



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0439(1)
gel. VB zur öAnhörung am 12.06.
13_MPB
10.06.2013

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am
Mittwoch, 12. Juni 2013

zum

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung

BT-Drucksache **17/12095**

Berlin, 12. Juni 2013

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesetzliche Personalbemessung dringend geboten

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di begrüßt die durch die Antragsteller initiierte Debatte zur Personalbemessung in der Krankenhauspflege im Deutschen Bundestag. Sie ist erforderlich, weil die Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups - DRG) einen massiven Anreiz zum Personalabbau vor allem in den pflegerischen, therapeutischen und hauswirtschaftlichen Berufen bietet. Die aktuelle Erhebung von ver.di weist auf bundesweit 162.000 fehlende Vollzeitstellen in den Krankenhäusern, davon allein rund 70.000 in der Pflege, um die gebotenen Qualitätsstandards einzuhalten. Im Rahmen eines lernenden Systems ist daher eine politische Intervention durch eine gesetzliche Personalbemessung dringend geboten. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass eine bessere Personalausstattung auch Realität wird. Von den Krankenhäusern ist dies nicht kostenneutral zu bewältigen. Die bessere Personalausstattung ist wie alle anderen Betriebskosten vollständig zu finanzieren

ver.di hält es zudem für erforderlich, die Erfahrungen mit dem DRG-System bei der begonnenen Umstellung der stationären Vergütung in Psychiatrie und Psychosomatik zu nutzen und die dort bewährte Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) dauerhaft beizubehalten und weiterzuentwickeln.

Personalabbau unter dem DRG-System

Die Fallpauschalen im Krankenhaus hatten bislang einen sehr starken Einfluss auf die Personalentwicklung. Im ersten Bericht der DRG-Begleitforschung wird dazu angemerkt: „Die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Ärzten, Pflegenden und anderen Dienstarbeitern werden durch die befragten Krankenhäuser und die befragten Akteure gleichermaßen als deutlich negativ eingeschätzt; hauptsächlich hinsichtlich der Arbeitsmenge, aber auch hinsichtlich qualitativer Aspekte (z.B. Übereinstimmung von Aufgaben und Qualifikation, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Entscheidungsspielräumen).“¹

Der bereits vor der DRG-Einführung begonnene Personalabbau im Krankenhaus wurde nochmals verstärkt: „Der Rückgang der Vollkräftezahlen im Pflegedienst fiel mit 2,2 % p.a. zwischen 2003 und 2006 stärker aus als im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2006 (1,3% p.a.)“, führt das IGES Institut weiter aus.² Damit stieg auch die Arbeitsmenge insbesondere für das

¹ w.o.: G-DRG-Begleitforschung, IGES 2010, Seite XVIII

² Ebd., Seite 658

Pflegepersonal, wie die Autoren der WAMP-Studie³ feststellen: „Die tägliche Arbeitszeit pro Pflegekraft hat sich erhöht. Der Anstieg zeigt sich bei fast allen Arbeitsinhalten. Die Zeiten für patientennahe Tätigkeiten sind im Vergleich der Befragungsjahre 2003 und 2006 von 3,5 Stunden auf 3,97 Stunden gestiegen. In ähnlicher Weise sind administrative Tätigkeiten von 1,94 Stunden auf 2,21 Stunden gestiegen. Auch die Zeiten für hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Patiententransporte und Botengänge sind je Pflegekraft und Tag mehr geworden.“⁴

Die Arbeitsbelastung schlägt sich auch in der Frage an die Beschäftigten im Pflegedienst der Krankenhäuser nieder, ob sie unter den derzeitigen Anforderungen ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben könnten. Mehr als 2/3 (67 Prozent) antworten darauf mit einem klaren „Nein“.⁵ Das ist eine dramatische Entwicklung angesichts des demografiebedingten Mangels an Pflegepersonal und weiteren Gesundheitsberufen, der sich verstärkt in den vor uns liegenden Jahren abzeichnet. In den Krankenhäusern wurde weitgehend nur dort in Personal investiert, wo durch die speziellen Anforderungen des Systems neue „Abrechnungs- und Dokumentationsvorgänge“⁶ entstanden sind. Qualifizierung und Bereitstellung von Personal zur Verbesserung der Patientenversorgung, die das zentrale Anliegen der Krankenhäuser sein sollten, rückten in den Kliniken aus dem Blickfeld.

Qualitätsmängel nehmen zu

An Diagnosen orientierte Pauschalvergütungen eignen sich gut für Fälle, die medizinisch klar einzuordnen sind. Multimorbide Patientinnen und Patienten oder pflegebedürftige Menschen erhalten unter DRG-Bedingungen oft nicht die Behandlung und Pflege, die sie brauchen. In einer eindrucksvollen breit angelegten Studie kam das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) zum Ergebnis, dass der massive Stellenabbau der vergangenen Jahre Spuren in der Patientenversorgung hinterlässt. Es herrsche ein chronischer Pflegemangel im Krankenhaus.⁷

Mehr als 10.000 in Krankenhäusern beschäftigte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen wurden befragt. Die Ergebnisse wiesen unter einer steigenden Belastung der Beschäftigten auf zunehmende Probleme in der Patientenversorgung hin. Laut Studie ließen sich insbesondere Mängel bei Pflegeleistungen wie einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten,

³ Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“

⁴ Braun, Buhr, Müller: Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten

⁵ Roth, Ines, Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten – Branchenbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit, Dez. 2011

⁶ w.o.: G-DRG-Begleitforschung, IGES 2010, Seite 680

⁷ Isfort, M.; Weidner, F. et al., Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln, 2010

Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten erkennen. Gespräche mit Patient/-innen hätten deutlich abgenommen. Schlecht stünde es auch bei der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Selbst bei Medikamentengaben, Verbandswechseln und Hygienemaßnahmen gaben jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, dass sie Fehler aufgrund von hoher Arbeitsbelastung nicht ausschließen könnten.

In der Studie wurde auch ein direkter Zusammenhang zwischen abnehmender Pflegekapazität und vermehrten Risiken für die Patienten sichtbar. Zwar seien die Pflegekräfte bemüht, die professionelle und fachliche Pflege ungeachtet der Schwierigkeiten zu stabilisieren. Dabei gehe jedoch nur noch jede dritte Pflegekraft davon aus, dass Maßnahmen, die pflegerisch geplant werden, auch vollumfänglich realisiert werden können. Der sich abzeichnende Kollaps, so folgert die Studie, könne nur von allen verantwortlichen Kräften der Gesundheitspolitik gemeinsam in einer konzertierten Aktion vermieden werden.

Eingriffe des Gesetzgebers durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) 2009 reagierte der Gesetzgeber auf den aufgestauten Druck auf die Personalkosten sowie die damit zusammenhängenden Defizite bei Qualität und Sicherheit in der stationären Versorgung.⁸ Mehr als 3 Mrd. EUR flossen 2009 in die Krankenhäuser. Das waren rund 1 Mrd. Euro aufgrund der Budgetsteigerung, 200 Mio. Euro höhere Einnahmen bei der Behandlung von Beamtinnen und Beamten sowie Privatpatienten, 230 Mio. Euro durch den Wegfall des sogenannten Sanierungsbeitrags für die Krankenkassen, 1,35 Mrd. Euro zusätzlich für die anteilige Tariflohnerhöhung der Jahre 2008 und 2009, 220 Mio. Euro im Rahmen des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals⁹, 60 Mio. Euro für die Psychiatrischen Krankenhäuser zur Verbesserung der Personalbemessung und 150 Mio. Euro für Praxisanleitung in der Ausbildung.

Das auf die Jahre 2009 bis 2011 begrenzte Pflegeförderprogramm erwies sich als Hort der Intransparenz. Versprochen wurde die Schaffung von 17.000 zusätzlichen Stellen. Die Krankenkassen haben nach ihren Angaben über 14.400 Stellen finanziert. Die dazu erforderlichen Testate der Wirtschaftsprüfer wurden aber nur für 8.400 geschaffene Stellen vorgelegt.¹⁰ Ab dem Jahr 2012 sollten diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten

⁸ ver.di Krankenhauskampagne „Der Druck muss raus“ und größte Demonstration im Gesundheitswesen 2008 in Berlin

⁹ Beträge in gleicher Höhe für 2010 und 2011

¹⁰ Dritter Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntg (Förderjahre 2009 bis 2011), Berlin, 30.06.2012

pflegerischen Aufwand aufweisen.¹¹ Dazu soll der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) dienen. Die Mehrheit von 60% der Krankenhäuser hält den PKMS allerdings für nicht sachgerecht zur Dokumentation hochaufwendiger Pflege.¹²

Trotz hohem Dokumentationsaufwand ist der PKMS nur für 0,9 Prozent aller DRG-Fälle erlösrelevant. Dafür mussten 141.000 Pflegekräfte entsprechend geschult werden. Der Dokumentationsaufwand in den Krankenhäusern liegt bei durchschnittlich knapp 25 Minuten pro Tag und PKMS-Fall. „In den Stichprobenkrankenhäusern, die hierzu Angaben machten, waren dies im Mittel etwa 3.700 PKMS-E-Tage für das Jahr 2011. D.h. allein auf die PKMS-Dokumentation entfielen hier rund 1.540 Stunden pro Krankenhaus und Jahr, was nahezu der Jahressollarbeitszeit einer Vollzeitkraft entspricht.“¹³ Auch wenn das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in seinem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 davon ausgeht, dass der PKMS sich als gut geeigneter Kostentrenner gezeigt habe¹⁴ und die für 2012 begonnene Abbildung der hochaufwendigen Pflege weiter verbessert werden konnte, lässt sich ein solcher Bürokratieaufwand in keinsten Weise rechtfertigen.

Auch der an der Entwicklung maßgeblich beteiligte Deutsche Pflegerat beklagt, dass in den letzten Jahren nur geringfügige Korrekturen am PKMS zugelassen wurden, die nicht ausgereicht hätten, das Instrument zu verbessern. Es bestehe daher „erheblicher Handlungsbedarf, die bekannten Schwächen des Instrumentes nun endlich grundsätzlich anzugehen.“¹⁵ ver.di ist die Feststellung wichtig, dass es sich beim PKMS trotz des hohen Dokumentationsaufwands nicht um ein geeignetes Instrument zur Personalbemessung im Krankenhaus handelt oder er zu diesem werden kann. Dazu war PKMS auch nicht konzipiert. Selbst bei einer erheblichen Verbesserung - die derzeit nicht in Sicht ist - ist davon auszugehen, dass sich nicht über 2% der Fälle erlösrelevant abbilden lassen.

Weitere Eingriffe des Gesetzgebers 2013

Nachdem zunächst die mit dem KHRG 2009 erfolgten Verbesserungen mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 durch eine verschärfte Deckelung (Ausgabenentwicklung unterhalb der Steigerungsrate im SGB V) und der Zwangsabsenkung bei vereinbarten Mehrleistungen teilweise rückgängig gemacht wurden und der zugesagte Orientierungswert nicht umgesetzt worden war, wurde 2013 im Gesetzgebungsverfahren zur Beseitigung sozialer Überforderung

¹¹ § 4 Abs. 10 Krankenhausentgeltgesetz

¹² KRANKENHAUS BAROMETER Umfrage, Dezember 2012

¹³ Ebd., Seite 85

¹⁴ InEK 19. Dezember 2012

¹⁵ Krankenhausbarometer 2012 – PKMS nicht sachgerecht, DPR Presseinformation vom 29.01.2013

bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung für die Krankenhäuser eine Erhöhung ihrer Mittel vorgesehen. So sollen u.a. zusätzliche finanzielle Mittel bereit gestellt werden, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung sowie die Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern gefördert wird. Zudem sollen die Verhandlungsmöglichkeiten zum Orientierungswert erweitert und ein teilweiser Tarifausgleich vorgesehen werden. Mit letzterer Maßnahme soll tarifgebundenen Krankenhäusern im Jahr 2013 die Hälfte der Tariferhöhungen erstattet werden. Den gleichen Betrag sollen jedoch auch Krankenhäuser erhalten, die nicht tarifgebunden sind oder keine Tariferhöhungen vereinbart haben. Grund dafür ist, dass die ermittelte Erhöhungsrage dem Landesbasisfallwert zugeschlagen wird. Damit profitieren auch Krankenhäuser ohne Tarifbindung oder mit niedrigeren Tariferhöhungen im gleichen Maße wie tarifgebundene Häuser von der Erhöhung der Landesbasisrate.

Der im Jahre 2009 im Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG) vorgesehene zwingende Abschlag (§ 4 Absatz 2a KHEntgG) wurde zwischenzeitlich im Gesetzestext gestrichen. Damit bestehen Mitnahmeeffekte für Kliniken ohne entsprechende Tariferhöhungen und tendenzielle Anreize zur Tariffucht. ver.di hatte daher in ihrer Stellungnahme gefordert, einen Zwangsabschlag in § 4 KHEntgG wieder einzuführen. In der jetzigen Form mache der Tarifizuschlag keinerlei Sinn. Der Zuschlag sei für tarifgebundene Häuser nicht ausreichend und stelle für nicht tarifgebundene eine Überzahlung dar.

Nachhaltige Verbesserungen nur mit sachgerechter Personalbemessung möglich

Die politischen Korrekturen waren bislang teuer für die Versicherten, brachten aber keine Qualitätsverbesserungen für die Patientinnen und Patienten und auch keine besseren Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten. Mit einer gesetzlichen Personalbemessung wäre ein wesentliches Element zur Verbesserung der Strukturqualität in den Krankenhäusern umgesetzt. Zudem sind mit dieser Maßnahme eine wirksame Entlastung der Beschäftigten und mehr Sicherheit für die Patientinnen und Patienten verbunden. Der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und guter Versorgung ist evident. Eine gesetzliche Personalbemessung ist auch geeignet, Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern zu Lasten von Patient/-innen und Personal zu vermeiden.

ver.di setzt sich für eine verlässliche Finanzierung der Krankenhäuser ein, um die Versorgungssicherheit für die Patienten dauerhaft zu gewährleisten. Die Krankenhäuser brauchen ausreichend Personal und das ist nur mit einer gesetzlichen Personalbemessung zu

erreichen. Diese Rahmenbedingungen müssen vom Bundesgesetzgeber für alle Krankenhäuser verbindlich vorgegeben werden.

Die Bedeutung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)

Für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken oder Krankenhausabteilungen gelten die DRGs nicht. Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgG) werden jedoch auch dort Tagespauschalen eingeführt. Die PsychPV aus dem Jahr 1990 soll nur noch für einen Übergangszeitraum gelten.

Die an der Entstehung beteiligten Expertengruppen verbanden mit dieser Verordnung eine durchgreifende Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen. „Ihre Bedeutung ist vergleichbar mit der Einführung der Psychopharmaka vor 40 Jahren“, schreiben sie im Vorwort zur 1. Auflage einer Kommentierung.¹⁶ Während sich allerdings die Psychopharmaka weiterentwickeln durften, soll jetzt die Zeit der PsychPV enden.

Mit der Aufhebung dieses verbindlichen Qualitätssicherungsinstruments wären massive Einschnitte bei der Personalausstattung und erhebliche Rückwirkungen auf die Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen verbunden. Daher haben sich im Gesetzgebungsverfahren 2012 zahlreiche Verbände, darunter auch die Gewerkschaft ver.di, für die Beibehaltung der PsychPV ausgesprochen. Auch im Rahmen eines neuen Vergütungssystems kann auf dieses bewährte Instrument nicht verzichtet werden. Es ist nicht ausreichend, dass – wie im Gesetz vorgesehen – der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt wird, lediglich Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal vorzugeben. ver.di fordert vielmehr die Beibehaltung und Weiterentwicklung der PsychPV.

Die vorgesehene Aufhebung der PsychPV zum 1. Januar 2017 ist ein völlig falsches Signal an die Einrichtungsträger. Die PsychPV verliert damit ihre Wirkung. Bereits im Vorfeld der Einführung des neuen Vergütungssystems wird unter Hinweis auf die Aufhebung der Verordnung Personal abgebaut. Es drohen schwerwiegende Qualitätsprobleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Diese Probleme können – wie wir im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser unter der DRG-Einführung sehen – nur schwer und teilweise mit ungeeigneten Mitteln, neuen Bürokratiepflichten und nur unter erheblichem finanziellem Aufwand notdürftig repariert werden.

¹⁶ Kunze, Kaltenbach Psychiatrie-Personalverordnung, 1992

Im Interesse einer hochwertigen psychiatrischen Versorgung, guter Arbeitsbedingungen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bedarf es einer Vorgabe zur Personalbemessung, die dem Bedarf entsprechend angepasst und weiterentwickelt wird.

Mit dem ursprünglichen Gesetzauftrag gemäß § 17d KHG aus dem Jahr 2009 war vorgegeben worden, die bisher tagesgleichen Pflegesätze durch ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für die Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen abzulösen. Anders als die Fallpauschalen der Allgemeinkrankenhäuser (Diagnoses Related Groups - DRGs) sollten hier tagesbezogene Entgelte die Grundlage bilden. Weiterhin wurde vorgegeben, dass von den Behandlungsbereichen nach der PsychPV auszugehen ist. Ebenso hatte der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner beauftragt ein „lernendes System“ zu entwickeln.

Das „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen legt den Rahmen für die Einführung und Umsetzung fest. Es gestaltet jedoch den ursprünglichen Gesetzauftrag anders aus und sieht auch die Aufhebung der PsychPV vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930) zum 1. Januar 2017 vor.

Die PsychPV ist seit 21 Jahren unbestrittenes Instrument zur Qualitätssicherung in den Psychiatrischen Kliniken. Sie hat wesentlich zu einer stabilen Personalbemessung und einer sicheren psychiatrischen Versorgung beigetragen.

Die PsychPV muss die Grundlage für die Festlegung der leistungsorientierten Entgelte und die Besetzung der dafür erforderlichen Personalstellen bilden. Sie darf nicht lediglich als Berechnungsinstrument für die pauschalen Entgelte genutzt werden. Spätestens die Erfahrungen aus der Umsetzung der DRGs haben gezeigt, welche unerwünschten Wirkungen daraus entstehen, wenn eine Personalregelung lediglich zum Berechnungsinstrument wird. Dann nämlich entsteht ein ökonomischer Anreiz zum Personalabbau in allen nicht erlösrelevanten aber für die Qualität der Versorgung unverzichtbaren Arbeitsbereichen. Der Trend zur Industrialisierung von Krankenhausleistungen wird in allen Arbeitsbereichen verstärkt.

In der psychiatrischen Versorgung hat die Beziehungsaufnahme der Patientinnen und Patienten mit qualifiziertem Personal entscheidende Bedeutung für die Behandlungsqualität.

Voraussetzung ist die Schaffung eines entsprechenden Milieus. Die PsychPV gibt mit den beschriebenen Regelaufgaben den Qualitätsrahmen vor. Die dazu erforderlichen Personalstellen im ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bereich müssen vorhanden sein. Dringend geboten ist daher der Erhalt und die Weiterentwicklung der PsychPV im Rahmen des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und – soweit noch nicht erfolgt - eine vollständige Umsetzung der erforderlichen Personalbesetzung vor dessen Einführung. Die Überarbeitung der PsychPV ist

auch deswegen notwendig, weil sich im psychiatrischen Krankenhaus die Profile und Aufgaben der Berufsgruppen verändert haben und weiter verändern werden. Schon mit dem Psychotherapeutengesetz sind seit 1999 zwei neue Berufe entstanden, deren Berufs- und Tätigkeitsprofile in der PsychPV künftig berücksichtigt werden müssen.

Erforderlich ist auch im neuen Entgeltsystem eine garantierte Finanzierung der Umsetzung der PsychPV zu 100 Prozent. Damit wird gleichzeitig dem Auftrag des Gesetzgebers entsprochen und eine gewünschte Entwicklung in den psychiatrischen Einrichtungen unterstützt.

Es gibt keinen Hinweis darauf, dass dort, wo bisher eine vollständige Umsetzung der Vorgaben der PsychPV erfolgt ist, die Versorgung psychisch Kranker insgesamt teurer geworden wäre. Vielmehr hat eine unvollständige Personalausstattung in einigen Einrichtungen dazu geführt, dass im KHRG 2009 Nachverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern zur vollständigen Umsetzung der PsychPV ermöglicht wurden.

Auch in der Zukunft ist zu erwarten, dass nachgesteuert werden muss, wenn Qualitäts- oder Sicherheitsmängel durch Personalabbau offensichtlich sind. Dies führt regelmäßig zu höheren Belastungen für die Versicherten.

Diese höheren Belastungen können dann vermieden werden, wenn Qualitätsstandards verbindlich vorgegeben sind. Ein wesentliches und zudem bewährtes Instrument zur Qualitätssicherung ist die PsychPV. Mit ihr bestünde auch im neuen Vergütungssystem eine ausreichende gesetzliche Grundlage auf der sowohl Maßnahmen zur Qualitätssicherung als auch Qualitätssicherungsabschläge vereinbart werden können. Sie darf also nicht verhandelbarer Gegenstand zwischen den Vertragsparteien sein, sondern muss eine für alle verpflichtende Vorgabe bleiben.

Personalbemessung auch unter Pauschalvergütung erforderlich

Bei den allgemeinen Krankenhäusern hat sich gezeigt, dass die Berechnung nach einem Personalbemessungssystem dauerhaft erforderlich ist. So rechnet das InEK bei den DRGs im Hintergrund immer noch mit der Pflegepersonalregelung (PPR) vom 1. Januar 1993, die bereits zum 1. Januar 1997 wieder aufgehoben wurde. Sie hatte jedoch dazu geführt, dass in der kurzen Zeit ihrer Geltung in den Krankenhäusern mehr als 24.000 Vollzeitstellen geschaffen wurden. Die PPR als Instrument der Qualitätssicherung sollte vor allem dazu dienen, die Qualität der Pflege in den Krankenhäusern zu verbessern.¹⁷ Mit der Herabstufung zum reinen Kalkulationsinstrument konnte die PPR jedoch nicht verhindern, dass es anstelle einer

¹⁷ Simon, Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Hannover, 2008, S. 71

Anpassung an zusätzliche Arbeitsbelastungen (Anstieg von Fallzahlen und Fallschwere) im Vorfeld und in der Konversionsphase des Fallpauschalensystems zu einem erheblichen Personalabbau (Minus 100.000 Stellen) vor allem im Bereich der Pflegeberufe kam.

Die durch den Personalabbau weithin sichtbaren Qualitätsprobleme in der Patientenversorgung und die Sicherheitsmängel bei den Abläufen, die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, die fehlende Vereinbarung von Familie und Beruf sowie die Einschnitte bei den Vergütungen hatten schließlich die o.g. teuren Reparaturen am System (z.B. Abbildung einer zusätzlichen Tarifraten und Pflegeförderprogramm im KHRG 2009) erforderlich gemacht.

Das Pflegeförderprogramm sah einen schnellen Aufbau zusätzlichen Pflegepersonals für insgesamt drei Jahre vor. Dazu wurden insgesamt rund 600 Mio. EUR bereit gestellt. Der größte Teil des zusätzlich finanzierten Personals wurde jedoch nicht zur Reduktion der Belastung eingesetzt. Vielmehr führten die zusätzlichen Stellen in einigen Häusern zu weiteren Fallzahlsteigerungen. Die hohe Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal konnte nicht gezielt ausgeglichen werden.

Auch 10 Jahre nach Einführung der DRGs gibt es kein Instrument in den Allgemeinkrankenhäusern, das garantiert, dass die in den Berechnungsgrundlagen der Fallpauschalen zugrundegelegten Stellenanteile tatsächlich zur Verfügung gestellt werden. Die Personalbemessung im Krankenhaus ist nach wie vor eine „Black-box“. Die Kassen können zwar nach Einführung der DRGs sagen, was sie für einen „Fall“ bezahlen, sie wissen jedoch nicht, welche Qualität und Sicherheitsstandards sie ihren Versicherten zur Verfügung stellen und unter welchen Arbeitsbedingungen die Leistung erbracht wird.

Die Tagesentgelte für die Psychiatrie sollen, wie auch die DRGs, als ein lernendes System eingeführt werden. Die Erfahrungen der Krankenhäuser könnten also genutzt und auf ihnen aufgebaut werden. Gerade für die Personalausstattung im Bereich der Psychiatrie sollte dies in besonderem Maß gelten.

Entwicklung einer Personalverordnung

ver.di hatte bereits beim Pflegegipfel 2008/09 im Gesundheitsministerium vorgeschlagen, zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung und Versorgungsqualität im Pflegedienst kurzfristig Personalbedarfsermittlungen in Modellvorhaben zu erproben und auf ihre Brauchbarkeit hin zu überprüfen. Ausgangspunkt müsse der Pflegebedarf des Patienten/innen bezogen auf seine/ihre medizinische und pflegerische Diagnose sein. Im Fokus müsse der notwendige Pflegeaufwand stehen, der sich aus der Situation der Patientin/des Patienten ergibt. Pflege müsse vom Kosten- zum Erlösfaktor werden. Bereits in § 2

Krankenhausentgeltgesetz wird neben der ärztlichen Behandlung insbesondere die Krankenpflege als Leistung des Krankenhauses genannt. Viele Patient/innen müssen gerade wegen ihres Bedarfs an pflegerischen Leistungen stationär behandelt werden. Ohne ihren speziellen Pflegebedarf könnten sie – bei ansonsten gleicher medizinischer Diagnose - ambulant operiert werden oder das Krankenhaus nach kurzer Verweildauer verlassen. Pflege erscheint auf der betriebswirtschaftlichen Ebene des einzelnen Krankenhauses ausschließlich als Kostenfaktor, nicht als wertschöpfende Dienstleistung. Krankenhäuser, in denen überdurchschnittlich viele pflegebedürftige Patientinnen und Patienten behandelt werden, leisten einen Aufwand, der ihnen nicht vergütet wird. Eine Sorge, die ver.di mit Expertinnen und Experten teilt, ist, dass durch die fehlende Berücksichtigung pflegerelevanter Informationen bei der Bildung der Aufwandsgruppen qualitätswirksame Fehlanreize durch die Fallpauschalen vorhanden sind. Der Handlungsbedarf besteht aus der Sicht von ver.di darin, ein Modell zu entwickeln, welches die Kernaufgaben der Pflege „erfassbar“ macht und ihre Abbildung im DRG-System ermöglicht. Es geht hierbei um die Würdigung der Arbeit der Pflegekräfte. Darüber hinaus geht es ver.di darum, passende Instrumente zur Steuerung von Tätigkeitsbereichen im Krankenhaus zu schaffen.

Ziel eines Modellprojektes müsse es sein, gemeinsam mit Praktikern aus der Pflege, Indikatoren zu identifizieren, die als Teil der gruppenbildenden Kriterien dazu beitragen, Pflege im DRG System angemessen abzubilden. Dabei komme es nicht darauf an, ein weiteres Instrument neben die bereits vorhandenen hinzu zu setzen, sondern aus bewährten Verfahren die geeigneten Elemente so zu kombinieren, dass die Feststellung des Pflegebedarfs einfach zu handhaben ist, und mit geringem Erfassungsaufwand möglichst zielgenaue Ergebnisse erzeugt, die für den Einbau ins DRG-System geeignet sind.

Dieses Vorhaben stieß auch im Ministerium auf Zustimmung, wurde jedoch nach der Bundestagswahl 2009 dort nicht mehr weiter verfolgt.

Dabei wird der Ruf nach einer verbindlichen Personalbemessung immer lauter. Im April 2013 beteiligten sich Beschäftigte aus über 260 Kliniken an einer bundesweiten ver.di-Aktionswoche. Sie forderten eine bundesweite, gesetzliche Regelung zur Personalbemessung in Krankenhäusern und traten dafür ein, dass die Psychiatrie-Personalbemessung beibehalten und weiterentwickelt wird. Die Politik müsse einen klaren Rahmen setzen, um den Druck von den Beschäftigten zu nehmen. Nur so könne auch eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sichergestellt werden.

Eine vernünftige Personalbemessung müsse ausreichend fachlich qualifiziertes Personal vorschreiben, gesunde Arbeitsbedingungen ermöglichen und den Schweregrad der Arbeiten berücksichtigen. Eine bundesweite gesetzliche Personalbemessung sei auch deshalb

erforderlich, weil sich gezeigt hat, dass die Kliniken immer versuchen, bei den Beschäftigten zu sparen. Eine Verpflichtung der Kliniken sei daher unumgänglich.

Wie viel Personal mit welcher Qualifikation eingesetzt werde, sei eine Frage der Personalbemessung. Sie finde statt, egal ob sie nach einem allgemein anerkannten System oder nach Entscheidung des Managements geschehe. Im Wettbewerb strebten die Krankenhäuser danach, die Personalkosten stetig zu senken.

Es war mit der Einführung von pauschalen Vergütungssystemen verbunden, Krankenhäuser unter Wettbewerbsdruck zu setzen. Allerdings gibt es bislang keine Sicherungen gegen Personalabbau und Fachkräfteschwund. Wo der Wettbewerb aus dem Ruder läuft, muss ihm die Politik Grenzen setzen. ver.di fordert auch deshalb eine bundesweite, gesetzliche Personalbemessung für alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Kriterien dabei sind:

1. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gewährleisten.
2. Die Standards der jeweiligen Fachgesellschaften einhalten.
3. Den Schweregrad der Arbeit berücksichtigen.
4. Gesunde Arbeitsbedingungen ermöglichen.
5. Ausbildung, Fort- und Weiterbildung unterstützen.
6. Ausreichend fachlich qualifiziertes Personal vorschreiben.

Bewertungen im Einzelnen

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft begrüßt die Forderungen im vorliegenden Antrag. Sie müssen trotz bevorstehender Bundestagswahl aufgegriffen und bereits jetzt Schritte für eine gesetzliche Personalbemessung eingeleitet werden. ver.di als Fachgewerkschaft im Gesundheitswesen wird sich an der Erarbeitung im Rahmen einer von der Bundesregierung eingesetzten Arbeitsgruppe beteiligen. Im Einzelnen nehmen wir zum Antrag wie folgt Stellung:

Zu 1.: Die Beteiligung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite, der Vertragsparteien Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., GKV-Spitzenverband und PKV-Verband sowie von Patientenvertreter/-innen an der Entwicklung einer Regelung halten wir für zielführend. Eine solche Arbeitsgruppe muss jedoch mit einem klaren politischen Auftrag und einer zeitlichen Vorgabe ausgestattet sein. Sie ist kein Ersatz für politische Entscheidungen. Vielmehr ist ein gesetzlicher Rahmen für eine verbindliche Personalbemessung im Krankenhaus und deren Finanzierung unabdingbar.

Zu 2.: Die genannten Regelungen müssen auch eine Finanzierung vorsehen, die ein Ausweichen in Mehrleistungen nicht mehr zur Aufrechterhaltung des Krankenhauses erforderlich macht. Neben dem gesamten Pflegebedarf sind auch Personalkosten anderer Berufsgruppen zu berücksichtigen. Dabei muss dem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglicht werden, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Dies schließt ausdrücklich eine tarifliche Vergütung der Arbeitnehmer/-innen ein.

Zu 3.: Dass durch Abschlüsse bei der Vergütung wirksame Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Krankenhäusern geschaffen werden, die die Mindestpersonalbemessung verletzen, hält ver.di für erforderlich. Gerade dadurch soll ein Wettbewerb um möglichst wenig und schlecht bezahltes Personal vermieden werden. Die zeitnahe Veröffentlichung der Erfüllung oder Nichterfüllung der Mindestpersonalbemessung an prominenter Stelle in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser schafft mehr Transparenz. Sie ist ein geeignetes Instrument für Patient/-innen bei der Wahl des Krankenhauses.