteiligte: Pflegedienstleitung der Kinderintensivstation Geschäftsführung Pflege, Mitarbeiter des Personalmanagements und des Personalrats. Daraus lernend und basierend auf der Fachliteratur zum Thema konnten gemeinsam Ziele und Maßnahmen identifiziert werden, die der Optimierung des Personalmarketings dienen.
- wurde ein eigenes Pflege Corporate Design geschaffen, um dem Geschäftsbereich Pflege ein einheitliches und wiedererkennbares Gesicht zu geben,
- wurde der Bewerberprozess im Geschäftsbereich Pflege optimiert, d. h. z. B. Antwortschreiben wurden überarbeitet und standardisiert, FAQ für Bewerberinnen und Bewerber wurden veröffentlicht, eine zentrale Bewerbungsadresse wurde eingerichtet,
- wurden sogenannte Bewerbung-to-Go-Karten erstellt und sowohl MHH-intern als auch extern (als Edgar Freecards) in Hannovers Gastronomie ausgelegt (Kampagnenzeitraum vom 27.07. bis 10.08.2017),
- werden MHH-Bildschirme bis heute andauernd für die Veröffentlichung von Stellenanzeigen genutzt,
- beteiligt sich der Geschäftsbereich Pflege gemeinsam mit der Bildungsakademie Pflege und dem Personalmanagement im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit jährlich an der Jobmedi in Hannover und dem Tag der offenen Tür in der MHH,
- wird vor allem für den Bereich der Kinderklinik im Sinne von Marketingbestrebungen vermehrt über Facebook gepostet. Laut Rückmeldungen der Pressestelle sind gerade die Posts der Pfl-

ge, erkennbar an den Aufrufen und den entstehenden Kommunikationen über Kommentare, erfolgreich.

- werden jährlich internationale Pflegefachkräfte (IFK) rekrutiert:
  - Juli 2013 18 IFK aus Spanien rekrutiert, ca. 5 noch immer in der MHH beschäftigt,
  - Nov. 2015 4 IFK aus Polen rekrutiert, alle noch in der MHH beschäftigt,
  - Febr. 2016 12 IFK aus der Ukraine rekrutiert, alle noch in der MHH beschäftigt,
  - Nov. 2016 24 IFK aus der Ukraine und Polen rekrutiert, noch 22 in der MHH beschäftigt,
  - Juli 2018 13 IFK aus der Ukraine rekrutiert, alle noch in der MHH beschäftigt (noch ohne Berufsankennung).

#### In/seit 2017

- erhalten nahezu alle neuen Mitarbeiter einen unbefristeten Arbeitsvertrag,
- erhalten Mitarbeiter auch Stufenvorweggewährungen als monetären Anreiz,
- wurde der Stellenticker auf der Homepage der Pflege implementiert, um das Ausschreibungsverfahren von Stellenausschreibungen zu verkürzen und zu optimieren. Somit werden seither tagesaktuell Stellen ausgeschrieben. Dieser Stellenticker findet sich u. a. auch in den vereinheitlichten E-Mail-Signaturen des Pflegemanagements wieder.
- wurde ein Konzept für „Mitarbeiter werben Mitarbeiter“ von den Pflegedienstleitungen erarbeitet,
- beteiligt sich der Geschäftsbereich Pflege als Projektmitglied an der Projektgruppe „Personalmarketing MHH“, die vom Personalmanagement initiiert wurde und geleitet wird,
- wurde die gesamte Homepage des Geschäftsbereichs Pflege inhaltlich wie auch im Layout modern und besucherorientiert gestaltet,
- wurde zur Optimierung der Außenwirkung der Bewerberbereich im Pflegemanagement optisch umgestaltet,
- wurden im Sinne des internen und externen Marketings diverse Imagefilme für die Pflege und die Bildungsakademie der Pflege MHH gedreht,
- startete im Dezember 2017 unterjährig erstmalig ein zweiter Kurs für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Zusätzlich wurde zwischenzeitlich z. B. für Mütter ein Teilzeit-Ausbildungskurs angeboten, der sich über insgesamt vier Jahre erstreckte.
- wurden Grundlagen eines MHH-internen Anreizsystems für die Intensivpflege erarbeitet, um den Übergang von Normal- zu Intensivstation zu erleichtern. Die Realisierung dieses Konzepts erfolgt noch.
- existiert das Vorhaben einer fachlich-wissenschaftlichen und zugleich statistisch fundierten Personalbemessung wie auch Personaldisposition (Einsatzplanung des Pflegestärkungsteams),
- haben sich die Tagesdisponentendienste an Wochenenden und Feiertagen hervorragend etabliert und sorgen für deutliche Entlastung bei Arbeitsspitzen und Personalausfällen auf den Stationen,
- ist das Pflegestärkungsteam neu aufgebaut und im Einsatz.

#### In/seit 2018

- wurden die Attraktivitätsmerkmale des Arbeitsgebers Pflege MHH zusammengefasst und auf der Homepage veröffentlicht,

- hat der Geschäftsbereich Pflege zusammen mit der Bildungsakademie Pflege und dem Personalmanagement auch an den Jobmessen in Hannover, Braunschweig, Osnabrück, Bielefeld und Bremen teilgenommen. Die Pflegedienstleitung der Kinderklinik war als Ausstellerin und vor allem Organisatorin maßgeblich beteiligt. Aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinderintensivstation wirkten als Aussteller mit.
- ist eine Pharmazeutisch-Technische Assistentin als Unterstützung auf der Kinderintensivstation eingestellt (Juli).

Zukünftige Planung:

- In der Funktion als Transportbegleitung soll ein neuer Mitarbeiter eingestellt werden.
- Es soll ein Hintergrundtransportdienst eingeführt werden für Transporte im pädiatrischen Intensivnetzwerk.

**20. Wenn Maßnahmen ergriffen wurden, aus welchem Grund wurde bis Oktober 2018 keine Verbesserung der personellen Notsituation erzielt?**

Durch die Übernahme von Auszubildenden ist die Personalsituation seit Oktober 2018 etwas entspannter. Nichtsdestotrotz führen der zum Teil hohe Krankenstand, die Reduktion von Arbeitszeiten infolge von Überbelastung, gesundheitlichen oder familiären Gründen und die Häufung von schwangeren Mitarbeiterinnen immer wieder zu den Notsituationen. So können beispielsweise schwangere Mitarbeiterinnen Patientinnen und Patienten je nach Immunstatus nicht betreuen.

Ebenfalls wird auf die allgemeine Vorbemerkung verwiesen.

**21. Wurde der Vorstand der MHH über die bereits 2017 dauerhaft leerstehenden, voll ausgestatteten Zimmer auf der Kinderintensivstation und leeren Intensivbetten informiert, bevor der Leitende Oberarzt die Presse informierte?**

Ja. Allerdings muss nochmal deutlich herausgestellt werden, dass diese Bettensperrungen eine sinnvolle und bei nicht kompensierbaren Personalengpässen unabdingbare Maßnahme zur Qualitätssicherung darstellen, um eine adäquate und richtlinienkonforme Patientenversorgung zu gewährleisten.

**22. Wenn ja, wann genau wurde der Vorstand der MHH das erste Mal über den Leerstand informiert?**

Es wird auf die Antwort zur Frage 17 verwiesen.

**23. Wann wurde der Vorstand der MHH das erste Mal von wem über den Umstand informiert, dass bereits im Jahr 2017 schwerstkranke Kinder aus anderen Kliniken trotz vorhandener freier Betten auf der Station 67 abgewiesen werden mussten und hierdurch womöglich gestorben sind?**

Es wird auf die Antwort der Frage 17 verwiesen.

**24. Hat der MHH Vorstand selber hiernach das Aufsicht führende Ministerium/die Landesregierung über diesen Versorgungsnotstand informiert? Wenn ja, wann genau?**

Im Lagebericht zum Jahresabschluss der MHH wurde ab dem Jahr 2013 unter den bestehenden und zukünftigen Risiken für die wirtschaftliche Situation der MHH auf den bestehenden Fachkräftemangel im Allgemeinen und auch im Bereich der Pflege hingewiesen.

Dieser wird dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur und dem Finanzministerium zusammen mit dem Jahresabschluss zur Genehmigung vorgelegt.

**25. Wenn die Landesregierung informiert worden ist, welche Maßnahmen wurden von den Verantwortlichen ergriffen?**

Die MHH wird gemäß § 63 b des Niedersächsischen Hochschulgesetzes (NHG) durch das Präsidium geleitet. Gemäß § 63 e Abs. 5 NHG zählt die Organisation der Krankenversorgung zu den Aufgaben des entsprechenden Vorstandsmitglieds. Die MHH unterliegt gemäß § 51 NHG in Angelegenheiten der Selbstverwaltung der Rechtsaufsicht des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur und in staatlichen Angelegenheiten der Fachaufsicht. Da Bettensperrungen nicht meldepflichtig sind und der Versorgungsauftrag durch die MHH entsprechend der niedersächsischen Krankenhausplanung wahrgenommen wird, musste die Fachaufsicht nicht eingreifen.

**26. Welche Aufgaben und Pflichten kommen bei einem identifizierten Pflegemangel in den Kliniken der Geschäftsführung Pflege an der MHH zu?**

Die Geschäftsführung Pflege arbeitet in direkter Zuordnung zur Ressortleitung Krankenversorgung. Sie trägt die gesamte organisatorische, personelle und wirtschaftliche Verantwortung für die ihr nachstehenden Pflegebereiche. Darunter fallen insbesondere die Führung, Koordination und strategische Weiterentwicklung Pflege sowie die Steuerung und Begleitung von Changemanagement-Prozessen und die konsequente Verfolgung der Ziele in der Durchführung des operativen Geschäfts in vertrauensvoller und enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand.

**27. Mit welchen Methoden überwacht das zuständige Vorstandsmitglied der MHH, ob die Geschäftsführung Pflege ihren übertragenen Pflichten und Aufgaben zuverlässig nachkommt?**

Es werden regelmäßige Berichte erstellt und Rücksprachen gehalten. Der Nachweis der Aktivitäten erfolgt durch die Vorlage von Arbeitsunterlagen, von Stellenanzeigen sowie durchgeführte Maßnahmen in Social Media.

**28. Existiert neben dem angezeigten Pflegenotstand auf der Kinderintensivstation der MHH eine laufende Risikobewertung des aktuellen und zukünftigen Mangels an fachqualifizierten Pflegekräften für alle einzelnen Kliniken und Stationen in der MHH?**

Risiken dieser Art und Struktur werden grundsätzlich als wichtig erachtet und fortlaufend von der MHH evaluiert. Im Rahmen der jährlichen Leistungsplanung werden die vorhandenen Ressourcen bewertet und gegebenenfalls Risiken in der Planung berücksichtigt.

**29. Wenn ja, wie häufig wurde diese Risikobewertung seit 2013 von wem in der MHH erstellt?**

Es wird auf die Antwort der Frage 28 verwiesen.

**30. Wenn ja, welche der klinischen Bereiche der MHH gelten seit wann gemäß einer qualifizierten Risikobewertung als „Hochrisikobereiche“ durch einen aktuell bereits bestehenden oder wahrscheinlich drohenden Pflegemangel?**

Es wird auf die Antwort der Frage 28 verwiesen.

**31. Wenn ja, wurden dem MHH-Vorstand alle Risikobewertungen für alle Kliniken der MHH regelmäßig vorgelegt?**

Es wird auf die Antwort der Frage 28 verwiesen.

**32. Wenn ja, welche Schlussfolgerungen hat der Vorstand der MHH in den letzten Jahren nachweislich aus den Risikobewertungen des Risikomanagements jeweils gezogen?**

Es wird auf die Antwort der Frage 28 verwiesen.

**33. Wie beurteilt die Landesregierung das wirtschaftliche und rechtliche Risiko durch den Pflegenotstand an der MHH?**

Eine valide Einschätzung des wirtschaftlichen Risikos ist aufgrund der Komplexität des DRG-Systems und der sich ständig ändernden Rahmenbedingungen nicht möglich.

Die MHH hält sich im Rahmen der stationären Behandlungen an die entsprechenden Richtlinien und Vorgaben bzw. Empfehlungen, welche zu dem Thema Pflege existieren. Daher sind aktuell keine rechtlichen Risiken erkennbar.

**34. Wenn ein erhebliches wirtschaftliches und rechtliches Risiko durch Pflegemangel an der MHH bereits seit mehreren Jahren besteht, welche Maßnahmen hat der Kaufmännische Vorstand gegen welche Risiken ergriffen, um die Risiken zu minimieren?**

Durch die Bettensperrungen bei nicht ausreichend vorhandenen Pflegekräften wird dafür gesorgt, dass eine adäquate Betreuung der stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten erfolgen kann. Zusätzlich zum klinischen Risikomanagement wurde ein kaufmännisches Risikomanagement etabliert.

**35. Wann wurde zuletzt eine Risikobewertung der Entwicklung der zukünftigen Pflegekräftesituation in den Kliniken der MHH vorgenommen? Welches ist das Ergebnis der Risikobewertung?**

Es wird auf die Antwort der Frage 28 verwiesen.

**36. Wie beurteilt die Landesregierung das zukünftige Risiko der Pflegesituation an der MHH im Zusammenhang mit den geplanten Pflegeuntergrenzen des Bundesgesundheitsministers?**

Die aktuellen Vorgaben können in der Erwachsenen-Intensivmedizin voraussichtlich eingehalten werden.

Allerdings ist diese Frage nur vorläufig zu beantworten, da die genauen Kriterien noch nicht feststehen. Wenn es um die Untergrenzen geht, wird es sicherlich für einige Bereiche eine Herausforderung, die Untergrenzen zukünftig vollumfänglich, d. h. 24 Stunden/7 Tage die Woche, zu erfüllen.

Es ist außerdem zu erwarten, dass andere Gesundheitseinrichtungen ebenfalls Probleme haben werden. Hier ist auch zu beobachten, wie künftig die Pflegekräfte selbst auf die neue Situation reagieren und Wechselbereitschaft zeigen. Insgesamt gilt es, die bereits durchgeführten einzelnen umfangreichen Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und anzupassen. Es wird weiterhin eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen geben müssen. Pflegenden werden sicher in zunehmendem Maße auch darauf achten, welche finanziellen Möglichkeiten sich für den Einzelnen neben den Rahmenbedingungen vor Ort ergeben.

**37. Welche Maßnahmen konnten nachweislich vom MHH-Vorstand mit welchem Erfolg umgesetzt werden, um den bereits bestehenden Pflegemangel bzw. die damit verbundenen Versorgungsrisiken nachhaltig in der gesamten MHH zu minimieren?**

Es wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen. Die dortigen Maßnahmen wurden alle in Absprache mit dem Vorstand umgesetzt.

Vom Vorstand der Krankenversorgung wurde ein Weißbuch zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf Intensivstationen initiiert. Die Inhalte wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Intensivstationen erarbeitet. Das Weißbuch wurde im September 2018 in der MHH veröffentlicht.

Weiterhin wurden Jours Fixes zwischen Vorstand für Krankenversorgung und Stationsleitungen der Intensivstationen ab 2016 regelmäßig abgehalten.

**38. Wurde die Umsetzung der Maßnahmen auch der Geschäftsführung Pflege in Auftrag gegeben? Wenn ja, zu wann?**

Dies erfolgt ständig und in wechselseitiger Absprache.

**39. In welchen Kliniken bzw. Abteilungen der MHH wurden seit Januar 2016 bis einschließlich Oktober 2018 Überlastungsanzeigen durch Pflegepersonal oder Ärzte gestellt?**

An der MHH gibt es ein gestuftes System für den Umgang mit Überlastungsmeldungen. Dies ist in einer Dienstvereinbarung mit dem Personalrat festgehalten. Die Überlastungsmeldungen kamen in dem Zeitraum Januar 2016 bis Oktober 2018 aus den folgenden Bereichen:

- Unfallchirurgie,
- Kardiologie und Angiologie,
- Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie,
- Strahlentherapie und Spezieller Onkologie,
- Pädiatrischer Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen,
- Pädiatrischer Kardiologie und Pädiatrischer Intensivmedizin,
- Kinderchirurgie,
- Anästhesie,
- Neurochirurgie.
- Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation
- Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
- Urologie und Urologische Onkologie,
- Pneumologie,
- Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie,
- Pädiatrischen Pneumologie, Allergologie und Neonatologie.

**40. Welche Maßnahmen wurden vom verantwortlichen Vorstandsmitglied der MHH gegen diese Überlastungsanzeigen ergriffen und mit welchem Erfolg?**

Es wurden vielfältige Maßnahmen ergriffen: Personalanpassungen, sofern möglich, Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen, Einrichtung eines Pflegestärkungsteams (qualifizierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger für stationsflexible Einsätze), Erhöhung der Leiharbeitszahlen, Etablierung der AG Zukunft des Stationsalltags unter professoraler Leitung sowie temporäre Bettenschließungen bei Unterschreitung der Strukturvoraussetzung bzw. der einschlägigen Empfehlungen.

(Verteilt am 27.11.2018)