



## Thesenpapier

### **Pflege im Krankenhaus personell und finanziell stärken**

Pflegekräfte sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung im Krankenhaus. Ohne ihre Arbeit, ohne ihr Können und ohne ihr Engagement wäre die qualitativ hochwertige Patientenversorgung überhaupt nicht möglich. 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr leisten Pflegende herausragende Arbeit.

Obwohl die Zahl der Pflegekräfte in den vergangenen 10 Jahren bundesweit kontinuierlich angestiegen ist – von 392.711 in 2006 auf 433.434 in 2016 – besteht auch aktuell ein großer Bedarf an weiteren Pflegekräften. Allein in deutschen Krankenhäusern konnten rund 15.000 Stellen nicht besetzt werden, weil die Fachkräfte am Arbeitsmarkt nicht verfügbar waren. Für die Krankenhäuser ist und bleibt somit die permanente Personalsicherung und Personalgewinnung eine zentrale Aufgabe und Herausforderung.

Die Gründe für den anhaltenden Personalbedarf im Pflegebereich sind vielfältig. Einerseits benötigen die Krankenhäuser mehr Personal, um die Arbeitsbelastung der Pflegenden angemessen verringern zu können, andererseits muss eine kontinuierliche Nachbesetzung für ausscheidendes Personal gesichert werden. Zusätzlich haben sich im Pflegebereich durch Spezialisierungen und neue medizinisch-pflegerische Anforderungen auch neue Arbeitsfelder eröffnet.

Speziell die ostdeutschen Krankenhäuser haben in der Vergangenheit auf die genannte Situation reagiert: Zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes und im Sinne eines effektiven Personaleinsatzes und soliden Wirtschaftens wurden große Anstrengungen unternommen, um Pflegekräfte insbesondere von pflegefremden Tätigkeiten, wie beispielsweise Essensversorgung, Hol- und Bringendienste, Dokumentationen und Reinigungsarbeiten und durch die vermehrte Einstellung von Pflegehilfskräften zu entlasten.

Eine Entsolidarisierung unter den Beschäftigten muss unbedingt vermieden werden. So ist den Mitarbeitern nicht zu erklären, warum die Personalkosten und Tarifkosten der Pflegekräfte am Bett zukünftig voll refinanziert werden und es bei allen übrigen Krankenhausbeschäftigten, z. B. OP-Pflegern, Ärzten, Technikern und Verwaltungsmitarbeitern, bei einer teilweisen Finanzierung bleibt. Die Personalkosten nur einer Mitarbeitergruppe aus der Fallpauschalenfinanzierung herauszunehmen und in eine Selbstkostendeckung zu überführen, beschädigt nicht nur das DRG System, sondern führt zudem zu einem erheblichen Dokumentationsmehraufwand zu Lasten der Mitarbeiter. Die Refinanzierung der Personalkosten aller Krankenhausmitarbeiter muss zukünftig auf eine stabile Grundlage gestellt werden.

Um auch künftig den Pflegeberuf attraktiv zu machen, brauchen die Krankenhäuser angesichts eines leergefegten Arbeitsmarktes und schwieriger Rahmenbedingungen eine sachgerechtere Finanzierungsgrundlage und eine Förderung für die Auslagerung der genannten pflegefremden Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen. Dies ist ohne eine deutliche politische Unterstützung nicht möglich.

Die aktuelle Gesetzgebung wird diesen Herausforderungen mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) nicht gerecht.

Daher haben Mitarbeiter sächsischer Krankenhäuser – darunter auch zahlreiche Vertreter der Pflege, die aus Sicht der Krankenhäuser problematischen Regelungen und deren Auswirkungen im Folgenden benannt. Das Thesenpapier versteht sich als ein Beitrag für einen gesundheitspolitischen Dialog mit dem Ziel, Verbesserungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu erreichen.

## **Problemlage:**

### **Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)**

- Die Einführung des Pflegebudgets durch das PpSG und die Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips ausschließlich für die Pflegepersonalkosten stellen einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung dar. Mit der Art der Umsetzung wird die Komplexität des bisherigen G-DRG-Systems verkannt. Die Krankenhäuser sollten durch eine Begrenzung der Erlösverluste auf 2% (Kappung) der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget vor zu hohen finanziellen Verlusten geschützt werden. Grundsätzlich wichtig und begrüßenswert, greift die Regelung allerdings auf das Budget des Vorjahres als Bemessungsrundlage zurück und lässt damit Kosten- und Leistungssteigerungen im Jahr 2020 außer Acht. Aufgrund der am Bundesdurchschnitt gemessenen niedrigeren Pflegepersonalkosten in den neuen Bundesländern, werden viele Krankenhäuser in Sachsen durch die Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 mit erheblichen Erlösverlusten konfrontiert sein und von der Kappungsgrenze Gebrauch machen müssen. Selbst, wenn bei sachgerechter Umsetzung die Kappungsgrenze von 2% auf die Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget 2020 bezogen würde, bedeutet dies für die einen Erlösverlust von 10% bezogen auf das Pflegebudget. Die politisch angekündigte Stärkung der Pflege wird damit in eine erhebliche finanzielle Schwächung der meisten ostdeutschen Krankenhäuser verkehrt.
- Für die im Regelfall unterjährig verhandelten Pflegebudgets ist zur Liquiditätssicherung ein abrechenbarer Tagessatz von 130 EUR vorgesehen, der in keiner Weise auskömmlich ist und somit zu hohen Liquiditätsverlusten führen wird. Insbesondere Krankenhäuser mit hohen Pflegeanteilen – beispielsweise in der Kindermedizin oder Geriatrie – werden überdurchschnittlich stark betroffen sein.
- Das gesonderte Pflegebudget berücksichtigt ausschließlich Personalkosten für die Pflege am Bett. Pflegefremde Tätigkeiten zur Entlastung des Fachpersonals werden in diesem Budget nicht abgebildet und verbleiben weiterhin im G-DRG-System. Da speziell die ostdeutschen Krankenhäuser einen wesentlich höheren Anteil an Pflegehilfskräften beschäftigen – zum einen aufgrund demografisch bedingter Nachwuchsprobleme bei Fachpersonal, zum anderen aufgrund notwendiger Personalkosteneinsparungen – werden die Kosten für diese Berufsgruppen künftig nicht im Pflegebudget berücksichtigt und somit auch nicht vollständig refinanziert.
- Dies schafft Fehlanreize, so dass es künftig wirtschaftlich interessant sein wird, pflegefremde Tätigkeiten wieder auf Fachpersonal zurück zu verlagern, da nur dies im Pflegebudget refinanziert wird. Dabei ist die Auslagerung pflegeferner Tätigkeiten ein wichtiger Bestandteil zur Entlastung des Pflegepersonals.
- Gegenüber dem bisherigen G-DRG-System werden hauptsächlich die ostdeutschen Krankenhäuser mit einer finanziellen Schlechterstellung rechnen müssen. Dies begründet sich in der bisherigen Kalkulation der Personalkosten in den G-DRG's, deren Grundlage bundesdeutsche Durchschnittswerte waren. Angesichts des real niedrigeren Lohnniveaus in

Ostdeutschland wurde somit ein günstiger Effekt für das Gesamtbudget generiert. Mit der Ausgliederung der Realkosten geht dieser Vorteil verloren.

- Eine damit verbundene Folge für sächsische Krankenhäuser besteht beispielsweise darin, dass die Möglichkeit, unterfinanzierte Krankenhausbereiche auszugleichen, wegfällt und schlimmstenfalls Bettenkapazitäten oder Abteilungen geschlossen werden müssen.
- Ebenso wird es künftig nicht mehr möglich sein, die von der sächsischen Landesbehörde geforderten hohen Eigenanteile bei großen Fördermaßnahmen, wie Baumaßnahmen und Wiederbeschaffung von Großgeräten, aufzubringen.
- Insgesamt werden stattdessen die zur internen Ressourcensteuerung zwingend notwendigen Gestaltungsspielräume der Krankenhausleitungen weiter massiv einschränkt.
- Hier wird deutlich, dass das Kernproblem der Krankenhausversorgung, der massive Investitionsstau, weitreichende Folgen auch für die Personalkostenfinanzierung hat. Dieses seit Jahren anhaltende und immer noch ungelöste Grundproblem der investiven Unterfinanzierung wird durch die Einführung eines Personalkostenbudgets deutlich verschärft.
- Seit Jahren stellen die in der Verantwortung stehenden Bundesländer den Krankenhäusern zu wenig Investitionsmittel zur Verfügung. Dem jährlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von bundesweit über 6,5 Milliarden Euro steht eine reale Investitionsförderung der Länder von 2,8 Milliarden Euro gegenüber. Überalterte Geräte und Anlagen können nicht rechtzeitig erneuert werden. Es fehlen ausreichende Mittel beispielsweise für die Digitalisierung, für Strukturanpassungen und Weiterentwicklungen.
- Die Einführung eines selbstkostenbasierten Pflegebudgets neben einem an Durchschnittskosten orientierten Fallpauschalensystem für den restlichen Krankenhausbereich wird zudem einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand und Zusatzbelastungen für die Krankenhäuser zur Folge haben. Pflege und Verwaltung werden mit weiteren Dokumentationspflichten belastet. Auch sind die notwendigen Anpassungen der bestehenden Abrechnungs- und Krankenhaus-Informationssysteme für diesen Paradigmenwechsel kosten- und zeitintensiv, so dass Störungen im Betriebsablauf zu befürchten sind.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus werden zukünftig ungleich behandelt, wenn die vorgesehene finanzielle Besserstellung nur einem Teil der Mitarbeiterschaft zu Gute kommt. Eine ungleiche Behandlung der Berufsgruppen bei der Finanzierung der Betriebskosten birgt die Gefahr einer Entsolidarisierung zwischen den Beschäftigten und muss unbedingt vermieden werden. Die Finanzierung der Personalkosten aller Berufsgruppen im Krankenhaus muss auf eine stabile Grundlage gestellt werden.

### **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)**

- Mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) wurden für sogenannte pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus die Anzahl der qualifizierten Pflegekräfte pro Patient starr festgelegt. Unterschreitet das Krankenhaus diese Quote, beispielsweise, weil Pflegekräfte erkranken, wird das Krankenhaus mit Strafzahlungen oder kostenträgerseitigen Eingriffen ins Leistungsportfolio der jeweiligen medizinischen Fachabteilung (Verringerung der Fallzahl) sanktioniert. Mit dieser rigiden Ausgestaltung einer hochbürokratischen und die Realität der Fachkräftesituation verkennenden Verordnung wird die ursprünglich positive Intension des Gesetzgebers – für ausreichend Pflegepersonal zu sorgen – ad absurdum geführt. Im Ergebnis wird die Versorgungsqualität für die Patienten effektiv verschlechtert.

- Diese Personalvorgaben gelten aktuell für nur 4 ausgewählte medizinische Fachbereiche. Die damit verbundene Ungleichbehandlung einzelner Abteilungen führt letztlich zu Pflegestandards erster und zweiter Klasse in einem Krankenhaus.
- Die notwendigen Handlungsspielräume zur Organisation eines angemessenen Personaleinsatzes sind mit der vorliegenden Verordnung für das Krankenhaus massiv eingeschränkt worden. Dadurch besteht die Gefahr, z. B. bei Grippewellen, Notfallsituationen oder akutem Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt, dass Krankenhäuser gezwungen sein werden, Betten – oder im schlimmsten Fall ganze Abteilungen – von der Versorgung abzumelden.
- Mit Blick auf die immer noch unvollständige Digitalisierung in den Krankenhäusern – auch hier fehlen nach wie vor erhebliche investive Mittel – stellt die mit der PpUGV verbundene permanente Dokumentation und Überwachung der Personalquoten einen nicht zumutbaren zusätzlichen Aufwand für alle Beteiligten dar, der im Übrigen wiederum zu Lasten der Patientenversorgung geht.
- Pflegeentlastende Tätigkeiten von Pflegehilfskräften und Nicht-Pflegeberufen werden durch die PpUGV ebenfalls unzureichend berücksichtigt.

### **Forderungen der sächsischen Krankenhäuser:**

#### **Zum Pflegepersonalstärkungsgesetz:**

- die notwendige vollumfängliche Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Länder, um erforderliche Investitionen im baulichen Bereich, in Einrichtung und Ausstattung sowie in Digitalisierung – darunter insbesondere auch arbeitsentlastende Investmaßnahmen - zu ermöglichen;
- die Einbeziehung des Bundes in die Investitionsförderung, wenn die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen können;
- die Auflage eines mehrjährigen Sonderförderprogramms „Digitales Krankenhaus“;
- Schaffung von Übergangsregelungen und Konvergenzschritte für die erforderlichen Anpassungsprozesse, damit die betreffenden Krankenhäuser nicht in Unterdeckungssituationen geraten;
- eine der Höhe nach ausreichende Zwischenfinanzierung zur Liquiditätssicherung der Krankenhäuser durch Erhöhung des Übergangsentgeltes (Erhöhung des derzeitigen Pauschalbetrages von 130 Euro gem. § 15 Abs. 2a KHEntgG auf 160 Euro pro Belegungstag ab 01.01.2020);
- sachgerechte Anwendung der Erlösverlustgrenze auf die Summe aus Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG und Erlösbudget 2020;
- Reduzierung der Erlösverlustgrenze auf 2020: 1 % und 2021: 2%;
- zur Wahrung des Betriebsfriedens eine Gleichgestaltung der Refinanzierungsmöglichkeiten für die Lohnkosten und Tarifsteigerungen der einzelnen Berufsgruppen, mindestens eine verpflichtende, deutlich höhere finanzielle Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen der Pflegebudget-Verhandlungen mit den Krankenkassen;
- die direkte Anbindung der Tarifaufgleichsrate an die Landesbasisfallwerte;

- die Abschaffung des Anrechnungsschlüssels bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung – nicht nur für das erste Ausbildungsjahr, sondern für die gesamte Zeit der Ausbildung;
- die gesetzliche Verankerung der Aussetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zumindest für die Pflegekosten – auch für den Anwendungsbereich der BPfIV;
- die finanzielle und rechtliche Stärkung der Aus- und Weiterbildung zur Bekämpfung des Fachkräftemangels;
- die Einführung eines bundesweiten Programms zum Abbau von bürokratischem Aufwand in der Pflege;

#### **Zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung:**

- die Festlegung von Pflegepersonalschlüsseln für alle somatischen Pflegebereiche bezogen auf das Gesamt-Krankenhaus zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards;
- die Definition bundeseinheitlicher bedarfsorientierter Personalschlüssel bezogen auf das Gesamt-Krankenhaus;
- die Nachweisführung über den tatsächlichen Einsatz der Pflegekräfte im Gesamt-Krankenhaus und die Prüfung und Testierung der zweckentsprechenden Verwendung zusätzlicher Finanzmittel über das Testat eines Wirtschaftsprüfers in einem aufwandsarmen Verfahren;
- die Erarbeitung eines Pflegepersonalbemessungssystems auf pflegewissenschaftlicher Grundlage für das Gesamt-Krankenhaus, um damit die starren Pflegepersonaluntergrenzen und auch einen Pflegepersonalquotienten zu ersetzen;
- die Berücksichtigung des Skill-Mixes, also der jeweils vorhandenen aufgabenorientierten Teamzusammensetzung, bestehend aus Pflege-, Pflegehilfskräften und weiteren auf den Stationen tätigen Berufsgruppen bzw. externen Arbeitskräften mit pflegeentlastenden Tätigkeiten bei der Fest- und Umsetzung von Personalvorgaben;
- die Berücksichtigung unterschiedlicher Handhabung der Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten in der Praxis bei der Fest- und Umsetzung von Personalvorgaben.

Im Ergebnis benötigen Patienten und Pflegekräfte eine gute und angemessene Personalbesetzung im gesamten Krankenhaus, die dazu führt, dass die Personalverantwortung bei den Häusern belassen wird.

Gleichzeitig muss eine nachhaltige Entbürokratisierung erreicht werden, damit Pflegekräfte mehr Zeit für die Patienten haben

Zur Sicherung der Pflege sind eine vollständige Refinanzierung der Personalkosten aller am Pflegeprozess beteiligter Berufsgruppen sowie eine Übergangsphase (Konvergenzphase) bei der Realisierung einer Ausgliederung des Pflegebudgets unerlässlich.

Die Länder müssen zudem endlich ihren Investitionskostenverpflichtungen nachkommen.

Leipzig, im Juli 2019