

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0166(7)
gel. VB zur öAnhörung am 13.04.
16_KH-FInanzierung
08.04.2016



Stellungnahme

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe

im Rahmen der öffentlichen Anhörung

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.:

Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren.

BT-Drucksache 18/6326 vom 13.10.2015

Berlin, 06.04.2016

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Bundesverband

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

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 Antrag der Fraktion DIE LINKE. die notwendige Debatte zur fortgesetzten Reformierung der Krankenhausstrukturen erneut auf, um die seit Jahren bekannten und belegten Fehlsteuerungen in der Krankenhausversorgung aufzulösen. Der DBfK hat das Bemühen der Bundesregierung begrüßt, mit dem Krankenhausstrukturgesetz – KHSG Missstände und Fehlentwicklungen zu beheben. Allerdings lässt das Gesetz erkennen, dass die Problembereiche nur zaghafte durch einzelne Neuerungen bearbeitet werden. Es fehlt der erkennbare Wille, durch das Gesetz 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 nicht zulässt. Von besonderer Bedeutung ist dabei das ungenügende Pflegestellenförderprogramm, das - entgegen der öffentlichen politischen Bekenntnisse zu einem Mehr an Pflegepersonal -, im Finanzvolumen unterdimensioniert entworfen ist, und dessen Nachhaltigkeit zu bezweifeln ist. Zu prüfen und zu verbessern sind die durch das DRG-System verursachten Fehlanreize (Mengensteuerung, Auswirkung auf die Personalsituation). Das seit Jahrzehnten beklagte Investitionsproblem, den durch Bund und Länder anerkannten Investitionsbedarf eine ausreichende Investitionsfinanzierung gegenüberzustellen, bleibt im KHSG ungelöst.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf zur Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung vorzulegen, der sich an sozialstaatlichen Zielen orientiert. Dabei sollen folgende vier Aspekte reformiert werden: 1. die Krankenhausplanung, 2. die Finanzierung über das DRG-System, 3. die Personalbemessung und –ausstattung sowie 4. die Anschubfinanzierung über den Bund zur Behebung des Investitionstaus der Länder.

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

Stellungnahme

Zu 1. Krankenhausplanung

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 gesetzlicher Regulierungen 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 pflegfachliche Versorgung tatsächlich im Pflegebereich verwendet werden. Krankenhäuser, die diese Kriterien nicht erfüllen, sollten aus dem Krankenhausplan entlassen werden.

Neben Umstrukturierungsvorhaben zum Abbau von Überkapazitäten sollte insbesondere die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen,

(z.B. Gesundheits- und Pflegezentren) gefördert werden. 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 Pflegebedürftigkeit.

Zu 2. Finanzierung über das DRG-System

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). 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. Hierzu sind ausreichende Projektmittel bereit zu stellen, um zu wissenschaftlich abgesicherten, praktikablen und nachhaltigen Lösungen zu kommen (u.a. über den durch den Deutschen Pflegerat favorisierten Ansatz der Pflegebedarfsfaktoren im DRG-System). Zusätzlich muss das Problem der fehlenden und leistungsrechtlich relevanten Kooperation in der Versorgung von Gesundheits- und Krankheitszuständen zwischen den Gesundheitsberufen (Stichwort Substitution) nachhaltig bearbeitet werden.

Zu 3. Personalbemessung und -ausstattung

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 2016 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, der Pflegeleitung, der Ausbildungserfordernisse wie Praxisanleitung etc.) und die pflegerelevanten Erlöse aus den DRG-Fallpauschalen verpflichtend für Pflegepersonal einzusetzen.

Zu 4. Anschubfinanzierung zur Behebung des Investitionstaus

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.