

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0006(10.1)
zur öAnh am 18.04.2018 -
Pflegepersonalmangel
13.04.2018



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 13.04.2018

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personal-
bemessung in den Krankenhäusern durchsetzen“**

Bundestagsdrucksache 19/30

vom 03.11.2017

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



Der Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen“ (Drucksache 19/30) kritisiert die bestehende Arbeitssituation der Pflegekräfte im Krankenhaussektor und führt hierfür u. a. die gestiegene Arbeitsbelastung aufgrund einer unzureichenden Pflegepersonalausstattung an. Der GKV-Spitzenverband nimmt zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE wie folgt Stellung:

Zu II. 1.

In dem Antrag der Fraktion DIE LINKE werden „sofortige“ Maßnahmen gefordert – sowohl in Bezug auf die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte als auch auf das sofortige Außerkraftsetzen der bisherigen Personalkostenfinanzierung über die DRGs. Hierzu ist grundsätzlich anzumerken, dass die Diskussion um die Personalsituation in den Krankenhäusern bereits seit den 1990er Jahren geführt wird und auf vielfältigen Ursachen beruht, zu denen z. B. die Attraktivität des Berufsbildes, aber auch der Investitionsstau der Länder und die Überkapazitäten in der Krankenhauslandschaft zählen. Es ist unrealistisch, über ein kurzfristiges Programm diese vielfältigen Ursachen nachhaltig zu korrigieren. Anstelle schnell konstruierter Maßnahmen sollten die in den letzten Jahren bereits eingeführten Ansätze zur Förderung der Krankenhauspflege in der Gesamtheit diskutiert und gegebenenfalls sinnvoll ergänzt werden. Der GKV-Spitzenverband unterstützt in diesem Zusammenhang ausdrücklich auch die Notwendigkeit, das Berufsbild „Pflege“ sowie die Rahmenbedingungen für die Pflegenden insgesamt attraktiver zu machen.

Zu den laufenden Maßnahmen zur Förderung der Pflegepersonalsituation zählt beispielsweise der Pflegezuschlag. Seit 2017 werden jährlich 500 Mio. Euro in Abhängigkeit von der Pflegepersonalausstattung an die Kliniken verteilt. Ab dem Jahr 2019 vergrößert sich das Volumen um die im letzten Förderjahr des Pflegestellenförderprogramms insgesamt verausgabten Mittel – maximal möglich wäre ab 2019 ein Gesamtvolumen von jährlich bis zu 830 Mio. Euro. Zudem enthält der DRG-Katalog 2018 zwei neue Pflegezusatzentgelte, die in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit und der Verweildauer der Patienten vergeben werden. Krankenhäuser mit einem großen Anteil an Patienten mit hohen Pflegegraden werden dadurch besser vergütet. Weiterhin sind über das erste Pflegestellenförderprogramm insgesamt 1,1 Mrd. Euro zusätzlich in den Krankenhausbe-

reich geflossen. Seither werden davon etwa 300 Mio. Euro jährlich über den im Operationen- und Prozedurenkatalog (OPS) hinterlegten Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) verteilt, über den Gründe für hochaufwendige Pflege und konkrete Pflegeinterventionen erfasst werden. Weitere Mittel zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung stehen über das erwähnte zweite Pflegestellen- und das Hygieneförderprogramm zur Verfügung. All diese Maßnahmen bedürfen einer Bewertung und Evaluation, denn trotz der zusätzlichen finanziellen Mittel werden gefühlte oder tatsächliche Missstände in der Pflegepersonalsituation kritisiert.

Zu II. 2.

In dem Antrag spricht sich die Fraktion DIE LINKE dafür aus, die Verhandlungen zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche abubrechen. Stattdessen sollen verbindliche Personalbemessungszahlen in allen Krankenhausbereichen eingeführt werden.

Aktuell arbeiten die Vereinbarungspartner mit Hochdruck an der Umsetzung des nach wie vor geltenden gesetzlichen Auftrags nach § 137i SGB V. Die wesentliche Herausforderung bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen besteht darin, dass bislang keine verlässlichen Datengrundlagen existieren: Untergrenzen können nicht sinnvoll und wirksam festgelegt werden, solange unklar ist, wie groß der Pflegebedarf auf den unterschiedlichen Stationen ist, wie die Stationen in den unterschiedlichen Schichten besetzt sind und wo Pflegefehler passieren. Wesentliches Vorhaben der Selbstverwaltungspartner war es daher seit Beginn der Verhandlungen im Sommer 2017, innerhalb der engen gesetzlichen Frist von einem Jahr die dringend notwendige empirische Grundlage zum Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und den versorgten Patienten in den Krankenhäusern zu schaffen. Die benötigten Informationen finden sich einerseits in den Dienstplänen und andererseits in der Belegungsstatistik der Krankenhäuser. Da beide Systeme derzeit technisch nicht direkt miteinander in Verbindung stehen, liegt der besondere Aufwand darin, eine Verknüpfung zwischen beiden Systemen herzustellen. Ein externes Institut wurde mit diesem umfangreichen Projekt beauftragt, die Datenerhebung läuft derzeit. Es bleibt zudem abzuwarten, wie das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel einer Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche gesetzlich gefasst wird. Der bisher beschrittene Weg der Einführung der Personalunter-

grenzen wird durch die GKV weiter verfolgt. Bevor die für die Verbesserung der Pflegesituation eingeführten Maßnahmen vorschnell wieder abgeschafft werden, sollte zudem die auch für die Personaluntergrenzen vorgesehene wissenschaftliche Evaluation zu den Auswirkungen auf die Versorgung abgewartet werden.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass es sich auch weiterhin nur um Mindestvorgaben handeln kann. Übergreifende gesetzliche Personalvorgaben für alle Krankenhausbereiche im Sinne von „Anhaltzahlen“ würden zurück in die ineffiziente Selbstkostendeckung führen. Es ist zunächst 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. Dennoch kann es notwendig und sinnvoll sein, Mindestanforderungen an das Personal zu definieren, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Zu II. 3.

Im Antrag fordert die Fraktion DIE LINKE weiterhin, die DRGs bezüglich der Personalkosten „sofort“ außer Kraft zu setzen und stattdessen eine bedarfsgerechte, am Gemeinwohl orientierte Krankenhausfinanzierung einzuführen.

Dem Vorschlag der Fraktion DIE LINKE, die bisherige Vergütungssystematik mit sofortiger Wirkung auszusetzen und zeitgleich ein neues Finanzierungsmodell zu etablieren, kann nicht gefolgt werden. Vielmehr handelt es sich, z. B. im Falle einer Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs wie im Koalitionsvertrag festgehalten, um eine aufwendige Neuordnung der Krankenhausvergütung, die einer ausreichenden Vorbereitungszeit von mindestens zwei bis drei Jahren bedarf. Altes und neues System müssen lückenlos ineinandergreifen, damit eine Finanzierung der Pflegepersonalkosten jederzeit sichergestellt ist. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes darf es zudem, wie bereits erwähnt, keinen Rückfall in die ineffiziente Selbstkostendeckung geben. Mit Einführung des DRG-Systems wurden für die Krankenhäuser Anreize zu wirtschaftlichem Handeln gesetzt.

Ein wesentlicher Ansatzpunkt, um die pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern für die Patienten zu verbessern, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, dass die jährlich in den DRGs einkalkulierten Personalkosten auch tatsächlich für Pflegepersonal eingesetzt und nicht etwa für notwendige Sanierungen zweckentfremdet werden. Geld, das von den Krankenhäusern für Pflege über die DRGs Erlöst wird, muss auch für die Finanzierung von Pflegepersonal verausgabt werden. Hierbei ist die Integration einer entsprechenden Nachweispflicht für die Krankenhäuser unumgänglich. Eine weitere Option, um im Vergütungssystem stärkere Akzente auf die sachgerechte Abbildung konkreter Pflegemaßnahmen zu legen, ist der OPS. Dieser bietet die Möglichkeit, neben dem PKMS weitere Codes zu ergänzen, in denen konkrete Vorgaben zur Pflegequalität verankert werden, die bei der Versorgung von definierten Patientengruppen durchzuführen sind. Es würde sichtbar, welche pflegerischen Leistungen beim Patienten ankommen. Mittelbar ergibt sich daraus der Pflegepersonalbedarf.