



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0221(1)
gel. VB zur öAnhörung am 30.11.
2016_Gute Arbeit
24.11.2016

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 25.11.2016

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Gute Arbeit – Gute Versorgung:
Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“
Bundestagsdrucksache 18/7568
vom 17.02.2016**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Zu II.

Der GKV-Spitzenverband nimmt zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE 18/7568 „Gute Arbeit–Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“ wie folgt Stellung.

1. Personalbesetzung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden im Jahr 2015 bereits Instrumente geschaffen, die auf die Verbesserung der Personalausstattung in Krankenhäusern hinwirken sollen. Mit dem zweiten Pflegestellen-Förderprogramm stehen im Zeitraum 2016 bis 2018 rund 660 Mio. Euro zur Verfügung, die gezielt zur Stärkung der „Pflege am Bett“ verwendet werden sollen. Ab 2019 werden jährlich rund 330 Mio. Euro dauerhaft im System verbleiben. Der GKV-Spitzenverband betont, dass die Fehler des ersten Pflegestellen-Förderprogramms (2009 bis 2011) nicht wiederholt werden dürfen. Hierzu gehört u. a. der Wegfall der Nachweispflicht zur Verwendung der Mittel nach Ende des Förderzeitraums. Zwar kommen weiterhin rund 536 Mio. Euro den Krankenhäusern über eine dauerhafte Zusatzfinanzierung zu Gute. Es ist aber nicht belegbar, ob diese Mittel auch tatsächlich für Pflegepersonal aufgewendet werden und inwieweit die neu eingestellten Pflegekräfte dauerhaft im Krankenhausbereich verblieben sind.

Bis Ende 2017 berät eine beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Pflege-Expertenkommission über eine geeignete Anschlussregelung und unterbreitet Vorschläge dazu, wie sichergestellt werden kann, dass die Mittel auch nach der dreijährigen Förderphase weiterhin zielgerichtet für Pflegepersonal aufgewendet werden. In diese Beratungen fließen auch die Erfahrungen des ersten Pflegestellen-Förderprogramms ein. Außerdem wurden die jährlich 500 Mio. Euro des Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag umgewandelt. Anders als beim Versorgungszuschlag ist die Verteilung der Mittel nun abhängig von den Kosten, die das Krankenhaus für pflegerisches Personal verausgabte. Kliniken mit guter Pflegepersonalausstattung erhalten dadurch einen Anreiz, diese Stellen auch weiterhin beizubehalten. Ebenso wurde im Jahr 2013 ein umfassendes Förderprogramm zur Verbesserung der Ausstattung mit Hygienepersonal in den Krankenhäusern etabliert, mit dem bis zum Jahr 2023 rund 460 Mio. Euro zur Verfügung stehen.

Vom Förderumfang umfasst ist auch die Einstellung von Pflegepersonal mit einer Weiterbildung zur Hygienefachkraft.

Entscheidende Schritte zur Verbesserung der Personalausstattung sind über die benannten Maßnahmen eingeleitet und müssen nun entsprechend nachhaltig umgesetzt werden. Hinsichtlich der konkreten Forderung der Fraktion DIE LINKE nach der Schaffung von 100.000 Pflegestellen besteht aktuell keine eindeutige wissenschaftliche Evidenz. Aus der amtlichen Statistik lässt sich zwar ablesen, dass die Zahl der Fälle pro Pflegekraft in den letzten Jahren gestiegen ist, bei der Bewertung dieser Daten muss aber die seit Einführung des DRG-Systems deutlich gesunkene Verweildauer der Patienten berücksichtigt werden. Im Ergebnis ist die Anzahl der belegten Betten – und damit die Zahl der zu Pflegenden je Pflegekraft – seit 1991 um rund 30 % gesunken. Pflege findet vermehrt in Pflegeheimen statt.

Der Vorschlag der Fraktion DIE LINKE, Qualität als Planungskriterium in der Krankenhausplanung der Länder zu berücksichtigen, ist bereits im KHSG aufgegriffen und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde mit der konkreten Ausgestaltung beauftragt. Planungsentscheidungen der Länder sollen künftig neben der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Klinik auch die Qualität der Versorgung berücksichtigen. Hierzu werden zukünftig Indikatoren definiert, die als Kriterium für krankenhauserische Entscheidungen der Länder dienen können. Ein erster Beschluss zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist bis zum Ende des Jahres 2016 zu treffen. Die Aufgabe des G-BA für die kommenden Jahre ist, die Grundlagen für qualitätsorientierte Entscheidungen in der Krankenhausplanung auf Basis adäquater Indikatoren zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu schaffen und als einen relevanten Faktor in der Krankenhausplanung der Länder zu etablieren.

2. Bundesweit einheitliche Personalbemessung in der Altenpflege

Die Fraktion DIE LINKE schlägt vor, in der Altenpflege eine bundeseinheitliche, verbindliche Personalbemessung für den stationären und ambulanten Bereich einzuführen, die sich neben den Pflegegraden auch an den Qualitätsstandards der Einrichtungen sowie an individuellen Mehrbedarfen orientiert. Damit gute Pflege möglich wird, soll die Personal-

bemessung dem tatsächlichen Pflegebedarf in der geforderten Qualität und in der benötigten Zeit entsprechen.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Bestreben nach einem bundesweit einheitlichen Verfahren zur Personalbemessung, um die Qualität in den Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Mit dem 2016 in Kraft getretenen Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam als Vertragsparteien in der Pflege verpflichtet, bis Mitte 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und zu erproben. Hierfür haben die Vertragsparteien im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Aufträge an wissenschaftliche Institute zu vergeben. Derzeit erfolgt die europaweite Ausschreibung der ersten Arbeitspakete des Projekts. Die Forderungen der Fraktion DIE LINKE werden diesbezüglich also bereits vom Gesetzgeber aufgegriffen und von den Partnern der Selbstverwaltung in der Pflege umgesetzt. Das Verfahren hat auf dem ab 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff zu basieren und soll die fachliche Angemessenheit der pflegerischen Maßnahmen sowie die unterschiedlichen Qualifikationen von Pflegekräften berücksichtigen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ergibt sich aus dem Auftrag zur Entwicklung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens die Chance, die derzeit bestehenden regionalen Unterschiede bei der Personalausstattung kritisch zu hinterfragen. Zukünftig sollten verstärkt Aspekte der Versorgungsqualität zum Maßstab für eine angemessene Personalausstattung in Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung gemacht werden.

3. Wirtschaftlichen Wettbewerb der Krankenhäuser beenden

Mit Einführung des DRG-Systems wurden für die Krankenhäuser Anreize zu wirtschaftlichem Handeln gesetzt. Die im Antrag der Fraktion DIE LINKE dargelegte Auffassung, dass dieses System unvereinbar mit dem Patientenwohl und bestmöglicher Versorgungsqualität sei, wird vom GKV-Spitzenverband nicht geteilt. Der wirtschaftliche Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander befördert Innovationen, die nötig sind, um bspw. di-

agnostische und therapeutische Abläufe zu verbessern. Optimierungen in diesen Bereichen können wiederum auf die medizinische und pflegerische Behandlungsqualität der Patienten zurückwirken. Eine starke Regulation des Krankenhausmarktes ohne wettbewerbsfördernde Anreize, wie von der Fraktion DIE LINKE gefordert, birgt die Gefahr einer Innovationshemmung und eines nicht effizienten Einsatzes von Finanzmitteln.

Es ist Aufgabe des Krankenhausmanagements, sowohl eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen als auch effizient und wirtschaftlich zu agieren. Entscheidungsspielräume der Krankenhäuser müssen dabei erhalten bleiben, um situationsgerecht Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren zu können.

Das Verhalten des Krankenhausmanagements wird letztlich stark von den Rahmenbedingungen beeinflusst. Statt marktwirtschaftlichen Wettbewerb zu verhindern, sollte der Markt so reguliert werden, dass die Versicherten davon profitieren. Das schließt konkrete Personalvorgaben in einzelnen kritischen Bereichen nicht aus, begrenzt sie aber auf diese eng definierten Bereiche.

Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung, dass die medizinische und pflegerische Krankenhausversorgung in erster Linie auf den Patienten auszurichten ist. Dazu gehört auch, eine ausreichende Ausstattung mit Pflegepersonal in den Kliniken vorzuhalten. In den letzten Jahren ist zunehmend zu beobachten, dass insbesondere der Bereich der Pflegepersonalkosten eine Steuergröße sein kann, über die in den Krankenhäusern Einsparungen erreicht werden. Ein wichtiger Hintergrund dieser Entwicklung ist, dass die Länder ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten immer weniger nachkommen. Geld für notwendige Sanierungen wird daher immer häufiger den Beträgen entnommen, die eigentlich für die Behandlung und pflegerische Versorgung der Patienten vorgesehen sind. Zudem gibt es derzeit insbesondere in den Ballungszentren Deutschlands zu viele Krankenhäuser. Ein Abbau der vorhandenen Überkapazitäten kann dazu führen, dass vorhandene Ressourcen besser gebündelt werden und dadurch an den tatsächlich für die Versorgung notwendigen Standorten mehr Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Erste Impulse in Richtung Strukturbereinigung wurden mit dem 2016 eingeführ-

ten Strukturfonds gegeben, wengleich die Wirkungen auf einen tatsächlichen Kapazitätsabbau abzuwarten bleiben.

4. Privatisierung von Einrichtungen verhindern

Grundsätzlich ist vom Gesetzgeber für den Krankenhausbereich eine Trägervielfalt vorgesehen, insbesondere freigemeinnützige und private Träger sind zu fördern. Die Vorteile liegen darin, dass von den Trägern teils unterschiedliche unternehmerische Zielsetzungen verfolgt und variierende Versorgungsschwerpunkte besetzt werden. Dabei übernehmen private Träger häufig defizitär betriebene Kliniken und tätigen die notwendigen Investitionen. Dennoch ist zu beobachten, dass die privaten Träger offenbar eine sehr selektive Strategie entwickelt haben. So zeigte sich in den letzten Jahren, bspw. in der freiwilligen Kalkulationsstichprobe des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft dort deutlich unterrepräsentiert sind. Der Gesetzgeber hat darauf reagiert und mit dem KHSG die Grundlage für eine verpflichtende Teilnahme an der Kalkulation geschaffen.

Hinsichtlich der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit zeigen sich in einem Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) jedoch keinerlei Unterschiede zwischen den Trägern. Das Gutachten bestätigt einen gleichförmigen Rückgang der Pflegekräfte im Zeitraum 2005 bis 2012 bei allen drei Trägergruppen und keine Unterschiede in der Betreuungsrelation, d. h. der Zahl der Pflegekräfte je Behandlungstag. Von allen drei Trägergruppen ist das Durchschnittsalter der Patienten in privaten Kliniken am höchsten.

Bei der Sicherstellung einer flächendeckenden Patientenversorgung spielen die Kliniken in privater Trägerschaft eine wichtige Rolle. Die gesetzlichen Qualitätsanforderungen sind von diesen Kliniken gleichermaßen zu erfüllen und in den Qualitätsberichten darzustellen. Die Forderung nach einer Abschaffung dieser Trägerform wird vom GKV-Spitzenverband daher nicht geteilt.

5. Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE sieht vor, Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und zum Abbau übermäßiger Arbeitsbelastungen in die Wege zu leiten, damit die absehbare Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften erfüllt werden kann, wie z. B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Vergütung, der Arbeitsgestaltung, des Maßes an Selbstbestimmung und der sozialen Absicherung, Verbesserung der Ausbildungsqualität sowie der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Zielsetzung, das Berufsbild in der Pflege attraktiver zu machen. Mit dem Pflegeberufsgesetz hat der Gesetzgeber dieses bereits im Blick. Die Neuorganisation der Ausbildung kann ein Baustein sein, die Wertschätzung gegenüber den in der Pflege Arbeitenden in der Gesellschaft zu steigern. Dies reicht jedoch nicht aus, sondern hängt von einer Reihe weiterer Faktoren ab (Arbeitsbedingungen, Vergütung, Vereinbarkeit Familie und Beruf, Arbeitsverdichtung etc.). Eine Neuorganisation der Ausbildung, wie sie derzeit vom Gesetzgeber diskutiert wird, muss dabei konsequent an dem Ziel ausgerichtet sein, das bestehende hohe pflegerische Qualitätsniveau in Zukunft weiter zu steigern und die pflegerische Versorgung insgesamt sowie den gegenwärtigen wie zukünftigen Fachkräftebedarf sicherzustellen.

Die Pflegekassen sind ferner bereit, im Rahmen der Verhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen, angemessene Vergütungen zu vereinbaren. Diese Mittel müssen jedoch auch bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ankommen, damit die Arbeit der Pflegenden entsprechend entlohnt wird.

6. Flankierende Maßnahmen

Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung, dass die Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern ein wesentlicher Faktor einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist. Dennoch werden verbindliche alles umfassende Personalanzahlzahlen als nicht zielführend bewertet. Die Personalbemessung liegt im Verantwortungsbereich des Klinikmanagements und ist vor dem Hintergrund strategischer Planungen und anhand der Gegebenheiten vor Ort (z. B. Patientenstruktur, Auslastung) zu ermitteln.

Gleichwohl besteht in spezifischen Leistungsbereichen der Krankenhausversorgung der Bedarf nach Mindestanforderungen an das Personal, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Bereits heute ist der G-BA gesetzlich beauftragt, für diese Bereiche, die aufgrund besonderer Versorgungsanforderungen als „qualitätskritisch“ eingestuft werden, Qualitätsanforderungen an die Struktur- und Prozessvoraussetzungen in Richtlinien zu definieren. Die Richtlinien zum Bauchaortenaneurysma oder zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen enthalten bspw. Vorgaben zur Mindestausstattung und zur erforderlichen Qualifikation des Pflegepersonals. Nur wenn ein Krankenhaus diese Mindestanforderungen erfüllt, darf die Leistung erbracht werden. Eine weitere Möglichkeit, um Personalvorgaben für besonders qualitätskritische Bereiche, wie z. B. die neurologische und die intensivmedizinische Behandlung, verbindlich festzulegen, ist der Operationen- und Prozedurenschlüssel. Krankenhäuser müssen zur Verschlüsselung und Abrechnung des Kodes die dort benannten strukturellen Mindestmerkmale erfüllen, zu denen auch Anforderungen an das Personal gehören. Mit den beschriebenen Vorgaben hat der Gesetzgeber Möglichkeiten geschaffen, die Versorgungsqualität nachhaltig und zielgerichtet über spezifische Maßgaben zu sichern.

Darüber hinaus sind Krankenhäuser verpflichtet, jährlich wichtige Kennzahlen – darunter auch zur Pflegepersonalausstattung – einrichtungsbezogen und strukturiert in Qualitätsberichten darzustellen. Dies ist eine besondere Stärke des fallpauschalierten Systems, denn Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der medizinischen und pflegerischen Versorgung können darüber auch für die Öffentlichkeit transparent gemacht werden. Damit sind die Berichte ein Instrument, über das sich Versicherte im Vorfeld eines Klinikaufenthaltes ein Bild machen und auf dieser Basis eine informierte Entscheidung treffen können.