

# Pflegebudget

Seit dem Jahr 2020 wird die Krankenhausfinanzierung auf eine Kombination von Fallpauschalen (DRG) und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) umgestellt. Die DRGs wurden dazu um die Pflegepersonalkosten bereinigt und die sogenannten aDRGs („a“ für ausgegliedert) finanzieren die Sach- und Personalkosten außerhalb des Pflegebudgets. Durch das Pflegebudget werden die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen pauschal abgegolten.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) begrüßt den Umstand, dass das Pflegebudget nicht für andere Zwecke als zur Deckung der Personalkosten verwendet werden darf. Dadurch wird einer Quersubventionierung anderer Bereiche zulasten des Budgets für das Pflegepersonal vorgebeugt. Es wird für Krankenhäuser wieder attraktiv sein, Pflegepersonal einzustellen, anstatt daran zu sparen. Außerdem ist die komplette Finanzierung von Personalzuwachsen, Qualifizierungssteigerungen und Tarifsteigerungen durch das Pflegebudget sehr erfreulich.

Allerdings zeigen sich noch Startschwierigkeiten bei den gerade erst begonnenen Verhandlungen zum Pflegebudget. Insbesondere exaktere Abgrenzungen bei der Zuordnung der Berufsgruppen, der Ausweisung der Anteile für nicht pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche und der Definition von pflegeentlastenden Maßnahmen sind nötig. Diese sollten möglichst genau durch den Gesetzgeber geregelt werden, um eine Rechtssicherheit für die verhandelnden Krankenhäuser zu bieten. Denn es steht zu befürchten, dass in den krankenhausesindividuellen Verhandlungen die Krankenkassen versuchen werden, das Pflegebudget nach unten zu korrigieren und nicht, wie vom Gesetzgeber versprochen, jede (zusätzlich geschaffene) Pflegestelle sowie adäquate pflegeentlastende Maßnahmen zu finanzieren. Wenn mit dem Pflegebudget lediglich der Status quo festgeschrieben wird und der Mangel an Pflegefachpersonen im Krankenhaus sich fortsetzt, dann wird das Pflegebudget nicht zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen.

Schlupflöcher sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen müssen schnell geschlossen werden; beispielsweise wird der Funktionsbereich zunehmend unter Druck geraten, weil dieser nicht Bestandteil des Pflegebudgets ist. Es ist zu warnen vor einer zukünftigen Entwicklung, dass in Notaufnahmen, Operationssälen und in der Diagnostik keine Pflegefachpersonen mehr arbeiten, sondern pflegerisch weniger qualifizierte Berufsgruppen wie medizinische, operationstechnische oder anästhesietechnische Assistenzberufe eingesetzt werden. Ebenso müssen ambulante Leistungen in den Krankenhäusern über das Pflegebudget finanziert werden, denn Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen erbringt häufig auch ambulante Leistungen. Diese im Pflegebudget geschaffenen Abgrenzungen entsprechen in keiner Weise der Realität von Versorgungsprozessen.

Mit der Einführung des Pflegebudgets muss auch der gegenwärtige Stand der Krankenhausfinanzierung überdacht werden. Die Festschreibung eines Gesamthaushalts und die Deckelung des Pflegebudgets führen lediglich zu Verschiebungen der Budgets. Davon mag der Pflegebereich profitieren, aber durch Einsparungen an anderer Stelle werden Konkurrenzen geschürt. Ein seit Jahren ungelöstes Problem sind die zu niedrig getätigten Investitionsquoten durch die Bundesländer im Rahmen der dualen Finanzierung. Die aktuelle Pandemie zeigt uns zudem wie wichtig das Vorhalten von Kapazitäten ist. Eine Finanzierung von Vorhaltestrukturen muss daher dringend auf den Weg gebracht werden. Wenn diese Probleme nicht gelöst werden, dann wird das Pflegebudget weder für die Pflegeberufe noch für die Patientinnen und Patienten positive Effekte haben können.

Zur Flankierung des Pflegebudgets muss dringend und schnellstmöglich ein Instrument zur Personalbedarfsermittlung in die Praxis eingeführt werden. Als Sofortmaßnahme kann interimsmäßig eine bereits entwickelte PPR 2.0 eingeführt werden. Parallel dazu muss die pflegewissenschaftliche Entwicklung eines analytischen Instrumentes zur Pflegepersonalbedarfsermittlung auf der Grundlage des Pflegebedarfs erfolgen. Dafür muss seitens des Gesetzgebers die finanzielle Grundlage geschaffen werden und zeitnah eine Auftragsvergabe erfolgen.

Der als Ganzhausansatz bezeichnete Pflegepersonalquotient darf nicht als Ausgangslage für die Finanzierung der Pflege im Krankenhaus genommen werden, denn er bildet nicht den Pflegeaufwand ab. Der Pflegepersonalquotient berücksichtigt lediglich die in den DRGs ausgewiesenen Anteile für Pflege, die in keinerlei wissenschaftlich basiertem Zusammenhang zum Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten stehen. Diesen Weg in Richtung bundesweit einheitliche Pflegepauschalen lehnt der DBfK entschieden ab.

Das Pflegemanagement muss in die Budgetverhandlungen eingebunden werden und als gleichberechtigtes Mitglied der oberen Leitungsebene tätig sein. Dazu werden vermehrt akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den Pflegedienstleitungen benötigt. Außerdem ist eine transparente Budgeterstellung und Leistungsplanung nötig, beispielsweise durch die Veröffentlichung von Grunddaten der Verhandlungsergebnisse.

### **Der DBfK fordert**

Das Pflegebudget muss als Ausgangspunkt genommen werden, um die pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu verbessern. Dazu müssen insbesondere folgende Aspekte umgesetzt werden:

- Eine langfristig gesicherte Refinanzierung aller Pflegepersonalkosten sowohl für qualitative als auch quantitative Weiterentwicklung der Personalressourcen in allen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Denn eine Deckelung des Pflegebudgets entspricht nicht der vom Gesetzgeber versprochenen Finanzierung aller Pflegestellen im Krankenhaus. Das gilt auch für eine adäquate Anrechnung von pflegeentlastenden Maßnahmen.
- Die Ausweitung der Pflegebudgets auf alle Bereiche und Tätigkeiten, die typischerweise von Pflegefachpersonen übernommen werden. Dazu zählen die Tätigkeiten in den Zentralen Notaufnahmen, die Pflege im OP und in der Anästhesie sowie in der Endoskopie und anderen diagnostischen und ambulanten Abteilungen ebenso, wie die administrativen und konzeptionellen Tätigkeiten der Pflegefachpersonen in der Leitung sowie in der Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft im Krankenhaus.
- Die Krankenhausfinanzierung, insbesondere für Investitionen und Vorhaltestrukturen, muss überdacht werden. Der Bund und die Länder müssen gemeinsam nachhaltige Lösungen entwickeln.
- Die zeitnahe Einführung der PPR 2.0 als Interimsinstrument sowie die Finanzierung und Auftragsvergabe für ein pflegewissenschaftlich entwickeltes Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung.
- Gesetzlich geregelter Einbezug des Pflegemanagements in die Pflegebudgetverhandlungen und
- Veröffentlichung von Grunddaten der Verhandlungsergebnisse aller Kliniken.

Der Bundesvorstand, Berlin; 15. Dezember 2020

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

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