

Berlin, 12.04.2018

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
am 18.04.2018 zu den Anträgen**

- der Fraktion DIE LINKE: Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen (BT-Drucksache 19/30)
- der Fraktion DIE LINKE: Sofortprogramm gegen den Pflegenotstand in der Altenpflege (BT-Drucksache 19/79)
- der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege (BT-Drucksache 19/446)
- der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus (BT-Drucksache 19/447)

Vorbemerkungen

In allen Bereichen unserer Krankenhäuser, ist in den letzten Jahren eine zunehmende Arbeitsverdichtung zu beobachten von der insbesondere auch Pflegekräfte betroffen sind. Es ist deshalb richtig, nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation der Pflege zu suchen. Natürlich kann gute Krankenhausversorgung nicht ohne ein Mindestmaß an Pflegepersonal erbracht werden. Wo dieses Mindestmaß allerdings liegt, lässt sich nicht seriös als eine Anhaltzahl für jede bettenführende Abteilung bestimmen. Die Personalausstattung ist von

- der Patientenstruktur (Alter, Multimorbidität, demenzielle Begleiterkrankungen, Versorgungsstufe des Krankenhauses),
- der Art der Fachabteilungen,
- den baulichen Gegebenheiten, der technischen Ausstattung,
- den im Umfeld vorhandenen Krankenhäusern,
- der Organisations -und Ablaufstruktur,
- dem Qualifikationsmix zwischen examiniertem Pflegepersonal, therapeutischem Personal und Pflegehelfern, Medizinischen Fachangestellten und Servicekräften

abhängig. Daraus folgt, dass die Ausstattung mit Pflegepersonal von Krankenhausabteilung zu Krankenhausabteilung unterschiedlich ist. Es wäre falsch, die Bemühungen um Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung ausschließlich an Personalanhaltzahlen festzumachen. Ebenso wichtig sind die Qualität der Prozesse und der Ergebnisse der Behandlung. Objektive Bewertungsparameter wie beispielsweise Dekubitusraten, Patientensterblichkeit, Infektionsraten, Befragungen zur Patientenzufriedenheit sollten genutzt und weiterentwickelt werden. Zudem dürfen die Prinzipien von

Patientenorientierung und wirtschaftlicher Eigenverantwortung der Kliniken nicht außer Acht gelassen werden.

Ganz praktisch muss gesehen werden, dass Vorgaben zur verbindlichen Personalbemessung auf einem Niveau festgelegt werden, das vermutlich die meisten Krankenhäuser werden gewährleisten können. Die für die Pflegekräfte und die Patienten spürbare praktische Relevanz dürfte damit eher begrenzt sein. Würden hingegen deutlich höhere Personalstandards festgelegt werden, würde dies zu einem Existenzproblem für viele versorgungsrelevante Krankenhäuser vor allem in ländlichen Regionen werden. Der politische Aufschrei infolge von Krankenhausschließungen oder Wartelistenmedizin bei der Patientenbehandlung wäre enorm.

Durch die Herausnahme der Personalkosten für die Pflege aus den DRG-Fallpauschalen würden die Krankenhäuser motiviert, möglichst hohe Pflegepersonalkosten nachzuweisen und den Krankenkassen separat in Rechnung zu stellen. Eine Verbindung höherer Kosten zu einer besseren Qualität der Behandlung besteht dabei nicht zwangsläufig. So bleibt völlig offen, ob mehr Pflegekräfte, egal ob sie zusätzlich ausgebildet werden können oder aus dem Ausland angeworben werden tatsächlich zu einer besseren Patientenversorgung führen. Für einen Teil der Personalkosten zurück zum Selbstkostendeckungsprinzip zu gehen, scheint fragwürdig.

Dringend notwendig ist, die stark steigenden Personalkosten in Rehabilitationskliniken zu refinanzieren.

Ursachen gesteigerter Belastung in der Pflege

Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst mit direktem Beschäftigungsverhältnis hat sich zwischen 2005 von 302.346 und 2016 auf 325.119 erhöht. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl aufgestellter Betten von 523.824 (2005) auf 498.718 (2016). Die Fallzahl stieg von 16.539.398 (2005) auf 19.532.779 (2016).¹

Häufig wird die Pflegeausstattung in deutschen Krankenhäusern mit unseren europäischen Nachbarn in den Niederlanden verglichen. Nicht erwähnt werden dabei die unterschiedlichen Kosten. Die durchschnittlichen Kosten für die Behandlung eines Krankenhauspatienten betragen laut OECD im Jahr 2014 in

- Deutschland 4.999 €
- Niederlanden 11.419 €.

Der Preis der geringen Kosten ist die Arbeitsverdichtung.

¹ Daten des Statistischen Bundesamts

	Patienten pro Pflegekraft-Relation	
	Patienten zu Pflegefachkräfte	Patienten zu Pflegegesamtpersonal
Niederlande	7,0	5,0
Deutschland	13,0	10,5

Quelle: RN4CAST-Studie, Aiken et al., 2012

Aus den Zahlen wird deutlich, dass ein enger Zusammenhang zwischen Kosten und Arbeitsverdichtung besteht. Der steigende Druck auf das Krankenhauspersonal ist das Ergebnis einer dauerhaften Unterfinanzierung bei den Investitions- und Betriebskosten der Krankenhäuser. Seit Jahren kommen die Länder ihrer Verantwortung zur Investitionskostenfinanzierung nicht nach. Es besteht eine jährliche und nachgewiesene Unterdeckung in Höhe von ca. drei Milliarden Euro. Das Krankenhaus kann gar nicht anders, als Investition über Kredite zu finanzieren, während Zins und Tilgung aus den Betriebskosten (vorwiegend Personal) eingespart werden müssen.

Ähnlich ist die Situation bei den Betriebskosten: Hier hat die Bundesregierung entschieden, den Fixkostendegressionsabschlag einzuführen. Dieser soll auf zusätzliche Leistungen des Krankenhauses Anwendung finden, wenn es sich z. B. auf besondere Leistungen spezialisiert. Dann werden die Preise um den Fixkostendegressionsabschlag, der zwischen 35 % und 50 % liegt, gesenkt und das zusätzlich benötigte Pflegepersonal kann nicht mehr bezahlt werden. Genauso problematisch wirkt auch die politische Entscheidung der Vergangenheit, die Kosten für Tarifabschlüsse von Krankenhäusern nur zur Hälfte zu finanzieren: Jeder Tarifabschluss zwingt das Krankenhaus, Personal einzusparen.

Die Politik muss deshalb endlich die oben genannten Entscheidungen zur Unterfinanzierung zurücknehmen, weil diese zu Lasten des gesamten Krankenhauspersonals aber auch des Pflegepersonals gehen. Notwendig ist eine kostendeckende Finanzierung.

Pflegepersonalbemessung ist keine Lösung

Eine in den Anträgen vorgeschlagene umfassende Pflegepersonalbemessung kann mehr Pflegefachkräfte bedeuten, ist aber keine Gewähr dafür, dass diese dem Patienten in Form besserer Pflegequalität zu Gute kommen. Statt Köpfe zu zählen, wäre es besser, danach zu fragen, welche Aufgaben Pflegekräfte erledigen, die so gar nichts mit dem praktischen Dienst am Kranken zu tun haben. Viele Aufgaben können unkompliziert durch weitere Berufsgruppen übernommen werden. Pflegekräfte werden dadurch entlastet und ihnen bleibt mehr Zeit für Patienten.

Bereits aktuell werden neben examinierten Pflegefachkräften auch nicht examinierte Pflegehelfer, Dokumentationsassistenten, Servicekräfte in den Bereichen grundpflegerische Patientenversorgung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Vorbeugung (Prophylaxen), der Förderung von Eigenständigkeit und Kommunikation,

Patiententransport, Dokumentation, Entlassmanagement, Essensausgabe etc. eingesetzt. Dieser Qualifikationsmix entlastet die examinierten Pflegekräfte von pflegefernen Tätigkeiten. Dieser Personal- und Qualifikationsmix lässt sich kaum sinnvoll durch Anhaltzahlen vorgeben. Weder den examinierten Pflegefachkräften noch den Patienten wäre damit gedient, künftig wieder patientenferne Tätigkeit aufgrund von Strukturvorgaben zu übernehmen. Problematisch ist auch die vorgesehene quotierte Anrechnung von Pflegehelfern in Höhe von z. B. 50 %. Erbringen diese auf einer Station Pflegeleistungen im Bereich der Körperpflege, des Patiententransportes, der Essensverteilung und der Nahrungsaufnahme in einer Größenordnung von 100 Stunden, entlasten diese die examinierten Pflegekräfte in genau diesem zeitlichen Umfang und nicht nur in Höhe von 50 % dieses Zeitkontingents.

Ein guter Qualifikationsmix in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ist auch angesichts des bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege dringend notwendig. Ende 2016 hatte jedes zweite Krankenhaus (53 %) Probleme, Pflegestellen in Intensivbereichen zu besetzen.² Geschlossene Krankenhausabteilungen wegen Pflegekräftemangel sind Fakt. Auch Rehabilitationskliniken und Pflegeheime haben Schwierigkeiten offene Stellen zu besetzen. Um diesem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, muss die Attraktivität des Pflegeberufs gestärkt werden. Durch Mindestvorgaben lässt sich der Fachkräftemangel nicht überwinden. Die Attraktivität des Berufs sollte durch flexible und klare Regelungen zur besseren Qualifikation und verantwortungsvolleren Leitung aufgewertet werden.

Ob eine Krankenhausbehandlung sozialrechtlich zulässig sein kann, wenn die Vorgaben zur verbindlichen Personalbemessung nicht eingehalten werden können, scheint juristisch und ethisch eher fraglich. Würde man verbindliche Personalbemessung mit Qualitätsgründen rechtfertigen, dürfte man eine Unterschreitung auch mit Vergütungsabschlägen nicht zulassen. Gänzlich ungeklärt sind auch die Haftungsfragen, die sich in einem eventuellen Schadensersatzprozess wegen eines Behandlungsfehlers ergäben. Dann müsste das Krankenhaus nachweisen, dass ein eventueller Behandlungsfehler auch passiert wäre, wenn entsprechend mehr Pflegepersonal auf Station gewesen wäre. Es bestehen zudem erhebliche Zweifel an der Steuerungswirkung der vorgesehenen Vergütungsabschläge. Wären die Abschläge hoch genug, müssten die Krankenhäuser in Notsituationen, wie zum Beispiel der aktuellen Grippeepidemie, die Aufnahmen von Patienten verweigern.

Ausgliederung der Fallpauschalen

Rückwärtsgewandt wäre es, das DRG-System bei den Personalkosten für Pflege außer Kraft zu setzen. Pflegekräfte würden hierdurch willkürlich aus der organisatorischen Einheit Krankenhaus gehoben. Das heißt auch, dass Krankenhäuser für ca. ein Drittel ihrer Personalkosten, die sie für die Pflege aufwenden, zur Selbstkostendeckung zurückkehren und ihre wirtschaftliche Eigenverantwortung abgeben. Bestehende

² Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin, DKI 2017.

Organisationsstrukturen würden konserviert, Arbeitsteilung verhindert und Anreize für Innovationen und organisatorische Weiterentwicklung verschwinden. Völlig unbeachtet wäre die Tatsache, dass eine krankenhaushausindividuelle Vereinbarung von Pflegepersonalkosten zu unterschiedlichen Preisen zwischen den Krankenhäusern führen würde. Die Krankenkassen hätten damit großes Interesse, die bisher bestehende faktische freie Wahl der Patienten unter den zugelassenen Krankenhäusern einzuschränken. In diesem Zusammenhang ist § 39 Abs. 2 SGB V zu berücksichtigen, nach dem Versicherte, die ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählen, die daraus resultierenden Mehrkosten zu tragen haben.

Stattdessen: Pflege gezielt stärken

Statt der vorgeschlagenen verbindlichen Personalbemessung sind aus unserer Sicht folgende systemkonforme politische Entscheidungen zu treffen:

1. Die im heutigen Finanzierungssystem enthaltenen Elemente der Unterfinanzierung müssen beendet werden. Dazu gehören
 - eine flächendeckende Finanzierung des Investitionsbedarfs,
 - die sofortige Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags,
 - die sofortige Einführung der 100-prozentigen Refinanzierung von Tarifabschlüssen.
2. Darüber hinaus ist es sinnvoll, Pflege mit einem gezielten Sofortprogramm zu fördern. Hierzu sollten die Mittel des Pflegezuschlags (derzeit 500 Mio. EUR) erhöht werden. Bereits bestehende Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzierung der Pflege und zum Aufbau von Pflegepersonal (Pflegezuschlag, Pflegestellenförderprogramm, Tarifausgleich, PKMS-Zusatzentgelte) stehen bislang unkoordiniert nebeneinander und sollten mit dem Ziel der Entbürokratisierung im Pflegezuschlag harmonisiert werden.
3. Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, Pflege in Krankenhäusern und Pflegeheimen gezielt fördern zu wollen. Dabei wurde Pflege in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation vergessen. Rund 100.000 Pflegekräfte sind derzeit in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation tätig. Gezielte Förderprogramme in Krankenhäusern und Pflegeheimen werden zu einem massiven Abwerben der Pflegekräfte aus Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation führen. Rehabilitationseinrichtungen werden deshalb nicht anders können, als sich steigenden Tariflöhnen anzupassen. Die daraus resultierenden Kosten sind nicht real finanzierbar, weil die maximal zulässige Preissteigerung durch die Grundlohnrate begrenzt ist. Deshalb muss die Geltung der Grundlohnrate für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in § 111 SGB V explizit außer Kraft gesetzt werden.

4. Neben einem Mehr an Geld ist es für die Attraktivität des Pflegeberufs wichtig, den Beruf interessant und abwechslungsreich zu gestalten. Pflege muss von Dokumentation und pflegefernen Tätigkeiten entlastet werden. Ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereiche müssen stärker zusammenwachsen, die pflegerischen Tätigkeiten in stärkerem Maße aufgewertet werden (Subsumption). Neue im Krankenhaus bereits fest verankerte und hochqualifizierte Berufsbilder in der Pflege (OTA, ATA und CTA) müssen endlich berufsrechtlich anerkannt und rechtsicher ausgestaltet werden. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang den Beschluss des Bundesrats vom 02.03.2018, einen Gesetzentwurf über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten in das parlamentarische Verfahren einzubringen.