

Personalbedarf und Personalplanung der Zukunft.

Ein Positionspapier des Bundesverbands Pflegemanagement.

Ausgangssituation.

Der Blick zurück gehört zu einer sorgfältigen Analyse, um die Ursachen der heutigen Probleme erkennen und darauf aufbauend Lösungsstrategien entwickeln zu können.

Die Situation der Pflege in den Krankenhäusern ist seit Jahrzehnten durch Mangel, Überforderung und Unterversorgung sowie eine dadurch implizierte Rationierung gekennzeichnet. Bis zum Jahr 2003 galt in der Krankenhausfinanzierung das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip. Für die Bestimmung des Pflegepersonalbedarfes gab es Anhaltszahlen, deren Wurzeln in 1969 entwickelt und die 1974 aktualisiert wurden. Durch den zunehmenden öffentlichen Druck aufgrund des Pflegenotstandes wurde 1992 die Pflegepersonalregelung (PPR) eingeführt. Über diese Regelung sollten stufenweise innerhalb von vier Jahren rund 15.000 zusätzliche Pflegestellen in den Krankenhäusern geschaffen werden. Basis hierfür waren neun Pflegestufen, die jeweils mit Minutenwerten hinterlegt waren. Bereits nach zwei Jahren ergab sich durch diese Regelung ein sichtbar höherer Personalbedarf. Aus finanziellen Gründen wurde die PPR daher 1996 auf dem Niveau der dritten Stufe ausgesetzt. Streng genommen hat schon in diesem Jahr der Gesetzgeber damit festgelegt, dass der festgestellte Pflegebedarf der Patienten nur zu etwa 87% zu erfüllen ist.

In den kommenden Jahren setzte sich der Abwärtstrend durch die Steigerung der Patientenzahlen bei gleichzeitigem Abbau von Pflegestellen fort. Die Einführung des G-DRG Systems ab dem Jahr 2003 beschleunigte die negative Entwicklung, der Tiefpunkt wurde schließlich 2008 erreicht. In der Folge reagierte die Regierung zunächst mit dem ersten „Förderprogramm Pflegestellen“, gefolgt von der Einführung des PKMS und einem weiteren Förderprogramm.

Die eigentliche Ursache und damit der Fehler im System wurde jedoch nicht beseitigt. Dieser lässt sich, wenn auch etwas vereinfacht, wie folgt zusammenfassen:

Pflege wurde schon immer als Kostenfaktor gesehen. Das G-DRG System hat diese Einschätzung verschärft, denn bis auf geringe Ausnahmen triggern die medizinischen Leistungen die Erlöse. Also ist die Leistung Arzt ein Erlösfaktor, der Pflegebedarf hingegen ist ein Kostenfaktor und wird zutreffender Weise in der G-DRG Nomenklatur auch als „Pflebelast“ bezeichnet.

Folgerichtig wäre es also, diesen Systemfehler und damit die Ursache zu beseitigen. Dieses kann über die Einführung einer Systematik erfolgen, in welcher ein höherer Pflegebedarf auch zu höherer Vergütung führt. Ein Weg, der jedoch in keiner der seitdem bestehenden Regierungskonstellationen verfolgt wurde. Entsprechende Forschungsanträge um ein solches System zu entwickeln, wurden schon von Ministerin Ulla Schmidt abgelehnt.

Lösungsansatz aus Sicht des Pflegemanagements.

2015 gaben die Landesgruppenvorsitzenden des Bundesverbands Pflegemanagement im Namen ihrer Mitglieder die Friedrichshafener Erklärung ab.

Unter der Überschrift: **Pflege in Deutschlands Krankenhäusern – Wandel vom Kostenfaktor zum Erlösfaktor** nehmen die Pflegemanager wie folgt Stellung:

- Zwischen Pflegeleistungen und Erlösen gibt es keinen unmittelbaren Zusammenhang.
- Pflege wird im System Krankenhaus daher nahezu ausschließlich als Kostenfaktor betrachtet. Lediglich der PKMS stellt einen kausalen Zusammenhang zwischen Pflegeleistung und Erlös her.
- Als Weg aus dieser Situation beschreiben die im Bundesverband Pflegemanagement organisierten Pflegemanager Folgendes: „Wir sind davon überzeugt, dass diese Situation nur durch einen grundlegenden Wandel innerhalb des bestehenden Finanzierungssystems geändert werden kann. Es ist also zwingend erforderlich, dass Pflegeleistungen, ausgehend von dem

Bedarf der Patienten eigenständig und transparent im System Krankenhaus vergütet werden. Eine derartige Ausgestaltung würde zur Folge haben, dass Patienten mit hohem Pflegeaufwand den Kliniken auch hohe Erlöse einbringen würden, die für das Budget Pflege zur Verfügung stehen. Dieses folgt auch dem grundlegenden Prinzip, dass Geld Leistung folgen soll“.

Die aktuelle Situation.

Die aktuelle Regierungskoalition hat in Anerkennung der pflegerischen Mangelsituation zu einem Paket von Maßnahmen gegriffen. Die wichtigsten drei Regelungen sind:

1. Definition von Pflegepersonaluntergrenzen in sogenannten pflegesensitiven Bereichen.
2. Der Ganzhausansatz, also der Abgleich von Pflegeausgaben zu Erlösen.
3. Das Herauslösen der Pflegekosten aus dem G-DRG-System für die „Pflege am Bett“ und die Öffnung dieses Budgets durch Finanzierung sämtlicher Pflegefachpersonen.

Die Ursache wird aus Sicht des Pflegemanagements damit jedoch nicht beseitigt. Keine dieser Maßnahmen hat einen Bezug zum Pflegebedarf oder zur Pflegeleistung.

Zu Recht fordern daher der Deutsche Pflegerat, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verdi ein Personalbemessungsinstrument. Die Fokussierung auf die PPR 2.0 greift jedoch zu kurz.

Aus Sicht des Pflegemanagements kann die PPR 2.0, angelehnt an die PPR aus dem Jahr 1992 die kausalen Probleme nicht beseitigen. Sie kann allenfalls eine Zwischenlösung darstellen, auch wenn der Aufwand der Einführung erheblich sein wird. Die grundlegenden Schwächen der PPR sind in der Variante 2.0 etwas abgefedert aber nicht beseitigt. Ein Blick über die Grenzen nach Österreich zeigt, dass dort aufgrund der erkannten Problematiken von PPR 2.0 eine Abschaffung geplant wird.

Die Position des Bundesverbandes Pflegemanagement.

Für die Darstellung des Pflegeprozesses, auch entsprechend des Pflegeberufsgesetzes und den darin enthaltenen Regelungen zur generalistischen Pflegeausbildung, gilt es, in den Kliniken ebenso wie in den Pflegeeinrichtungen eine entsprechende Infrastruktur in Verbindung mit einer einheitlichen Nomenklatur (standardisierte Pflegediagnosen, z.B. im ICD-10) zu schaffen. Dies erfordert eine finanzielle und zweckgebundene Investitionsförderung einerseits und entsprechende Schulungsmaßnahmen andererseits. Gleichzeitig ergibt sich dadurch jedoch eine erhebliche bürokratische Entlastung der Pflege.

Im Rahmen des elektronisch abgebildeten pflegerischen Assessments und den nachfolgenden Schritten des Pflegeprozesses werden Pflegeinterventionen festgelegt und die Durchführung dokumentiert. Die Auswertungen dieser Bedarfe und Leistungen, bewertet mit wissenschaftlich fundierten Minutenwerten, stellen wesentliche Bausteine zu Festlegung des Pflegebudgets dar, welches letztlich noch um bedarfsunabhängige Faktoren als Grundwerte (Organisation, Fortbildung etc.) zu erweitern ist.

Auf diesem Weg kann das Ziel erreicht werden, die tatsächliche Pflegeleistung zu vergüten, so dass sich diese im Pflegebudget wiederfindet. Damit würde auch das Grundprinzip der G-DRG-Einführung „Das Geld folgt der Leistung.“ fortgesetzt. Und die Pflege könnte sich endlich aus dem jahrzehntelangen Dilemma des „Kostenfaktors“ befreien. Ob auf dem Weg zu dieser Lösung PPR 2.0 als Zwischenschritt erforderlich ist, ist eher eine politische denn eine sachliche Frage. Einer rein sachlichen Prüfung hält das Konzept PPR 2.0 aus Sicht des Pflegemanagements nicht stand. Es ist daher sehr kritisch zu prüfen, ob Aufwand und Nutzen der Wiedereinführung in einem gesunden Verhältnis stehen, wohlwissend, dass der grundlegende Systemfehler bestehen bleiben wird.

Der Bundesverband Pflegemanagement bleibt daher bei der bereits 2015 festgelegten Zielsetzung der Friedrichshafener Erklärung konsequent treu: www.bv-pflegemanagement.de/pressemitteilung/items/367.html. Einen ersten Schritt in eine zukunftsweisende Richtung sehen wir in unseren eingereichten ICD-10 und OPS-Anträgen beim DIMDI in 2020 und 2021. Weitere Informationen: www.pro-pflege.eu/fachgesellschaft/stellungnahmen/detail/postionspapier-aktuelle-fehlsteuerungen-durch-ppsg-und-ppugv-sowie-loesungsansaeetze