

Pflegepersonalmangel

Pflege im Krankenhaus ist auch ein Gleichstellungsthema

Die Gleichstellung von Pflegekräften und Ärzten in den steuernden Mechanismen des Gesundheitssystems tut not. Denn die pflegerische Versorgung wird erst dann nachhaltig besser werden, wenn die pflegerischen Leistungen in den Krankenhäusern erkennbar und auch erlösrelevant werden, sagt unsere Autorin.

Von Dr. Mechtild Schmedders

Pflegepersonalmangel in den deutschen Krankenhäusern ist kein neues, sondern ein seit Langem besorgniserregendes Problem. In den letzten drei Jahren wurden von der Politik oft „schnelle“ Lösungen versprochen und es entstand manchmal der Eindruck, es sei gerade erst aufgetreten. Mit Hochdruck sollten Pflegepersonaluntergrenzen entwickelt und die Herauslösung der Pflege aus dem DRG-System hin zur Selbstkostendeckung vollzogen werden. Das Thema Pflegepersonalmangel ist aber mehrere Jahrzehnte alt. Bereits zu Beginn der 1990er-Jahre wurde die Pflegepersonalregelung (PPR) auf den Weg gebracht, weil anhand des Pflegebedarfes der Patienten der Pflegepersonalbedarf der Krankenhäuser ermittelt und endlich für ausreichend Personal gesorgt werden sollte. Rückblickend betrachtet ein gescheitertes Unterfangen, weil die damit verbundene Kostensteigerung nicht der Finanzlage entsprach.

Es folgten in den Jahren 2008/09 zwei Pflegegipfel. Mit dem ersten Pflegestellen-Förderprogramm in Höhe von über einer Milliarde Euro sollten 17.000 neue Stellen finanziert werden. Das Geld wurde gezahlt, jedoch gelang keine nachhaltige Stabilisierung der pflegerischen Versorgung. Problematisch war, dass nach der Aufbauphase von drei Jahren nur noch ein kleinerer Teil des Geldes zweckgebunden und an die hochaufwendige Pflege gekoppelt blieb. Ungeachtet dessen hat der Gesetzgeber im Jahr 2016 erneut auf die-

ses Instrument gesetzt und das zweite Pflegestellen-Förderprogramm ins Leben gerufen, das Ende letzten Jahres auslief. Nun stellte sich das Bild noch einmal anders dar: Nach Analysen des GKV-Spitzenverbandes wurden die Mittel in den ersten beiden Förderjahren nur etwa zur Hälfte abgerufen, da das Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt knapp geworden ist. Alle der genannten Lösungsversuche haben gemeinsam, dass sie keinen Anreiz für die Krankenhäuser enthalten, sich dauerhaft um ausreichend Pflegepersonal zu bemühen. Zugleich wurde auch das Problem der im internationalen Vergleich zu hohen Fallzahlen nicht erfolgreich angegangen, welches den Pflegepersonalmangel mit erzeugt.

Regelung sorgt für Transparenz

Parallel zum zweiten Pflegestellen-Förderprogramm tagte in der letzten Legislaturperiode die Pflege-Expertenkommission. Interessenvertreter aus der Pflege waren dort deutlich unterrepräsentiert, vielleicht ein Indiz für ein tiefer liegendes Problem. Der Bundesgesundheitsminister und die Ländervertreter sprachen sich schließlich für die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) aus, um eine pflegerische Mindestversorgung in den pflegesensitiven Bereichen aller Krankenhäuser sicherzustellen. Dass die PpUG erst dann eine positive Wirkung in den Krankenhäusern

mit besonders wenig Pflegepersonal bewirken können, wenn sie für nahezu alle bettenführenden Bereiche gelten, war von Anfang an klar. Die Regelung hat aber schon jetzt für sehr viel mehr Transparenz über die Pflegepersonalausstattung gesorgt. Die Kritiker, denen diese Transparenz ein Dorn im Auge zu sein scheint, möchten die Untergrenzenregelung jedoch schon wieder kippen: Das Ziel sei nicht erreicht worden, der bürokratische Erfassungsaufwand angeblich zu hoch und es drohe Unterversorgung wegen Bettenschließungen. Zu Letzterem kommt es jedoch nicht wegen der Untergrenzenregelung, sondern weil faktisch zu wenig Personal da ist, um eine Patientengefährdung auszuschließen und eine verantwortungsvolle pflegerische Versorgung zu garantieren. Unter solchen Bedingungen sind Bettenschließungen daher unabdingbar.

Das propagierte, aber in seinen Details unpräzise und als Interimslösung präsentierte Gegenmodell soll eine aktualisierte Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) sein und damit ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zur Verhandlung von Pflegebudgets. Man kann sich nur wundern, wurde dieser Weg doch schon einmal erfolglos beschritten. Zudem kann er nur mit einem erheblichen Erfassungsaufwand in allen Krankenhäusern funktionieren. Interessanterweise sind die Befürworter dieses Weges dieselben wie diejenigen, die sonst den Vorwurf überbordender Bürokratie allzu gerne als Argument gegen Leis-



tungsdokumentation verwenden. Viel problematischer ist jedoch, dass Pflege und Pflegepersonal auf diese Weise wieder ausschließlich als Kostenfaktor beziehungsweise als zu refinanzierende Personalkosten begriffen werden. Der Vorschlag enthält keinerlei Impulse, die pflegerischen Leistungen transparent zu machen und auf eine qualitative Verbesserung der Pflege in den Krankenhäusern hinzuwirken.

Erlös ausschließlich aus ärztlichen Leistungen

Die in den Krankenhäusern dominierenden Berufsgruppen sind die der Ärzte und Pflegenden. Im bis Ende 2019 geltenden Fallpauschalensystem (DRG-System) ergab sich der Erlös eines Krankenhauses jedoch fast ausschließlich aus den erbrachten und kodierten ärztlichen Leistungen. Die Pflege gilt daher auch als erlösschwach (einzige Ausnahme waren die Entgelte für hoch aufwendige Pflege, die mit circa 300 Millionen Euro jedoch insgesamt zu den circa 75 Milliarden Euro kaum ins Gewicht fallen). Die Fallpauschalen enthielten natürlich auch die Kosten beziehungsweise Erlöse für die pflegerischen Leistungen, jedoch wurden diese nur unzureichend der Leistung der Pflegenden anerkennend zugeschrieben. Genau hierin liegt das Problem.

Der Erfolg einer Krankenhausbehandlung hängt selbstverständlich sowohl von der Qualität der ärztlichen als

auch der pflegerischen Versorgung ab, beide werden aber oftmals nach wie vor nicht als zwei Seiten einer Medaille begriffen. Nicht nur die Medizin, sondern auch die Pflege haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm weiterentwickelt. Die Pflegewissenschaft ist mittlerweile ein akademisches Fach. Differenzierte Pflegeassessments, klare Leistungsbeschreibungen, eine sorgfältige Pflegeprozessdokumentation und eine standardisierte Pflegeterminologie drücken dies aus und sollten heutzutage voll digitalisiert in allen Krankenhäusern anzutreffen sein.

Da eine qualitativ hochwertige Pflege im DRG-System jedoch bisher über den Prozedurenkatalog (OPS) nahezu nicht sichtbar und bislang nicht erlösrelevant ausgestaltet wurde, gab es keinen ausreichenden Anreiz für die Krankenhäuser, in diesen Bereich mehr zu investieren. Es gibt Ärzte und Krankenhausvertreter, die mit Vehemenz eine Leistungserfassung in der Pflege via OPS mit dem Bürokratieargument ablehnen, während sie für den ärztlichen Leistungsbereich um eine immer weitere Ausdifferenzierung des Katalogs kämpfen. Diese Widerstände müssen zugunsten der Pflege überwunden werden. Die Gleichstellung von Pflegekräften und Ärzten in den steuernden Mechanismen des Gesundheitssystems tut not. Die pflegerische Versorgung wird erst dann nachhaltig besser werden, wenn die pflegerischen Leistungen in den Krankenhäusern erkennbar und auch erlösrelevant werden. Das

Krankenhausmanagement wird dann die Pflegepersonalkosten den Pflegerlösen gegenüberstellen und kalkulieren, wann es etwas von Investitionen in gut ausgebildete Pflegekräfte hat.

Bei solch einer Gleichstellung benötigt man auch keine künstlichen Wertschätzungsdebatten mehr, da nicht nur dem Pflegepersonal, sondern auch allen anderen Akteuren zweifelsfrei klar ist, worin der „Wert“ der Pflege und ihre hohe Bedeutung für die Patienten liegt. Bei jeder Kürzungsmaßnahme wäre dann unmittelbar ableitbar, in welchem Umfang pflegerische Leistungen den Patienten und Versicherten verloren gehen. In diesem Sinne ist der aktuell einzig zukunftsweisende und potenziell nachhaltige Prozess, der in Gang gekommen ist, eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Deutschem Institut für Medizinische Dokumentation und Information initiierte Workshop-Reihe zur Abbildung der Pflege in den medizinischen Klassifikationen unter intensiver Beteiligung zahlreicher Pflegevertreterinnen und -vertreter. Ein erster Schritt in die richtige Richtung, denn anhand einer standardisierten pflegerischen Leistungserfassung kann dann auch der Pflegepersonalbedarf bestimmt werden.

Dr. Mechtild Schmedders
Referatsleiterin Qualitätssicherung Krankenhaus
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Foto: Getty Images/Hispanolistic