

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der
Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)
Gesetzentwurf
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Stand 30.06.2015
und zu den Anträgen der Fraktionen
BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN und DIE LINKE.**

Der DPR begrüßt die Qualitätsoffensive als Basis für eine sichere und transparente Krankenhausversorgung. Allerdings sind die vorgestellten Verbesserungen zur Finanzierung der Krankenhäuser nicht ausreichend, um die Finanzierungsprobleme der Kliniken substantiell zu beheben. Eine wirkliche Veränderung zur Krankenhausplanung ist nicht in Sicht. Das Problem der Überversorgung wird nicht mutig genug angegangen und für die regionale Unterversorgung ist lediglich ein Sicherstellungszuschlag angedacht. Auch bleibt die Investitionsfinanzierung nach wie vor hinter den Erwartungen zurück. Das bereitgestellte Volumen deckt nur einen Bruchteil des seit Jahren bestehenden Investitionsstaus ab.

Der Gesetzentwurf bezieht sich an verschiedenen Stellen auf den Pflegebedarf am Lebensende. Doch nicht nur Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter haben einen erhöhten Pflegebedarf, sondern auch Menschen zu Beginn des Lebens. Auch bei der Geburtshilfe sind bedarfsnotwendige Kapazitäten für die Qualität der Versorgung entscheidend. Entsprechend gilt es, neben der Aufstockung bei der Pflege am Bett auch die Betreuungsleistung von Hebammen im Kreißaal zu berücksichtigen, die ebenfalls unzureichend ist.

Der DPR möchte darauf hinweisen, dass sämtliche Veränderungen im Kalkulationssystem, insbesondere im Krankenhausentgeltgesetz systemkonform und unbürokratisch unter Beteiligung des DPR umzusetzen sind. Grundsätzlich ist aus Sicht des DPR eine umfassende Überprüfung des DRG-Systems notwendig, um bestehende Mängel (z.B. Personalausstattung in der Pflege) zu identifizieren und zu beheben. Das bedeutet, dass keine pflegerischen Ressourcen für zusätzliche Aufwände bei der Dokumentation gebunden werden, die der klientennahen Versorgung nicht zur Verfügung stehen.

Qualitätsindikatoren

Nummer 2. § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Geplante Neuregelung

Gemäß dem Absatz 1a neu sind die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Bestandteil des Krankenhausplanes. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt sowie weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren als Grundlage für die Planungsentscheidung der Länder.

§ 136, Absatz 1, Satz 2

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Geplante Neuregelung

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

Der DPR begrüßt die Entwicklung von weiteren Qualitätsindikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Da die Entwicklung der Qualitätsindikatoren als auch die Ausgestaltung der Strukturen und Prozesse maßgeblich vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt und bestimmt wird, ist der DPR bei der Entwicklung der entsprechenden Indikatoren im Gemeinsamen Bundesausschuss zwingend als Experte mit Sitz und Stimme zu berücksichtigen. Eine Entwicklung oben genannter Qualitätsindikatoren ohne Beteiligung der größten Berufsgruppe in den deutschen Krankenhäusern ist nicht zielführend.

Finanzierung von Mehrkosten durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nummer 7: § 17b Absatz 1a, Nummer 5, Krankenhausfinanzierungsgesetz

Geplante Neuregelung

In dem Absatz wird geregelt, dass befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses vereinbart werden können.

Nummer 5: § 5, Absatz 3c Krankenhausentgeltgesetz

Geplante Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses befristet vereinbaren. Zuschläge sind auch für Mehrkosten zu vereinbaren, wenn diese dem Krankenhaus ab dem [Datum der 2./3. Lesung des Gesetzes] auf Grund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen und die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Regelungen, welche die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ermöglichen. Diese positive Bewertung bezieht sich insbesondere auf die Finanzierung der zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Früh- und Reifgeborene.

Der DPR weist jedoch darauf hin, dass nicht nur im Bereich der Neonatologie Zuschüsse für die Refinanzierung dringend erforderlich sind. Es muss vielmehr sichergestellt werden, dass alle Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Kostenträger unmittelbar refinanziert werden.

Pflegepersonalregelungen

Nummer 4: § 4, Absatz 8 neu Krankenhausentgeltgesetz

Geplante Neuregelung

Die Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz sehen Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit

einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen vor. Zusätzlich entstehende 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. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 1. Januar 2015 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Die Verwendung der Mittel zu diesem Zweck wird geprüft. Die Stellenbesetzung am 01. Januar 2015 dient als Basisinformation für die Aufstockung.

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

Stellungnahme

Die Summe von 660 Mio. Euro für Neueinstellungen oder Aufstockungen im Pflegebereich für alle Krankenhäuser in Deutschland, bei gleichzeitiger Verpflichtung zur Übernahme von 10 % der Personalkosten durch die Krankenhäuser, reicht bei weitem nicht aus, um die Personalsituation zu entspannen. Denn umgerechnet bedeutet diese Summe durchschnittlich zwei Stellen Pflegefachpersonen mehr pro Krankenhaus. Damit kann nicht einmal ein Bruchteil der Überstunden, die sich aufgrund der Unterbesetzung des Pflegepersonals angehäuft haben, abgebaut werden.

Zudem sollen die Ergebnisse der Expertenkommission erst spätestens Ende 2017 vorliegen. Sie greifen somit frühestens 2018 und damit erst nach der nächsten Bundestagswahl. Damit gehen für die Pflege im Krankenhaus entscheidende Jahre verloren.

Die Lage würde sich deutlich verbessern, wenn ab 2015 die Verwendung der in den DRG kalkulatorisch enthaltenen Kosten für den Pflegeaufwand für Pflegestellen im Rahmen der Budgetverhandlungen und/ oder unter dem Attest eines Wirtschaftsprüfers nachgewiesen werden müssten. Eine solche Regelung würde sicherstellen, dass die für die pflegerische Versorgung kalkulierten Geldbeträge auch entsprechend verwendet werden bzw. wurden.

Zudem wird in dem Programm ein Stellenaufbau für die Intensivpflege von der Förderung ausgeschlossen. Dies ist nicht zielführend. Darüber hinaus ist die

Einbeziehung von Intermediate-Care Einheiten sowie Stroke-Units und andere spezialisierte Überwachungsbereiche wie Chest-Pain Units notwendig. Die Refinanzierung durch die Kostenträger muss zwingend nachhaltig sichergestellt werden. Die Tariferhöhungen sind vollumfänglich zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

Als Sofortmaßnahme muss ein Budget von 2,5 Milliarden Euro jährlich bereitgestellt werden; befristet auf mindestens 4 Jahre. Mit diesen Mitteln können Pflegestellen geschaffen und die Pflegepraxis damit sofort entlastet werden. Die 2,5 Milliarden Euro sollen in der Förderphase über einen Aufschlag auf die abzurechnenden DRG´s ausgeschüttet werden. Betrachtet man das Gesamtbudget in Höhe von 65 Milliarden Euro in 2013, würden die 2,5 Milliarden Euro gerade mal eine Steigerung von 4% ausmachen. Mit dem geforderten Budget könnte auch die dringend erforderliche Entlastung der angespannten Personalsituation in den Intensivbereichen erzielt werden.

Bezüglich der Personalausstattung fordert der DPR weiterhin Transparenz in den jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern. Hierzu muss der Nachweis geführt werden, dass die Erlöse nach InEK Matrix für die Pflege mit dem tatsächlichen Personalbudget abgeglichen werden (Abgleich zwischen Erlös und Kosten).

Parallel fordert der DPR die Entwicklung von Pflegebedarfsfaktoren, um den tatsächlichen Pflegebedarf eines Krankenhauspatienten im DRG-System abzubilden. Analog gilt es Personalbemessungsgrundlagen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus, wie beispielsweise für die Hebammen, zu entwickeln.

Parallel zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss müssen aus Sicht des DPR auch pflegesensitive Patientenoutcomes entstehen und in die Versorgung einbezogen werden.

Die Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit einzurichtenden Expertenkommission müssen aus Sicht des DPR daher 2016 vorliegen, damit entsprechende gesetzliche Regelungen am 01. Januar 2017 in Kraft treten können. Der DPR fordert zudem als zentrale Vertretung der Berufsgruppe Pflege, an der Expertenkommission beteiligt zu werden.

Zu §§ 136c, 136d SGB V.

§ 136c Absatz 1 SGB V

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Geplante Neuregelung

Der Neuregelung entsprechend beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss 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.

Stellungnahme

Der DPR fordert, dass insbesondere bei der Entwicklung von Strukturparametern minimale Patienten/Pflegepersonalrelationen festzulegen sind, die sich an vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Bei deren Entwicklung und Festlegung ist der DPR zwingend zu beteiligen.

Vergütungssystem

Nummer 7, § 17b, Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Geplante Neuregelung

Der Neuregelung zufolge soll für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem gelten. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.

Stellungnahme

Bei der Entwicklung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage für die stationären Entgeltsysteme sind Pflegeleistungen stärker zu berücksichtigen. Hier ist die Integration eines Pflegebedarfsfaktors innerhalb des bestehenden Systems zu berücksichtigen. Der neueste Stand der Pflegewissenschaft ist dabei einzubeziehen. Dies bezieht sich nicht nur auf Leistungen für Patienten, die einen besonderen Pflegebedarf, z.B. durch Demenz oder Behinderungen aufweisen.

Qualitätsorientierte Zu- und Abschläge

Nummer 5: § 5, Absatz 3a Krankenhausentgeltgesetz

Geplante Neuregelung

Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität einen Qualitätszu- oder -abschlag. Sofern die Vertragsparteien eine unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben.

Nummer § 9, Abs. 1a, Nummer 4 Krankenhausentgeltgesetz

Geplante Neuregelung

Entsprechend der Neuregelung sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbaren.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die qualitätsorientierten Zu- und Abschläge. Damit werden Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität gesetzt, indem diese an die Vergütung gekoppelt wird. Solche Konzepte sind vor allen aus dem angelsächsischen Raum unter dem Begriff Pay-for-Performance bekannt. Allerdings stellt die Identifikation bzw. Entwicklung geeigneter Indikatoren zur Bewertung der Qualität eine große Herausforderung dar. Für die Bewertung der Pflegequalität müssen aus Sicht des DPR pflegesensitive Ergebnisindikatoren einbezogen werden.

Zuschläge für Seltene Erkrankungen

Nummer 9: § 9, Absatz 1a, Satz 2, Buchstabe b Krankenhausentgeltgesetz

Der Neuregelung zufolge vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die sich aus der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen ergeben.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Zuschläge für die Vorhaltungen von Zentren für Seltene Erkrankungen.

Abkopplung des Landesbasisfallwertes von der Leistungsmengenentwicklung.

Nummer 10: § 10, Absatz 13, j) Absatz 13 Krankenhausentgeltgesetz

Geplante Neuregelung

Der Neuregelung gemäß sollen die Vertragsparteien bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag) vereinbaren. Die Dauer des zu erhebenden Abschlags beträgt fünf Jahre. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwertes für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 bleiben hiervon unberührt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Abkopplung des Landesbasisfallwertes von der Leistungsmengenentwicklung.

Regelungen hinsichtlich der Vereinbarung von Zielen mit leitenden Ärzten im Krankenhaus

§ 135c, Absatz 1

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Geplante Neuregelung

Der Neuregelung zufolge soll die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abgeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen abzielen, welche die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gefährden.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Regelungen hinsichtlich der Vereinbarung von Zielen mit leitenden Ärzten im Krankenhaus. Der DPR regt an zu überprüfen, ob entsprechende Regelungen für leitende Pflegefachpersonen mit aufgenommen werden sollten.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor, die pflegerische Versorgung bzw. leitende Pflegefachpersonen in die Vereinbarungen einzubeziehen:

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

(1) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten *und leitenden Pflegepersonen* im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer *bzw. dem DPR* Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, welche die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen *bzw. die ausreichende notwendige pflegerische Versorgung* gefährden.

(2) Der Qualitätsbericht des Krankenhauses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten *und leitenden Pflegepersonen* an die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 hält. Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.

Patientenrelevante Informationen in allgemein verständlicher Sprache

§ 136b Absatz 1, Satz 1, Nummer 3 und Absatz 6 SGB V

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Geplante Neuregelung

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für zugelassene Krankenhäuser auch Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser fasst. In Absatz 6 wird auf einen speziellen Berichtsteil hingewiesen, der besonders patientenrelevante Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenfasst. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung

des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Hauses.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Förderung der besseren Lesbarkeit der Qualitätsberichte für potentielle Patientinnen und Patienten. Wir halten es jedoch für erforderlich, dass pflegespezifische Informationen in den Berichten enthalten sind.

Notfallstrukturvorhaltung

§ 136c, Abs. 4 SGB V

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Geplante Neuregelung

Der Neuregelung zufolge legt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern mit Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen für jede Stufe der Notfallversorgung fest. Dabei werden planungsrelevante Qualitätsindikatoren berücksichtigt. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Nummer 9 § 9, Abs. 1a, Nr. 5 Krankenhausentgeltgesetz

(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist. Die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt das gestufte System der Notfallstrukturvorhaltung.

Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst

§ 275a SGB V

Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

Geplante Neuregelung

Der Neuregelung zufolge soll der Medizinische Dienst Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen durchführen.

Stellungnahme

Der DPR sieht die zukünftige Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kritisch. Seine Kontrollfunktion für die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses führt zu einer weiteren Bürokratisierung in den Kliniken. Damit werden Kapazitäten des pflegerischen und ärztlichen Personals gebunden, die dann nicht mehr für die klientennahe Versorgung zur Verfügung stehen.

Ambulante Versorgung und Haushaltshilfen

§§ 37 und 38

Versicherte, die nach einer Krankenhausbehandlung entlassen werden, haben häufig einen Unterstützungsbedarf aber keinen Leistungsanspruch auf häusliche Pflege. Der Caritasverband hat in seiner Stellungnahme (BT Drs. 18/5372 vom 24.08.2015) einen Vorschlag für eine Neufassung des § 37 Absatz 1 Satz 1 und einem neuen § 37c gemacht, dem sich der DPR vollumfänglich anschließt.

Auch der Neuformulierung des § 38 Absatz 1 zu den Haushaltshilfen zur Unterstützung von Versicherten im ambulanten Bereich schließt sich der DPR an.

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nummer 9, § 18 Absatz 2

Geplante Neuregelung

In der Neuregelung in §18 Abs. 2 BPfIV durch den Artikel 5 Ziffer 9 werden der Nachweis der Stellenbesetzung sowohl auf die regulär nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als auch auf nachverhandelte Personalstellen, die zweckentsprechende Mittelverwendung für das Personal sowie die Rückzahlungspflicht von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln geregelt.

Die Nachweispflicht soll sowohl für Psych-Einrichtungen, die ihre Leistungen mit dem bisherigen Entgeltsystem krankenhausindividueller tagesgleicher Pflegesätze

abrechnen, als auch für Einrichtungen, die ihre Leistungen nach dem neuen pauschalierenden Entgeltsystem nach § 17d KHG berechnen, gelten.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die mit dieser Regelung verbundene Transparenz der Stellenbesetzung nach der Psych-PV und erwarten, dass diese Erweiterung der Nachweispflicht trotz aller Kritik beibehalten wird.

Nach umfassender Betrachtung auch der negativen Auswirkungen der Nachweispflicht von nicht ausreichend finanzierten Personalstellen, plädiert der DPR dennoch auf eine Beibehaltung der Regelung im Art. 9 Ziffer 5 zur Änderung des §18 Abs. 2 BPfIV. Damit verbinden wir die Erwartung, dass mit dieser Regelung ein Dilemma der jahrelangen Unterfinanzierung der Personalstellen in der Psychiatrie, insbesondere der Pflegeberufe, offengelegt wird. Die Feststellung der Unterbesetzung von Pflegestellen in den Einrichtungen wird damit die nötige öffentliche und politische Aufmerksamkeit erfahren. Die vorgesehene Regelung muss u.E. in Verbindung mit einer gesetzlich bestimmten Ist-Kosten Finanzierung der nach Psych-PV notwendigen (Pflege)Personalstellen stehen.

Der DPR ist der Überzeugung, dass nur mit der Offenlegung der Personal(kosten)verhältnisse in der Psychiatrie eine bisher stillschweigende Akzeptanz der personellen Unterfinanzierung auch der Psychiatrischen Pflege im psychiatrischen Budgetsystem aufgehoben werden kann. Es wird endlich die Dynamik entfacht, die das „Fass zum Überlaufen“ bringen wird. Wenn es eine Nachweispflicht gibt und weiterhin geben würde, ist prinzipiell auch sicherzustellen, dass die erforderlichen Personalstellen im tariflichen Gefüge der Einrichtung auch refinanziert werden. Dies hat der Gesetzgeber inzwischen auch für die Einrichtungen der Pflege nach SGB XI erkannt und in § 84 festgelegt, dass Einrichtungen, die ihre Beschäftigten nach einem Tarifvertrag vergüten, wirtschaftlich nach den Grundsätzen des Gesetzes handeln. Die Kostenträger sind angewiesen, diese nachgewiesenen Personalkosten zu vergüten. Gleiches erwarten wir für die psychiatrische Versorgung nach SGB V, damit die pflegefachliche Expertise der Psychiatrischen Pflege endlich wieder wirksam sein kann.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN,

Gute Versorgung, gute Arbeit – Krankenhäuser zukunftsfest machen

Drucksache 18/5381, 01.07.2015

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN zum KHSG enthält fünf Forderungen:

1. Reform der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser durch eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten. Die Krankenkassen sollen bei der Krankenhausplanung ein Mitspracherecht bekommen.
2. Gemeinsame Krankenhausplanung von Bund und Ländern mit dem Ziel, eine sektorübergreifende Versorgungsplanung zu erreichen.
3. Kurzfristig soll eine verbindliche Personalbemessungsregelung im Krankenhaus eingeführt werden, um den akuten Personalnotstand abzumildern. Mittel- und langfristig soll ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung eingeführt werden. Als eine Möglichkeit werden die Nursing Related Groups (NRG) als leistungsbezogene Pflegepauschale genannt.
4. Die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus sollen verbessert werden (bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, bessere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe).
5. die Geltung der Psychiatrie-Personalverordnung soll verlängert, verbindliche Personalstandards eingeführt sowie ein alternatives Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik entwickelt werden.

Stellungnahme

Zu 1

Der DPR 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 zurück gestellt werden.

Zu 2

Der DPR stimmt zu, dass die Krankenhausplanung zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden muss, die auf einer Differenzierung nach Versorgungsstufen beruht und zu einer besseren Verzahnung mit den ambulanten Strukturen führt. Ob allerdings die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern zu einer solchen Krankenhausplanung führt, kann

bezweifelt werden, da sich die Interessen von Bund und Ländern deutlich unterscheiden.

Zu 3

Eine bessere Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern ist die zentrale Forderung des DPR. Daher stimmt er der Forderung zu, dass die Personalsituation kurz- und langfristig deutlich verbessert werden muss. Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) ist hierfür ungeeignet, weil er nicht wissenschaftlich untermauert ist und nur für eine sehr geringe Zahl von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden kann. Die Abbildung des Pflegebedarfs über Nursing Related Groups (NRGs) ist ebenfalls keine Lösung. NRGs zielen darauf ab, ein separates Kostengewicht für pflegerische Leistungen auszuweisen. Dies würde die Einführung eines neuen NRG-Systems zur Erfassung pflegerischer Leistungen neben dem DRG-System notwendig machen. Aufbau und Implementierung eines weiteren Systems zur Leistungserfassung wären extrem zeitaufwendig und kostspielig und würden die Leistungserfassung verkomplizieren. Zudem können NRGs nur eingesetzt werden, wenn Pflegediagnosen flächendeckend eingeführt und genutzt werden. Pflegefachpersonen für den Umgang mit Pflegediagnosen auszubilden und diese zu implementieren, würde Jahre dauern. Zudem setzt der Einsatz von NRGs eine enge Verbindung zwischen Pflegediagnose und Maßnahmenkatalog voraus. Eine solche Systematik ist eine Erweiterung der Logik des PKMS, der aufgrund der fachlichen Mängel abzulehnen ist.

Auf dem Hintergrund der knappen Personalressourcen ist darüber hinaus jeglicher Zuwachs an Bürokratie abzulehnen.

Was wir brauchen sind systemkonforme Lösungen, die kurz- bzw. mittelfristig zu erreichen sind. Der DPR schlägt als mittelfristige Lösung vor, Pflegebedarfsfaktoren in den Fallpauschalen zu berücksichtigen. Sie basieren auf der „Selbständigkeit“ von Patientinnen und Patienten, die im Wesentlichen durch zwei Faktoren bestimmt wird: die kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit. 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.

Zu 4

Aus Sicht des DPR sind bessere Arbeitsbedingungen für die Pflege unabdingbar, aber nicht ohne ausreichendes Pflegepersonal denkbar. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen und eine bessere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sind ebenfalls entscheidende Faktoren für zufriedene und leistungsstarke Mitarbeiter.

Zu 5

Der DPR stimmt zu, dass eine Kurskorrektur hinsichtlich des Entgeltsystems für eine regionale psychiatrische oder psychosoziale Versorgung dringend erforderlich ist. Das bedeutet u. a. auch die notwendige Strukturqualität (Personal) zu gewährleisten, die die Sicherheit, den Behandlungsbedarf und die Bedürfnislage von Betroffenen und Angehörigen zur Grundlage macht.

Eine Erneuerung der Psych-PV ist ein Schritt, die Versorgungsqualität zu sichern. Mit der Erneuerung müssen verschiedene Elemente mit bedacht werden. Die Psych-PV muss modernisiert werden, damit die Evidenzlage von heute sich im Personalbedarf widerspiegelt. Auch muss die novellierte Psych-PV Kontrollmechanismen vorsehen, damit die Umsetzung bis ins einzelne Krankenhaus überprüft werden kann.

Darüber hinaus kann eine novellierte Psych-PV weiter zur Budgetfindung dienen. Eine Personalvorgabe ohne Verbindung zum Entgelt bringt nicht lösbare Probleme mit sich.

Daher schließt sich der DPR dieser Forderung an, den Gesetzesbeschluss (PsychEntgG) und damit die Aufhebung der Psych-PV zum 01. Jan. 2019 insgesamt auszusetzen und die Psych-PV zu aktualisieren. Die Psych-PV stellt eine gute Ausgangsbasis und Grundlage für die Entwicklung von Kriterien zur personellen Strukturqualität und Budgetfindung in psychiatrischen Kliniken dar.

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

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

Drucksache 18/5369, 30.06.2015

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE zum KHSG enthält sieben Forderungen:

1. Ein bundesweit einheitliches Verfahren der Personalbedarfsermittlung, das durch eine Expertinnen- und Expertengruppe aller entsprechenden Disziplinen unter Federführung der Pflegewissenschaften entwickelt wird, soll gesetzlich verankert werden.
2. Als Soforthilfe soll die Pflegepersonalregelung (PPR) für 3 Jahre wieder eingeführt und pro Nachtschicht zwei examinierte Pflegefachpersonen eingesetzt werden.
3. Die Refinanzierung der Kosten für die Krankenhäuser soll durch die extrabudgetäre Finanzierung des Mehrbedarfs (außerhalb der Fallpauschalen) sichergestellt werden. Die Finanzierung sämtlicher Personalkosten in der Pflege soll anhand von verbindlichen Personalbemessungsinstrumenten erfolgen.
4. Zur Kontrolle, dass die Vorgaben bei der Abrechnung eingehalten werden, soll das Deutsche Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) mit der Erweiterung der Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) für die Abrechnung der Fallpauschalen beauftragt werden. Dabei soll die Vorgabe beachtet werden, dass die Vorhaltung der mit diesem Verfahren ermittelten Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals Mindestmerkmale sind, die für eine Kodierung der betreffenden Leistungen vorhanden sein müssen.
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 und die Arbeitsbedingungen sollen verbessert werden.
7. Eine Evaluation für den gesamten Prozess soll eingerichtet werden, um die Effekte zur Verbesserung der Personalstandards zu erfassen.

Stellungnahme

Zu 1

Auch der DPR fordert seit Jahren ein bundesweit einheitliches Verfahren der Personalbedarfsermittlung zu entwickeln und zu implementieren. Wie im Antrag

formuliert, müssen Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler wie auch Expertinnen und Experten vor allem aus der Pflege mit der Entwicklung beauftragt werden. Dabei sollte es sich um ein systemkonformes, mittelfristig zu erreichendes Verfahren handeln. Wie schon in der Stellungnahme zum Antrag Bündnis 90 / Die Grünen erwähnt, schlägt der DPR vor, Pflegebedarfsfaktoren in den Fallpauschalen zu berücksichtigen. Über diese Möglichkeit lässt sich der Pflegeaufwand im Rahmen des DRG-Systems abbilden und die Personalsituation mit einem überschaubaren Aufwand verbessern.

Zu 2

Die Wiedereinführung der PPR als kurzfristige Verbesserung der Personalsituation in der Pflege entspricht auch einer Forderung des DPR. Allerdings muss die PPR nachgebessert bzw. überarbeitet werden: So müssen sich beispielsweise die regelhaft delegierten Tätigkeiten vom ärztlichen in den pflegerischen Bereich im Bereich der Speziellen Pflege in der PPR wiederfinden, etwa durch die Neudefinition der S4 Stufe.

Eine bessere Besetzung des Nachtdienstes, insbesondere mit Pflegefachpersonen, befürwortet der DPR ausdrücklich.

Zu 3

Keine Positionierung durch den DPR.

Zu 4

Die vorgeschlagene Regelung würde zur Einzelprüfung auf Fallebene führen und damit zu einem immensen bürokratischen Aufwand.

Zu 5

Folgt man diesem Vorschlag, stellt sich die Frage wie die Versorgung in strukturschwachen Regionen aufrecht zu halten ist.

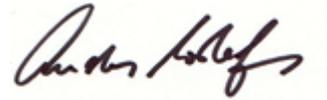
Zu 6

Der DPR stimmt der Forderung zu, dass die Ausbildungsqualität verbessert werden muss. Die Generalistische Ausbildung mit Schwerpunktbildung ist aus Sicht des DPR eine Meilenstein für eine qualitative Verbesserung, nicht zuletzt durch ein Mehr an Expertise aus der Altenpflege in Krankenhäusern und umgekehrt. Die Forderungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen unterstützt und bekräftigt der DPR.

Zu 7

Die Evaluation der genannten Prozesse ist auch aus Sicht des DPR für eine qualitätsorientierte Versorgung unerlässlich.

Berlin, 02. September 2015



Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR | Alt- Moabit 91 | 10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303 | Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de | Web: <http://www.deutscher-pflegerat.de>