



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

DEKV e.V. | Invalidenstr. 29 | 10115 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Ministerialdirektorin Birgit Naase
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

per E-Mail: PpSG-Verbaende@bmg.bund.de

Berlin, 6. Juli 2018

Sehr geehrte Frau Naase,

wir bedanken uns für die Übersendung des Referentenentwurfes des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) und die Gelegenheit zur Stellungnahme, die wir Ihnen in der beigefügten Anlage übermitteln.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass wir die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Christoph Radbruch
(Vorsitzender DEKV)

Theo Paul
(Vorsitzender kkvd)

DEKV Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin
Telefon: 030. 80 19 86 – 0
Fax: 030. 80 19 86 – 22
E-Mail: office@dekv.de
www.dekv.de

KKVD Katholischer Krankenhausver-
band Deutschlands e.V.
Große Hamburger Straße 5
10115 Berlin
Telefon: 030. 240 836 8-0
Fax: 030. 240 836 8-22
E-Mail: kkvd@caritas.de
www.kkvd.de



Unter dem Label Christliche Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) vertreten der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) mit mehr als 500 Krankenhäuser und Kliniken. Jedes vierte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Rund 212.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über fünf Millionen Patienten vollstationäre.

Christliche Krankenhäuser in Deutschland
www.christliche-krankenhaeuser.de



Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

Vorbemerkung

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) sind im Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV) sowie im Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) organisiert und vertreten die Interessen der über 500 konfessionellen Krankenhäuser bundesweit. Der DEKV ist Arbeitgeber für mehr als 43.000 Pflegekräfte (Vollzeitkräfte), der kkvd für mehr als 67.000 Pflegekräfte (Vollzeitkräfte).¹

Dass die Bundesregierung die Arbeitssituation und –bedingungen der Pflegekräfte verbessern will, begrüßen die CKiD außerordentlich. In allen Bereichen der Krankenhäuser, auch in christlichen, sind zunehmende Arbeitsverdichtung, erhöhte Dokumentations- und Nachweisanforderung sowie zeit- und aufwandsintensive Behandlung und Pflege von Patienten mit besonderen Bedarfen in den letzten Jahren zu beobachten. Von den Auswirkungen sind alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, besonders stark aber die Pflegekräfte, betroffen. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) des Bundesgesundheitsministeriums setzt die Regierungskoalition ein wichtiges Signal, um den Pflegenden und Krankenhäusern zu helfen. Der Entwurf enthält viele Vorschläge, die in die richtige Richtung für die Krankenhäuser weisen.

An dieser Stelle darf auch nicht unerwähnt bleiben, dass seit Jahren die Länder ihrer Verantwortung zur Investitionskostenfinanzierung nicht nachkommen und dies auch zu den vorherrschenden Auswirkungen auf den Bereich der Betriebskostenfinanzierung und der Krankenhausorganisation geführt haben. Es besteht eine jährliche und nachgewiesene Unterdeckung in Höhe von ca. drei Milliarden Euro.² Infolgedessen haben die Krankenhäuser eine unterdurchschnittliche Investitionsfinanzierung. Um als Krankenhaus wirtschaftlich und nachhaltig agieren zu können, bleibt ihnen nichts anderes übrig, als Investitionen über Kredite zu finanzieren, während Zins und Tilgung aus den Betriebskosten refinanziert werden müssen. Die Investitionen bspw. in An-, Um-, und Erweiterungsbauten, energetische Sanierung von Gebäuden, medizinischen Geräten, IT-Infrastruktur etc. sind wichtig, um eine hohe Versorgungsqualität und -sicherheit für die Patienten langfristig zu garantieren.

¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss – Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2016.

² Vgl. DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (2017), S. 9.

Nur so ist es möglich, als Krankenhaus wettbewerbsfähig zu sein und zu bleiben.

In den kommenden Jahrzehnten wird qualifizierte Pflege an Bedeutung gewinnen: Bis zum Jahr 2050 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auf 4,5 Millionen an¹. Das ist eine Zunahme von 88 Prozent im Vergleich zum Jahr 2010. Ein großer Teil dieser Patienten wird hochbetagt sein. Bereits im Zeitraum von 2000 bis 2014 ist der Anteil der über 85-jährigen Patienten in deutschen Krankenhäusern um 60 Prozent gestiegen². Daraus ergeben sich vielfältige Herausforderungen, zum Beispiel durch Multimorbidität und demenzielle Erkrankungen.

Mit der Alterung der Patientengruppen im Krankenhaus steigt die Nachfrage nach Pflegefachkräften. Zugleich sinkt das nachwachsende Arbeitskräftepotenzial bundesweit, aus dem der Bedarf nach Pflegefachkräften sich speisen könnte. Die Zahl der in der Pflege notwendigen Fachkräfte kann mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Schätzungen zufolge sind mehrere Zehntausend Stellen in der Pflege unbesetzt. Es ist deshalb ein Schritt in die richtige Richtung, mehr Pflegepersonal auf den Stationen zu finanzieren.

Allgemeiner Teil

Ob die singuläre Auskopplung der Pflegekosten aus dem DRG-System zu einer Verbesserung der Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegealltag führt, muss hinterfragt werden. Das sieht CKiD äußerst kritisch. Da andere Berufsgruppen im Krankenhaus nicht berücksichtigt werden und sich damit die Frage der Systemkonformität stellt. Dies stellt das DRG-System insgesamt in Frage. Damit wird aus dem im Jahr 2004 verpflichtend eingeführten Finanzierungs- und Steuerungssystem, das den ganzheitlichen Leistungserbringungsprozess eines Behandlungsfalles zur Grundlage hat, ein essentielles Element herausgelöst. Langfristig führt es dazu, dass das DRG-System zerlegt wird und an Funktionsfähigkeit einbüßt.

Der Vorschlag, dass die Krankenhausvergütung ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer separaten Pflegekostenvergütung umgestellt wird, bedarf daher dringend der Flankierung durch folgende Rahmenbedingungen:

Innovationen in Kliniken sichern durch unternehmerische Freiheit und Verantwortung

Krankenhäuser müssen eigenständig, bedarfsgerecht und unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten ihrer Patientengruppen und ihres Marktumfeldes und regionalen Arbeitsmarktes entscheiden können, welches

Personal mit welcher Qualifikation zur pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Patientenversorgung eingesetzt wird. Ein reines Zählen von „Köpfen“ des Pflegefachpersonals ist kein Garant für eine zuwendungsorientierte und qualitätsvolle Pflege. Zuwendungsorientierte Pflege in Christlichen Krankenhäuser hat eine Optimierung und Effizienzsteigerung von Organisations- und Arbeitsprozessen zur Voraussetzung. Es ist die Aufgabe eines jeden Krankenhausträgers einen patientenorientierten und bedarfsgerechten Personaleinsatz zu gewährleisten. Zielführender wäre es, die Anreize innerhalb des Fallpauschalensystems so zu gestalten, dass eine patientenorientierte und evidenzbasierte pflegerische Versorgung erzielt und die pflegerische Leistung besser abgebildet wird.

Berücksichtigung aller Pflegeberufe und Funktionsberufe zur Sicherstellung des Qualifikationsmixes in der pflegerischen Patientenversorgung

Eine reine Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung führt nicht notwendigerweise zu einer Verbesserung der Arbeits- und Belastungssituation für Pflegefachkräfte. Auch wird dadurch keine Patientenversorgung qualitativ verbessert. Heute ist zugewandte Patientenversorgung immer auch eine Teamleistung verschiedener Professionen. In den Krankenhäusern ist ein abgestufter Personal- und Qualifikationsmix zur Organisation der Pflegeprozesse bereits Standard. Die singuläre Auskopplung der Pflegepersonalkosten kann daher eine Entsolidarisierung zwischen den Berufsgruppen (Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Pflegehilfskräfte, Servicekräfte, Menüassistenten, Case- und Entlassmanagement, Blutentnahmeteams, Brückenpflege, Wundversorgungsteams, Dokumentationsassistenten etc.) innerhalb des Krankenhauses zur Folge haben.

Die Klarstellung des Fixkostendegressionsabschlags führt dazu, dass das Konfliktpotenzial auf Landes- und Ortsebene vermindert und unnötige Bürokratie gestoppt werden.

Die neu geschaffene Möglichkeit, Krankenhausstrukturen zielgerichtet aufzubauen wird außerordentlich begrüßt. In diesem Zusammenhang ist der Aufwand für die Antragsstellung für die Krankenhausträger beim BVA auf das Maß des notwendigen zu begrenzen.

Der Wegfall der Anrechnung von Ausbildungsstellen/ -kosten auf Vollstellen in der Pflege wird ebenfalls begrüßt.

Spezieller Teil



Zu Artikel 1, § 12a KHG, Artikel 5 Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Regelung sieht vor, den Strukturfonds von 2019 bis 2022 fortzuführen. Der Fonds wird jährlich mit 1 Milliarden Euro ausgestattet. Das entspricht einer gesamten Förderungshöhe von vier Milliarden Euro.

Die Verlängerung sowie die neu geschaffene Fördermöglichkeit, Krankenhauskapazitäten zielgerichtet aufbauen zu können, begrüßen die CKiD. Ebenso der in § 12a Abs. 1 Satz 1 KHG genannte Zweck wonach z.B. die Bildung von Zentren von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen besonders gefördert werden.

Unerlässlich ist, dass die Förderkriterien für Zentren sich ausschließlich an der vor Ort vorgehaltenen fachlichen Expertise orientiert. Hingegen ist zu vermeiden, dass diese auf die Anzahl der Betten in einem Krankenhaus abzielen. Die Förderfähigkeit für Zentren darf nicht auf Universitätskliniken beschränkt sein, sondern muss offen sein für Grund- und Regelversorger.

Wichtig ist zudem eine Klarstellung des Gesetzgebers, was eine komplexe Erkrankung umfasst. Nach Auffassung der CKiD ist es der Fall, wenn zur Behandlung der Erkrankung mehr als eine Fachabteilung zu beteiligen ist.

Ebenso begrüßen die CKiD die neu geschaffene Möglichkeit, wonach Trägerverbünde gefördert werden sollen, um patientenorientierte Versorgungsstrukturqualität zu erhöhen. Dabei ist wichtig, dass neben gesellschaftsrechtlich abgesicherten Kooperationen alle Formen der Zusammenarbeit, die Therapie-, Prozess- sowie diagnoseorientierte Verbundstrukturen zum Ziel haben, gefördert werden können.

Der Aufwand für die Antragsstellung der Strukturfondsmittel beim Bundesversicherungsamt ist auf das Maß des notwendigen zu begrenzen.

Zu Artikel 8, § 4 Abs. 2a KHEntgG Fixkostendegressionsabschlag



Bundesweit einheitlich soll ein Vergütungsabschlag für 3 Jahre i.H.v. 35 Prozent festgelegt werden. Damit wird die Möglichkeit einen höheren Abschlagsatz oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren aufgehoben.

Folglich werden Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene vermieden und unnötige Bürokratie für beide Verhandlungspartner abgebaut.

CKiD fordert den Fixkostendegressionsabschlag bis 2021 stufenweise auslaufen zu lassen.

Bundesweit einheitlich muss der Vergütungsabschlag über 3 Jahre stufenweise abgeschafft werden. Ab 01.01.2019 erfolgt eine Festsetzung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 4 Abs. 2a KHEntgG auf 25 Prozent, ab 01.01.2020 auf 15 Prozent und ab 01.01.2021 entfällt der Vergütungsabschlag auf Mehrleistungen.

Quellen:

- ¹ Statistisches Bundesamt 2015, Krankenhausstatistik – Diagnose-daten laut <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/weiterentwicklung-der-pflegeberufe/112820>
- ² Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2010 laut <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/weiterentwicklung-der-pflegeberufe/112820>