

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0125(35)

gel. VB zur öAnhörung am 07.09.

15_KHSG

02.09.2015



Stellungnahme

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe

im Rahmen der öffentlichen Anhörung

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD:

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

BT-Drucksache 18/5372

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.:

Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern - Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln

BT-Drucksache 18/5369

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen

BT-Drucksache 18/5381

Berlin, 2.9.2015

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD:

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

BT-Drucksache 18/5372

Vorbemerkung

Als größter Berufsverband der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Mitglied im Deutschen Pflegerat (DPR) danken wir für die Möglichkeit der Stellungnahme. Aus Sicht des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. DBfK greift der vorgelegte Gesetzesentwurf zur Reformierung der Krankenhausstrukturen nicht entschieden genug die seit Jahren bekannten und belegten Fehlsteuerungen in der Krankenhausversorgung auf.

Die Problembereiche werden zaghaft durch einzelne Neuerungen bearbeitet. Es fehlt der erkennbare Wille, durch den Gesetzesentwurf die bekannten Probleme nachhaltig zu lösen, als da zu nennen wären: die Unterfinanzierung der Krankenhäuser, die eine Refinanzierung der tatsächlichen, am Pflegebedarf der Versicherten orientierten Personalbedarfe und der damit verbundenen Personalkosten zulässt. Von besonderer Bedeutung ist dabei das ungenügende Pflegestellenförderprogramm, das - entgegen der öffentlichen politischen Bekenntnisse zu einem Mehr an Pflegepersonal -, im Finanzvolumen unterdimensioniert entworfen wird. Zu prüfen und zu verbessern sind die durch das DRG-System verursachten Fehlansätze (Mengensteuerung, Auswirkung auf die Personalsituation). Das seit Jahrzehnten beklagte Investitionsproblem, den durch Bund und Länder anerkannten Investitionsbedarf eine ausreichende Investitionsfinanzierung gegenüberzustellen, bleibt ungelöst. Stattdessen wird ein Strukturfond aufgelegt, um Überkapazitäten mit Hilfe der Gelder von Versicherten abzuwickeln. Die Überkapazitäten sind durch fehlgesteuerte Krankenhausplanung entstanden. Die Qualitätssicherung spielt im Gesetzesentwurf eine hervorgehobene Rolle. Dadurch soll die Patienten- und damit Nutzerperspektive stärker berücksichtigt werden. Der DBfK begrüßt diese Ausrichtung in der Krankenhauspolitik. Allerdings steht zu bezweifeln, dass in der jetzigen Struktur die geplanten Regelungen zeitnah, nachhaltig, effektiv und effizient zu entwickeln und im Regelbetrieb umzusetzen sein werden. So wird gesetzlich im Entwurf geregelt, über den Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelnde bundeseinheitliche Qualitätsindikatoren bei Bedarf in den Ländern auszusetzen. Es stellt sich dabei grundsätzlich die Anforderung, pflegebezogene Ergebnisindikatoren für die Versorgungsqualität zu entwickeln und in die Qualitätssicherung verbindlich zu integrieren.

Der DBfK bewertet im Gesetzesentwurf positiv:

- Die Chancen, die Versorgungsstrukturen durch einen Strukturfonds weiter zu entwickeln, begrüßt der DBfK. Dieser könnte eine Katalysatorfunktion zur Einführung innovativer Versorgungsformen übernehmen. Durch den Strukturfonds können jenseits der herkömmlichen Gesundheitsversorgung

neue Wege beschritten werden und in innovativer Form – unter Beachtung der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualitätsindikatoren – neue Formen der Leistungserbringung entwickelt, erprobt und implementiert werden. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. verweist hier auf das Sachverständigengutachten zur Entwicklung im Gesundheitswesen „Kooperation und Verantwortung“ von 2007. Der Bedarf von Umstrukturierungen in Arbeitsabläufen, die erforderliche Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen und die Erweiterung der Handlungsautonomie der Pflegeberufe gemäß SVR ist bisher nicht ausreichend umgesetzt worden.

- Begrüßenswert ist, dass durch die angedachten Umstrukturierungsmaßnahmen – neben dem Abbau von Überkapazitäten – insbesondere die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen, (z.B. Gesundheits- und Pflegezentren) gefördert werden sollen. Auch hier verweist der DBfK auf die Anregung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2014). Es wird empfohlen, lokale Gesundheitszentren (LGZ) zur Primär- und Langzeitversorgung einzurichten. Dort können alle für eine umfassende Versorgung und Pflege erforderlichen Dienste und Hilfen unter einem Dach angesiedelt werden. Es bleibt zu hoffen, dass hier internationale Vorbilder zur Gestaltung von lokalen Gesundheits- und Pflegezentren berücksichtigt werden. Diese sind multiprofessionell ausgerichtet und erbringen kooperativ eine bedarfsgerechte integrierte Versorgung über die gesamte Lebensspanne – auch in den Spätphasen des Lebens und bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit¹.
- Der DBfK begrüßt, dass der Gesetzesentwurf die „normale“ Pflege am Bett“ durch das Pflegestellenförderprogramm stärken will. Nach § 4 KHEntgG soll die „unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“ gestärkt werden. Die Einstellung von zusätzlichem Pflegepersonal auf Intensivstationen ist hierdurch ausgeschlossen.
- Im Gesetzesentwurf sollte im Rahmen der Krankenhausgesetzgebung die ambulante Versorgungslücke geschlossen werden, die entsteht, wenn Menschen nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter Operation oder bei ambulanter Krankenhausbehandlung vorübergehend Hilfen der Grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, jedoch nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Die Vorschläge des Deutschen Caritasverbandes vom 24.8.2015 zur Änderung des § 37 (1), § 38 und zu einem neuen § 37c unterstützt der DBfK vollumfänglich.

¹ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung, Perspektiven für ländliche Regionen, und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten, Kurzfassung, 2014

Der DBfK nimmt kritisch zu ausgewählten Punkten Stellung:

- Die Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung am Bett durch das Pflegestellenförderprogramm in der geplanten Höhe ist völlig unzureichend. Gesetzliche Vorgaben, die eine deutlich verbesserte Personalausstattung mittels geeigneter Verfahren der Refinanzierung der Personalkosten und der Personalbemessung ermöglichen, sind dringend nötig und überfällig, da – zusammengefasst und allgemein ausgedrückt – eine unzureichende Personalausstattung im Pflegedienst das Risiko für unerwünschte Ereignisse (bis hin zu erhöhten Mortalitätsraten) für Patienten signifikant erhöht. Dieses bezieht sich auch auf den Bereich „Hygiene“, der durch § 136a SGB V besonders geregelt wird. Zudem muss für das Pflegepersonal umgehend die Arbeitsbelastung und der Zeitdruck reduziert und die Arbeitsbedingungen spürbar verbessert werden. Dies ist ohne eine ausreichende Personalausstattung nicht umzusetzen.
- Die Verknüpfung von Vergütung mit Qualitätsaspekten ist vor allem im angelsächsischen Raum durch das Pay-for-Performance-Konzept in Modellen und in der Regelversorgung erprobt – vor allem im Bereich der ambulanten Leistungserbringung. Neben der erfolgsabhängigen Vergütung gehört auch das Public Reporting zu dem Konzept Pay-for-Performance. Eine patientenfreundliche Ausgestaltung der Qualitätsberichte ist folgerichtig. Im Gegensatz zum angelsächsischen Ausland führen P4P-Projekte in Deutschland ein Nischendasein. Daher liegen wenig Erfahrungen bzw. belastbare Daten² vor. Zu befürchten ist, dass sich durch das mit P4P-Ansätzen verstärkte Berichtswesen ein Mehr an Bürokratie ergibt, was kontraproduktiv ist, da weitere Ressourcen aus der Patientenversorgung abgezogen werden. Bisher ungeklärt sind die methodischen Verfahren zur Bestimmung von geeigneten, transparenten, validen und reliablen Qualitätsindikatoren, die im deutschen Krankenhaussektor in der flächendeckenden Versorgung von über 18 Millionen Patienten mit Zu- und Abschlägen belegt werden. Zudem stellt sich grundsätzlich die Anforderung, pflegebezogene Ergebnisindikatoren für die Versorgungsqualität zu entwickeln und in die Qualitätssicherung verbindlich zu integrieren. Ungelöst ist die Frage, warum überhaupt mit dem Geld der Versicherten eine weit unterdurchschnittliche Versorgung geleistet werden darf, die nach erfolgter Behandlung dann mit einem Malus belegt wird. Krankenhäuser, die eine derartig zu messende Qualität gemäß der Qualitätsindikatoren erbringen, müssen sofort von der Versorgung dieser Patienten ausgeschlossen werden und ein gestuftes Qualitätsverbesserungs-Verfahren durchlaufen, dass verhilft, das angestrebte Maß an Qualität zu erfüllen.
- Aus Sicht des DBfK ist kritisch zu hinterfragen, ob die benannten „erheblichen“ Einsparpotenziale in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe durch

² http://www.monitor-versorgungsforschung.de/kurzfassungen/kurzfassungen-2012/kurzfassungen-ausgabe-mvf-06-12/copy13_of_gerlach

Struktureffekte wie z. B. die neuen Maßnahmen zur Stärkung der Qualitätsorientierung, die zielgenauere Ausgestaltung der Mengensteuerung oder den Strukturfonds tatsächlich erzielt werden können. Die Praxis zeigt, dass für die Entwicklung, Ein- und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen finanzielle und personelle Ressourcen bereitzustellen sind.

- Das gegenwärtige System der Krankenhausfinanzierung durch das DRG-System zwingt die Krankenhäuser zu immer weiteren Kostensenkungen durch die Orientierung an durchschnittlichen Ist-Kosten. Dieses wird auch als Kellertreppeneffekt bezeichnet (Simon, 2013). Der DBfK plädiert dafür, die besondere Verantwortung der Länder gemäß dem staatlichen Sicherstellungsauftrag für eine ausreichende und flächendeckende Krankenhausversorgung zu stärken. Der Sicherstellungsauftrag wird aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes und der Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge für seine Bürger abgeleitet. Im Zuge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft muss der Grundgedanke gesellschaftlicher Daseinsvorsorge stärker in den Fokus dieses Gesetzesentwurfs gerückt werden. Ergänzend sollten Qualitätsvorgaben formuliert werden, z.B. Anforderungen an Qualität und Anzahl an Personalbemessung im Pflegedienst. Hierbei ist auch das DRG-System grundsätzlich zu überprüfen, Fehlanreize sind zu korrigieren und sicherzustellen, dass die Anteile der in den DRG kalkulierten Erlöse für die pflegefachliche Versorgung tatsächlich im Pflegebereich verwendet werden. Krankenhäuser, die diese Kriterien nicht erfüllen, sollten aus dem Krankenhausplan entlassen werden.

Als Mitglied des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) trägt der DBfK dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt zu einigen Punkten ergänzend Stellung.

Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nummer 5: §12 Förderung zur Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

Geplante Neuregelung:

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Strukturfonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet. Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden.

Stellungnahme:

Die Errichtung und Verwendung des Strukturfonds ist ein zentrales Element in dem Gesetzentwurf. Der DBfK regt an, konkreter und transparenter zu beschreiben, nach welchen Kriterien das Bundesversicherungsamt die Mittel vergibt. Hier setzt sich der DBfK für eine multiprofessionelle besetzte Expert/innenkommission ein, explizit mit Beteiligung pflegewissenschaftlichen Sachverständigen. Das Sachverständigen Gutachten 2014 empfiehlt, „lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung (LGZ)“ aufzubauen, um (...) leistungsfähigere Strukturen mit hoher Qualität zu schaffen. Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs Pflegebedürftiger ist ein Ausbau auch der pflegerischen Kapazitäten unabdingbar. Daher plädiert der DBfK dafür die Wörter „ **und pflegerische**“ hinter „palliativ“ einzufügen.

Nummer 5: § 13 Entscheidung zu den förderfähigen Vorhaben

Geplante Neuregelung

Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen wählen die Länder die Vorhaben, für die ein Antrag auf Förderung gestellt werden soll, aus und treffen die Entscheidung über die Förderung. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.

Stellungnahme:

Der DBfK plädiert dafür, die Pflegenden als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen in die entsprechenden Gremien und Entscheidungsprozesse regelhaft einzubeziehen. Daher sollte folgender Wortlaut eingefügt werden: „**An der Auswahlentscheidung sollten insbesondere auch die Institutionen und Verbände der Pflege beteiligt werden**“.

Nummer 7 § 17b

Geplante Neuregelung:

§ 17b, Absatz 1, letzter Satz lautet: Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.

Stellungnahme:

Der DBfK plädiert dafür, hinter dem Wort „Behandlungsabläufen“ die Wörter „**sowie hohem Unterstützungs- und Pflegebedarf**“ einzufügen. In einer alternden Gesellschaft sind viele Patientinnen und Patienten jenseits von akuten oder chronischen Erkrankungen auch pflegebedürftig. Dem gilt es durch Bereitstellung entsprechender finanzieller Ressourcen Rechnung zu tragen.

Nummer 7 § 17b, Absatz 1a, Nr.7

Geplante Neuregelung:

Regelungen für Zu-oder Abschläge sind zu vereinbaren, insbesondere für (...) die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegegesetzverordnung.

Stellungnahme:

Der DBfK begrüßt diese Regelung, da sie insbesondere die Belange der Menschen mit Behinderung im Krankenhaus stärkt.

Artikel 2, Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nummer 4 § 4, Absatz 8 neu Krankenhausentgeltgesetz

Geplante Neuregelung

(8) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,15 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,3 Prozent vereinbart werden.

Stellungnahme

Die Summe von 660 Mio. Euro für Neueinstellungen oder Aufstockungen im Pflegebereich für alle Krankenhäuser in Deutschland bei gleicher Übernahme von 10% der Personalkosten ist völlig unzureichend. Seit dem Jahr 1996 wurden im Pflegedienst der Krankenhäuser 50.000 Vollzeitäquivalente reduziert, das entspricht 15 % des Bestandes. Zugleich nahm von 1991 bis 2010 die Anzahl der Patientinnen und Patienten zu (BARMER GEK 2014³), der Anteil älterer und pflegeaufwendiger Patienten stieg sowie die Zahl der vor- und nachstationär behandelten und ambulant operierten Patienten (Simon, 2014⁴). Im gleichen Zeitraum halbierte sich die Verweildauer der Patientinnen und Patienten (Bölt, 2012⁵). Als Folge des Stellenabbaus in der Pflege ergaben sich eine steigende Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung, eine Überlastung des Personals sowie gravierende Mängel in der Qualität der Patientenversorgung. Insbesondere zu den Qualitätsmängeln in der Patientenversorgung ist zu erwähnen, dass Busse⁶ et al. (2012) im Rahmen der RN4Cast-Studie untersucht hat, ob es eine implizite Rationierung von Pflege in deutschen Krankenhäusern gibt. Unter impliziter Rationierung von Pflege versteht man „das Vorenthalten oder das Nicht-Ausführen notwendiger Pflegemaßnahmen aufgrund von Zeitmangel, Personalmangel oder fehlender Ausbildung“. Busse stellte fest, dass zu den Tätigkeiten, die aus Zeitmangel nicht durchgeführt werden konnten, u.a. die „adäquate Patientenüberwachung, Mundpflege, Hautpflege, regelmäßiges Umlagern und rechtzeitiges Verteilen von Medikamenten“ gehören. Werden diese Pflegehandlungen aufgrund von fehlendem oder nicht ausreichend qualifiziertem Personal nicht regelmäßig durchgeführt, kann das Risiko für Soor und Parotitis und nachfolgend Pneumonie, sowie z.B. katheterassoziierte nosokomiale Blasenentzündungen etc. steigen.

Eine Aufstockung der Pflegestellen von durchschnittlich zwei Pflegefachpersonen pro Krankenhaus, wie es das geplante Pflegeförderprogramm vorsieht, reicht bei weitem nicht aus. Jetzt bedarf es rascher Hilfe und einem entschiedenen politischen Willen. Der DBfK schließt sich den Forderungen des Deutschen Pflegerates DPR (Vier-Punkte-Programm, 12/2014) nach Bereitstellung eines Zusatzbudgets von jährlich 2,5 Milliarden Euro auf mindestens vier Jahre an. Darüber hinaus dringt der DBfK auf eine langfristige Lösung und fordert die Einführung von ana-

³ Barmer GEK Report Krankenhaus 2014, <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/140722-Report-Krankenhaus/PDF-Report-Krankenhaus-2014,property=Data.pdf> Download 19.02.2015

⁴ Simon, M.: (2014) Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser- Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung Ein Diskussionsbeitrag September 2014, http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf

⁵ Bölt, U.; Graf, T. et al., 20 Jahre Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Februar 2012, www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile Download 18.02.2015

⁶ Busse, R., Zander, M., Dobler, L., Bäuml, M., Vortrag 2012: Gibt es implizite Rationierung in deutschen Krankenhäusern? Download 25.03.2015 https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.lectures/Konstanz_2012.03.27.pdf

lytischen Personalbemessungsinstrumenten, die sich an dem tatsächlichen Pflegedarf der Menschen orientieren, nicht an ökonomischen Interessen.

Durch die zusätzlichen finanziellen Mittel des Pflegestellenförderprogrammes soll die Neueinstellung und zeitliche Aufstockung von Pflegefachpersonal (...) zu 90 Prozent gefördert werden. Das bedeutet für Krankenhäuser mit bereits bestehendem Defizit, dass sich dieses erhöht, wenn sie am Pflegestellenförderprogramm partizipieren. Der DBfK kritisiert, dass keine vollständige Übernahme der Kosten erfolgt und regt an, eine 100% Übernahme der Kosten gesetzlich zu verankern.

Nummer 4. h) jj)

Geplante Neuregelung

Dazu, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, erarbeitet bis spätestens zum 31. Dezember 2017 eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission Vorschläge.“

Stellungnahme:

Es muss eine nachhaltige, belastbare und erlösrelevante Abbildung von Pflegeleistungen im DRG-System entwickelt werden. Die Steuerung der erzielten Zusatzentgelte in die pflegerelevanten Bereiche muss genau geregelt und festgeschrieben werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die für die pflegerische Versorgung kalkulierten Geldbeträge auch entsprechend verwendet werden bzw. wurden. Das gewährt, dass die Mittel nicht zum „Stopfen“ anderer Lücken in der Krankenhausfinanzierung verwendet werden. Diese Fragestellungen müssen unter Einbeziehung der Expertise von Pflegewissenschaftler/innen und Pflegemanager/innen bearbeitet werden. Der DBfK fordert, in die einzurichtende Expert/innenkommission Vertreter der Pflegeberufsverbände, z.B. den DPR einzubeziehen und mit Sitz und Stimme auszustatten. Zudem ist die Terminsetzung 31.12.2017 zu spät. Angesichts der drängenden Probleme müsste eine solche Expertenkommission bereits arbeiten. Ergebnisse sollten bis spätestens zum 31.12.2016 erarbeitet sein.

Artikel 6, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 15. § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Geplante Neuregelung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 insbesondere

1. (...)
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Stellungnahme

Die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Dieses wird durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung festgelegt.

Die Leistungserbringung im Krankenhaus ist multiprofessionell gestaltet. Speziell qualifizierte Pflegefachpersonen mit besonderer Erfahrung und Expertise übernehmen zunehmend sehr spezielle, teilweise ehemals ärztliche Aufgaben. Insgesamt wird die Leistungserbringung komplexer. Vor diesem Hintergrund plädiert der DBfK dafür, Kriterien auch für die erbrachten pflegerischen Leistungen festzulegen. Die Pflege hat einen eigenen Wissensfundus, die Pflegewissenschaft entwickelt sich rapide und es gibt eine Vielzahl von sowohl grundständigen primärqualifizierenden als auch spezialisierten hochschulischen Studiengänge sowohl auf Bachelor- als auch Masterebene. Pflege trägt einen selbstständigen Anteil am Gelingen von Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten bei. Pflege muss, wie andere Disziplinen auch, belegen und nachweisen, dass nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und anerkannten Standards des Berufstandes gehandelt wird. Daher ist es folgerichtig, wenn auch für die pflegerische Leistungserbringung derselbe Maßstab angelegt wird, wie bei diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Der DBfK plädiert dafür, hinter „therapeutischen“ die Wörter „**sowie pflegerischen**“ einzufügen. Bei den festzulegenden Mindestanforderungen fordert der DBfK die Einführung von analytischen Personalbemessungsinstrumenten, orientiert an wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Nummer 14. § 136a, Absatz 2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Geplante Neuregelung

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

ergeben. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.

Stellungnahme

Die zunehmende Professionalisierung und Akademisierung in der Pflege führt zu einer Spezialisierung der professionellen Pflege. Unter dem Überbegriff Advanced Nursing Practice existiert das im Ausland bereits seit langem und hat sich sehr bewährt. In Deutschland steckt die erweiterte Pflegepraxis zwar noch in den Kinderschuhen, aber auch hier gibt es erste Ansätze, z.B. in der Psychiatrie, Onkologie, Pädiatrie und der Behandlung von Diabetes.

Qualifizierte Pflegefachpersonen in der Psychiatrie arbeiten selbstständig und wissenschaftlich fundiert mit psychisch erkrankten oder beeinträchtigten Menschen. Sie werden z.B. als ‚Fallmanager/-innen‘ bzw. Primäre Pflegekraft (PN) in unterschiedlichen Settings und Behandlungsschwerpunkten tätig. Sie agieren als gleichwertige Partner im therapeutischen Prozess. Die Absolvent/innen der einschlägigen Bildungsprogramme sind befähigt, die pflegerische Versorgung selbstständig auf hohem Niveau zu gestalten und Entscheidungen auch zu komplexen Sachverhalten sicher zu finden. Die Pflege führt die Ansätze der Therapien fort und sorgt für den Behandlungserfolg. Pflegerische Leistungen tragen so zum Genesungserfolg und der Qualitätssicherung bei. Dadurch wird Pflege von einem Kostenfaktor zu einem Leistungsfaktor.

Um pflegerische Leistungen gleichberechtigt im Gefüge der Leistungserbringer zu verankern, sollten daher in den entsprechenden Richtlinien auch Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen **und pflegerischen** Personal aufgenommen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisse in den Qualitätsberichten nach § 136b auch in Bezug auf die Ausstattung mit **pflegerischem Personal** gehört ebenfalls dazu. Daher plädiert der DBfK dafür, Empfehlungen auch für die pflegerische Personalausstattung aufzunehmen (im Gesetzentwurf oben in **fett** eingefügt).

Nummer 14. § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Geplante Neuregelung:

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz Bestandteil des Krankenhausplans werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhauspla-

nung zuständigen Landesbehörden. Ein erster Beschluss nach Satz 1 ist bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen.

Stellungnahme:

Neben der baulichen und apparativen Ausstattung ist vor allem Anzahl und Qualifikation des Personals als wichtigstes Element der Strukturqualität anzusehen. Laut deutscher Ergebnisse der RN4 Cast Studie (Registered Nurse Forecast-Studie) von 2011 beträgt der Personalschlüssel in den ausgewerteten deutschen RN4Cast-Krankenhäusern durchschnittlich 10:1. (Nurse-to-Patient-Ratio) Damit schneidet Deutschland zusammen mit Spanien (ebenfalls 10:1) im internationalen Vergleich am schlechtesten ab. Als Stand der internationalen Forschung kann resümiert werden, dass eine unzureichende Personalbemessung im Pflegedienst das Risiko für unerwünschte Ereignisse erhöht, bis hin zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Der DBfK fordert daher, die Bemessung des Pflegepersonals nicht ins Belieben der einzelnen Krankenhäuser zu stellen. Der DBfK setzt sich für eine Einführung von analytischen Personalbemessungsinstrumenten, orientiert an wissenschaftlichen Erkenntnissen ein. Die Anwendung dieser sollte kontrolliert und bei Nicht-Einhalten sanktioniert werden. Als Maßstab für eine pflegerische Versorgungsqualität sind pflegebezogene Ergebnisindikatoren zu entwickeln und in die Qualitätssicherung zu integrieren.

Fazit

Aus Sicht des DBfK bleibt der Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung hinter den Erwartungen an eine zukunftsgerichtete Lösung der bekannten Problemstellungen deutlich zurück. Die Erwartung, dass Krankenhäuser den Investitionsstau abbauen, Pflegefachpersonen, Ärzte und weitere Beschäftigte den Berg von Überstunden abtragen, die Unterbesetzung, die Flucht in Teilzeit oder aus dem Beruf abgefangen wird und Patient/innen sicher betreut und beraten werden, erreichen die im Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen nicht. Krankenhäuser entwickeln sich gezwungenermaßen zunehmend zu Betrieben der Gesundheitswirtschaft; der gesellschaftliche Grundgedanke der Daseinsvorsorge gerät immer mehr ins Abseits. Die Fokussierung auf die Qualitätssicherung ist fraglich. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Erwartungen an Nutzer- und Patient/innenfreundlichkeit erfüllen.

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.:

Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern - Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln

BT-Drucksache 18/5369

Im Antrag der Fraktion Die Linke. wird die Bundesregierung zu folgenden Maßnahmen und gesetzlichen Regelungen aufgefordert:

1. Ein vorgegebenes Verfahren der Personalbedarfsermittlung wird gesetzlich verankert, das sowohl für Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen bundesweit einheitlich eine dem Versorgungsbedarf der Patienten angemessene Personalausstattung festlegt. Die Erfahrungen mit der Pflege-Personal-Regelung (PPR) und der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sind zu berücksichtigen. Für Intensivstationen sind entsprechende Maßstäbe und Verfahren neu zu entwickeln. Eine unabhängige Expertinnen- und Expertengruppe von Vertreterinnen und Vertretern aller entsprechenden Disziplinen sowie der Beschäftigten unter Federführung der Pflegewissenschaften wird mit der Erarbeitung der Empfehlungen zur Personalbemessung und einem neuen Personalbemessungsverfahren betraut.
2. Als Soforthilfe bis zur Einführung des neuen Verfahrens zur Personalbemessung ist die PPR für einen Übergangszeitraum von 3 Jahren wieder einzuführen und zusammen mit der Psych-PV für verbindlich zu erklären. Der Nachtdienst ist mit dem Einsatz von mindestens zwei examinierten Pflegekräften pro Nachtschicht und Station verbindlich zu regeln.
3. Die vollständige Refinanzierung der Kosten für die Krankenhäuser ist sicherzustellen, indem im ersten Schritt ausgehend von den Durchschnittswerten der Mehrbedarf extrabudgetär (außerhalb der Fallpauschalen) finanziert wird.
4. Um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen, sind bereits bei der Abrechnung der Krankenhäuser mit den Krankenkassen Kontrollen einzurichten. Das Deutsche Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) ist mit der Erweiterung der Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) für die Abrechnung der Fallpauschalen mit der Vorgabe zu beauftragen, eine Mindestausstattung- und Qualifikation des Pflegepersonals zu integrieren.
5. Bei den Ländern ist darauf hinzuwirken, dass die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards sowie anderer Qualitätskriterien zur Bedingung für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan wird.
6. Die Ausbildungsqualität ist gezielt zu verbessern, damit die absehbare Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften erfüllt werden kann. Die Arbeitsbedingungen sind zu verbessern.
7. Eine Evaluation für den gesamten Prozess ist einzurichten.

Stellungnahme

Der DBfK fordert seit Jahren, ein bundesweit einheitliches analytisches Verfahren der Personalbedarfsermittlung zu entwickeln und zu implementieren. Dies hat mit Expertinnen und Experten unter pflegewissenschaftlicher Leitung zu geschehen. Dabei sollte es sich um ein systemkonformes, mittelfristig zu erreichendes Verfahren handeln, das die strukturellen Vorgaben für die Leistungserbringung nutzt und zudem dazu führt, den Pflegeaufwand leistungsrechtlich abzubilden.

Als kurzfristige Maßnahme zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser unterstützt der DBfK die Reaktivierung der PPR, allerdings mit der Auflage, das Verfahren aus 1992 kurzfristig an die aktuellen Erfordernisse 2015 anzupassen (u.a. Abbildung der regelhaft delegierten Tätigkeiten vom ärztlichen in den pflegerischen Bereich im Bereich der Speziellen Pflege, etwa durch die Neudefinition der S4 Stufe, Berücksichtigung des Nachtdienstes etc.) und die pflegerelevanten Erlöse aus den DRG-Fallpauschalen verpflichtend für Pflegepersonal einzusetzen.

Der DBfK unterstützt den Vorschlag der Verbesserung des Nachtdienstes.

Die Bemessung des Pflegeaufwandes und der daraus abgeleiteten Kosten muss sich innerhalb der vorhandenen Strukturen darstellen lassen. Bei einer extrabudgetären Lösung steht zu befürchten, dass allein die Entwicklung und Konsentierung einen immensen Zeitaufwand erforderlich macht, neue Prüfkataloge und weiterer bürokratischer Aufwand erfordert und aufwendige (Einzelfall-) Verhandlungen zwischen Kostenträger und Leistungserbringer nach sich zieht.

Der DBfK ist einer der führenden Befürworter einer generalistischen Pflegeausbildung in Deutschland und stetiger Mahner der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und befürwortet die Forderungen. Eine Evaluation der Maßnahmen wird befürwortet.

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen

BT-Drucksache 18/5381

Im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wird die Bundesregierung zu folgenden Maßnahmen und gesetzlichen Regelungen aufgefordert:

1. einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser reformiert, durch eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen auf eine stabile Basis stellt und den Krankenkassen zugleich Mitsprache bei der Krankenhausplanung ermöglicht;
2. gemeinsam mit den Ländern die Krankenhausplanung hin zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterzuentwickeln;
3. einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den dem akuten Personalnotstand kurzfristig begegnet wird, im Pflegebereich der Krankenhäuser verbindliche Personalbemessungsregelungen eingeführt werden und mittel- und langfristig ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt wird;
4. auf Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus wie etwa einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander hinzuwirken;
5. einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Geltung der Psychiatrie-Personalverordnung verlängert und zu verbindlichen Personalstandards führt sowie ein alternatives Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik vorsieht, das schwerstpsychisch Erkrankte nicht benachteiligt, die sektorenübergreifende Behandlung fördert und die Verweildauer verkürzt, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.

Stellungnahme

Der DBfK sieht den dringenden Bedarf, die Investitionskostenfinanzierung zu reformieren und stimmt dieser Forderung im Grundsatz zu. Der Vorschlag könnte dazu beitragen, politische Interessen auf Länderebene zugunsten einer bedarfsorientierten, sektorenübergreifenden und bevölkerungsorientierten Versorgung zurückzustellen. In diesem Sinne weist der DBfK seit Jahren auf eine Umsetzung der Vorschläge im SVR 2007 für eine verbesserte Kooperation der Berufsgruppen und eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung hin, die die gegenwärtigen Friktionen überwindet.

Der DBfK fordert seit Jahren, ein bundesweit einheitliches analytisches Verfahren der Personalbedarfsermittlung zu entwickeln und zu implementieren. Dies hat mit Expertinnen und Experten unter pflegewissenschaftlicher Leitung zu geschehen. Dabei sollte es sich um ein systemkonformes, mittelfristig zu erreichendes Verfahren handeln, das die strukturellen Vorgaben für die Leistungserbringung nutzt

und zudem dazu führt, den Pflegeaufwand leistungsrechtlich abzubilden. Aus Sicht des DBfK sind die sogenannten NRG allerdings nicht das erste Mittel, dies zu erreichen. Die Abbildung des Pflegeaufwandes über Nursing Related Groups (NRGs) zielt darauf ab, ein separates Kostengewicht für pflegerische Leistungen auszuweisen. Dies bedingt ein weiteres Fallpauschalensystem neben dem DRG-System mit hohem Regelungs- und Bürokratieaufwand. Eine mehr systemkonforme Lösung, die kurz- bzw. mittelfristig zur Abbildung des Pflegeaufwandes führen werden, sind derzeit aktuell durch eine Expertenarbeitsgruppe des Deutschen Pflegerats in die Diskussion gebracht worden. Hier werden Pflegebedarfsfaktoren in den Fallpauschalen berücksichtigt. Sie basieren auf der Selbständigkeit von Patientinnen und Patienten, die im Wesentlichen durch zwei Faktoren bestimmt wird: die kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit (zudem ist hier der konzeptionelle Anschluss an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gegeben). Untersuchungen zeigen, dass Pflegebedarfsfaktoren unterschiedliche Pflegeaufwände pro Fall erklären können. Über diese Möglichkeit, Pflege im Rahmen des DRG-Systems abzubilden, könnte die Personalsituation mit einem überschaubaren Aufwand verbessert werden.

Der DBfK befürwortet eine Verlängerung der Geltung der Psychiatrie-Personalverordnung. Zeitgleich ist eine Novellierung anzustreben. Die Psych-PV ist zu modernisieren, um den gegenwärtigen Anforderungen an die Versorgung zu entsprechen. Grundlage muss der Behandlungsbedarf und die Bedürfnislage von Betroffenen und Angehörigen sein, der Evidenzlage muss entsprochen werden. U. a. ist die notwendige Strukturqualität (Personal) zu gewährleisten. Die Umsetzung der Psych-PV bis ins einzelnen Krankenhaus muss über Kontrollmechanismen transparent werden. In Konsequenz muss eine Verbindung zur Budgetfindung entwickelt werden. Die Psych-PV stellt eine gute Ausgangsbasis und Grundlage für die Entwicklung von Kriterien zur personellen Strukturqualität und Budgetfindung in psychiatrischen Kliniken dar.