

Schlussfolgerungen
aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission
„Pflegepersonal im Krankenhaus“
Berlin, 7. März 2017

vorgelegt von: Herrn Bundesminister Hermann Gröhe (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Herrn Dr. Georg Nüßlein (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Herrn Prof. Dr. Karl Lauterbach (MdB), Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Frau Maria Michalk (MdB), Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Frau Hilde Mattheis (MdB), Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg Frau Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks und Hessischer Minister für Soziales und Integration Herrn Stefan Grüttner

I. Herausforderung und Handlungsbedarf

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar. Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege wurde bereits in den von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform konsentierten Eckpunkten vom 5. Dezember 2014 aufgegriffen, auf deren Grundlage das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erarbeitet und beschlossen wurde.

II. Expertenkommission Pflegepersonal im Krankenhaus

Neben den zahlreichen im KHSG vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege in den Krankenhäusern wurde in den Eckpunkten der Bund-Länder Arbeitsgruppe die Einrichtung einer Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgesehen, die am 1. Oktober 2015 von Herrn Bundesminister Hermann Gröhe eingesetzt worden ist. Die Kommission hat folgende Schwerpunkte in fünf Sitzungen beraten:

1. die Abbildung und Verbesserung des erhöhten Pflegebedarfes, insbesondere von an Demenz erkrankten, pflegebedürftigen und behinderten Patientinnen und Patienten,
2. die Abbildung und Verbesserung des allgemeinen Pflegebedarfes und
3. die Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in die Regelfinanzierung.

III. Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission

Der Bundesminister für Gesundheit, die Vertreterinnen und Vertreter der Koalitionsfraktionen und der Länder danken der Kommission für die wertvolle und konstruktive Arbeit einschließlich der vorgelegten Gutachten und Stellungnahmen, die die maßgebliche Grundlage für die nachfolgend genannten Feststellungen und Maßnahmen darstellt. Angesichts des drängenden Handlungsbedarfes sind kurzfristig die folgenden Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung erforderlich:

III. 1. Verbesserung der Abbildung des erhöhten Pflegebedarfes durch laufende Maßnahmen

Die zu Beginn der Kommissionstätigkeit diskutierte Verbesserung der Abbildung von Fällen mit **hochaufwendiger Pflege** wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems für das Jahr 2017 parallel bereits umgesetzt. So wurden im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 durch das InEK alle verfügbaren Merkmale geprüft, die hoch pflegeaufwendige Patientinnen und Patienten beschreiben. Dabei erweisen sich z.B. die Prozeduren für die hochaufwendige Pflege (PKMS) ebenso wie Diagnosen für motorische und kognitive Funktionseinschränkungen im G-DRG-System 2017 als direkt gruppierungsrelevant und führen somit zu einer besseren Vergütung von hochaufwendiger Pflege im DRG-System 2017.

Zudem steht mit dem Prozedurencode (OPS) 9-984 „Pflegebedürftigkeit“ seit dem 1. Januar 2016 auch im Bereich der Somatik eine Kodierung zur Verfügung, anhand derer der **Pflegegrad** von Patientinnen und Patienten erfasst werden kann. Der Pflegegrad wird auf diese Weise in die DRG-Kalkulation für das Jahr 2018 einbezogen. Mit der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Eingruppierung in einen von fünf Pflegegraden zum 1. Januar 2017 wird durch die Kodierung der Grad der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten – und damit mittelbar z.B. auch der „Schweregrad“ einer Demenz – widerspiegelt. Die Einbeziehung des entsprechenden OPS 9-984 „Pflegebedürftigkeit“ bietet die Chance, die Sachgerechtigkeit der Abbildung eines erhöhten Pflegebedarfes von dementen, pflegebedürftigen und behinderten Patientinnen und Patienten zu steigern.

III. 2. Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes durch die Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen

Zur Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes sind des Weiteren folgende Maßnahmen notwendig:

Zur Sicherstellung der Qualität in der Krankenhausversorgung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV unter Beteiligung der PKV) gesetzlich beauftragt, geeignete **Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen**, unter Einbeziehung von Intensivstationen und der Besetzung im Nachtdienst, verbindlich festzulegen. Die Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene ist bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 zu treffen. Ein entsprechender gesetzlicher Auftrag zur Umsetzung der Empfehlung, abgestimmt zwischen den Unterzeichnern, wird noch vor Ende der 18. Wahlperiode geschaffen. Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen ist der Sachverstand insbesondere der Verbände der Pflege, der Gewerkschaften, der maßgeblichen Patientenverbände nach der Patientenbeteiligungsverordnung sowie der medizinisch-wissenschaftlichen Fachverbände einzubinden.

- Bei der Vereinbarung der Personaluntergrenzen ist dafür Sorge zu tragen, dass Substitutionseffekte vermieden werden; Übergangsvorschriften sowie etwaige zwingend gebotene Ausnahmenvorschriften können berücksichtigt werden. Die Krankenhäuser weisen ihre Pflegepersonalausstattung durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers nach. Die Personaluntergrenzen sind mit angemessenen Sanktionen für den Fall zu verbinden, dass ein Krankenhaus die vorgegebenen Personaluntergrenzen nicht einhält. Dazu gehören hausbezogene finanzielle Abschläge, Informationen der Krankenhäuser an die jeweiligen Landesbehörden über die Einhaltung der Personaluntergrenzen und deren Veröffentlichung zum Beispiel in den Qualitätsberichten.
- Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) begleitet die Ausarbeitung der Personaluntergrenzen in engem Austausch mit den Vertragsparteien und bezieht dabei den Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ein.

Das BMG kann jederzeit an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen; das BMG ist fortlaufend über den Stand der Arbeiten zu informieren und kann selber Expertisen in Auftrag geben.

- Gelingt es den Vertragsparteien auf Bundesebene nicht, die Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren, setzt das BMG diese als Verordnungsgeber mit Wirkung zum 1. Januar 2019 fest.
- Die Erfahrungen, die in anderen Ländern mit Personalmindeststandards gemacht worden sind, zeigen, dass Kennzahlen eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Personals in den Krankenhäusern sind. Deshalb ist die Wirkung der Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche von den Vertragsparteien spätestens bis zum 31. Dezember 2022 wissenschaftlich zu evaluieren; der Evaluationsbericht ist dem BMG und von diesem dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages vorzulegen.

III. 3. Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag

Die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms werden mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in den **Pflegezuschlag** einbezogen. Dadurch wird mit möglichst geringem Bürokratieaufwand sichergestellt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel den Krankenhäusern in Abhängigkeit von ihrer Pflegepersonalausstattung, auch im Hinblick auf die Einhaltung von Personaluntergrenzen, dauerhaft zugutekommen und somit ein Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung gesetzt wird. Ziel ist die Beibehaltung der bisher geförderten Stellenzahlen.