

Zukunft der Personalbedarfsermittlung für den Pflegedienst im Krankenhaus

**Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover**

**Vortrag auf der Online-Veranstaltung
des Deutschen Pflegerates
„Zukunft der Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus“
18. Oktober 2022**

Gliederung des Vortrages

- **Vorbemerkungen**
- **Gegenwärtige Situation**
- **Überlegungen zur weiteren Entwicklung**
- **Fazit**

Vorbemerkungen

Es geht um die Versorgung kranker Menschen

- Wenn über die **Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals** in Krankenhäusern, Personalbemessung, Personalbedarfsermittlung etc. diskutiert wird, sollte immer bedacht werden, worum es eigentlich geht:
- Die **Versorgung kranker und schwer verletzter Menschen!**
- Schlechte **Arbeitsbedingungen** und **Arbeitsüberlastung** des Pflegepersonals ist vor allem deshalb ein wichtiges gesellschaftliches Thema, weil sie direkte **Auswirkungen auf die Versorgung Kranker** haben.
- Wenn wir über die Notwendigkeit einer **Verbesserung der Arbeitsbedingungen** in der Pflege reden, reden wir letztlich über die Notwendigkeit einer **Verbesserung der Patientenversorgung**
- Vorgaben zur **Personalbesetzung** sind darum vor allem Maßnahmen der **Qualitätssicherung**

Rechtslage

- Versicherte der GKV haben einen **Rechtsanspruch** auf eine „**bedarfsgerechte**“ Versorgung (§ 70 Abs. 1 SGB V)
- Das schließt auch die KH-Versorgung und die **Pflege im KH** ein
- Daraus ergibt sich: **Pflege im KH hat „bedarfsgerecht“ zu sein**
- Eine bedarfsgerechte Pflege erfordert eine **bedarfsgerechte Personalausstattung**
- § 137k SGB V verlangt hingegen nur eine „angemessene“ Pflege

Zentrale Begriffe

- **Personalbedarfsermittlung (PBE)**
 - Personalbedarfsermittlung = ein **regelbasiertes** Verfahren
 - Berechnung des Personalbedarfs auf Grundlage eines ermittelten **Arbeitszeitbedarfs** (Pflegebedarf)
 - Es gibt die **quantitative** PBE (Anzahl VK) und die **qualitative** PBE (Qualifikation, Qualifikationsmix)
- **Personalbemessung**
 - „Bemessung“ = mehr oder weniger **willkürliche Festsetzung** einer Personalbesetzung
 - kann **auch ohne vorhergehende Personalbedarfsermittlung** erfolgen

Daraus folgt:

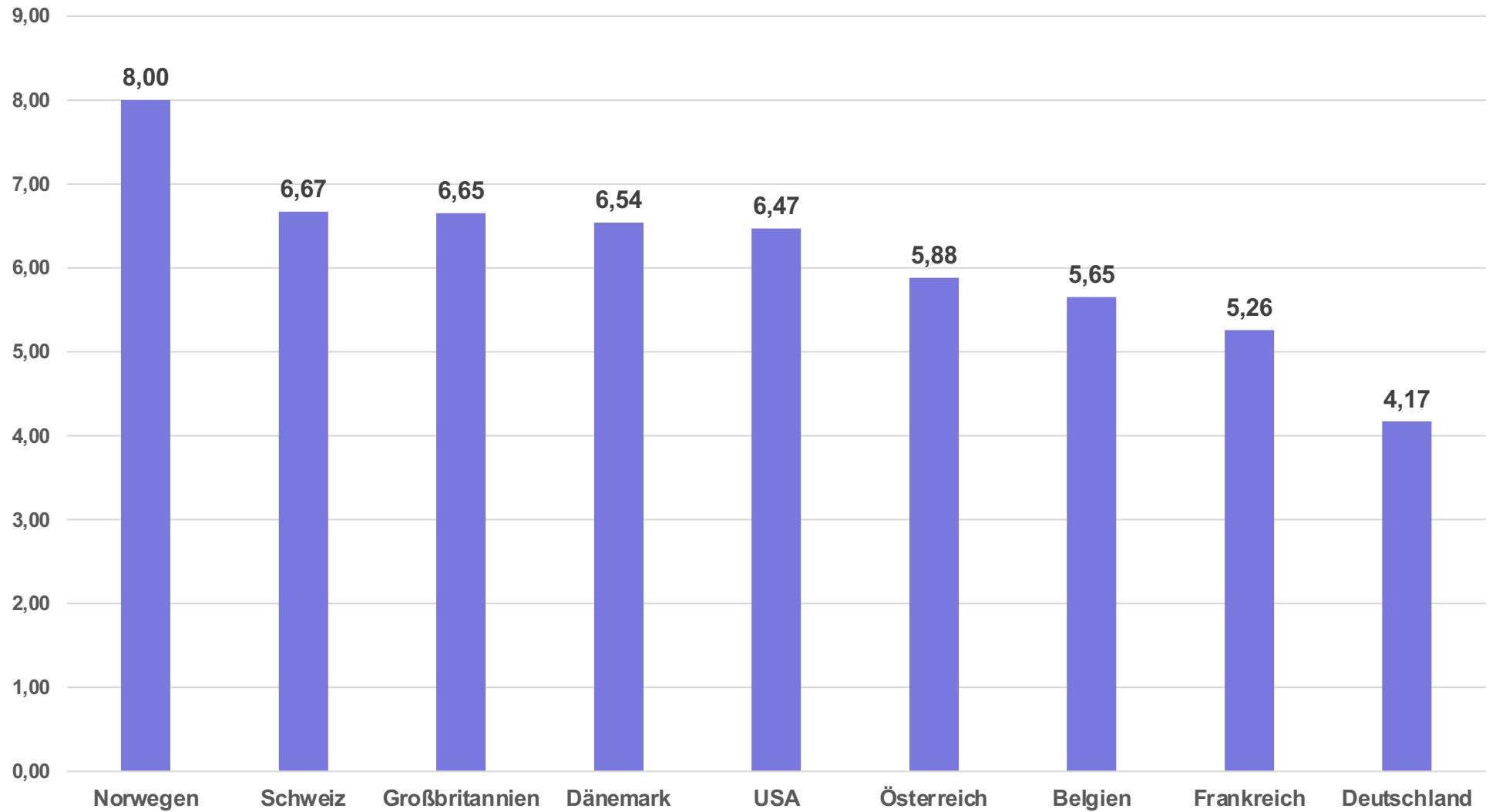
- Wenn von „Personalbemessung“ die Rede ist, muss diese nicht zwingend auf Grundlage einer Personalbedarfsermittlung erfolgen

Besteht überhaupt Handlungsbedarf?

- In der politischen Diskussion wird v.a. von Vertretern der GKV die Behauptung verbreitet, es gebe **in Deutschland** verglichen mit anderen Ländern **überdurchschnittlich viele Pflegekräfte** in KHs
 - In Deutschland gebe es laut OECD **12 Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner**, in der EU seien es nur ca. 8 (Angaben für 2015)
- Das Problem sei **nicht** ein **Mangel an Pflegepersonal**, sondern ein Zuviel an KHs, KH-Betten und KH-Fällen.
 - Würde die Zahl der Betten und Fälle auf den internationalen Durchschnitt gesenkt, hätten wir genug oder sogar zu viel Pflegepersonal in KHs
- Dabei werden jedoch **falsche Daten** verwendet
- Bei der Zahl von **12 Pflegekräften je 1.000 Einwohner** handelt es sich um die **Zahl aller Pflegekräfte in allen Bereichen** („practising nurses“ in der ambulanten Pflege, Pflegeheimen, KHs, MDK, Verwaltungen etc.)

Pflegepersonal in Krankenhäusern im internationalen Vergleich (2015)

„Professional nurses“ und „associate nurses“.
Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner



Quelle: OECD Health Statistics.

Woher soll das zusätzliche Personal kommen?

- Es gab in den letzten Jahren Befragungen ehemaliger Pflegekräfte zur Rückkehrbereitschaft und Bereitschaft zur Erhöhung ihrer Arbeitszeit
 - 2018: PflegeComeBack-Studie
 - 2022: IAT-Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“
 - *Vorsicht:* Beide Befragungen waren nicht repräsentativ
- Die Ergebnisse weisen auf eine relativ **hohe Bereitschaft** zur **Erhöhung der Arbeitszeit** bzw. **Rückkehr** hin – sofern die **Arbeitsbedingungen** besser werden
- IAT-Studie Schätzungen für KH:
 - Volumen Arbeitszeiterhöhung: 20.000 - 43.000 Vollkräfte
 - Volumen Rückkehrer 150.000 - 350.000 Vollkräfte
- **Neuere Daten der KH-Statistik**
 - **2019 + 2020:** Zuwachs im Pflegedienst der KHs **+32.000 Vollkräfte**
 - **Der höchste Zuwachs innerhalb von 2 Jahren in der Geschichte der BRD**

Gegenwärtige Situation

Viele Unklarheiten ...

- **Koalitionsvertrag vom 24.11.2021**
 - „**Kurzfristig** führen wir zur **verbindlichen Personalbemessung** im Krankenhaus die **Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0)** als **Übergangsinstrument** mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein“ (Koalitionsvertrag: 81).
- **BMG stellte die Einführung der PPR2.0 infrage**
 - **Aussage des Staatssekretärs Edgar Franke (SPD) auf dem Krankenhausgipfel der DKG am 16. März 2022 (4 Monate später):**
 - „Momentan **eruierten wir, ob** – muss ich ausdrücklich sagen: ‚ob‘ – **wir überhaupt** oder wie wir möglicherweise die **PPR 2.0** übergangsweise **einsetzen**. Es ist ein Thema, das kontrovers ist, auch ein Thema, das mit **viel Bürokratie** zusammenhängt. Wie wir uns da entscheiden, aber das ist auch ein Thema, was momentan zur Prüfung ist“ {Franke, 2022 #6546@15.45-16.05 Min.}.
- **Nach fast einem Jahr seit Unterzeichnung des Koalitionsvertrages wird nun ein Gesetzentwurf vorgelegt**
- **Immer noch viele Unklarheiten über die weitere Entwicklung**

Überlegungen zur weiteren Entwicklung

Optionen der Weiterentwicklung

Zwei Optionen

- ohne PPR2.0
- mit PPR2.0

Keine Einführung der PPR2.0

- **Bruch des Versprechens im Koalitionsvertrag**
- **Die PpUGV bliebe einzige Regelung**
 - keinerlei pflegfachliche Grundlage
 - Orientierung der Vorgaben an den 25 Prozent am schlechtesten besetzten KHS (Perzentilansatz)
 - Vorgaben der PpUGV sind überwiegend vollkommen unzureichend
- **Das neue Instrument gemäß § 137k SGB V kann voraussichtlich erst frühestens 2027 eingeführt werden**
 - Bisher gibt es kein Datum für die Einführung eines neuen Instrumentes
 - Entwicklung und Erprobung bis Ende 2025 (aktueller Entwurf KHPfIEG)
 - 2026 Beratungen und Entscheidung über die Umsetzung
 - Nach der bisherigen Entwicklung muss mit erheblichen Verzögerungen gerechnet werden
 - Einführung eines neuen Instrumentes ... 2027 ... 2030 ... ???

Einführung der PPR2.0

- Koalitionsvertrag: Nur als „Übergangsinstrument“
- PPR2.0
 - Ab wann? **2024** – Bis wann? **2027, 2028** ...?
- Was wird **nach der PPR2.0** kommen? Ein vollkommen anderes Verfahren?
 - Pflegepauschalen (NRG)?
- Konsequenz:
 - Wegfall aller bestehenden Regelungen, vollkommen neues Regelungssystem
 - Vollständige Umstellung in allen KHs
 - Abschaffung/Beseitigung aller vorhandenen Strukturen (Software, Abläufe etc.)
 - Neuer Aufwand für die Einführung eines vollkommen neuen Systems
 - Es wäre **unklar**, ob die aufgrund der **PPR2.0 geschaffenen Stellen** bleiben

Einführung von Pflegepauschalen?

- **Leitbegriff „Nursing Related Groups“ (NRG)**
 - Kein international bereits existierendes Modell, sondern eine deutsche Idee
 - Bisher nur eine „grobe Idee“ (Wieteck 2015)
- **Der GKV-SV wirbt dafür**
 - Als Gegenmodell zu Pflegebudgets und PPR2.0

Die „grobe Idee“ eines NRG-Systems

- **Fallgruppensystem: Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen**
 - Es gibt nicht *das eine* Pflegeklassifikationssystem, sondern mehrere
 - Vorgabe durch **Rechtsverordnung** wäre ein **Akt der De-Professionalisierung** der Pflege
- **Pauschalierte Entgelte zur Vergütung von Pflege-Leistungen im KH**
 - NRG-Pauschalen brauchen eine **Hauptdiagnose** – **Pflegediagnosen** bieten **keine** für den KH-Aufenthalt verantwortliche Hauptdiagnose, Pflegediagnosen ändern sich im Verlauf
- **Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten**
 - **Durchschnitt** würde zur **Obergrenze** – **bundesweiter Stellenabbau** wäre die Folge
- **Multiplikation einer Bewertungsrelation mit einem Pflege-Basisfallwert**
 - Orientierung am DRG-System würde eine **Vielzahl von Regelungen** erfordern
 - **Massive Verkomplizierung** des Finanzierungssystems
- **Zweckbindung der Vergütungen**
 - Zweckbindung ist **mit pauschalierten Entgelten unvereinbar**
- **Kostenneutrale Einführung**
 - Kein Personalzuwachs – **Fortschreibung** der gegenwärtigen **Unterbesetzung**

Meine Empfehlung

- Der **§ 137k SGBV** sollte so geändert werden, dass er den **Auftrag** enthält, die **PPR2.0 weiterzuentwickeln und zu verbessern**
- Allein ein Verfahren der Personalbedarfsermittlung reicht jedoch nicht aus
- Notwendig ist ein **Gesamtsystem zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege im Krankenhaus**
- Dafür gibt es **Vorbilder in den USA und Australien**
 - *Nachzulesen in: Simon, Michael/Mehmecke, Sandra (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung.*

Gesamtsystem: Bestandteile

- **Personalbedarfsermittlung + Personalbesetzung**
 - Ermittlung des Pflegebedarfs
 - Ermittlung des Personalbedarfs
 - Überwachung der Einhaltung
 - Sanktionen bei Nichteinhaltung
- **Finanzierung**
 - Anspruch der KHS auf Finanzierung der ermittelten bedarfsgerechten Personalausstattung
 - Finanzierung auf Grundlage der krankenhausespezifischen Kosten (selbstkostenbasierte Budgets, keine Pauschalen)
 - Rückzahlung nicht verbrauchter Mittel (keine Gewinne durch Nichtbesetzung von Stellen)
 - Nachverhandlung in Fall eines höheren Personalbedarfs
 - Konfliktregelungen: Schiedsstelle, gerichtliche Entscheidung

Personalbedarfsermittlung + Personalbesetzung

- **Ermittlung des Pflegebedarfs**
 - des **individuellen Pflegebedarfs** (keine pauschalierten, aus Diagnosen abgeleitete Werte)
- **Ermittlung des Personalbedarfs**
 - **quantitativ**: Berechnung der Zahl an Vollkräften
 - **qualitativ**: Qualifikationsmix (abgeleitet aus dem **individuellen Pflegebedarf**, keine bundesweiten pauschalen Vorgaben)
- **Überwachung der Einhaltung**
 - **krankenhausintern**: stationsbezogene Transparenz des Pflege- und Personalbedarfs, Überwachung durch eine krankenhausinterne Pflegekommission, die zur Hälfte mit Pflegekräften von Stationen besetzt ist (Vorbilder in USA, Australien)
 - **extern**: Datenlieferung an die zuständige Landesbehörde (nicht die Krankenkassen)
- **Sanktionen bei Nichteinhaltung**
 - **Überwachung und Sanktionierung durch die zuständige Landesbehörde**: gestuftes System, von der Verwarnung bis zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan
 - **keine Geldstrafen** (es geht um den Schutz der Patienten, nicht die finanzielle Sanierung von Krankenkassen)

Zukunft der PpUGV

- **Zentrale Frage: Ist die mit PPR2.0/137k ermittelte Personalbesetzung verbindlich vorzuhalten oder nicht**
 - Verbindliche **Anwendung des Instrumentes** bedeutet nicht zugleich auch Verpflichtung zur **Vorhaltung des Personals**
- **Keine Verpflichtung zur Vorhaltung des Personals**
 - würde PPR2.0 und § 137k SGBV ad absurdum führen
- **Verpflichtung zur Vorhaltung des Personals**
 - Erfordert Aufhebung der PpUGV
 - Ansonsten würde es zwei konkurrierende und einander widersprechende Rechtsvorschriften geben
 - Im Fall einer Konkurrenz wäre PPR2.0/137k höherwertig da pflegfachlich fundiert

Fazit

- **Es besteht dringender politischer Handlungsbedarf**
 - Nicht-Einführung der PPR2.0 wäre ein fatales Signal an die Pflege
- **Sendet die Politik kein eindeutig positives Signal, das Verbesserungen für die Pflege im KH kurzfristig erwarten lässt, muss mit verstärkter Abwanderung gerechnet werden**
- **Ein Verbot der Leiharbeit/Zeitarbeit wäre gefährlich, da es Pflegekräften dann nur noch die Option eines vollständigen Ausstiegs lässt**

Meine Empfehlung:

- **Kurzfristige Einführung der PPR2.0**
- **Änderung § 137k SGBV: Auftrag für die Weiterentwicklung und Verbesserung der PPR**

**Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**