

Stellungnahme

des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz - KHSG)

Berlin, 13.05.2015

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

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK begrüßt die Gesetzesinitiative zur Reformierung der Krankenhausstrukturen. Als größter Berufsverband der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Mitglied im Deutschen Pflegerat (DPR) danken wir für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Die Qualitätssicherung spielt in der geplanten Krankenhausreform 2015 eine hervorgehobene Rolle. Dadurch soll die Patienten- und damit Nutzerperspektive stärker berücksichtigt werden. Der DBfK begrüßt diese Ausrichtung in der Krankenhauspolitik.

Weitere Aspekte, die der DBfK positiv bewertet:

- 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 SVT 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 Gesetzgeber die „normale“ Pflege am Bett“ durch das Pflegestellenförderprogramm stärken will. Nach § 4 KHEntgG soll die „unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen

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

mit Ausnahme von Intensivstationen“ gestärkt werden. Die Einstellung von zusätzlichem Pflegepersonal auf Intensivstationen ist hierdurch ausgeschlossen. Der DBfK begrüßt das, denn die Intensivstationen haben in der Vergangenheit bereits zusätzliche Stellen erhalten. Die Praxis zeigt, dass das Krankenhausmanagement vermehrt Erlöse in diese Bereiche steuert, da dort hohe Entgelte generiert werden. Dadurch kam es in der Vergangenheit zu einer Übervorteilung dieser Hochleistungsbereiche. Der DBfK setzt sich für die Stärkung der Pflege auf peripheren Stationen ein.

Jedoch nimmt der DBfK auch kritisch zu einigen Punkten Stellung:

- Die Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung am Bett durch das Pflegestellenförderprogramm in der geplanten Höhe ist völlig unzureichend. Eine verbesserte Versorgung ist dringend nötig und überfällig, da – zusammengefasst und allgemein ausgedrückt – eine unzureichende Personalbemessung 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.
- Die Verknüpfung von Krankenhausvergütung mit Qualitätsaspekten ist vor allem im angelsächsischen Raum durch das Pay-for-Performance-Konzept üblich. Neben der erfolgsabhängigen Vergütung gehört auch das Public Reporting zu dem Konzept Pay-for-Performance. Daher ist die noch stärker patientenfreundliche Ausgestaltung der Qualitätsberichte folgerichtig. Im Gegensatz zum angelsächsischen Ausland führen P4P-Projekte in Deutschland jedoch noch ein Nischendasein. Daher liegen wenig Erfahrungen bzw. belastbare Daten² vor. Zu befürchten ist, dass sich durch das verstärkte Berichtswesen ein Mehr an Bürokratie ergibt, was kontraproduktiv ist, da weitere Ressourcen aus der Patientenversorgung abgezogen werden.
- Aus Sicht des DBfK ist kritisch zu hinterfragen, ob die benannten „erheblichen“ Einsparpotenziale in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe durch 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 Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auch
- finanzielle Ressourcen nötig 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 Krankenhaus-

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

versorgung 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. 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. zu „§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 (**und pflegerische**) Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden.

Stellungnahme:

Die Errichtung und Verwendung des Strukturfonds ist ein zentrales Element in dem Gesetzesentwurf. 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, insbesondere mit Beteiligung pflegewissenschaftlichen Sachverständigen. Das Sachverständigengutachten 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 sehr, 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

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

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 Klinik, 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 analytischen Personalbemessungsinstrumenten, die sich an dem tatsächlichen Pflegebedarf der Menschen orientieren, nicht an ökonomischen Interessen.

Nummer 4. h) aa) zu § 4, Absatz 8 neu Krankenhausentgeltgesetz

Geplante Neuregelung

Mit der Vorschrift des neuen Absatzes 8 werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung und zeitliche Aufstockung von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu 90 Prozent gefördert wird. Mit der Regelung wird ein dreijähriges Pflegestellen-Förderprogramm in den Jahren 2016 bis 2018 aufgelegt.

Stellungnahme:

In dem neuen gefassten Absatz 8 Satz 1 wurde die „vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen“ aus dem Text gestrichen. Bereits 2007 wies der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten auf die Notwendigkeit einer Aufgabenneuverteilung zwischen den verschiedenen Gruppen der Leistungserbringer hin. Ein Neuzuschnitt der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen ist laut Empfehlungen des SVR dringend nötig. Allerdings wurde den Forderungen nach einer sachgerechten interdisziplinären Kooperation der Berufe zur Verbesserung der Patientenversorgung bisher kaum entsprochen. Das wird durch die Ergebnisse des jüngst veröffentlichten Arbeitsreport Krankenhaus⁷ (2014) bestärkt. „Gerade in dem Bereich der Neuverteilung von Aufgaben, der die Chance inhaltlicher und struktureller Veränderungen böte, um die professionelle Rolle der Pflege im Krankenhaus zu stärken und damit die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, wird diese nicht aufge-

⁷ Arbeitspapier Nr. 306, Christoph Bräutigam / Michaela Evans, Josef Hilbert / Fikret Öz, Arbeitsreport Krankenhaus, download 12.05.2015 www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf

griffen.“ Es wird deutlich, dass in der Praxis betrieblicher Arbeitsgestaltung derzeit vielfach Kooperationsstrukturen und -routinen zwischen den Gesundheitsberufen etabliert werden, die interaktions-intensive Aufgabenfelder (z.B. Ausbildungsaufgaben, Patientenkommunikation, Angehörigenbegleitung) vielfach weiterhin strukturell ausblenden. Die bisherigen Bestrebungen zur Organisation der Arbeitsgestaltung konterkarieren damit nicht selten die Professionalisierungschancen und -bestrebungen der Gesundheitsfachberufe im Arbeitsalltag.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass es in der Vergangenheit wenige erfolgreiche Bestrebungen zur Neugestaltung der Arbeitsprozesse im Krankenhaus gab. Daher sollten eher Anreize in diese Richtung gesetzt werden, diese Option verstärkt zu erproben denn gänzlich zu streichen. Aus Sicht des DBfK verschenkt die Politik hier die Chance, unzeitgemäße hierarchische Strukturen im Krankenhaus abzubauen und moderne Formen der Aufgabenteilung einzuführen. Der DBfK weist an dieser Stelle auch auf die Notwendigkeit hin, endlich die Heilkundeübertragungsrichtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V umzusetzen. Der DBfK bedauert die Streichung des Passus „vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen“ und schätzt das Vorgehen als kontraproduktiv ein.

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 Expertenkommission Vertreter der Pflegeberufsverbände, z.B. den DPR einzubeziehen und mit Sitz und Stimme auszustatten.

Artikel 4, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 14. § 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 (**sowie pflegerischen**) 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

Geplante Neuregelung

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

(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 **und pflegerischen** 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 **und pflegerischem** 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.

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Psychiatrie arbeiten selbstständig und wissenschaftlich fundiert mit psychisch erkrankten oder beeinträchtigten Menschen. Sie werden z.B. als ‚Fallmanager‘ 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:

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 Krankenhausplanung 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.

Fazit

Der DBfK begrüßt die Gesetzesinitiative zur Reform der Krankenhausfinanzierung. Die Erwartung, dass Krankenhäuser den Investitionsstau abbauen können, Ärzte und Pflegende den Berg von Überstunden abtragen können und Patient/innen sicher betreut und beraten werden, das werden die im Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen nicht erreichen. Krankenhäuser entwickeln sich gezwungenermaßen zunehmend zu Betrieben der Gesundheitswirtschaft; der gesellschaftliche Grundgedanke der Daseinsvorsorge gerät immer mehr ins Abseits.

Die stärkere Fokussierung auf die Qualitätssicherung ist erfreulich. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Erwartungen an Nutzer- und Patient/innenfreundlichkeit erfüllen.