



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0439(2)

gel. VB zur öAnhörung am 12.06.

13_MPB

10.06.2013

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 10.06.2013

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Bessere Krankenhauspflege durch
Mindestpersonalbemessung“
(Drucksache 17/12095)**

GKV–Spitzenverband

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0

Fax +49 (0) 30 206 288-88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Antrag	4
Verantwortlichkeiten	4
Mengenproblematik	5
Spezieller Handlungsbedarf	5



I. Vorbemerkung

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung für die Versicherten und Patienten sicherzustellen. Beabsichtigte Veränderungen in der Krankenhauspflege sind daher aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes dahingehend zu beurteilen, ob und inwieweit sie dazu dienen, die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten zu gewährleisten oder zu verbessern. Die Arbeitsbelastung oder die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte spielen hierbei eine wichtige Rolle. Arbeitsmarktpolitische Erwägungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes dagegen nicht maßgebend für gesundheitspolitische Entscheidungen zur Gestaltung der Krankenhausversorgung. Eine bundesweit einheitliche Mindestpersonalbemessung in der Krankenhauspflege und die damit verbundene zusätzliche Mittelbereitstellung müssen vor allem an der möglichen Verbesserung der Qualität der Pflege durch diese Maßnahme bewertet werden.

Im vorliegenden Antrag der Fraktion Die LINKE bleibt der Qualitätsaspekt jedoch weitgehend unerwähnt. Der Antrag stellt lediglich auf Vorgaben zur Strukturqualität ab.

Grundsätzlich gilt jedoch: Mehr Personal ist nicht automatisch gleichbedeutend mit einem Mehr an Pflege oder Pflegequalität. Deshalb kann auch eine auf den Personalbestand (und damit der zu verwendenden Mittel) fokussierte Betrachtung nicht die adäquate Lösung für die im Antrag geschilderte Problematik sein.



II. Stellungnahme zum Antrag

Verantwortlichkeiten

In einem fallpauschalierenden System wie dem DRG-System ist der Personaleinsatz dem Verantwortungsbereich des Krankenhausmanagements zuzuordnen. Wer anders als das Krankenhausmanagement selbst sollte Verantwortung dafür tragen, eine angemessene Personalausstattung zu gewährleisten? Die Allokation der Ressourcen auf die Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital obliegt der Entscheidung der Geschäftsführung. In manchen Fällen mag es sinnvoll sein, mehr Pflegekräfte einzusetzen, in anderen Fällen ist vielleicht aufgrund der Nutzung effizienterer Räumlichkeiten mit kürzeren Wegen die Zahl der Pflegekräfte nicht zu erhöhen.

Mit jeder Fallpauschale werden dem Krankenhaus durch die Krankenkassen beträchtliche, kalkulierte Anteile auch für die Pflegeleistung mit überwiesen. Erfolgreiche Kliniken sind in der Lage, mit einer ausgewogenen Personalausstattung in Verbindung mit einer effizienten Arbeitsorganisation und einer zeitgemäßen medizintechnischen Ausstattung qualitativ hochwertige Krankenhausleistungen zu erbringen. Regelmäßige Vorschriften über Mindestpersonalbesetzung zu machen wäre nicht nur DRG-systemfremd, sondern auch vollkommen unüblich für den Bereich des öffentlichen Einkaufs. Neben preislichen und qualitativen Erfordernissen an die Dienstleistung oder das Produkt, auch die Art und Weise der Erstellung durch bundesweite Vorgaben zum Faktoreinsatz in einzelnen Funktionsdiensten mit zum Gegenstand der Beschaffung zu machen, geht über das Maß dessen, was Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen oder staatlicher Behörden ist, hinaus. Entscheidend ist und bleibt die zu gegebenem Preis geleistete Qualität der Arbeit.

Ein möglicherweise aus einer bundesweit einheitlichen Mindestpersonalbemessung abgeleiteter Anspruch der Krankenhäuser auf Pflegekräfte ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs sollte man vermeiden. Eine reine Selbstkostendeckung für Pflegekräfte wäre riskant, zumal die Pflege nur eine Teilgruppe des im Krankenhaus beschäftigten Personals darstellt. Die mit einer bundesweit vorgegebenen Regelung verbundene Kontrollbürokratie der Einhaltung der Mindestpersonalbemessung wäre beträchtlich, der Nutzen für den Patienten und die Qualität der Behandlung unklar.

Der Pflegeaufwand eines Krankenhauses bzw. einer Abteilung variiert in Abhängigkeit von Leistungsspektrum, Versorgungsstruktur und Patientenkontext (Alter, Fallschwere etc.) und entzieht sich einer einfachen Normierung über die Anzahl der Fälle pro Pflegekraft. Auch eine generelle Unterdeckung im Pflegedienst der Krankenhäuser kann gegenwärtig keineswegs angenommen werden. Der Anstieg der Belastungszahl in Fällen je Vollkraft kann nicht zur alleinigen Einschätzung der Belastung von Pflegekräften herangezogen werden. Insbesondere der langanhaltende Verweildauerrückgang drückt sich in einem Rückgang der Belegungstage aus. Dies bleibt dabei



völlig außer Acht. Bereits seit dem Jahr 2008 ist zudem ein Anstieg der Vollkräfte im Pflegedienst zu verzeichnen. Für mehr als 15.000 Pflegevollkräfte wurden in den am Pflegesonderprogramm teilnehmenden Krankenhäusern im Jahr 2011 zusätzlich 536 Mio. Euro durch die Krankenkassen bereitgestellt. Im Programmzeitraum 2009 bis 2011 flossen insgesamt mehr als eine Mrd. Euro neben der regulären Finanzierung der Pflege über die Anteile in den DRGs an die Krankenhäuser. Seit dem Jahr 2012 erfolgt die dauerhafte Zusatzfinanzierung für Krankenhauspflege über die Landesbasisfallwerte und spezielle Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege. Durch die erlösrelevante Anwendung des PKMS seit 2012 ist sichergestellt, dass Fälle mit einem besonders hohen Pflegeaufwand höher vergütet werden. Auch hier sind die Krankenhausleitungen gefragt, die zusätzlich erlösten Finanzmittel hausintern entsprechend einzusetzen.

Mengenproblematik

Die Summe der Krankenhausleistungen wächst seit Jahren deutlich stärker als dies die Demografie erwarten lässt. Lediglich ein Drittel der zusätzlichen Leistungen lässt sich so erklären. Auch im internationalen Vergleich ist bei einer Reihe von operativen Eingriffen, u. a. der Hüft- und Knieendoprothetik, das Leistungsniveau in Deutschland auffällig hoch. Vor diesem Hintergrund muss gelten: Ökonomisch motivierte Mengenausweitungen und damit unnötige und für den Patienten risikoreiche Operationen müssen ausgeschlossen werden. Die DRG-Fallpauschalenvergütung per se ist nicht das Problem. Erst in Verbindung mit Überkapazitäten und überhöhten Preisen führt die leistungsorientierte Vergütung zu medizinisch zweifelhafter Mengenentwicklung. Dieses seit Jahren unbegründete Mengenwachstum belastet und bindet Pflegekräfte, die für notwendige medizinische Behandlungen benötigt werden. Wer das Mengenproblem löst, löst zumindest in Teilen auch die im Antrag der Fraktion Die LINKE beschriebenen Probleme in der Pflege. Es bedarf dringend einer wirksamen Mengenbegrenzung im Krankenhausbereich.

Spezieller Handlungsbedarf

Eine Stärkung des Bewusstseins für den Zusammenhang zwischen Krankenhauspflege und Ergebnisqualität ist dringend notwendig. In der externen Qualitätssicherung wird der Bereich Krankenhauspflege bislang lediglich durch den Qualitätsindikator zur Dekubitusprophylaxe abgebildet. Wie häufig ein Dekubitus während eines Aufenthalts im Krankenhaus auftritt (Dekubitusinzidenz), gibt Aufschluss über die angewendeten Vorbeugungs- und ggf. rechtzeitig eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen. Die Dekubitusinzidenz gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit im Krankenhaus. Um Pflegequalität verstärkt messbar zu machen, sollte der Ausbau der Qualitätssicherung auch weitere Aspekte der Krankenhauspflege umfassen (ggf. Sentinel Event). Darüber hinaus wird ab dem Berichtsjahr 2012 durch die Krankenhäuser in den Qualitätsberichten das Verhältnis der Vollkräfte im Pflegedienst zur vollstationären Fallzahl je Organisationseinheit/Fachabteilung ausgewiesen.



In speziellen Bereichen hat sich gezeigt, dass besondere Maßnahmen erforderlich sind, um bestehende Gefährdungen des Patientenwohls zu minimieren. Steigende Infektionsraten waren und sind ein Beleg für den bestehenden Handlungs- und Nachholbedarf. Analog sollte also für Sonderregelungen, wie im Fall der Krankenhaushygiene, eine belastbare Nachweisführung erfolgen, um den spezifischen Handlungsbedarf ableiten zu können. Die generelle Vorgabe einer Mindestpersonalbemessung wird diesem Anspruch nicht gerecht. Konkreter Handlungsbedarf muss nachgewiesen und daraus abgeleitete Maßnahmen mit einer bestimmten Ergebnisqualität verknüpft sein.

Sofern nachweislich spezielle Handlungsbedarfe in Teilbereichen der Krankenhauspflege bestehen, wie dies beispielsweise für den Nachtdienst im Antrag der Fraktion DIE LINKE skizziert wurde, sollte hierfür durch entsprechende stationsgebundene Vorgaben eine Regelung getroffen werden. Krankenhausträger bzw. Klinikleitungen sind darauf zu verpflichten, durch entsprechende arbeitsorganisatorische Maßnahmen und ggf. Fachkraftquoten die Einhaltung dieser Vorgaben zu gewährleisten. Sollten gegenwärtig tatsächlich unhaltbare Zustände die Patientensicherheit gefährden, so sind sowohl die Ursachen als auch die Verantwortung bei den Krankenhausleitungen zu verorten.

