



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

Vorläufige STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf des BMG
„Entwurf eines Gesetzes zur Stär-
kung des Pflegepersonals“

Juli 2018

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2012

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)

Ralf Heyder

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5
III. Weiterer Handlungsbedarf	9

I. Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf zielt auf eine bessere finanzielle Förderung der Pflege am Bett. Dies ist notwendig und wird seitens der Universitätsklinika ausdrücklich unterstützt.

Zur Förderung der Pflege am Bett sieht der Gesetzentwurf zahlreiche sinnvolle Einzelmaßnahmen vor. Dazu gehören insbesondere die volle Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte, die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte, die Absicherung der Refinanzierung von Ausbildungsvergütungen in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen sowie die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Diese Maßnahmen sind uneingeschränkt positiv zu bewerten.

Trotzdem bestehen hinsichtlich der im Entwurf angelegten ordnungspolitischen Konsequenzen grundsätzliche Bedenken. Dies betrifft insbesondere folgende Punkte:

- Abkehr vom Grundsatz der Leistungsorientierung: Für die Finanzierung der Pflege am Bett ist keinerlei Rückkopplung an das Leistungsgeschehen im Krankenhaus und damit an die Patienten vorgesehen. Für den Anspruch eines Krankenhauses auf Ressourcen für die Pflege macht es künftig keinen Unterschied mehr, ob ein Krankenhaus gut oder schlecht ausgelastet ist, Schwerstkranke oder eher leicht erkrankte Patienten versorgt, Notfallbereitschaft rund um die Uhr vorhält oder nur elektiv versorgt. Angesichts des erheblichen Pflegekräftemangels besteht ein hohes Risiko, dass es problematische Entwicklungen in der Allokation von Pflegekräften zwischen den Krankenhäusern geben wird. Zu befürchten ist insbesondere, dass die knappe Ressource Pflege künftig nicht mehr primär dort verfügbar ist, wo sie für die Patientenversorgung am dringendsten benötigt wird. Notwendig wären stattdessen Instrumente, um die pflegerische Versorgung gezielt für die Patienten sicherzustellen, die sie am dringendsten benötigen.
- Konservierung bestehender Krankenhausstrukturen: Der Verzicht auf jegliche Leistungsorientierung bei der Ressourcenverteilung stärkt insbesondere schlecht ausgelastete Krankenhäuser mit eher leicht erkrankten, wenig pflegeintensiven Patienten. Gerade für dieses Krankenhaussegment besteht jedoch in Teilen ein erheblicher Restrukturierungsbedarf. Die im Referentenentwurf angelegte bedingungslose Refinanzierung von Pflegeaufwand ist nicht dazu geeignet, die notwendigen Strukturformen zu unterstützen.
- Fehlende Anreize zur Entlastung der Pflege: Pflegekräfte sind knapp. Angesichts der demografischen Entwicklung ist für die absehbare Zukunft nicht damit zu rechnen, dass sich dies grundsätzlich ändert. Innovative Krankenhäuser haben daher in den letzten Jahren unterschiedlichste Modelle zur Verlagerungen von Aufgaben von examinierten Pflegekräfte auf andere Berufsgruppen umgesetzt. Das Ziel dabei: Examinierte Pflegekräfte sollen sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Das nun vorgesehene Finanzierungsmodell für Pflege am Bett setzt absehbar starke Anreize, solche Modelle rückabzuwickeln. Der Grund: Krankenhäuser, die solche Delegationsmodelle umgesetzt haben, werden künftig finanzielle Nachteile gegenüber den Krankenhäusern haben, die dies nicht getan haben. Das ist ein enormer

Fehlanreiz, denn eigentlich müssten angesichts des Pflegekräftemangels die Anstrengungen zur Entlastung der Pflege weiter verstärkt werden.

- Fehlendes Gesamtkonzept für die Krankenhausfinanzierung: Das DRG-Einheitspreissystem ist unter vielen Gesichtspunkten reformbedürftig. Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen umfasst einen langen Katalog an Reformvorschlägen, von der Differenzierung nach Versorgungsstufen über die Abbildung von Extremkostenfällen bis zur Finanzierung der Facharztweiterbildung. Unverständlich ist, dass im Referentenentwurf lediglich die Finanzierung von Pflege isoliert neu geregelt wird, ohne dabei eine sinnvolle Neujustierung des gesamten ordnungspolitischen Rahmens des DRG-Systems vorzunehmen. Die Folge ist, dass künftig im Krankenhaus zwei in vielerlei Hinsicht inkompatible Finanzierungsprinzipien wirken, mit potenziell äußerst negativen Auswirkungen auf die krankenhausernen Prozesse.

Festzuhalten ist daher: Die im Referentenentwurf angelegte Finanzierung der Pflege am Bett ist ordnungspolitisch in zentralen Punkten inkonsistent und nicht nachhaltig. Gleichwohl besteht dringender Handlungsbedarf hinsichtlich einer besseren Refinanzierung von Pflege am Bett. Vor diesem Hintergrund ist dieses Gesetz als Übergangslösung ein erster Schritt, dem allerdings zügig eine grundsätzliche und konsistente Reform des gesamten ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung folgen muss.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs kommentiert. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft verwiesen.

1. Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System und Überführung in die Selbstkostendeckung

Hinsichtlich der im Gesetzentwurf geregelten Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System ist aktuell vorgesehen, dass es keinerlei Bedarfsmaßstab für die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegekräften geben soll. Das Krankenhaus bekommt den gesamten Pflegeaufwand, den es für notwendig erachtet und nachweist, erstattet. Dieser unbeschränkte Erstattungsanspruch ist zunächst aus der Perspektive des einzelnen Krankenhauses positiv. Dennoch stellt sich die Frage nach den Auswirkungen einer solchen Regelung auf das Krankenhaus- und Gesundheitswesen insgesamt.

Ein bedarfsunabhängiger, unbeschränkter Erstattungsanspruch für Pflegekräfte wird voraussichtlich die Nachfrage nach Pflegekräften deutlich erhöhen. Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist jedoch leer. Zu befürchten ist daher, dass es zwischen den Krankenhäusern zu Verschiebungen im Pflegepersonalbestand kommen wird. Ob dies dazu führen wird, dass die ohnehin knappen Pflegekräfte vorzugsweise dort tätig werden, wo der pflegerische Versorgungsbedarf der Patienten am größten ist, ist zumindest fraglich. **Deshalb müssen die Auswirkungen**

dieser Regelung auf den Arbeitsmarkt für Pflegekräfte und die pflegerische Versorgungssituation beobachtet und evaluiert werden. Eine entsprechende Begleitforschung sollte gesetzlich vorgesehen werden.

2. Notwendigkeit eines pflegebezogenen Katalogs mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag

Der Gesetzentwurf beauftragt die Selbstverwaltung, für die Pflegepersonalkosten erstmalig zum 30. September 2019 einen Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag zu entwickeln. Dieser soll jährlich weiter entwickelt werden.

Er soll zunächst nur als Instrument zur Abzahlung des Pflegebudgets dienen, also nicht die Höhe des Pflegebudgets in irgendeiner Form determinieren. Für die Abzahlung der Pflegebudgets wären jedoch auch weniger aufwändige Verfahren umsetzbar. Der Gesetzentwurf lässt offen, warum trotz aufwandsärmerer Alternativen die Entwicklung eines Katalogs mit tagesbezogenen Bewertungsrelationen vorgesehen wird.

Sinnvoll wäre es, diesen Katalog perspektivisch zur Plausibilisierung und zum Abgleich der Pflegebudgets heranzuziehen. Denn es ist aufgrund der oben beschriebenen Probleme der leistungs- bzw. bedarfsunabhängigen Ist-Kostenerstattung davon auszugehen, dass perspektivisch ein Bedarfs- bzw. Vergleichsmaßstab für die Pflegepersonalausstattung und damit die Höhe des Pflegebudgets benötigt wird. Dieser Maßstab muss am Patienten- bzw. Leistungsspektrum des Krankenhauses anknüpfen. Die Wiedereinführung von bereits in der Vergangenheit gescheiterten Personalbedarfsermittlungsinstrumenten wie der PPR als Budgetbemessungsinstrument lehnt der VUD ab.

Die Nutzung des Pflegeerlöskatalogs als Bedarfs- bzw. Vergleichsmaßstab würde aber hohe Anforderungen an diesen Katalog mit sich bringen. Er müsste geeignet sein, in Analogie zur DRG-Systematik homogene Patientengruppen zu identifizieren, bei denen der tägliche Pflegeaufwand vergleichbar groß ist. Für die Herleitung und jährliche Weiterentwicklung des Katalogs wäre eine belastbare empirische Grundlage zu schaffen.

Diese existiert in der notwendigen Differenzierung bislang nicht. In jedem Fall reicht die derzeitige Kalkulationssystematik für die Pflegekosten im Rahmen der jährlichen DRG-Fallkostenkalkulation hierfür nicht aus. Der aktuell vorliegende Pflegelastkatalog ist für Budgetfindungszwecke ungeeignet. Zusätzlicher Dokumentations- und Entwicklungsaufwand scheint daher unvermeidbar, wenn man perspektivisch einen Pflegeerlöskatalog zur Budgetfindung heranziehen will.

In jedem Fall wird das Nebeneinander von Rest-DRG-System und Pflegebudget auch schon in der derzeit im Referentenentwurf vorgesehenen Form die Krankenhausfinanzierung deutlich komplexer machen und zusätzliche Bürokratie verursachen. Dies beträfe nicht nur die Kliniken, die als Kalkulationskliniken an der Katalogentwicklung beteiligt sind, sondern alle Kliniken. Die Abgeltung des Pflegebudgets über den Pflegeerlöskatalog wird zudem einen parallelen Abrechnungsprozess zu den DRG-Fallpauschalen erfordern.

Ob mit einem tagesbezogenen Pflegeerlöskatalog, wie er im Referentenentwurf vorgesehen ist, die richtigen Anreize für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gesetzt werden, sollte wissenschaftlich sorgfältig evaluiert werden. Insbesondere mit Blick auf die Intensivpflege ist hinsichtlich einer tagesbezogenen Budgetbemessung Skepsis angebracht. Gute Intensivmedizin zeichnet sich durch möglichst kurze Verweildauern aus. Diese lassen sich insbesondere durch einen hohen Personaleinsatz in der intensivmedizinischen Betreuung erreichen. Ein tagesbezogener, auf Durchschnittskosten basierender bundeseinheitlicher Katalog birgt zumindest die Gefahr, hier erhebliche Fehlanreize zu setzen.

Deshalb sollte gesetzlich vorgeschrieben werden, dass die Entwicklung dieses Katalogs und seine Eignung als Allokationsinstrument für Pflegebudgets von Anfang an wissenschaftlich unabhängig begleitet werden muss. Insbesondere sollten auch Alternativen eruiert werden, bspw. eine fall- statt tagesbezogene Herleitung der Pflegebudgets.

3. Definition von „Pflege am Bett“

Weiterer administrativer Aufwand wird für die Kliniken auch durch die neuen Nachweispflichten zum Pflegepersonal entstehen. Das Hauptproblem ist dabei nicht der Nachweis von Personalzahlen und –kosten per se. Berufsgruppenbezogen ist das relativ problemlos leistbar. Schwierig ist vielmehr eine aufgabenbezogene Zuordnung von Mitarbeitern bzw. den entsprechenden Personalkosten zu „Pflege am Bett“. Entsprechende Nachweise sind nur mit einem sehr großen administrativen Aufwand zu erstellen und zu überprüfen.

Eine aufgabenbezogene Zuordnung des Personals ist aber notwendig, wenn das neue Pflegebudget nur Pflege am Bett finanzieren soll. Denn große Teile des Pflegedienstes sind nicht unmittelbar „am Bett“ tätig, sondern bspw. in Funktionsdiensten. Umgekehrt ist die „Pflege am Bett“ nicht ausschließlich dem Pflegedienst vorbehalten. Zur Entlastung des Pflegedienstes wurden in den letzten Jahren in vielen Standorten patientennahe Aufgaben der Pflege an andere Berufsgruppen delegiert. Dazu gehören bspw. die Speiserversorgung, administrative Aufgaben auf den Stationen, der Patiententransport innerhalb des Klinikums oder die Arzneimittelversorgung. Eine Operationalisierung von „Pflege am Bett“ nur über examinierte Pflegekräfte oder Pflegehilfskräfte wäre daher nicht sachgerecht und würde die Vielfalt heutiger Organisationsmodelle nicht ansatzweise abbilden.

Die Frage der Operationalisierung von „Pflege am Bett“ berührt unmittelbar den im Referentenentwurf vorgesehenen Auftrag an die Selbstverwaltung, bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Bei einer rein berufsgruppenbezogenen Anknüpfung an examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte drohen hier als Folge der Parallelität von DRG-System und Pflegebudget erhebliche Fehlanreize hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus, zum Nachteil innovativer Delegations- und Entlastungsmodelle für den Pflegedienst.

Insbesondere hätten solche Krankenhäuser erhebliche Finanzierungsnachteile, die in der Vergangenheit innovative Modelle zur Pflegedienstentlastung umgesetzt haben. Denn diese Kosten verblieben im DRG-System und würden damit „vergemeinschaftet“, d.h. anteilig zu jenen Krankenhäusern umverteilt, die diese Aufgaben bei der examinierten Pflege bzw. den Pflegehilfskräften belassen haben.

Zu solchen Fehlentwicklungen darf es nicht kommen. Innovative Organisationsmodelle müssen angesichts der Personalknappheit in der Pflege weiter gefördert und incentiviert werden. **Deshalb muss im Gesetz klargestellt werden, dass die Definition von „Pflege am Bett“ aufgabenbezogen zu erfolgen hat und dabei Delegations- und Entlastungsmodelle für den Pflegedienst bei der bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen sind.**

4. Wegfall des Pflegezuschlags

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der bisherige Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 entfallen soll. Den Universitätsklinika würden dadurch finanzielle Mittel in Höhe von rund 80 Mio. Euro entzogen.

Begründet wird dies im Referentenentwurf mit der zukünftigen umfassenden Finanzierung der Pflegepersonalkosten über das Pflegebudget. Diese Begründung trägt schon deshalb nicht, weil nur ein Teil der Pflege aus dem DRG-System ausgegliedert werden soll, nämlich die „Pflege am Bett“. Eine umfassende Finanzierung der Pflegepersonalkosten über das Pflegebudget ist somit nicht gegeben. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der Pflegezuschlag aus dem Versorgungszuschlag hervorgegangen ist und daher keine unmittelbare Zweckbindung zur Finanzierung von Pflegekosten besteht. Der Versorgungszuschlag wurde den Krankenhäusern seinerzeit als Ausgleich für die Absenkung der Landesbasisfallwerte durch die doppelte Degression gewährt. Über Jahre zu Lasten aller Krankenhäuser geminderte Landesbasisfallwerte sollten mit der jährlichen Aufstockung um 0,8 % (500 Mio. Euro) zumindest teilweise ausgeglichen werden. **Der Wegfall des Pflegezuschlags ist daher abzulehnen.**

5. Weiterführung des Strukturfonds

Positiv zu bewerten ist die Weiterführung des Strukturfonds. Er wird als Instrument zum Umbau der Krankenhauslandschaft dringend benötigt. Erfreulich ist, dass erstmals auch die Universitätsklinika förderfähig sein sollen. Dies gilt allerdings nur für zwei Förderzwecke, nämlich IT-Sicherheit und die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Förderzwecke, zum Beispiel die Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schweren Erkrankungen sowie die Bildung integrierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbände.

Diese Förderzwecke bleiben weiterhin nur nicht-universitären Krankenhäusern vorbehalten. Das ist unverständlich. Gerade in der Versorgung von Notfällen und seltenen bzw. komplexen Erkrankungen sowie in der telemedizinischen Vernetzung spielen die Universitätsklinika für

das Versorgungssystem eine zentrale Rolle. Ausweislich der Orphanet-Datenbank werden 60-80 Prozent der Sprechstunden für seltene Erkrankungen an Universitätsklinika angeboten. Bei allen genannten Themen wäre zudem die Arbeitsteilung und Vernetzung mit nicht-universitären Krankenhäusern essenziell.

Es gibt keinen sachlichen Grund, die o.g. Themen nur dann durch den Strukturfonds kofinanzieren, wenn die entsprechenden Investitionsmittel des Landes als KHG-Mittel deklariert sind. Auch die Investitionsmittel der Universitätsklinika für Zwecke der Krankenversorgung kommen vom Land. Diese Mittel sind im Landeshaushalt lediglich anders veranschlagt. Es sollte für die Förderfähigkeit keinen Unterschied machen, ob bspw. ein telemedizinisches Vernetzungsprojekt zur Verbesserung der ländlichen Versorgung von einem nicht-universitären oder einem universitären Krankenhaus umgesetzt wird. **Deshalb muss im Gesetz die Förderfähigkeit der Universitätsklinika für alle Förderzwecke des Fonds vorgesehen werden.**

III. Weiterer Handlungsbedarf

Neben den im Gesetzentwurf adressierten Themen ist anzumerken, dass zahlreiche Schwächen der aktuellen Krankenhausfinanzierung, die über die Pflege am Bett weit hinaus reichen, im Gesetzentwurf nicht behandelt werden. Insgesamt besteht trotz der Ausgliederung der Pflege weiterhin enormer Handlungsbedarf hinsichtlich einer grundlegenden Reform des DRG-Systems.

Zwar sind die Vereinfachungen und Klärungen zum Fixkostendegressionsabschlag ausdrücklich zu begrüßen. Ungelöst bleiben aber bspw. die Refinanzierung der ungedeckten Tarifsteigerungen in den nicht-pflegerischen Berufsgruppen, die unzureichende Finanzierung besonderer Vorhaltungen, etwa von interdisziplinären Zentren oder Spezialangeboten, sowie von Extremkostenfällen, der Facharztweiterbildung und innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Auch für die differenzierte Finanzierung der Notfallvorhaltung fehlt bisher eine Lösung. Die gesetzliche vorgesehene Frist, bis zu der eine solche Lösung von der Selbstverwaltung umgesetzt sein sollte, ist am 30. Juni 2018 verstrichen. Abzuwarten bleibt, ob es der Selbstverwaltung zumindest bis Ende 2018 gelingen wird, eine Finanzierung für die Notfallstufen zu regeln, die den bestehenden erheblichen Aufwandsunterschieden finanziell gerecht wird.