

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau) Dr. Dietmar Bartsch, Herbert Behrens, Karin Binder, Matthias W. Birkwald, Heidrun Bluhm, Eva Bulling-Schröter, Roland Claus, Kerstin Kassner, Katja Kipping, Katrin Kunert, Caren Lay, Sabine Leidig, Ralph Lenkert, Michael Leutert, Dr. Gesine Löttsch, Thomas Lutze, Birgit Menz, Dr. Petra Sitte, Dr. Kirsten Tackmann, Azize Tank, Birgit Wöllert, Kathrin Vogler, Hubertus Zdebel, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern – Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In den deutschen Krankenhäusern herrscht Pflegenotstand. Immer weniger Pflegekräfte müssen immer mehr Patientinnen und Patienten versorgen. Durch Arbeitsverdichtung und massiven Personalmangel entstehen eine Überbelastung der Pflegekräfte und eine pflegerische Unterversorgung der Patientinnen und Patienten, die von fehlender Zuwendung bis hin zu „gefährlicher Pflege“ reicht. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten wird damit genauso gefährdet wie die körperliche und seelische Gesundheit der Pflegekräfte.

Die derzeitigen finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen verhindern, dass die Kliniken so viel qualifiziertes Personal beschäftigen bzw. bezahlen können, wie es für eine hochwertige pflegerische und therapeutische Versorgung notwendig ist. Diese Entwicklung ist die Folge des seit ca. zwei Jahrzehnten anhaltenden wirtschaftlichen Drucks auf Krankenhäuser, der in erster Linie durch die Gesetzgebung des Bundes verursacht ist (Budgetdeckelung seit 1993, mehrfache Budgetkürzungen, Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen).

Da der tatsächliche Pflegeaufwand in den Fallpauschalen (DRGs) nicht abgebildet wird und die Krankenhäuser ihre Stellenpläne ohne gesetzliche Vorgaben erstellen, werden Pflegekräfte und anderes nichtärztliches Personal in den Kliniken als Kostenfaktoren gesehen, die nicht wesentlich zum Erlös beitragen. Kürzungen im Pflegebereich sind daher eine Stellschraube, um die Krankenhäuser vor einem Defizit zu bewahren oder die Rendite zu erhöhen – um also die Wettbewerbsposition zu verbessern.

Insbesondere im Bereich der Krankenpflege führt diese Leistungsverdichtung zu dauerhaft unerträglichen Arbeitsbedingungen. Laut dem „DGB-Index Gute Arbeit“ (2012) fühlen sich 84 Prozent der Beschäftigten in Pflegeberufen bei der Arbeit oft bis sehr häufig gehetzt oder stehen unter Zeitdruck. Dreiviertel (74 Prozent) aller

Pflegekräfte gehen davon aus, dass sie ihre Tätigkeit unter den jetzigen Bedingungen nicht ohne Einschränkungen bis zu ihrem gesetzlichen Renteneintritt ausüben können. Der Krankenstand bei Pflegekräften liegt dementsprechend deutlich über dem branchenübergreifenden Durchschnitt, häufig führt er die Fehlzeiten-Statistiken an. Durch die politischen Rahmenbedingungen sind Arbeitsbedingungen entstanden, die überdurchschnittlich oft krank machen.

Viele Beschäftigte ziehen Konsequenzen und wechseln in Teilzeitbeschäftigung, weil die Arbeitshetze in Vollzeit physisch und psychisch nicht zu ertragen ist. Der Anteil der Beschäftigten in Teilzeit ist in den Pflegeberufen zwischen 1999 und 2009 von 40 auf 52 Prozent gestiegen. Da in den Pflegeberufen überwiegend weibliche Beschäftigte tätig sind, die oft in Teilzeit arbeiten, ist aufgrund geringer Rentenanwartschaften Altersarmut von Frauen vorprogrammiert. Viele andere wechseln gleich ganz den Beruf. Die Ursache für den in diesem Bereich tatsächlich vorhandenen Fachkräftemangel liegt in der untragbaren Arbeitsüberlastung. Hier müssen die politischen Gegenstrategien ansetzen.

Zwischen der Qualität der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und der Qualität der Patientenversorgung besteht ein enger Zusammenhang. Durch internationale Studien ist belegt, dass eine gute Personalausstattung in der Pflege deutliche positive Auswirkungen auf die Patientensicherheit bis hin zur geringeren Sterblichkeit hat (z. B. weniger Stürze, weniger Infektionen, geringere Fehlerquote bei der Medikamentengabe, bessere Krankheitsbewältigung durch ausreichend Zuwendung). Mehr Personal ist daher der entscheidende Hebel zur Bekämpfung des Pflegenotstands.

Die bisherigen politischen Strategien zur Verbesserung der Personalsituation in der Krankenpflege waren unzureichend und brachten nicht die nötigen Ergebnisse, um den Pflegenotstand wirksam zu beheben und die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern zu verbessern. Das Pflegeförderprogramm von 2009 bis 2011 konnte die Stagnation beim Personal nicht entscheidend ändern. Auch die im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen finanziellen Mittel von 330 Mio. Euro jährlich (erst im Jahr 2018) werden bestenfalls den vorauszuhenden Anstieg der Fallzahlen und der Fallkomplexität kompensieren können. Die völlig unzureichende Personaldecke wird also lediglich festgeschrieben, aber nicht verbessert. Der Deutsche Pflegerat fordert dagegen die Bereitstellung eines Zusatzbudgets von jährlich 2,5 Milliarden Euro auf mindestens vier Jahre, um Pflegestellen in der Krankenpflege zu schaffen und eine Entlastung der Pflegekräfte in der Praxis zu ermöglichen.

Notwendig sind bundesweit vorgegebene und verbindlich anzuwendende Verfahren zur Ermittlung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung in den Krankenhäusern. Diese Verfahren müssen für verschiedene Bereiche wie den allgemeinen Pflegedienst, die Intensivstationen, die Funktionsdienste sowie die psychiatrische und psychosomatische Versorgung entwickelt werden. Besonderheiten wie z. B. in der Palliativversorgung, Geriatrie, Geburtshilfe, Neonatologie und der klinischen Notaufnahmen sind zu berücksichtigen.

Regelungen zur Personalbemessung können nur funktionieren, wenn die Krankenhäuser ausreichend und solide finanziert sind. Die bedarfsgerechte Finanzierung des Personals ist aber innerhalb des deutschen DRG-Systems nicht möglich. Die Erfahrungen mit der Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Personalbesetzung und zur Qualität in der Neugeborenen-Versorgung zeigen: Der notwendige Personalbedarf ist in den Fallpauschalen nicht darstellbar. Personalkosten müssen daher grundsätzlich außerhalb der Fallpauschalen finanziert werden. Eine bedarfsgerechte Finanzierung ist nicht mit wirtschaftlichem Wettbewerb und Kostendruck zu vereinbaren, die durch die Fallpauschalen verursacht werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

geeignete Maßnahmen zu treffen sowie einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgende Regelungen trifft:

1. Ein vorgegebenes Verfahren der Personalbedarfsermittlung wird gesetzlich verankert, das sowohl für Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen bundesweit einheitlich festlegt, nach welchen Regeln die Stellenpläne der Krankenhäuser zu berechnen sind und eine qualitativ hochwertige Pflege und Versorgung sichergestellt werden kann. Dabei sind die Erfahrungen mit der Pflege-Personal-Regelung (PPR) und der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) auszuwerten und diese gegebenenfalls zu überarbeiten. Für Intensivstationen sind entsprechende Maßstäbe und Verfahren neu zu entwickeln. Zu berücksichtigen sind der Schweregrad der Erkrankung, kognitive Fähigkeiten der Gepflegten sowie Patientenfluktuation, Verweildauer, Arbeitsspitzen (Personalpuffer) und andere Faktoren, die Studien zufolge Auswirkungen auf die notwendige Personalbemessung haben (z. B. Bedarf an Zuwendung, sprechende, fürsorgliche Pflege etc.).

Eine unabhängige Expertinnen- und Expertengruppe von Vertreterinnen und Vertretern aller entsprechenden Disziplinen sowie der Beschäftigten unter Federführung der Pflegewissenschaften wird mit der Erarbeitung der Empfehlungen zur Personalbemessung und einem neuen Personalbemessungsverfahren beauftragt.

2. Als Soforthilfe bis zur Einführung des neuen Verfahrens zur Personalbemessung ist die PPR für einen Übergangszeitraum von 3 Jahren wieder einzuführen und zusammen mit der Psych-PV für verbindlich zu erklären. Die Maßstäbe der PPR sollen entsprechend der ursprünglichen Absicht auch für die interne und externe Qualitätsbewertung genutzt werden. Als Sofortmaßnahme zur Entlastung des Nachtdienstes ist eine Regelung zu erlassen, die den Einsatz von mindestens zwei examinierten Pflegekräften pro Nachtschicht und Station verbindlich vorschreibt.
3. Die vollständige Refinanzierung der Kosten für die Krankenhäuser ist sicherzustellen, indem im ersten Schritt ausgehend von den Durchschnittswerten der Mehrbedarf extrabudgetär (außerhalb der Fallpauschalen) finanziert wird. Mit der Einführung des verbindlichen Personalbemessungsinstruments sind sämtliche Personalkosten entsprechend dem Pflegebedarf zu finanzieren, damit negative Anreize zur Arbeitsverdichtung weitgehend entfallen.
4. Um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen, sind bereits bei der Abrechnung der Krankenhäuser mit den Krankenkassen Kontrollen einzurichten. Das Deutsche Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) ist mit der Erweiterung der Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) für die Abrechnung der Fallpauschalen mit der Vorgabe zu beauftragen, dass die Vorhaltung der mit diesem Verfahren ermittelten Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals Mindestmerkmale sind, die für eine Kodierung der betreffenden Leistungen vorhanden sein müssen.
5. Bei den Ländern ist darauf hinzuwirken, dass die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards sowie anderer Qualitätskriterien zur Bedingung für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan wird.
6. Die Ausbildungsqualität wird gezielt verbessert, damit die absehbare Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften erfüllt werden kann. Zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe sind die Arbeitsbedingungen zu verbessern hinsichtlich der Vergütung, der Arbeitsgestaltung, des Maßes an Selbstbestimmung und der sozialen Absicherung. Übermäßige Arbeitsbelastungen müssen abgebaut werden, u. a. durch Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf.

7. Eine Evaluation für den gesamten Prozess ist einzurichten, um die Effekte zur Verbesserung der Personalstandards zu dokumentieren sowohl bezüglich der Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten bis hin zur Mortalität als auch bezüglich der Arbeitsplatzqualität der Beschäftigten.

Berlin, den 30. Juni 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Die Vorhaltung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Bevölkerung ist Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Das ergibt sich aus dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 Absatz 1 Grundgesetz (GG), ggf. i. V. m. Art. 2 Absatz 2 GG. Dieser Grundsatz wird ausdrücklich im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) formuliert, aber spätestens seit der Einführung der DRGs (s. o.) nicht mehr umgesetzt. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in mehreren Urteilen klargestellt, dass die bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung ein „unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung“ und ein „besonders wichtiges Gemeinschaftsgut“ ist (BVerfG Urteil vom 26.06.1997). Die Frage der Kostenbelastung im Gesundheitswesen hat laut BVerfG lediglich ein „erhebliches Gewicht“, steht also im Rang hinter der Versorgung der Bevölkerung.

Ein grundlegendes Umdenken in der Krankenhauspolitik ist nötig. Gegenüber 1991 mussten im Jahr 2013 3,5 Prozent weniger Pflegekräfte (Vollzeitkräfte) 28,9 Prozent mehr Patientinnen und Patienten versorgen. Im gleichen Zeitraum ist die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus von 14 auf durchschnittlich 7,5 Tage gesunken, der pflegerische Aufwand pro Liegetag ist damit stark angestiegen. Personalbemessung ist ein wichtiger Schritt, um die Versorgungsqualität wirksam und schnell zu erhöhen. Der Zusammenhang zwischen einer guten Personalausstattung und einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist gut dokumentiert (vgl. Stefan Greß/Klaus Stegmüller: Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Vergütung, Fulda 2014). Eine verbesserte Personalausstattung steigert auch die Attraktivität der Pflegeberufe. Gute Pflege hängt entscheidend vom Personal ab. Personalmangel, schlechte Bezahlung und eine zu geringe Qualifikation wirken sich unmittelbar auf die Qualität der Versorgung aus. Eine verbindliche, bundesweit einheitliche Personalbemessung ist wichtig, um den Personalmangel zu beseitigen. Deswegen erheben neben der Gewerkschaft ver.di auch der Deutsche Pflegerat und die Bundesärztekammer diese Forderung.

Eine Regulierung auf Bundesebene, die zum einen bundesweit geltende Verfahren zur Personalbemessung vorschreibt, sowie zum anderen die Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) für die Durchsetzung der mit den verbindlich anzuwendenden Verfahren der Personalbedarfsermittlung ermittelte Anzahl der Vollzeitkräfte nutzt, entbindet die Länder von der Notwendigkeit, jeweils eigene Bemessungssysteme zu installieren. Die Länder haben mit der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung einen weiteren wichtigen Hebel in der Hand, die Einhaltung von Qualitäts- und Personalstandards wirksam zu kontrollieren (vgl. Michael Simon, Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung, Hannover 2014). Eine verbindliche Personalbemessung kann als Strukturqualitätsmerkmal in die Krankenhausplanung der Länder aufgenommen werden. Bei der Krankenhausplanung ist eine Intervention zur Qualitätsverbesserung möglich, z. B. indem die Landeskrankenhausplanung an eine Qualitätsprüfung gekoppelt wird. Wird dann eine schlechte Qualität in einer bedarfsnotwendigen Einrichtung festgestellt, ist ein abgestuftes Verfahren denkbar: 1. Hilfsangebote (Fehlermeldesysteme etc.), 2. Coaching (Gespräche mit Chefärztinnen und -ärzten etc.), 3. Verbot der Behandlung bis hin zu Klinikschließungen (einzelner Prozeduren, einzelner Stationen, eines ganzen Krankenhauses).

Auf Grundlage der Differenz zwischen tatsächlicher Personalbesetzung in den Krankenhäusern und dem neu ermittelten Personalbedarf können die entstehenden Kosten durch geeignete Pilotstudien ermittelt werden. Das

DRG-System und die ihm zugrundeliegende Kalkulationsmethodik stellt keine geeignete Grundlage für eine am Pflege- oder Personalbedarf orientierte Mittelverteilung dar.

Die vorübergehende Wiedereinführung der Pflegepersonal-Regelung (PPR) für einen Übergangszeitraum von drei Jahren ermöglicht es, kurzfristig die Personalsituation zu verbessern. Die Berechnung des Soll-Personalbedarfs erfolgt bei der PPR auf der Grundlage des individuellen Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten. Sie war von 1993 bis 1995 in Kraft, wurde 1996 ausgesetzt, 1997 abgeschafft und wird aktuell nur verwendet zu Kalkulationszwecken. Sie hat nachweislich zu höheren Personalzahlen geführt. Außerdem stünde diese Übergangslösung kurzfristig, flächendeckend und mit geringem Aufwand zur Verfügung. Da sie veraltet ist, muss dauerhaft eine Weiter- oder Neuentwicklung durch ein unabhängiges Gremium erfolgen, wie es auch bei der PPR und der Psych-PV der Fall war.

Auch im Nachtdienst, den die Pflegepersonal-Regelung vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) nicht erfasst, ist eine Entlastung dringend erforderlich. Ein bundesweiter Nachtdienstcheck der Gewerkschaft ver.di im März 2015 in 237 Krankenhäusern hat ergeben, dass auf mehr als der Hälfte aller Stationen eine Pflegekraft alleine den Dienst verrichtet und dabei im Durchschnitt 25 Patienten allein versorgen muss, im schlechtesten Fall sogar 34. Um diesen Zustand zu beenden und die Patientensicherheit auch in der Nacht zu gewährleisten, sollen immer mindestens zwei examinierte Fachkräfte eingesetzt werden, niemals nur eine allein.

Eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung und die dazu benötigte Personalausstattung sind finanzierbar. Der Pflegecheck der Gewerkschaft ver.di 2013 ergab einen Einstellungsbedarf von 70 000 Pflegekräften. Das würde ca. 3,5 Mrd. Euro kosten (Arbeitgeberbrutto). Dem stehen unbestimmbare Minderausgaben durch weniger Behandlungsfehler im Krankenhaus gegenüber (z. B. nosokomiale Infektionen) sowie Mehreinnahmen durch eine mögliche bessere Genesung der Patientinnen und Patienten und deren frühere Rückkehr in das Erwerbsleben. Finanziert wird dies aus den Mitteln der Krankenkassen, was bei einer gesetzgeberisch möglichen paritätischen Finanzierung die Versicherten und Arbeitgeber jeweils etwa 0,15 Beitragssatzpunkte kosten würde. Ein Arbeitnehmer mit 2 500 Euro monatlichem Bruttoeinkommen müsste dann etwa 3,75 Euro monatliche Beitragssatzsteigerung hinnehmen.

