

## Im Fokus: Krankenhausfinanzierung zur Sicherstellung von ausreichendem und qualifiziertem Pflegepersonal

Stellt die derzeitige Krankenhausfinanzierung sicher, dass ausreichend Pflegefachpersonen für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen? Die Antwort lautet: Nein! Was ist zu tun?

### Zur Ausgangslage

In den Krankenhäusern besteht ein eklatanter Mangel an Pflegefachpersonen, der die Patientenversorgung heute und zukünftig gefährdet. Darunter leiden die Berufsgruppe der Pflegenden und insbesondere die Versorgung der Patienten. So führt der Pflegepersonal-mangel u.a. zu vermehrten nosokomialen Infektionen mit erheblichen Risiken für die Patienten und die Krankenhauskosten (APS 2015). Die Kluft zwischen dem berufsethischen Anspruch der Pflegefachpersonen und der Wirklichkeit in der Versorgung ihrer Patienten kann aktuell nicht mehr überbrückt werden. Der wesentlichste Garant für die Pflegequalität ist die Sicherstellung eines ausreichenden und qualifizierten Pflegepersonals. Dies muss über die DRG-Finanzierung gewährleistet werden.

### Was ist zu tun?

Der Deutsche Pflegerat schlägt zur Sicherstellung eines nach Anzahl und Qualifikation ausreichenden Pflegepersonals für den Krankenhausbereich folgendes dreizügiges Vorgehen vor (vgl. Grafik):

#### 1. Anhebung des Budgets

Die eingestellte Budgeterhöhung sollte den Krankenhäusern über einen prozentualen Aufschlag auf die Kostengruppe 2 (Pflegedienst) der Kalkulationsmatrix zur Verfügung gestellt werden. Hierfür muss gemäß der Krankenhaus-Buchführungsverordnung das Krankenhaus in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern den Umfang der Personalkosten vereinbaren.

#### 2. Anpassung der Pflegepersonalregelung (PPR)

Damit sich die Leistungsverschiebungen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal auch in der Kalkulation der Krankenhäuser widerspiegeln können, muss der S-Bereich der PPR angepasst werden. Eine Weiterentwicklung analog der PKMS-Logik wird vom Deutschen Pflegerat abgelehnt, da keine zusätzliche wertvolle Personalzeit über die Dokumentation von Einzelleistungen gebunden werden darf. Die zur Verfügung stehende Zeit soll ganz der „Pflege am Bett“ zugutekommen und darf nicht zu einer „Pflege am Schreibtisch“ führen.

#### 3. Pflegerische Leistungen besser abbilden

Der kognitive und physische Funktionszustand des Patienten führt zu Beeinträchtigung in den ATLS und bestimmt in diesem Zusammenhang den Pflegebedarf! Pflege erkennt den Bedarf und handelt danach! In diesem Sinne lehnt der Deutsche Pflegerat die Entwicklung einer separaten Klassifikation und Abbildungssystematik von Nursing Related Groups (NRGs) strikt ab, da es dadurch nicht mehr Geld für die Pflege gibt, sondern nur eine aufwändigere Verteilung daraus folgt. NRGs sind nicht DRG-systemkonform. Sie erhöhen den Dokumentationsaufwand (inkl. der MDK-Prüfungen) unabschätzbar und führen zu keiner Mehrvergütung für die Pflege. Die NRGs ermöglichen keine verbesserte Personalausstattung. Für eine bessere Berücksichtigung des Pflegebedarfs sollen daher aus Sicht des Deutschen Pflegerats pflegespezifische Faktoren [PBF-Pflegebedarfsfaktoren] in das DRG-System über Zustandsvariablen (ICD 10 – U50/U51) und ggf. weitere pflegerelevante Nebendiagnosen und OPS- Codes integriert werden. Bezüglich Letzterem steht hierfür ab 2016 – wie vom Deutschen Pflegerat 2015 vorgeschlagen – der OPS-Code 9-984 Pflegebedürftigkeit zur Verfügung.

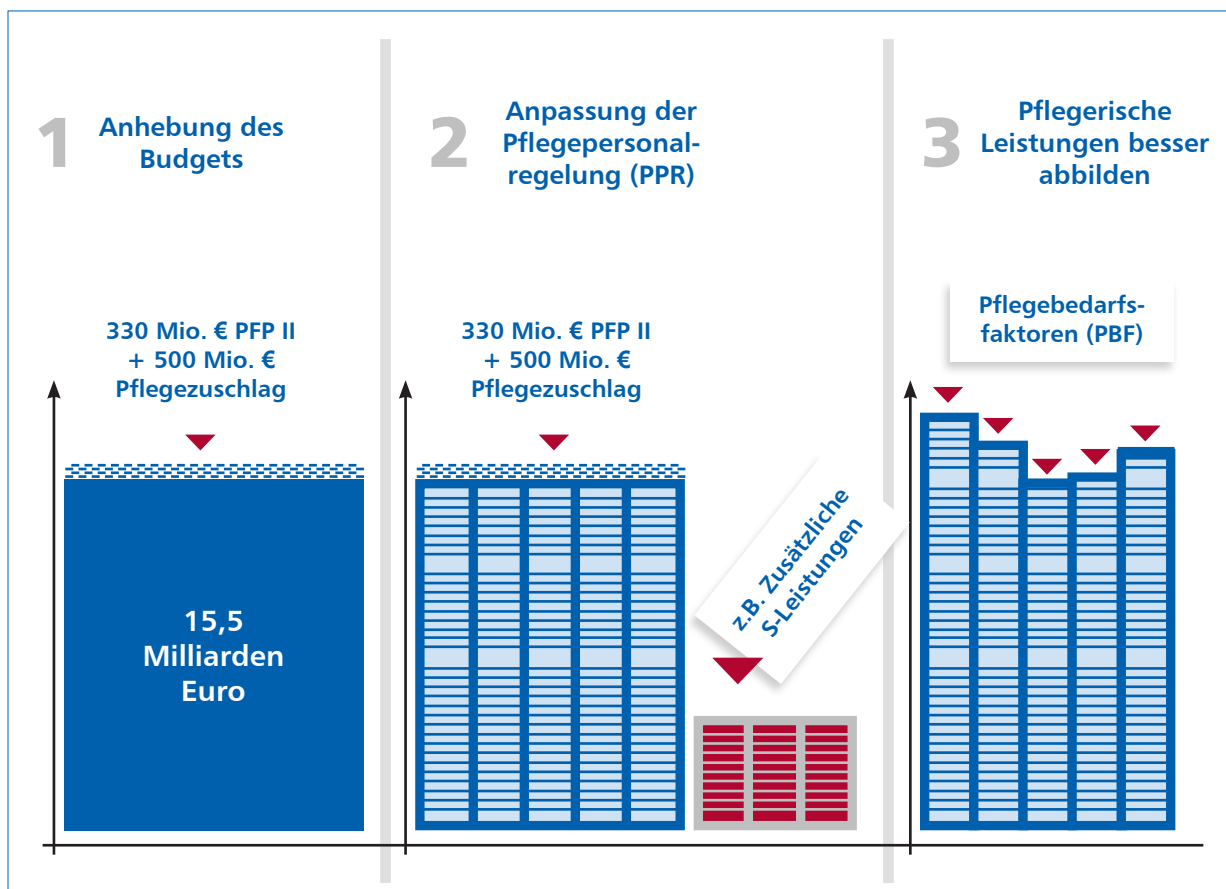
Das im Gesetzentwurf zur Krankenhausreform genannte Pflegeförderprogramm geht in die richtige Richtung. Das Programm ist aber keinesfalls ausreichend. Die in Aussicht gestellten 330 Millionen Euro ab 2018 greifen zu kurz. Es bleibt eine Deckungslücke zur Finanzierung des benötigten Pflegepersonals von alljährlich 2,5 Mrd. Euro.

Zur zusätzlichen Finanzierung wird ab 2017 neben dem Pflegeförderprogramm II auch der Versorgungszuschlag von 0,8 Prozent oder 500 Mio. € in einen Pflegezuschlag umgewidmet. Hierzu muss aber eine Zweckbindung dieser Mittel für die Personalausstattung der Pflege noch erfolgen.

Die Verteilung („Einpreisung in die DRGs“) muss unbürokratisch erfolgen. Das lässt sich durch eine prozentuale Anhebung der Geldeinheiten (GE) für den Pflegekostenanteil je DRG entsprechend von 2,5 Prozent für 330 Millionen Euro umsetzen. Aus Sicht des DPR sollte dies um die Mittel aus dem Pflegezuschlag erweitert werden. Da anzunehmen ist, dass über die Kalkulationshäuser die verbesserte Personalsituation ab 2020 auch in die DRGs eingeführt wird, ist aus Sicht des Deutschen Pflegerats im Übergang das o. g. Vorgehen anzuwenden und das Delta aus dem Pflegeförderprogramm „aufzufüllen“.

Diese Maßnahmen sollten ergänzend zur jährlichen Anpassung infolge von Tarifsteigerungen vorgenommen werden. Parallel zu dieser Entwicklung sollten über den Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum Jahr 2020 hinsichtlich Personal- und Fachkraftquote auf Ebene der Einrichtung Strukturvorgaben und Mindeststandards entwickelt werden. Hieran ist der Deutsche Pflegerat maßgeblicher als bisher zu beteiligen.

### Grafik: Dreizügiges Vorgehen zur Sicherstellung von ausreichendem und qualifiziertem Pflegepersonal



### Literatur

APS (2015). Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger. <http://www.aps-ev.de/angebote/downloads/>

Berlin, 03. Februar 2016

**Deutscher Pflegerat e.V. – DPR**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)