

Deutscher Pflegerat (DPR) zu den Diskussionen über die Einführung von Personaluntergrenzen und der Vergütung der Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen im Krankenhaus

Mitte 2017 wurde von der damaligen großen Koalition die Einführung von „Pflegepersonaluntergrenzen“ für sogenannte „pflegesensitive Bereiche“ in Krankenhäusern beschlossen (§ 137i SGB V). Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wurden beauftragt, bis zum Juni 2018 eine vertragliche Vereinbarung zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen zu schließen.

Die neue große Koalition hat den Auftrag erweitert:

„Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden“¹ (CDU/CSU/SPD 2018: 99).

Der DPR ist mitberatend an den Verhandlungen beteiligt, vertreten durch Mitglieder der DPR Fachkommission DRG. Die DPR Fachkommission DRG hat dazu die folgenden Positionen entwickelt, die sie in die Beratungen eingebracht hat:

Allem voran wird aus Sicht des DPR eine substanziell bessere Personalausstattung für eine sichere Patientenversorgung benötigt. Die Anerkennung des Zusammenhangs zwischen Personalausstattung in der Pflege und der Versorgungsqualität der Patienten/-innen ist der richtige Weg.

1. Die Definition pflegesensitiver Bereiche muss unter maßgeblicher Beteiligung des DPR ausgestaltet werden. Dabei sollten bereits vorhandene Daten zur Identifikation dieser Bereiche genutzt werden. Daher begrüßt der DPR die Entscheidung der großen Koalition, Krankenkassen und Krankenhäuser damit zu beauftragen, Personaluntergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen in den Krankenhäusern einzuführen.
2. Für die Festlegung pflegesensitiver Bereiche - bei denen wir grundsätzlich keine Fachabteilung ausgenommen sehen - ist es zwingend erforderlich, dass weitere Aspekte der Bedarfe der Betroffenen sowie der pflegerischen Zielsetzung (z.B. Reduktion von Selbstfürsorgedefizit, Verbesserung des Funktionszustands, Umsetzung spezifischer Pflegekonzepte) einbezogen werden. Diese Erweiterung ist insbesondere vor dem Hintergrund des Bundesteilhabegesetzes geboten.
3. Es muss eine verbindliche Umsetzung der Regelung zur Nurse-to-Patient-Ratio als Festsetzung einer Mindestquote für 3-jährig examinierte Pflegekräfte erfolgen. Verlagerungseffekten (Personal, Patienten/-innen) muss entgegengewirkt werden. Grundsätzlich ist zwischen Tag- und Nachtdienst zu unterscheiden.
4. Die zusätzlichen Stellen dürfen nicht durch einen vermehrten Dokumentationsaufwand der Bürokratie zum Opfer fallen. Daher wird eine tägliche Übermittlung von schichtbezogenen Besetzungsnachweisen als problematisch eingeschätzt: u.a. ist kein eindeutiger Fachabteilungsbezug möglich (z.B. Innere Medizin/Geriatrie), unterschiedlichste Arbeitszeitmodelle müssten auf ein Äquivalenzmodell übertragen werden.
5. Personaluntergrenzen, die so niedrig definiert sind, dass sie den 10% oder 25% personell am schlechtesten ausgestatteten Kliniken entsprechen, wie in dem Gutachten von Prof.

¹ CDU/CSU/SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf (letzter Zugriff 20.03.2018).

Schreyögg vorgeschlagen², sind abzulehnen. Es sind Maßnahmen zu ergreifen, in deren Folge auch eine allgemeine Anhebung der Ausstattung mit Pflegepersonal verbindlich realisiert wird.

6. Die Zusammenführung der Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm II und dem Pflegezuschlag ist ein richtiger Schritt. In der Summe sind diese Mittel (erforderlich sind in der aktuellen Situation ca. 2,5 Milliarden Euro) allerdings nicht ausreichend, um sowohl bei der Pflege am Bett zu einer spürbaren Entlastung zu führen, als auch den Beruf auch langfristig attraktiv zu erhalten und einem Pflegenotstand wirksam entgegenzuwirken. Daher sollten die begonnenen Maßnahmen fortgeführt und zusätzliche Mittel bereitgestellt werden. Diese bereitgestellten Mittel sind für die pflegerische Personalausstattung zu verwenden.
7. Um Transparenz zur Verwendung der Mittel sicherzustellen, sind geeignete Kontrollmechanismen erforderlich.

In dem Koalitionsvertrag heißt es weiter:

„Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenspezifischen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt“⁴.

Die Trennung der Pflegepersonalkosten von den Fallpauschalen ist aus Sicht des DPR eine bedenkenswerte Lösung für die bestehenden Probleme bei der Finanzierung von Pflegepersonalstellen im Krankenhaus. Damit würde auf jeden Fall Zweckentfremdung von Mittel verhindert, die für das Pflegepersonal vorgesehen sind, zur Kompensation von Unterfinanzierung durch fehlende Investitionskosten bzw. Schaffung anderer Stellen.

Die DPR Fachkommission DRG hat sich dazu folgendermaßen positioniert:

1. Die mögliche Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ist eine klare Absage an eine Separierung der Pflegekosten in eigenen „pflegebezogenen“ Fallpauschalen, wie bspw. „Nursing Related Groups – NRGs“. Diese Klärung deckt sich mit der Position des DPR zu dieser Thematik.
2. Eine Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ist dann konsequent, wenn dies im Sinne einer Erweiterung oder Ergänzung der Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Bereiche geschieht und der Finanzierungsumfang an der Pflegeintensität bemessen wird.
3. Demnach würde dann eine verbindliche Personalbemessung die Pflegepersonalkosten bestimmen. Somit wäre eine Ausgliederung sachdienlich und würde durch eine entsprechende Reduktion des fallpauschalenbezogenen Dokumentationsaufwandes eine Entlastung durch Entbürokratisierung bedeuten.
4. Aus Sicht des DPR ist dabei wichtig, dass zusätzliche Mittel in Höhe von mindestens 2,5 Milliarden Euro bereitgestellt werden, um die Personalausstattung generell/insgesamt zu verbessern.
5. Damit wird auch eine Reduzierung der Personalausstattung in den Pflegeservicebereichen (Versorgungsassistenten/-innen, Büfettkräfte) verhindert. Durch eine separate Vergütung wird die berufsgruppenspezifische Zuweisung der Finanzmittel erleichtert.

Berlin, April 2018

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

² Schreyögg, Jonas; Milstein, Ricarda (2016a): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (letzter Zugriff 20.03.2018).