

Altenpflege, Krankenpflege, ...

Das Thema „Pflege“ dominiert die Gesundheitspolitik der neuen Legislaturperiode

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Pflege in den Altenheimen, Pflege in den Krankenhäusern, Pflegeversicherung, ... „Pflege“ ist das dominierende Thema am Anfang der 19. Legislaturperiode. In erster Linie geht es um die unbefriedigende Situation in der stationären Altenpflege. 13.000 neue Stellen ist dementsprechend die fulminante Ankündigung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG), das sich derzeit in den parlamentarischen Beratungen befindet. Die überragende Bedeutung des Themas „Pflege“ hat Tradition, war doch die letzte Wahlperiode bereits als Legislatur der Pflege eingeläutet worden. Die Pflegestärkungsgesetze (PSG I – III) waren in der Tat tiefgreifender als die Gesetze im Bereich der klassischen Krankenversicherung. Aber auch im Krankenhaus ist Pflege ein Dauerbrenner, beginnend mit den Personalbemessungssystemen (PPR und Psych-PV) gegen den Pflegenotstand Anfang der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts, über die zwei Pflegegipfel unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, bis hin zur Expertenkommission Pflege in der letzten Legislatur. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz regelt nicht nur den Stellenaufbau in der Altenpflege, es bedeutet auch einen tiefen Einschnitt in die Krankenhausvergütung.

DRG-Pflege-Split

In den Koalitionsverhandlungen war überraschend beschlossen worden, die Kosten für Pflegekräfte aus den DRG-Fallpauschalen herauszuberechnen und als sogenanntes „Pflegebudget“ nach dem Selbstkostendeckungsprinzip gesondert zu finanzieren. Ein fataler Beschluss. Erstens ist Selbstkostendeckung – also eine Art Freibierregelung – immer ein vergütungstechnischer Fehler. Zweitens ist das Herausbrechen der Pflegekosten aus der DRG-Kalkulation ein hoch komplexer Vorgang, der in der Kürze der vorgegebenen Zeit zu zahlreichen Unstimmigkeiten und vor allem zur Doppelfinanzierung führen wird: Wegen der uneinheitlichen Abgrenzung der Pflege wird vieles sowohl im Rahmen der DRGs als auch im Rahmen des Pflegebudgets finanziert werden. Die

ganze Regelung ist typisch für die sieben grundlohnfetten Jahre und wird – so die warnende Josephsgeschichte – mit Beginn der grundlohnmagere Jahre sofort wieder einkassiert werden werden.

Akzeptiert man einmal den Koalitionsbeschluss zur Selbstkostendeckung von Pflegepersonalkosten, so ist gleichwohl die jetzt vorgesehene gesetzliche Umsetzung in mehrfacher Hinsicht korrekturbedürftig:

1. Man benötigt Regeln, damit die mühsamen Entwicklungen der Vergangenheit, die Pflegekräfte zu entlasten, nicht wieder rückgängig gemacht und Pflegekräfte wieder zur Raumpflege eingesetzt werden.
2. Wenn nichts geschieht, dann werden die Krankenhäuser mit ihrem höheren Lohnniveau die Altenpflege, die Reha und auch die ambulante Pflege leerkaufen.
3. Die Selbstkostendeckung sollte auf die „Pflege am Bett“ beschränkt sein und keinesfalls die Funktionspflege im OP umfassen.
4. Die Regelung, der zufolge im Rahmen des Pflegebudgets bis zu drei Prozent pflegeentlastende Maßnahmen finanziert werden, ist nichts anderes als eine Doppelfinanzierung dieser bereits im DRG-System finanzierten Maßnahmen in einer Größenordnung von 500 Mio. Euro. Sie sollte ersatzlos entfallen.
5. Die gesamte Regelung bedarf einer oberen „Effizienzgrenze“, damit nicht ohne jede Begrenzung auf die Personalkonten gebucht werden kann.

Letztlich besteht die Gefahr, dass man die Verbesserungen, die man durch neue Stellen in der Altenpflege erreichen will, durch die Selbstkostenregelung im Krankenhausbereich konterkariert. Die Altenpflege könnte am Ende schlechter dastehen als vorher.

Viele stellen derzeit die Frage, ob das Herausbrechen der Pflegekosten aus den DRGs über kurz oder lang das Ende der DRGs bedeutet. Als Antwort

drängt sich ein Vergleich mit dem Brexit auf, der – so unsere Hoffnung – nicht das Ende der europäischen Gemeinschaft bedeutet. Die europäische Idee bleibt richtig, auch wenn die Stimmung in manchen Ländern derzeit zu gegenteiligen Beschlüssen geführt hat. Auch die Idee einer leistungsorientierten Vergütung bleibt richtig. Sie ist allemal besser als eine Vergütung, die statt Leistung und Qualität jene am besten stellt, die die meisten Kosten produzieren. Dort, wo es zu Fehlentwicklungen kommt, muss man nachregulieren, z. B. durch verbindliche Personalvorgaben.

Pflegepersonaluntergrenzen

Zweifelsohne besteht in der Krankenhauspflege Handlungsbedarf. Damit nicht weiter auf Kosten des Pflegepersonals gespart wird, hat die Koalition bereits im Sommer 2017 beschlossen, Pflegepersonaluntergrenzen einzuführen. GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bekamen den Auftrag, mit Wirkung zum 01.01.2019 für pflegesensitive Bereiche Untergrenzen für das Verhältnis von Patienten zu Pflegepersonal festzulegen. Dies war mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, weil Krankenhauspflege in Deutschland eine empirische Wüste war, in der es weder Studien gab zum Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität noch überhaupt belastbare Daten zur Pflegeausstattung. In einem ziemlichem Kraftakt musste zunächst eine Datenbasis geschaffen werden, was durch die freiwillige Teilnahme von rund 140 Häusern an einer empirischen Erhebung durch die beauftragte Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG erstmals gelang. Nur so konnten schichtbezogene Personal-Patienten-Quoten für die Intensivmedizin, die Geriatrie, die Kardiologie und die Unfallchirurgie festgelegt werden.

Die Einzelheiten waren zwischen den Verhandlungspartnern hochgradig konfliktär. So ist beispielsweise klar, dass die Patienten nur dann vor Pflegefehlern geschützt werden können, wenn die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden. Aber die DKG wollte lediglich eine Orientierung an Monatsdurchschnitten. Am Ende eines BMG-moderierten Prozesses sind nun die Monatsdurchschnitte abschlagsrelevant, die Zahl der „gerissenen Schichten“ wird jedoch mitgeteilt.

Letztlich ist die Vereinbarung an den Mehrheitsverhältnissen im DKG-Vorstand gescheitert, so dass der Weg der Ersatzvornahme beschritten werden musste. Am 10.10.2018 ist im Bundesgesetzblatt die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) veröffentlicht worden. Aber sie ist nur der Anfang eines mehrjährigen Prozesses, der in seiner Komplexität durchaus dem Aufbau der externen Qualitätssicherung vergleichbar ist. In Änderungsanträgen zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz finden sich nun zahlreiche ergänzende Details zur weiteren Umsetzung (inklusive des wichtigen Stationsbezuges statt des bisherigen Abteilungsbezuges). Und es findet sich die im Koalitionsvertrag vorgezeichnete Erweiterung auf weitere Bereiche des Krankenhauses.

Im Rahmen der durchaus heftigen Diskussionen über Pflegepersonaluntergrenzen wurde von Krankenhausesseite mehrfach die angeblich unzumutbare bürokratische Mehrbelastung ins Feld geführt – möglicherweise eine Art Eigentor. Schließlich geht man ja als Patient davon aus, dass die Krankenhäuser das Verhältnis von Patientenzahl und notwendigem Pflegepersonal stations- und schichtgenau im Griff haben. Erschreckenderweise stellte sich heraus, dass nicht in allen Krankenhäusern die Belegungs- und Dienstpläne zusammengeführt werden. Es gibt im Krankenhauscontrolling ein unübersehbares Digitalisierungsdefizit. In halbwegs gut geführten Krankenhäusern muss das Pflegepersonal aufgrund der neuen Nachweispflichten keinen einzigen Strich machen, lediglich die Krankenhauscontroller müssen ihren Job machen.

Versagen der Selbstverwaltung oder der Politik?

Am Ende erfolgte die erstmalige Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen durch das BMG – ganz so wie übrigens auch der erste DRG-Katalog und der erste Psych-Entgeltkatalog PEPP nach Widerstand in DKG-Kreisen per Ersatzvornahme in Kraft gesetzt werden mussten. Der Gesundheitsminister gefällt sich derzeit in der Rolle des Machers, nachdem angeblich die Selbstverwaltung versagt habe. Ob das Beispiel Personaluntergrenzen wirklich geeignet ist, dieses Deutungsmuster zu festigen, kann getrost bezweifelt werden. So eine richtige Herkulesaufgabe ist es ja nicht, eine fertig verhandelte Vereinbarung in Kraft zu setzen, die lediglich auf den letzten Metern an den Mehrheitsverhältnissen im DKG-Vorstand gescheitert war.

Man kann beim Thema „Pflege“ nicht umhin, auch über Politikversagen zu reden. Schließlich ist eine der wesentlichen Ursachen für den Abbau der Pflege der Mangel an Investitionsfinanzierung durch die Länder. In den vergangenen Jahren haben die Krankenhäuser per annum rund 2,4 Mrd. Euro für Investitionen über Eigenmittel oder Kredite finanziert. Das entspricht rund 44.000 Pflegekräften. Der Mangel an Pflegekräften wiederum hat etwas mit der überhaupt nicht mehr funktionierenden Krankenhausplanung zu tun. Insbesondere in den Ballungszentren gibt es zu viele Standorte und zu viele Betten. Das bindet Pflegekräfte, die an anderer Stelle fehlen.

Handlungsbedarf beim Thema „Pflege“ besteht aber noch an einem ganz anderen Punkt. Wie dem Anfang Oktober 2018 vom Kabinett beschlossenen Gesetzentwurf zur Anhebung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung zu entnehmen ist, erfordert die finanzielle Konsolidierung der Pflegeversicherung eine Anhebung des Beitragssatzes um satte 0,5 Prozentpunkte – und das, obwohl die zusätzlichen Stellen in der Altenpflege aus Mitteln der GKV finanziert werden. Das wäre der Zeitpunkt, um darüber nachzudenken, ob nicht auch Besserverdienende, Beamte und

Selbstständige in die solidarische Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden sollten. Da in der Pflegeversicherung komplizierende Fragen, wie die private Krankenbehandlung, fehlen, wäre eine allgemeine Pflegeversicherungspflicht der richtige Ansatzpunkt, um die Beitragssätze zu stabilisieren und einer weiteren Spaltung der Gesellschaft entgegenzuwirken.



Foto: Tom Maelsa
Dr. Wulf-Dietrich Leber

Anmerkung: Der Artikel spiegelt die persönliche Meinung des Autors wider.

© gpk

Gesundheitspolitischer Info-Dienst Schütze-Brief

Im Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland rund 360 Milliarden Euro ausgegeben – mit steigender Tendenz. Wer sich in diesem wichtigen Wirtschaftsbereich, der von unterschiedlichen Interessen geprägt ist, erfolgreich behaupten will, benötigt zuverlässige Informationen – Informationen, die er zur Grundlage seiner Entscheidungen machen kann. Der Gesundheitspolitische Info-Dienst – Schütze-Brief informiert sachlich und kompetent. Der Schütze Brief verfügt über gute Kontakte in allen Bereichen des Gesundheitswesens und zur Gesundheitspolitik. Seine Stärke ist es, Entwicklungen vorauszusehen und die Fakten richtig einzuordnen. Durch sein zweimaliges Erscheinen pro Woche ist er stets aktuell.

Probeexemplare und weitere Informationen erhalten Sie von der Leo Schütze GmbH: Mobil: 01 70/2 37 93 36 Tel. 0 30/26 55 13 50 E-Mail: schuetze-eifel@t-online.de

