

- Positionspapier -

Zukunft der Pflegefinanzierung und Personalausstattung im Krankenhaus (§137k SGB V)

Im Rahmen von Änderungen von Vergütungsstrukturen im Krankenhaus werden zunehmend Anpassungen diskutiert, die auch die Finanzierung von Pflege im Krankenhaus direkt betreffen. Häufig wird davon gesprochen, dass die Pflege sichtbar werden muss und deshalb die pflegefachlichen Leistungen im Krankenhaus dokumentiert und damit deutlich werden müssen. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) lehnt die bisher vorgeschlagenen Systeme ab. Aus Sicht des DBfK sorgt nur eine am Pflegebedarf orientierte Personalbedarfsermittlung und eine sich daraus ergebende 100% Finanzierung der Pflegepersonalkosten für Entlastung. Anders ist die prekäre Personalsituation der Pflege im Krankenhaus nicht zu lösen. Ein weiterer Stellenabbau mit der entsprechenden Demotivation der Pflege wird zu einer massiven Verschärfung der Pflegekrise führen, die mit den richtigen Maßnahmen jetzt noch vermieden werden kann.

Seitens des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) werden zwei unterschiedliche Verfahren angesprochen, die künftig in eine gemeinsame Abrechnungssystematik münden könnten. Erstens ein System von Pflegediagnosen als Klassifikationssystem analog zum ICD-10 und zweitens ein System von Zeitwerten je Pflegeintervention pro Fachqualifikation, welche mit Euro-Werten bzw. Bewertungsrelationen versehen werden kann. Dazu wird laut GKV-SV ein Pflegeassessment mit Pflegediagnosen, eine Pflegeprozessplanung auf allen Stationen mit zugeordneten Pflegeinterventionen notwendig sein (Schmedders 2021, Leber & Vogt 2020).

Auch eine Analyse der Konstruktion des Pflegepersonalquotienten (§137j SGB V) macht deutlich, dass dieser für ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen analog der Diagnosis Related Groups (DRG) den Weg bereiten könnte. Ein Abrechnungssystem als Nurse Related Groups (NRG) könnte die Folge sein.

Mit dem Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) wurde bereits versucht die Vergütung der Pflegeleistungen transparenter zu gestalten und sichtbarer zu machen. Auch wenn der PKMS zu Zusatzerlösen geführt hat, war er im Endeffekt mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden und stellte keinen Qualitätsindikator dar. Die Erlöse unterlagen keiner Zweckbindung, so dass die Kliniken nicht verpflichtet waren, die zusätzlichen Einnahmen tatsächlich für die Finanzierung von Pflegestellen zu verwenden. Dadurch wurden häufig keine zusätzlichen Stellen für Pflegefachpersonen in der Versorgung von Patient:innen geschaffen.

Im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz ist mit dem neuem §137k SGB V geregelt, dass eine Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus zu entwickeln ist. Der Gesetzestext ist bisher sehr vage gehalten und bietet viel Spielraum das zu entwickelnde Personalbemessungsinstrument in die eine oder andere Richtung zu entwickeln. Entscheidend wird zudem die Frage sein, ob und inwieweit diese Bemessung des Pflegepersonalbedarfs auch Grundlage der Vergütung von Pflegeleistungen sein wird.

Ein System, welches Pflegeleistungen kleinteilig erfasst und – gemeinsam etwa mit einem Pflegepersonalquotienten – die Grundlage zur Vergütung darstellt, lehnt der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) entschieden ab. Ebenso wird die Einführung von Nurse Related Groups (NRG) nachdrücklich abgelehnt. Deshalb hat der DBfK die folgenden grundsätzlichen Positionen zur Zukunft der Finanzierung von Pflegeleistungen und der Personalausstattung im Krankenhaus formuliert:

1. Der Pflegebedarf ist entscheidend

Die Grundlage für die Vergütung pflegfachlicher Leistungen kann nur der individuelle tatsächliche Pflegebedarf der Patient:innen sein. Kostenbegrenzungen oder -senkung sind keine Argumente für eine neue Vergütungssystematik in der Pflege. Wenn nur die tatsächlich erbrachten Leistungen innerhalb eines definierten Katalogs als Grundlage der Vergütung dienen, wird damit ein System der Mangelversorgung zementiert. Eine bedarfsgerechte Versorgung der Patient:innen ist auch gesetzlich festgeschrieben (u.a. § 12 SGB V). Aus dieser Perspektive gibt es keine Begründung den individuellen Pflegebedarf nicht als Grundlage der Vergütung festzulegen.

2. Pflege ist komplexer als Pflegeassessment und Pflegediagnosen

Von zentraler Bedeutung ist die Frage, wer über die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs entscheiden soll: die jeweils zuständige Pflegefachperson oder ein Algorithmus, der den Pflegebedarf automatisch aus einzelnen Pflegediagnosen ableitet und vorgibt. Pflegeassessments sind unbestritten ein wichtiger Bestandteil des Pflegeprozesses und dienen einer gewissen Objektivierung. Auch eine Pflegediagnostik ist ein sinnvolles Hilfsmittel, um pflegespezifische Leistungen zu planen. Pflegediagnosen, wie sie der GKV-SV versteht, sind aber keine Pflegediagnostik, sondern dienen der Abrechnung von Pflegeleistungen. Die automatisierte Verschlüsselung von Pflegediagnosen gleichzusetzen mit einer dezidierten Pflegediagnostik führt leicht zu Missverständnissen. Entscheidend für die Nutzung dieser Instrumente ist die pflegfachliche Expertise der Pflegefachpersonen bei deren Anwendung, wie es auch im Pflegeberufgesetz als Vorbehaltsaufgabe definiert ist.

3. Pflege ist mehr als Pflegeplanung und Umsetzung von Pflegeinterventionen

Die Pflegeplanung hilft dabei die Pflegebedarfe und hieraus abzuleitende Interventionen systematisch zu erfassen und zu strukturieren. Zu Recht nimmt die Pflegeplanung einen wichtigen Stellenwert im Pflegeprozess ein. Durchführung und Bewertung der geplanten Interventionen führen zu Anpassungen der Planung in einem kontinuierlichen PDCA-Zyklus. Die Umsetzung von Pflegeinterventionen gehört zu einer professionellen Pflege, ist aber nur ein Teil davon. Denn professionelle Pflege ist Beziehungsarbeit, ein professionelles Handwerk, Wissenschaft und Kunst und damit weit mehr als eine Aneinanderreihung von einzelnen Pflegeinterventionen. In einer interaktionsbasierten Versorgung von Menschen spielen viele weitere Aspekte eine Rolle, wie Edukation oder Zuwendung und Trost.

4. Pflegeleistungen werden nicht nur an Patient:innen erbracht

Leistungen, die nicht direkt an Patient:innen erbracht werden, sind in einem leistungsorientierten Abrechnungssystem nicht berücksichtigt. Diese Leistungen – beispielsweise im Management, in der Koordination von Behandlungs- und Versorgungsprozessen, in der Administration und Qualitätssicherung – sind von Fachbereich zu Fachbereich und von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich. Der Aufwand für Koordinationsprozesse ist massiv gestiegen, dabei übernehmen häufig Pflegefachpersonen die Koordination der gesamten Behandlungsprozesse im Krankenhaus, ohne dass diese Leistungen transparent werden. Neben den Primärleistungen, also der Versorgung von Patient:innen rund um die Uhr, werden von den Stationen auch sogenannte Sekundärleistungen abgerufen. Diese Tätigkeiten werden bisher von den Pflegenden vielfach informell durchgeführt. Ein sinnvoller Skill-Grade-Mix inklusive der Einbindung von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen muss vollumfänglich finanziert werden.

5. Pflege ist keine Medizin

Die Pflege unter der Medizin zu subsumieren, wird dem Berufsverständnis von Pflegefachpersonen in keinster Weise gerecht. Die beruflichen Paradigmen, Ziele und Methoden sind unterschiedlich. Die Einführung der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in der Medizin, bedeutet keine Notwendigkeit für die Pflege ein ähnliches System einzuführen und mit der Systematik ärztlicher Leistungen gleichzustellen. In der Regel sind ärztliche Tätigkeiten und Leistungen stärker fallbezogen, werden also nur einmal pro Klinikaufenthalt erbracht. Pflegeleistungen werden in der Regel in einem kontinuierlichen Prozess täglich, oft sogar mehrmals täglich in der direkten Interaktion mit dem Patienten erbracht. Sie orientieren sich an den

Wertvorstellungen und Wünschen der Patienten, sind daher viel variabler und nicht zu 100% in einer Pflegediagnosen-Systematik abbildbar. Pflege ist als Beziehungsarbeit und Interaktionsprozess zudem weniger planbar als ein mit S3-Leitlinien hinterlegter ärztlicher Versorgungsprozess. Medizin und Pflege sind also in den Versorgungsprozessen nicht miteinander vergleichbar.

6. Gute Pflege fängt bei Prävention an

Das Präventionsparadox trifft auch für die Pflege zu. Scheinbar hohe Kosten für gute Pflege führen aber volkswirtschaftlich gesehen zu Entlastungen der Sozialversicherungen. Die Pflege kann ihren großen präventiven Charakter aber nur entfalten, wenn sie gut und aktivierend durchgeführt wird. Dazu müssen ausreichend Zeitressourcen zur Verfügung stehen und finanziert werden. Das gilt auch für die Rehabilitation. Insbesondere der Kompetenzaufbau bei Patient:innen durch Patientenedukation spielt eine wichtige Rolle für die Gesunderhaltung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Pflegefachpersonen sind hervorragend ausgebildet, um diese Aufgabe im interprofessionellen Team zu übernehmen.

7. Digitale Dokumentation sinnvoll umsetzen

Es wird eine digitale Dokumentation für pflegfachliche Prozesse benötigt, die eine wirkliche Entlastung der Pflegefachpersonen bringt. Wenn Sinn und Zweck der Dokumentation aber darin bestehen, als Basis für eine Stellenfinanzierung zu dienen, dann ist ein erheblicher Mehraufwand vorprogrammiert, der an den tatsächlichen Bedürfnissen der Pflegefachpersonen vorbeigeht. Anstelle von Dokumentation zu Abrechnungszwecken brauchen wir dringend mehr Möglichkeiten zur Qualitätssicherung und zur frühzeitigen Erkennung von Problemen und deren Lösung durch digitale Dokumentation.

8. Pflegewissenschaftlicher Konsens ist notwendig

Ein Instrument zur Personalbedarfsermittlung nach §137k SGB V muss auf einer guten Datengrundlage aufgebaut sein und in einem breiten pflegewissenschaftlichen Konsens erarbeitet werden. Der Theoriebezug muss klar erkennbar sein. Dem wird ein primär wirtschaftlicher Ansatz nicht gerecht. Es kann nicht sein, dass je nach beauftragter Institution unterschiedliche Definitionen von pflegfachlichen Leistungen erfolgen.

9. Datengrundlagen fehlen

Es ist fraglich, auf welcher Grundlage Pflegediagnosen in eine Vergütung gebracht werden sollen. Der Pflegelastkatalog (synonym auch Pflegeerlöskatalog und Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands) ist dazu kein geeignetes Instrument, da er lediglich den Pflegeanteil an den DRGs in Bewertungsrelationen angibt. Die Annahme, der Pflegelastkatalog bilde den Pflegeaufwand im Sinne von Pflegezeitaufwand ab, ist falsch. Dies gilt selbstverständlich auch für den Pflegeaufwand im Sinne von „erbrachten Pflegeleistungen“. Das ist keine Datengrundlage für eine bedarfsorientierte und individuelle pflegerische Betreuung, sondern kann lediglich die aktuell vorherrschende Mangelversorgung fortschreiben.

Der DBfK fordert

- Ein zu beauftragendes wissenschaftliches Instrument zur Personalbemessung nach §137k SGB V im Krankenhaus muss dringend am individuellen tatsächlichen Pflegebedarf der Patient:innen orientiert sein.
- Ausschließlich den Pflegefachpersonen obliegt die Kompetenz für die Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs. Diese Kompetenz darf keinesfalls zu Abrechnungszwecken entzogen und allein auf Algorithmen übertragen werden.
- Die PPR 2.0 muss sofort als Interimsinstrument eingeführt werden, damit die Pflegefachpersonen im Krankenhaus schnell eine wirkliche Verbesserung ihrer Arbeitssituation verspüren.
- Das zu entwickelnde Instrument nach §137k SGB V ist in einem breiten pflegewissenschaftlichen Konsens zu erarbeiten. Dafür müssen ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.
- Eine vollständige Finanzierung von Pflegeleistungen im Krankenhaus muss gesichert sein und sämtliche Leistungen des Pflegedienstes umfassen – also die primären Leistungen in der direkten Versorgung am Bett **und** die sekundären Leistungen der Versorgung inklusive der Koordination von Behandlungs- und Versorgungsprozessen. Auch die Pflegeleistungen in nicht bettenführenden Bereichen und ein angemessener Skill-Grade-Mix müssen zu 100% finanziert sein.
- Es müssen „Rote Linien“ (Mindestpersonalvorgaben) definiert sein, die zu keinem Zeitpunkt unterschritten werden dürfen und bei denen sofort Maßnahmen zu ergreifen sind, um die Pflegefachpersonen vor Überlastung zu schützen und die Sicherheit der Patient:innen zu gewährleisten, z.B. Sperrung von Betten oder Verlegungen.
- Ein Paradigmenwechsel vom Misstrauensprinzip zum Vertrauensprinzip ist zwischen den Selbstverwaltungspartnern dringend notwendig, um den gesetzlichen Auftrag einer bedarfsgerechten Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.

Literatur

Bundesregierung (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Online unter:

https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/KAP_Vereinbarungstexte.pdf (15.08.2021).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021): Positionspapier Reform der Krankenhausfinanzierung. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Reform-Krankenhausfinanzierung.pdf (22.10.2021).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020a): Positionspapier Pflegepersonalquotient (§ 137) SGB V). Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Pflegepersonalquotient_Final.pdf (15.08.2021).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020b): Aktionsprogramm 2030, Berlin. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/DBfK-Aktionsprogramm-2030.pdf> (15.08.2021).

DBfK, ÖGKV, SBK (2011): Position der Berufsverbände DBfK, ÖGKV und SBK zur International Classification for Nursing Practice – ICNP® (Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis). Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/DBfK-OeGKV-SBK_zu_ICNP_2011.pdf (15.08.2021).

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.); DIP e. V. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Bericht über die erste Phase des Projektes Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen. Online unter: <https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht-pflegeleistung1.pdf> (15.08.2021).

Krawecki, Johann Ch.; Giehl, Johannes (2017): Instrumente und Methoden zur Pflegebedarfsermittlung im Krankenhaus mit Fokus auf die Intensivpflege. Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes (Hrsg.).

Leber, Wulf-Dietrich; Vogt, Charlotte (2020): Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Split. In: Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg; Wasem, Jürgen; Beivers, Andreas (Hrsg.) (2020): Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, S. 111-144. Online unter: <https://www.springer.com/de/book/9783662604861> (15.08.2021).

Schmedders, Mechtild (2021): Vortrag auf dem DRG Forum 19. März 2021 in der Session PPUG vs. Personalbemessung. [liegt vor]

Simon, Michael (2021a): Nursing Related Groups: Analyse und Kritik der Idee eines Pflegepauschalensystems für Krankenhäuser. Online unter: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder/Aktuelles/Publikationen/Simon_2021_Nursing_Related_Groups_-_Kritik_der_Idee_eines_NRG-Systems.pdf (22.10.2021).

Simon, Michael (2021b): Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik. Online unter: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder/UEber_uns/Personen/Simon_2021_Pflegepersonal_in_Krankenha_usern_-_neuere_Entwicklungen.pdf (11.11.2021).

Simon, Michael (2021c): Pflegediagnosen und Personalbemessung: Zur Frage der Eignung von Pflegediagnosen für die Personalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Online unter: <https://f5.hs-hannover.de/ueber-uns/personen/lehrende/prof-dr-michael-simon/> (30.11.2021).

Stemmer, Renate; Haubrock, Manfred; Böhme, Hans (2008a): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. [liegt vor]

Stemmer, Renate; Böhme, Hans (2008b): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 13, Heft-Nr. 3; S. 197-215. Online unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2008-Stemmer.pdf> (15.08.2021).

Thomas, Dominik; Reifferscheid, Antonius; Pomorin, Natalie; Wasem, Jürgen (2014): Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. IBES Diskussionsbeitrag, Nr. 204. Online unter: https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/Forschung/IBES_Diskussionbeitraege/IBES_2014_nr204.pdf (15.08.2021).

Der Bundesvorstand, Berlin: Januar 2022

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

