



**Stellungnahme
des Marburger Bund Bundesverbandes**

zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
vom 25.06.2018**

für ein

**Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 06. Juli 2018

Der Marburger Bund begrüßt die politische Absicht, die Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege stärken zu wollen.

Die Verbesserung der Ausstattung mit Pflegepersonal in den Krankenhäusern, eine bessere Finanzierung der Pflegepersonalkosten und eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes sollen zu mehr Zeit für die pflegerische Zuwendung beitragen und hierdurch gleichzeitig die Patientensicherheit erhöhen, heißt es im vorliegenden Referentenentwurf.

Auch die Krankenhausärzte sehen hier den dringendsten Handlungsbedarf, wie die jüngste Mitgliederbefragung des Marburger Bundes zeigt (MB-Monitor 2017). Danach wünschen sich Ärztinnen und Ärzte mehr Personal nicht nur in ihrer eigenen Berufsgruppe, sondern vor allem auch im pflegerischen Bereich. Ärztinnen und Ärzte erleben täglich die Unterbesetzung auf den Stationen und wissen aus eigenem Erleben, wie wichtig funktionierende Teams im Krankenhaus sind. Von einem Personalaufbau im nicht-ärztlichen Bereich versprechen sich Ärztinnen und Ärzte auch eine bessere Patientenversorgung.

Die mit dem Referentenentwurf vorgelegten Maßnahmen sehen wir allerdings in ihrer Ausgestaltung kritisch. Sie haben in ihrer Begrenzung auf das Pflegepersonal fundamentale Auswirkungen auf die Krankenhausvergütung und auf die anderen in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen im Krankenhaus. Ohne Änderungen wären neue Brüche und Fehlanreize die Folge. Dies betrifft insbesondere folgende im Referentenentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals vorgesehene Regelungen:

- Herausnahme ausschließlich der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und zukünftige Vergütung der krankenhausespezifischen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget.
- Vollständige Refinanzierung von Tarifierhöhungen ausschließlich der Pflegekräfte rückwirkend ab dem Jahr 2018.
- Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ausschließlich für Pflegekräfte.

Die Differenzierung zwischen Pflegekräften und dem übrigen nichtärztlichen sowie ärztlichen Personalbereich ist weder sachgerecht noch sinnvoll.

Auch im ärztlichen Dienst gibt es in vielen Krankenhäusern eine unzureichende Stellenbesetzung, die zu Lasten des vorhandenen Personals, der Patientenversorgung und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie gehen.

Ziel der Regelungen soll es laut Referentenentwurf sein, direkt oder indirekt die gesundheitlichen Potenziale der Beschäftigten zu bewahren. Der Erfolg und die Qualität der Leistungen in diesen Einrichtungen seien in hohem Maße von den Beschäftigten abhängig. Sie würden mit ihren Kompetenzen, ihrer Motivation und Leistungsbereitschaft eine menschenwürdige Kranken- und Pflegeversorgung sichern und damit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten. (Seite 38 - Nachhaltigkeitsaspekte). Das gilt aber selbstverständlich auch für die übrigen im Krankenhaus beschäftigten nichtärztlichen Berufsgruppen und den ärztlichen Dienst.

Der Referentenentwurf greift daher zu kurz, wenn er nur die Pflegeberufe in den Blick nimmt. In letzter Konsequenz würden die Regelungen einen Keil in die Teamarbeit der am Patienten tätigen Dienste treiben. Notwendig ist aus Sicht des Marburger Bundes ein Gesamtkonzept, das sicherstellt, dass zukünftig

- sämtliche Personalkosten außerhalb der DRG-Systematik finanziert werden, also auch die Kosten für die übrigen nichtärztlichen Berufsgruppen und den ärztlichen Dienst;
- ein vollständiger Ausgleich von Tarifsteigerungen auch im ärztlichen Dienst erfolgt;
- familienfreundliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus für alle in der Patientenversorgung Tätigen gefördert werden.

Zu zentralen Regelungsbereichen des Referentenentwurfes nimmt der Marburger Bund im Einzelnen wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 5: Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Regelungen zur Fortführung des Strukturfonds

„Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung sollen dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds ab dem Jahr 2019 nach Maßgabe des § 271 Absatz 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weitere Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 500 Millionen Euro jährlich bis zu einer Höhe von zwei Milliarden Euro zugeführt werden.

Über die in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten nach § 2 Absatz 1a Buchstabe e bis g gefördert werden.“

Die beabsichtigte Fortführung des Strukturfonds ersetzt keine Investitionsförderung. Der Marburger Bund fordert seit Jahren wiederholt eine verbindliche Deckung des tatsächlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser. Erforderlich ist eine gesetzlich verankerte Mindestförderung für den Substanzerhalt und die Investition in bedarfsgerechte Strukturen.

Der Strukturfonds selbst hat mit seiner Fokussierung auf den Abbau von stationären Strukturen eine gefährliche Schieflage. Deshalb ist die nunmehr beabsichtigte Erweiterung der Förderung auf infrastrukturelle Maßnahmen ausdrücklich zu begrüßen. Dies betrifft insbesondere die Bildung *telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Maßnahmen zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser*. Der Marburger Bund erkennt an, dass die Politik hier einen erhöhten Finanzierungsbedarf sieht und eine Kurskorrektur vornimmt.

Allerdings können die Mittel aus dem Strukturfonds hier bestenfalls als Anschubfinanzierung gesehen werden. Allein der für die IT-Sicherheit und IT-Modernisierung der Krankenhäuser erforderliche Investitionsbedarf geht weit über die zur Verfügung gestellten Mittel hinaus.

Der Marburger Bund fordert daher neben der längst überfälligen Aufstockung der Krankenhausinvestitionsmittel durch die Bundesländer ein staatliches Sonderprogramm für die Modernisierung der Krankenhaus-IT in Deutschland in Höhe von 10 Mrd. Euro über die nächsten sechs Jahre. Außerdem fordert der Marburger Bund für den laufenden IT-Betrieb höhere Mittelzuweisungen als es im DRG-System abgebildet wird, um den inzwischen hohen und schnelleren Erneuerungsbedarf sowie die Personalkosten zu decken.

Krankenhäuser müssen eine besonders gut gesicherte IT-Infrastruktur vorhalten, die Cyber-Angriffen standhält und Patientendaten und Medizingeräte vor Fremdzugriffen umfassend schützt. IT-Sicherheit in Krankenhäusern darf keine Kostenfrage sein.

Artikel 2

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 17b Abs. 4: Ausgliederung Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem und Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung.

Die im Koalitionsvertrag dokumentierte Absicht, die Pflegepersonalkosten vom Fallpauschalen-System auszunehmen, kann der Auftakt zu einer tatsächlich bedarfsorientierten und weniger rein erlösorientierten Personalermittlung der Krankenhäuser sein. Damit scheint die Einsicht zu wachsen, dass Personalkosten nicht in einem pauschalierten System bedarfsgerecht abgebildet werden können.

13 Jahre nach Einführung des DRG-Systems ist offensichtlich, dass die bisherige Art der Finanzierung nicht einen innovationsgetriebenen Wettbewerb gefördert hat, der

Strukturen verbessert, sondern einen rein preisgetriebenen Wettbewerb mit den bekannten negativen Konsequenzen in der Patientenversorgung.

In einem unterfinanzierten System wie dem Krankenhauswesen erhöhen die unterschiedlichen Gewinnmargen der Fallpauschalen den Druck, möglichst rentable DRGs abzurechnen und bei den Fixkosten zu sparen. Die Politik hat diesen Kosten- und Preiswettbewerb in Gang gesetzt und die Augen davor verschlossen, dass eine primär betriebswirtschaftliche Kostenkalkulation zwangsläufig zu mehr Leistungsverdichtung und Personalknappheit führt.

In einem Dienstleistungssektor, bei dem der Personalkostenanteil rund 70 Prozent der Betriebskosten ausmacht, reagieren viele Krankenhäuser auf veränderte Entgelte für Krankenhausleistungen vor allem mit Personalabbau.

Dies hat zur Folge, dass Ärzte wie Pflegende ihren eigentlichen Auftrag am Patienten nicht mehr angemessen erfüllen können.

Zur Einführung einer sachgerechten Vergütung von stationären Krankenhausleistungen gehört es daher, alle Personalkosten aus den DRG-Fallpauschalen herauszunehmen. Hier darf es nicht allein bei der im Referentenentwurf vorgesehenen DRG-unabhängigen, krankenhausespezifischen Vergütung von Pflegepersonalkosten bleiben. Eine künstliche Unterscheidung zwischen nicht-ärztlichen und ärztlichen Personalkosten ist nicht sachgerecht.

Notwendig ist vielmehr ein Gesamtkonzept, das sicherstellt, dass zukünftig sämtliche Personalkosten außerhalb der DRG-Systematik finanziert werden. Damit wäre der Weg frei zu einer Krankenhausvergütung 2.0.

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu § 4 Abs. 8a NEU:

Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie

„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,1 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren....“

Die finanzielle Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist grundsätzlich ein richtiger Ansatz. Der Marburger Bund kann aber auch hier die Begrenzung der Maßnahme auf das Pflegepersonal nicht nachvollziehen.

Seit über zehn Jahren engagiert sich der Marburger Bund mit seiner Kampagne „Familienfreundliches Krankenhaus“ für Arbeitsbedingungen, die Ärztinnen und Ärzten eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen.

Arbeitszeiten in den Randstunden des Tages, in der Nacht oder am Wochenende kennzeichnen die Tätigkeit der gesamten Berufsgruppe der in der Patientenversorgung im Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Das Thema Kinderbetreuung beschäftigt das ärztliche, nichtärztliche und pflegerische Personal gleichermaßen. Besondere Schwierigkeiten bereiten Ärztinnen und Ärzten die Betreuungsmöglichkeiten im Falle der Erkrankung des Kindes, in den Ferien, aber auch die Öffnungszeiten der vorhandenen Betreuungseinrichtungen. Die Öffnungszeiten von Kita und Kindergarten passen häufig nicht mit den ärztlichen Dienstplänen zusammen. Vor allem in Randzeiten sowie an Sonn- und Feiertagen mangelt es bundesweit an Betreuungsmöglichkeiten. Nachgefragt sind hier Einrichtungen mit erweiterten Öffnungszeiten ohne Schließtage und Betriebsferien. Die wenigsten Krankenhäuser bieten hier eine betriebseigene Kinderbetreuung an.

Bekannt ist auch, dass nach wie vor der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte steigt. Er beträgt nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer fast 50 Prozent. Im Jahr 1991 lag der Frauenanteil noch bei einem knappen Drittel. Immer mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich zudem gegen eine Vollzeitstelle. Allein im Jahr 2015 stieg der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten in Teilzeitanstellung nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung um 10,6 Prozent. Für die Versorgung der Patienten bedeutet dies aber, dass mehr Köpfe gebraucht werden, um die gleiche Menge an Arbeit zu leisten. Dazu ist es erforderlich, dass Ärztinnen und Ärzte in Zeiten der Familien- und Pflegephase im Beruf gehalten werden.

Der Marburger Bund plädiert daher dafür, die Regelungen dergestalt nachzubessern, dass sie auch für den ärztlichen Dienst Anwendung finden.

Zu § 6a NEU: Vereinbarung eines Pflegebudgets

„(1) Zur Finanzierung der Kosten, die dem einzelnen Krankenhaus für Pflegeleistungen nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entstehen, die in der Patientenversorgung erbracht werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 ein Pflegebudget...“

Eine Verbesserung der Situation der Pflegenden hängt aus Sicht des Marburger Bundes in seiner praktischen Umsetzung maßgeblich von zwei Faktoren ab. Zum einen müssen die erforderlichen qualifizierten Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Zum anderen muss die Ausfinanzierung des von den Krankenhäusern geltend gemachten und nachgewiesenen Personals für die Pflege und die damit verbundenen tatsächlichen Kosten sichergestellt sein.

Erste Kliniken haben nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die aus den Fallpauschalen isolierten Erlösanteile für die Pflege den tatsächlichen Kosten für die Pflege aus der Buchhaltung gegenübergestellt. Danach sei davon auszugehen, dass über alle Kliniken hinweg von einer Unterfinanzierung aus den DRG-Erlösen auszugehen ist. Da die Grundlohnrate-Deckelung /Obergrenze für das Pflegebudget keine Anwendung finden soll, stellt sich die Frage, wo die

„Schmerzgrenze“ des Verhandlungspartners auf der Kostenträgerseite sein wird. Eine isolierte Finanzierung der Pflegekosten beinhaltet hier aus Sicht des Marburger Bundes die Gefahr, dass neue Fehlanreize geschaffen werden, die zu Lasten der weiterhin im DRG-System finanzierten Personalkosten gehen.

Auch vor diesem Hintergrund sollte von einem ausschließlichen Pflegebudget Abstand genommen werden. Stattdessen sollten alle Personalkosten aus den DRG ausgegliedert und außerhalb der DRG finanziert werden.

Zu § 10 Refinanzierung Tariferhöhungen

„Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten berücksichtigt....“

Anders als ursprünglich in den Koalitionsverhandlungen verabredet, sollen zunächst nur die Tariflohnsteigerungen im Pflegebereich zu 100 Prozent refinanziert werden. In anderen Personalbereichen wird lediglich ein hälftiger Tarifausgleich in Aussicht gestellt. Dieses Ungleichgewicht ist sachlich nicht zu begründen.

Auch im ärztlichen Dienst gibt es in vielen Krankenhäusern eine unzureichende Stellenbesetzung, die zu Lasten des vorhandenen Personals und der Patientenversorgung gehen.

Der Marburger Bund fordert daher, den vollständigen Tarifausgleich auch auf die übrigen Personalbereiche im Krankenhaus auszuweiten. Die jährliche Preisfindung auf Landesebene muss eine volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen auch im ärztlichen Bereich ermöglichen. Dazu müssen Tarifiergebnisse als wirtschaftliche Kosten für die Refinanzierung von Personalkosten anerkannt werden.

Personalausstattung Rehabilitationskliniken

Aus Sicht des Marburger Bundes ist für eine Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege ein Gesamtkonzept erforderlich, das auch die angrenzenden Versorgungsbereiche einbezieht. So bedarf es einer Gesamtbetrachtung, bei der die Personalausstattung der Rehabilitationskliniken nicht außen vor bleiben darf. Die notwendigen und von uns ausdrücklich unterstützten Maßnahmen zum Personalaufbau im akutstationären Bereich können in der Folge kompetitive Nachteile für Rehabilitationskliniken mit sich bringen, wenn Pflegekräfte von dort abwandern, weil sie anderswo bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung vorfinden. Dies hätte zur Folge, dass sich die ohnehin schon schwierige Personalsituation in den Rehabilitationskliniken weiter verschärfen würde.