

- Positionspapier -

Reform der Krankenhausfinanzierung

Die Personalsituation der Pflege in deutschen Krankenhäusern ist seit Jahrzehnten nicht angemessen. Schon die Pflegepersonalregelung (PPR) zeigte einen erheblichen Mehrbedarf an Pflegepersonal und wurde gerade deswegen im Jahr 1996 ausgesetzt. Dennoch kam es zu einem weiteren massiven Stellenabbau. Durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahr 2003 ist der Pflegepersonalabbau noch einmal verstärkt worden. Verschiedene Formen von Deckelungen der Gesamtausgaben führten zur Umverteilung der Budgets im Krankenhaus zu Ungunsten des Pflegepersonals. Beispielsweise ist in den Allgemeinen Krankenhäusern der Anteil an den Personalkosten im Pflegedienst von 38,56 % (2000) auf 28,83 % (2018) gesunken, während der Anteil an den Personalkosten im ärztlichen Dienst von 22,32 % (2000) auf 32,97 % (2018) angestiegen ist (Destatis 2018-2000). Zudem wurden im Rahmen der Dualen Finanzierung durch die Bundesländer deutlich zu wenig Mittel zur Deckung der Investitionskosten für die Krankenhäuser zur Verfügung gestellt, wodurch wiederum Investitionen aus den laufenden Sach- und Betriebsmitteln getätigt werden mussten. Aufgrund dieser Einflussfaktoren haben die Krankenhäuser umfangreich an Pflegepersonalkosten gespart und die Arbeitsbelastung ist deutlich angestiegen (hierzu u.a. Simon 2020, Isfort 2018, Greß & Stegmüller 2014, Isfort et al. 2012).

Die Situation verschärft sich zunehmend und selbst der leichte Stellenaufbau der letzten Jahre kann die gestiegene Arbeitsbelastung durch erhöhte Fallzahlen und Fallschwere bei Weitem nicht kompensieren. Bei der Anzahl an Pflegefachpersonen pro Fall nimmt Deutschland einen der letzten Plätze im internationalen Vergleich ein (Böcken & Kostera 2017). Die Folgen dieser Politik sind verheerend: Zahlreiche empirische Studien belegen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und gesundheitsgefährdenden Komplikationen bei Patient:innen (hierzu u.a. Simon et al. 2020, Wynendaele et al. 2019, Aiken et al. 2016). Außerdem mehren sich die Studien und Befragungen, die auf eine Flucht aus dem Pflegeberuf hinweisen (hierzu u.a. DBfK 2021, DGIIN 2021).

Die Politik hat in den letzten Legislaturperioden verschiedene Maßnahmen angestoßen, um die Personalsituation der Pflege im Krankenhaus zu verbessern. Beispielsweise sollten mit dem Pflegestellenförderprogramm mehr Stellen für die Pflege am Bett, d.h. für die Patient:innen, geschaffen werden. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind als „Rote Linie“ einer personellen Minimalbesetzung, die nicht weiter unterschritten werden darf, eingeführt worden. Schließlich sind mit dem Pflegebudget die Personalkosten der Pflege auf bettenführenden Stationen aus dem DRG-System ausgegliedert worden. Erfolge sind für die Pflegefachpersonen auf den Stationen noch nicht spürbar - teilweise führen die Maßnahmen sogar zu einer Verschlechterung der Pflegepersonalsituation; so hat sich die Pflegepersonaluntergrenze vielmehr zur Standardpersonalausstattung entwickelt, anstatt als „Rote Linie“ zu gelten (DBfK 2020). Die tatsächlich wirkenden Maßnahmen zur Erreichung einer guten und motivierenden Pflege sind bisher nicht umgesetzt worden. Dazu gehört insbesondere für eine verbindliche qualitativ und quantitativ ausreichende Personalausstattung zu sorgen.

Aus Sicht der Patient:innen bietet eine Reform der Krankenhausfinanzierung die Chance auf mehr Behandlungsqualität und vor allem Sicherheit. Für die Pflegefachpersonen die Chance auf Anerkennung ihrer fachlichen Leistungen und auf eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat dafür aus pflegefachlicher Sicht Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung erarbeitet:

1. Berechtigte Ansprüche der Patient:innen finanzieren

Eine stationäre Versorgung im Krankenhaus erfolgt nur, wenn dazu auch pflegfachliche Unterstützung und Versorgung notwendig sind. Wenn keine Pflege notwendig ist, werden Menschen üblicherweise ambulant behandelt. Sie erwarten daher in den Krankenhäusern zu Recht eine fördernde Versorgung, die nötig ist, um gesund zu werden oder ihr Leiden zu lindern. Der einzigartige Mehrwert von professioneller Pflege entsteht insbesondere in der weder planbaren noch delegierbaren Interaktion zwischen Pflegefachperson und Patient:in. Dieser Prozess entwickelt sich scheinbar am Rande der pflegerischen Versorgung, für die Patient:innen ist er allerdings von essentieller Bedeutung zur Bewältigung ihrer Gesundheitsprobleme.

2. Berechtigte Ansprüche der Pflegefachpersonen sicherstellen

Pflegefachpersonen benötigen gute Arbeitsbedingungen, um das volle Potenzial pflegerischer Interventionen auszuschöpfen. Sie haben zudem den Anspruch und das Recht in Bedingungen zu arbeiten, die sie nicht krank machen. Das verlangt eine Reduzierung der extrem hohen Arbeitsbelastung sowie die eigene Gesunderhaltung und Zufriedenheit mit der durchgeführten Arbeit zu ermöglichen. Dazu bedarf es unter anderem einer quantitativ und qualitativ angemessenen Personaldecke. Denn eine gute pflegerische Versorgung braucht Pflegepersonal, das den fachlichen Standards und dem professionellen Anspruch an die Arbeit gerecht werden kann. Für alle diese Aspekte müssen auch Zeitressourcen zur Verfügung stehen und finanziert werden.

3. Mitsprache der Pflege in der Selbstverwaltung

Die Krankenhausfinanzierung darf nicht weiterhin nur zwischen den klassischen Selbstverwaltungspartnern (G-KV SV und DKG) mit der Politik ausgehandelt werden. Die Bundespflegekammer und die bestehenden Pflegeberufekammern der Länder sowie der Deutsche Pflegerat und die Berufsverbände müssen in alle Entscheidungsprozesse eingebunden und stimmberechtigt sein. Außerdem fordert der DBfK eine „dritte Bank“ für Pflegefachpersonen im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

4. Vollständige Finanzierung der Pflegepersonalkosten

Die Pflegepersonalkosten müssen auf Basis einer pflegewissenschaftlich fundierten Personalbedarfsermittlung, die sich am individuellen Pflegebedarf ausrichtet, zu 100% finanziert werden. Die Personalbedarfsermittlung muss auch einen geeigneten Skill-Grade-Mix berücksichtigen sowie „Rote Linien“ in der Personalbesetzung setzen, die nicht unterschritten werden dürfen (Mindestpersonalvorgaben). Als Interimsmaßnahme muss sofort die PPR 2.0 eingeführt werden.

5. Finanzierung von notwendigen Prozess- und Vorhaltekosten

Prozesskosten entstehen überall, denn auf jeder Station wird Arbeit geleistet, die nicht direkt an und mit den Patient:innen erbracht wird, z.B. pflegerische Organisations- und Koordinationsaufgaben. Die Anteile am Gesamtaufwand sind von Station zu Station und von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich. Einige Bereiche benötigen sogar ausgeweitete Vorhaltestrukturen, z.B. die Notfallversorgung oder Geburtshilfe. Prozess- und Vorhaltekosten müssen also zusätzlich zu einer Personalbedarfsermittlung auf Basis des Pflegebedarfs finanziert werden.

6. Ablehnung der Einführung von Pflegediagnosen und NRGs

Eine Personalbedarfsermittlung, die auf Pflegediagnosen oder Nurse Related Groups (NRG) basiert lehnt der DBfK ab. Wenn nur die auf Grund fehlender Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen in einer Personalbedarfsermittlung betrachtet werden, dann wird der Status Mangelversorgung zementiert. Durch eine Finanzierung der Pflegekosten auf dieser Basis wird die pflegerische Versorgung in eine Spirale von Fehlanreizen wie Mengenausweitung und Konzentration auf lukrative Fälle geraten.

7. Vollumfängliche Finanzierung der Investitionskosten

Die Bundesländer sind seit vielen Jahren ihren Verpflichtungen im Rahmen der dualen Finanzierung nicht nachgekommen. In Zukunft muss es dringend verpflichtende Finanzierungsquoten geben, unabhängig davon, ob die Investitionskosten vom Bund oder von den Ländern bereitgestellt werden.

8. Gemeinwohlorientierung anstatt Gewinnausschüttung

Gewinne von Krankenhauskonzernen müssen limitiert werden, beispielsweise durch ein Ausschüttungsverbot. Es kann nicht sein, dass ein solidarisches und öffentlich finanziertes Gut wie die Krankenhausversorgung zu Gewinnausschüttungen für private Investoren führt. Denn mit öffentlichen Mitteln erzielte Gewinne müssen in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung reinvestiert werden.

9. Krankenhausplanung aktiv betreiben

Eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen kann eine gute Grundlage für die länderspezifische Krankenhausplanung bieten. Komplexe Krankheitsbilder dürfen nur dort behandelt werden, wo auch die entsprechenden Strukturen und Qualität gegeben sind. Das ist auch im Sinne der Pflegefachpersonen. In die Krankenhausplanung müssen zwingend Anforderungen an die Menge und Qualifikation des Pflegepersonals einfließen. Nicht benötigte Mehrfachstrukturen müssen vermieden werden und räumlich nahe Versorgungsmöglichkeiten sichergestellt werden.

10. Versorgungskonzepte neu denken

Es ist notwendig die Sektorengrenzen aufzuheben und innovative Versorgungskonzepte zu ermöglichen, die ambulante und stationäre Leistungen miteinander verzahnen. Eine Ausweitung der ambulanten Leistungen zum Zweck der Bettenreduzierung kann nur sinnvoll erfolgen, wenn gleichzeitig ein Gesamtkonzept für Versorgungsprozesse entwickelt wird, z.B. die Versorgung in Primärversorgungszentren unter pflegerischer Leitung oder die ambulante Versorgung durch Community Health Nurses.

11. Fehlanreize abschaffen

Das Betreiben eines Krankenhauses ist kein Selbstzweck. Fehlanreize für eine Über- und Fehlversorgung bei der Wahl der Diagnostik und Therapie müssen im Finanzierungssystem beseitigt werden. Eine Unterversorgung darf dagegen nirgendwo entstehen, insbesondere nicht in der pflegerischen Versorgung. Es darf nicht sein, dass Krankenhäuser sich aus Absicht der Gewinnmaximierung auf lukrative Fälle spezialisieren oder durch unnötige Mengenausweitung zusätzliche Einnahmen generieren.

12. Ethische Herausforderungen

Oberste Priorität hat eine pflegerische wie medizinische Behandlung nach Stand der Wissenschaft im Abwägen von erreichbaren Therapieerfolgen, Lebensqualität und Selbständigkeit der Patient:innen. Diesbezügliche Patient:innenwünsche sind unbedingt zu respektieren und eine Behandlung darf nur erfolgen, wenn diese von den Patient:innen erwünscht ist.

Eine dringend erforderliche Reform der Versorgungsstrukturen der deutschen Krankenhäuser wird seit Jahren auf Bundes- wie Landesebene nur halbherzig versucht bzw. verschoben. Der Ansatz die Probleme durch wirtschaftlichen Druck und Wettbewerb zu lösen hat nicht gefruchtet – im Gegenteil. Es braucht jetzt dringend kluge und mutige politische Reformen um eine qualitätsvolle und zukunftsfähige Versorgung sicherzustellen.

Literatur

- Aiken, Linda H; Sloane, Douglas; Griffiths, Peter; Rafferty, Anne Marie; Bruyneel, Luk; McHugh, Matthew; Maier, Claudia B; Moreno-Casbas, Teresa; Ball, Jane E; Ausserhofer, Dietmar; Sermeus, Walter (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In: *BMJ Qual Saf* 2017;26:559–568.
- Böcken, J.; Kostera, Th. [Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)] (2017): Pflegepersonal im Krankenhaus. Daten, Analysen, Perspektiven. *Spotlight Gesundheit* Nr. 6, 2017.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2021). Gut geschützt bei der Arbeit? – Zur konkreten Situation beruflich Pflegenden in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown, Berlin.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2020). Ziel erreicht? Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus, Berlin.
- Destatis (2018-2000): Kostennachweis der Krankenhäuser. *Fachserie / 12 / 6 / 3*. Wiesbaden.
- DGIIN (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin) (2021): Umfrage der DGIIN zum Belastungserleben der Mitarbeitenden während der dritten Welle der Corona Pandemie in der Intensiv- und Notfallmedizin. Berlin.
- Greß, S.; Stegmüller, K. (2014): Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung - Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di).
- Isfort, M. (2018): Personalmindeststandards in der Pflege – Möglichkeiten, Grenzen und Alternativen. Präsentation am 6.2.2018, München. Abgerufen am 06.07.2021 unter https://bayerischer-landespflegerat.de/wp-content/uploads/180206_Vortrag_Isfort_FA2018.pdf.
- Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.
- Klie, T.; Manzeschke, A.; Remmers, H. (2021): Pflege in der Krise – Diagnosen und Konsequenzen. In: *Dr. med Mabuse*, Nr. 252, S. 44-47.
- Simon, M. (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Working Paper Nummer 196, Forschungsförderung der Hans-Böckler Stiftung.
- Simon, M.; Sharma, N.; Gerfin, M. (2020): Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitälern: Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik.
- Wynendaele H; Willems R; Trybou J. (2019): Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. In: *Journal of Nursing Management*. Jg. 27, Nr. 5, S. 896-917.

Der Bundesvorstand, Berlin: September 2021

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

