



DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Nachdenklichkeiten zur neuen Pflegefinanzierung

Noch im Juli – und damit mitten in der Sommerpause – sollen die Eckpunkte für das Sofortprogramm Pflege im Krankenhaus in einen kabinettstarken Gesetzentwurf gebracht werden. Die in den Eckpunkten formulierten Ziele werden wohl 1:1 umgesetzt. Herzstück ist die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Die Koalition hält an der Zeitplanung zur Ausgliederung der ca. 15 Mrd. € Pflegekostenanteile aus den Fallpauschalen bis zum Herbst nächsten Jahres fest. Das ist eine bei gutem Willen aller Beteiligten machbare Zeitvorgabe.

Die Akzeptanz der Reform steht und fällt mit der gesicherten Berücksichtigung aller Pflegekosten der Krankenhäuser in den Pflegekostenbudgets. Erste Kliniken haben die aus den Fallpauschalen isolierten Erlösanteile für die Pflege den tatsächlichen Kosten für die Pflege aus der Buchhaltung gegenübergestellt. Über alle Kliniken hinweg ist von einer Unterfinanzierung aus den DRG-Erlösen auszugehen. Denn über Jahre sind die Personalkosten, insbesondere die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen, nicht ausgeglichen worden. Gar nicht zu reden von Personalkostensteigerungen, die weder über die Landesbasisfallwerte noch über die DRG-Nachkalkulationen berücksichtigt werden. Die Unzulänglichkeiten im DRG-System sind die Gründe für das grundsätzliche „Ja“ der Krankenhäuser zu der grundlegenden Reform der Pflegekostenfinanzierung.

Die Krankenkassen werden versuchen, die Kosten für die Pflege zu drücken. Umso wichtiger sind glasklare Durchsetzungsregelungen für die Krankenhäuser im Gesetzentwurf.

Dabei reicht es nicht, die Grundlohnraten-Deckelung für die Pflegepersonalkosten aufzuheben. Das Wirtschaftlichkeitsgebot muss ausgeschaltet werden. Die Ausfinanzierung des von den Krankenhäusern geltend gemachten und nachgewiesenen Personals für die Pflege und die damit verbundenen tatsächlichen Kosten einschließlich Überstundenauszahlungen müssen den Status einer unwiderlegbaren Berechtigungsvermutung im neuen Pflegesatzrecht erhalten. Unter solchen gesetzlichen Vorgaben muss auch nicht über klassische Instrumente zur Personalbedarfsableitung – Kalkulationsmodule, Krankenhausvergleiche, Personalanhaltszahlen – nachgedacht werden.

Allerdings gibt es auch die Sorge, dass die positiven Förderbedingungen angesichts leergefeger Arbeitsmärkte und

des Wettbewerbs um die knappen Pflegekräfte eine bedarfsgerechte Allokation nicht hervorbringen könnten.

Für besonders belastete Arbeitsfelder in der Pflege könnte die Personalsicherung schwerer werden. Die Problematik stellt sich auch nicht nur im Verhältnis der Krankenhäuser untereinander. Schon haben sich die Rehakliniken mit der Sorge, Verlierer im Wettbewerb um die Pflegekräfte werden zu können, zu Wort gemeldet. Hier gilt nach wie vor die Grundlohnratendeckelung. Solche Bedenken müssen ernst genommen werden. Für den Start des neuen Systems in dem von der Koalition geplanten Zeitraum muss bei sauberer pflegesatzrechtlicher Absicherung kein Personalbedarfsmessungsinstrumentarium geschaffen werden. Perspektivisch kann es nicht ausgeschlossen werden.

In Frage steht allerdings, ob durch die Einführung der Selbstkostendeckung für das Pflegepersonal überhaupt noch eine sinnvolle Einordnung der Pflegeuntergrenzen vorgenommen werden kann. Unter den neuen Bedingungen gibt es für die Krankenhäuser keinen Grund, Unterbesetzungen aus Kosten- oder Einspargründen in Kauf zu nehmen. Wenn es dennoch zu Unterbesetzungen kommt, dürften deren Gründe in vorübergehenden Belastungsspitzen wegen zusätzlicher Patienten, in kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen oder in temporären arbeitsmarktbedingten Stellenbesetzungsproblemen liegen. Für all dies sind ohnehin Ausnahmen von Untergrößen vorzusehen. Ansonsten müssten die Krankenhäuser wahrscheinlich überall die Versorgung von Patienten von den Personalvorgaben abhängig machen und ggf. Aufnahmen verweigern. Das kann niemand ernsthaft wollen. Statt die Pflegeuntergrößen auf alle bettenführenden Abteilungen auszuweiten, sollten sie zumindest bis zur Wirksamkeit des neuen Systems ausgesetzt werden. Noch ist aber offen, ob die Ableitung von Pflegepersonaluntergrößen für die begrenzte Zahl der pflegesensitiven Bereiche aus den inzwischen stattgefundenen empirischen Erhebungen mit dem GKV-Spitzenverband belastbar möglich ist und in 2019 gestartet werden kann. Auch darüber dürfte der Juli mehr Klarheit bringen.