

Ein Zeichen für die Pflege setzen

Gesundheit & E-Health

Mechthild Schmedders, Referatsleiterin beim GKV-Spitzenverband Foto: Sieboldt, GKV-Spitzenverband

Seit Jahrzehnten verspricht die Politik, das Pflegepersonalproblem in Kliniken lösen zu wollen – aktuell mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz. Mechthild Schmedders leitet beim GKV-Spitzenverband das Referat Krankenhauspersonal/Qualitätssicherung: Im Standpunkt erklärt sie, was aus Sicht der Kassen aus der Vergangenheit zu lernen ist für eine bedarfsgerechte und transparente Personalplanung.

von **Mechthild Schmedders**

veröffentlicht am 18.10.2022

„Wir müssen jetzt ein Zeichen für die Pflege setzen“ und „es muss jetzt schnell etwas passieren“ – das sind im politischen Raum **vielfach genutzte Narrative**, die in jeder Legislaturperiode, so auch in dieser, im Hinblick auf die pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern wiederholt werden. Seit den 1980er-Jahren diskutieren wir in Deutschland über die **Pflegesituation in den Krankenhäusern**. Möchte man aus der Geschichte lernen, muss man sich mit den Gründen befassen, weshalb das Pflegepersonalproblem immer noch nicht nachhaltig gelöst wurde.

Im Jahr 1993 wurde die **Pflegepersonalregelung (PPR)** in den Krankenhäusern eingeführt, um der nicht zufriedenstellenden Personalsituation zu begegnen. Die Pflegepersonalbemessung über die PPR führte zu einem Aufbau neuer Stellen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip **über das ursprünglich angestrebte**

Ziel hinaus: Sie wurde nicht zuletzt aufgrund der Kostenentwicklung 1996 ausgesetzt und schließlich aufgehoben. Man wollte die Zeit der Selbstkostendeckung hinter sich lassen und zu einer leistungsgerechten Vergütung der Krankenhäuser kommen.

Es kam der **Wechsel zum Fallpauschalensystem (DRG)**, das jedoch **ohne Anreize für die Pflege** ausgestaltet wurde. Die Pauschalen, in denen auch die Kosten für die Pflege enthalten waren, wurden von den Krankenkassen ausschließlich aufgrund der ärztlichen Leistungen bezahlt. Die Politik reagierte nun auf den Pflegepersonalmangel gleich zweimal **mit Förderprogrammen:** Von 2009 bis 2011 flossen über eine Milliarde Euro in rund 15.300 Pflegestellen, zwischen den Jahren 2016 und 2019 vereinbarten Krankenhäuser und Krankenkassen ebenfalls über eine Milliarde Euro zum weiteren Pflegestellenaufbau.

Eine Reform jagt die andere

Die Wirkung dieser nicht unerheblichen Zahlungen wurde jedoch von der Politik nicht abgewartet: Ab 2020 kehrte man zur Selbstkostendeckung (ohne Deckel) in der Pflege zurück, jede Pflegekraft am Bett ist demnach von den Krankenkassen zu finanzieren. Mit dieser Maßnahme wurden zugleich die **Zusatzentgelte für die Pflege** von hochaufwendigen Patientinnen und Patienten, die man im Anschluss an das erste Pflegestellenförderprogramm im Jahr 2012 eingeführt hatte, **wieder abgeschafft**. Dieses Instrument, das Zusatzentgelte an den sogenannten Pflegekomplexmaßnahmenscore knüpfte, war bislang das einzige, das den Stellenwert der pflegerischen Leistung in den Mittelpunkt stellte. Es war jedoch nur eine Insellösung und führte nicht zu einem grundlegenden Umdenken. Fühlten sich viele Pflegekräfte durch dieses Instrument aufgewertet und gestärkt, war anderen das damit verbundene Dokumentationsgeschehen und die

Transparenz über die Pflege ein Dorn im Auge.

In der Zeit des zweiten Pflegestellenförderprogramms beschloss der Gesetzgeber eine weitere Maßnahme: Seit dem Jahr 2019 gelten **stationsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen**, die eine untere rote Linie definieren, die sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Pflegekräfte schützen soll – die einen vor dramatischer Unterversorgung, die anderen vor erheblicher Überlastung. Die Untergrenzen sorgen für eine bis dahin nicht bekannte **Transparenz über das pflegerische Versorgungsgeschehen**: Im 2. Quartal dieses Jahres wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in den 16 Bereichen, in denen sie gelten, in 16 Prozent aller Schichten gerissen. Sprich: In jeder sechsten Krankenhausschicht wird bei der Personalquote nicht einmal die Note 4 „ausreichend“ erreicht. Zusätzlich sollte in der letzten Legislaturperiode noch ein **Pflegequotient** eingeführt werden, der eine Mindestpersonalvorgabe für ein ganzes Krankenhaus definiert. Letzteres wurde aber bislang vom Bundesgesundheitsministerium und Bundesrat **noch nicht scharf geschaltet**.

Trotz all der Maßnahmen ist das Pflegeproblem in den Krankenhäusern bis heute nicht gelöst. Ursächlich hierfür sind **überkommene, ineffiziente Krankenhausstrukturen** und ein weitgehend leerer Arbeitsmarkt. Da hilft es auch nicht, dass die Krankenhäuser jede Pflegekraft in der Versorgung vollständig von der GKV bezahlt bekommen. Ehrlich wäre es, den Pflegekräften zu sagen, dass es keine schnellen Lösungen gibt. Zudem änderte bislang keine der Maßnahmen den Stellenwert und damit die **Attraktivität des Pflegeberufes**. Die Pflegekräfte dürfen sich in den Regelungsmechanismen nicht nur als ein Personalkostenthema bemerkbar machen, sondern ihre pflegerischen Leistungen müssen in den Anreizsystemen für die Krankenhäuser ihren Niederschlag finden. Eine erste Chance hierfür bietet der § 137k SGB V, der in der

letzten Legislaturperiode über das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz mit dem Ziel eingeführt wurde, eine **moderne Pflegepersonalbedarfsermittlung zu entwickeln**, die für weitere Steuerungsmechanismen anschlussfähig ist.

PePiK – ein erfolgversprechender Ansatz

Und nun ist man in der Gegenwart angekommen und befindet sich inmitten eines Streites um die Pflegepersonalbemessung. Wird man jetzt aus der Geschichte lernen? Seit einem dreiviertel Jahr liegt dem Bundesgesundheitsminister ein Konzept nach § 137k SGB V zur „Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (PePiK)“ vor, das er seither ignoriert und mit dem Entwurf eines **Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes** – das morgen im Gesundheitsausschuss auf der Tagesordnung steht – **unnötigerweise verschiebt**.

PePiK soll ein Verfahren für die Pflegepersonalbedarfsbemessung im Krankenhaus werden, das standardisiert, aufwandsarm, transparent, digital anwendbar, zukunftsfähig und bei dem die berechnete Pflegepersonalausstattung **im Ergebnis bedarfsgerecht** ist. Mit diesem Instrument soll also zukünftig klar ermittelbar sein, wieviel und welche Pflegekräfte für welche Patienten eingesetzt werden müssen, um eine gute und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Herzstück dieses Ansatzes ist, dass es auf Pflegediagnosen und maßgebliche Pfl egetätigkeiten setzt, die aus der rein digitalen Patientenakte zur Pflegepersonalbedarfsermittlung abgeleitet werden. Hier geht der vorgesehene Prozess **Hand in Hand mit der milliardenschweren Digitalisierungsstrategie** für die Krankenhäuser. Damit soll die Pflege mit ihrer Kompetenz in den Mittelpunkt gerückt und vor

zusätzlicher Bürokratie geschützt werden. Dem Qualifikationsmix aus Pflegefach- und -hilfskräften sowie den akademischen Pflegeberufen ist dabei Rechnung zu tragen.

Statt PePiK soll nun durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz die von ver.di, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Deutschem Pflegerat geforderte Pflegepersonalregelung **PPR 2.0** kommen. Ein Instrument, das die Pflegekräfte in den Krankenhäusern dazu zwingt, täglich zusätzliche Patienteneinstufungen vorzunehmen, und welches **in den 1990er-Jahren schon einmal gescheitert** ist. Die PPR 2.0 kennt bislang weder einen Qualifikationsmix noch ist sie flächendeckend digital anwendbar. Die Idee ist, mittels PPR 2.0 Personalaufbaupläne in den Krankenhäusern auf den Weg zu bringen.

Im Ergebnis definiert die PPR 2.0 damit nur den Deckel des bislang ungedeckelten Pflegebudgets und führt sicherlich **nicht zu den beschworenen schnellen Lösungen**. Auch wird die Regelung nicht zu mehr Transparenz über den Personalbedarf führen, da der Gesetzentwurf eine Opt-out-Option vorsieht: Krankenhäuser, die mit der Arbeitnehmervertretung andere Verträge zur Pflegepersonalausstattung geschlossen haben, **können sich der PPR 2.0 entziehen**. Und wie steht es um die Stärkung der Pflegekräfte? Sie werden wieder nicht mit ihrer Kompetenz und ihren Leistungen im ordnungspolitischen System sichtbar, was der Attraktivität des Berufes weiterhin schaden dürfte.

Richard von Weizsäcker hat einmal gesagt: „Wir lernen aus der Geschichte nicht, was wir tun sollen. Aber wir können aus ihr lernen, was wir bedenken müssen. Das ist unendlich wichtig.“ Die hektische Abfolge immer neuer Gesetze, deren Wirkung zum Teil nicht abgewartet wird und die manchmal nicht einmal umgesetzt werden, ist **offensichtlich wenig zielführend**. Wir müssen bedenken, die

Pflege und die Pflegekräfte im Krankenhaus mit ihren Leistungen in den Mittelpunkt zu stellen. Erst wenn diese in den ordnungspolitischen Instrumenten und Anreizmechanismen ihren Niederschlag finden, wird ein Zeichen für die Pflege gesetzt sein. Wollen wir hoffen, dass der Gesetzgeber hier eine Kursänderung in diesem Sinne vornimmt.

Dr. Mechtild Schmedders ist Referatsleiterin Krankenhauspersonal / Qualitätssicherung beim Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Das könnte Sie auch interessieren