

GKV-SPITZENVERBAND BERLIN

# Qualitätskritische Bereiche identifizieren

Im Pflegebereich deutscher Kliniken steht derzeit nicht alles zum Besten. Das sind die Einschätzung der Pflegenden, die Wahrnehmung vieler Patienten und auch die Überzeugung der politischen Entscheidungsträger. Über das Ausmaß von Qualitätsmängeln in der stationären Krankenhauspflege gibt es jedoch beschämend wenig empirisches Material.

Die einzigen offiziellen pflegerischen Qualitätsindikatoren im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung existieren zur Dekubitusprophylaxe. Im bisherigen Erfassungszeitraum seit 2007 zeigten sich keine Verschlechterungen in diesem Bereich.

Zweideutig sind die Belastungsziffern. Betrachtet man die Zahl von „belegten Betten je Vollzeitpflegekraft“, dann zeigt sich im Zeitraum 2002 bis 2014 ein Anstieg von zwölf Prozent. Die Belastungsziffer „Fälle je Pflegekräfte“ hingegen weist im gleichen Zeitraum eine Entlastung um zwölf Prozent aus. Ob nun die reale Belastung eher mit der Zahl der Fälle oder der Zahl der zu pflegenden Patienten korreliert, ist nicht ganz einfach zu beantworten. Einen eindeutigen empirischen Beweis für die These von der zunehmenden Belastung gibt es zumindest nicht.

Fakt ist, dass zunehmend „an anderer Stelle“ gepflegt wird. So ist seit Anfang des Jahrhunderts die Zahl der belegten Krankenhausbetten leicht gesunken (von 450.000 auf unter 390.000), während die Zahl der Betten in Einrichtungen der stationären Pflege einen kontinuierlichen Wachstumsprozess aufweist (von 600.000 auf 800.000). Die sinkende Zahl belegter Betten sollte übrigens Anlass sein, die üblichen demografischen Denkmuster zu revidieren, denn der historische Trend lautet derzeit: Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus.

Wie auch immer die Datenlage ist: Die große Koalition hat Handlungsbedarf gesehen und mit dem Krankenhausstrukturgesetz abermals Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus auf den Weg gebracht. Den systematischen Ansatz könnte man mit „à la Ulla“ bezeichnen. Schon die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte im Rahmen des ersten Pflegegipfels, der dann im Gefolge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zu Maßnahmen führte, ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wird im Rahmen eines dreijährigen Pflegestellenförderprogramms der Aufbau zusätzlicher Pflegestellen subventioniert. Währenddessen wird eine Expertenkommission eingesetzt, um eine dauerhafte Lösung nach Ablauf der Stellenförderung vorzubereiten.

## DR. WULF-DIETRICH LEBER

Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim  
GKV-Spitzenverband Berlin,  
Kontakt: wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de



Dieses gesetzgeberische Maßnahmenmuster wird nun quasi unverändert ein zweites Mal angewendet und das, obwohl die Mängel des ersten Pflegestellenförderprogramms offenkundig sind. Belohnt werden jene, die in den Vorjahren den Pflegedienst ausgedünnt haben und nun wieder aufbauen. Jene Krankenhäuser, die fortwährend gute Pflegequalität sicherstellen, bekommen keinen Cent. Auch die Nachhaltigkeit muss angezweifelt werden. Sobald die Fördergelder eingestrichen wurden, konnte der Pflegedienst wieder abgebaut werden. Einzelheiten sind dem diesbezüglichen Jahresbericht des GKV-Spitzenverbandes zu entnehmen.

Die Pflege-Expertenkommission, die nun eine dauerhafte Lösung für die Pflegequalität finden soll, beschäftigt sich auftragsgemäß zunächst mit der Frage, ob der Aufwand zur Pflege von behinderten, pflegebedürftigen und dementen Patienten adäquat im DRG-System abgebildet wird.

## EIN SCHLÜSSEL ZUR LÖSUNG DES PROBLEMS?

Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Pflege-Expertenkommission damit schon beim Kern des Problems angekommen ist. Veränderte Relativgewichte im DRG-System mögen die Verteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern „gerechter“ machen, aber sie ändern an der Verwendung der Mittel im einzelnen Krankenhaus nichts. Seitens der Gewerkschaften wird deshalb gefragt, wie denn garantiert wird, dass das Geld auch bei der Pflege ankommt. Die Fragestellung der GKV ist noch weitgehend: Wie kann garantiert werden, dass die Pflege bei den Patienten ankommt? Eine Adjustierung der Relativgewichte von pflegeintensiven DRGs garantiert nämlich in keiner Weise, dass auch mehr gepflegt wird. Aber darauf kommt es an!

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes liegt der Schlüssel zur Lösung des Pflegeproblems nicht im DRG-Institut (InEK). Selbst wenn man der Pflege Relativgewichte „ihrer Wahl“ anbieten würde, so würde dies weder den Pflegenden noch den pflegebedürftigen Patienten nützen. Es kommt letztlich darauf an, nur jene Pflege zu finanzieren, die auch beim Patienten angekommen ist. Das kann man durch entsprechende Pflegekodes, durch neue Komplexkodes oder aber durch Vorgaben zur Prozess- und Strukturqualität erreichen.

Das Ergebnis der Expertendiskussion unter Ulla Schmidt war der Pflegekomplexmaßnahmenkode (PKMS). Er schafft die

Möglichkeit, die hochaufwendige Pflege für bestimmte Gruppen, wie z.B. querschnittsgelähmte Patienten, abzubilden. Derzeit kommt der PKMS in weniger als zwei Prozent der Krankenhausfälle zur Anwendung. Vom Deutschen Pflegerat wird er wegen der geringen Inzidenz und wegen des hohen Erfassungsaufwandes kritisiert. Möglicherweise zu Unrecht. Stellt man die Finanzierung tatsächlich geleisteter Pflege in den Mittelpunkt, dann ist die Ausweitung oder Ausdifferenzierung des PKMS durchaus ein sinnvoller Weg. Die Frage des bürokratischen Aufwands muss nicht unbedingt zur Antwort „weniger PKMS“ führen. Schließlich erfasst der PKMS nichts, was nicht sowieso in der Krankenakte stehen müsste. Vielleicht muss doch mehr in die automatisierte Pflegedokumentation investiert werden.

Ein zweiter Weg, die ausreichende Vorhaltung von Pflegekapazität zu garantieren, sind entsprechende OPS-Komplexkodes. Ein dritter Weg gegen eine Ausdünnung der Pflegekapazitäten sind Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Das prominenteste Beispiel ist die Vorgabe für Frühgeborenenstationen, mindestens eine Pflegekraft je Frühchen vorzuhalten (vgl. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, in Kraft getreten am 4. Februar 2016). Ab 2017 ist diese Personalanzahl bundesweit verbindlich.

Vor allem von gewerkschaftlicher Seite werden verbindliche Personalanzahlen für den gesamten Pflegebereich gefordert.

Dies würde jedoch sämtliche Effizienzbemühungen ruinieren. Es wird stattdessen darauf ankommen, Anhaltzahlen für qualitätskritische Bereiche zu definieren.

Die GKV verdeutlicht diesen Weg mit einer Cockpit-Metapher: Man erhöht die Sicherheit im Luftverkehr nicht dadurch, dass man den Fluggesellschaften Millionenbeträge zuschustert. Man erhöht sie auch nicht, indem man den Unternehmen eine Beschäftigtengesamtzahl vorschreibt. Aber, dass – wann immer eine Maschine abhebt – ein Copilot im Cockpit sitzt, hat etwas Beruhigendes. Die Regelung im Bereich der Frühgeborenenversorgung ist eine Art übertragene Copilot-Regelung. Eine andere könnte lauten: Keine Krankenschwester ist um Mitternacht allein auf Station. Vielleicht macht es auch Sinn, im Bereich der Intensivpflege, wo bereits viele Aktivitäten automatisiert erfasst werden, entsprechende Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität als verbindlich vorzuschreiben. Es kann sinnvoll sein, für bestimmte Situationen (z.B. Patientenisolation bei Befall mit Krankenhauskeimen) Vorgaben zu machen und deren Einhaltung zu kontrollieren.

## FAZIT

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ist die Abbildung der Pflege im DRG-System nicht das zentrale Problem. Es kommt vielmehr darauf an, Pflegequalität durch konkrete Vorgaben für qualitätskritische Pflegebereiche zu garantieren.

## LITERATUR DER AUTOREN

- Ausserhofer D. et al. (2014) Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23 (2), 126–135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
- Braun B. et al. (2014) Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. 186. Retrieved from [www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachtenn-final-1.pdf](http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachtenn-final-1.pdf) [26.08.2015].
- Ehrentraut O. et al. (2015) Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Retrieved from <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12140.pdf> [29.03.2016].
- Isfort M. & Weidner F. (2007) Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. In D.I.f.a.P.e.V. dip (Ed.) Download: [www.dip.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf](http://www.dip.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf) 08.08.2007 (1-54). Köln: dip e.V.
- 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. Köln: dip.
- Isfort M. et al. (2010) Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: dip.
- Moritz S. (2013) Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen. Schriften zum Sozialrecht Band 29: Nomos-Verlag, 253.
- Rieger A. (2014) Verfassungsbeschwerde an das Bundesverfassungsgericht. Retrieved from <http://pflege-prisma.de/wp-content/uploads/2014/11/Verfassungsbeschwerde-Pflege-A.Rieger.pdf> [08.01.2016].
- Kleinknecht M et al. (2011) Expertenmandat „Pflegeindikatoren“ Gekürzte Fassung des Schlussberichts des Zentrums Klinische Pflegewissenschaft am Universitätsspital Zürich.

- Rohrmair A. (2008) Gewalt gegen pflegebedürftige Senioren Welche Rolle sollte die Polizei spielen? 164. Retrieved from [http://195.202.38.218/online dokumente/masterarbeiten/2008/Rohrmair\\_Andreas.pdf](http://195.202.38.218/online dokumente/masterarbeiten/2008/Rohrmair_Andreas.pdf) [08.01.2016].
- Simon M. (2015) Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHS) (Bundesdrucksache 18/5372). Deutscher Bundestag.
- Stahle W.H. (1994) Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive (7. Auflage ed.). München: Verlag Franz Vahlen GmbH.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. (2013) Pressemeldung: In deutschen Krankenhäusern fehlen 162.000 Stellen (20. Februar 2013). Retrieved from [https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5124b7ba6f684417cc000984/download/verdi%20120220%20Pressestatement-Personalcheck\\_final.pdf](https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5124b7ba6f684417cc000984/download/verdi%20120220%20Pressestatement-Personalcheck_final.pdf) [24.08.2015].
- Wieteck P. (2015) Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung Bundesdrucksache 18/5372. [www.bundestag.de/blob/386728/7bc285002ebd2f9c9b67d019503f79e7/esv-dr--pia-wieteck-data.pdf](http://www.bundestag.de/blob/386728/7bc285002ebd2f9c9b67d019503f79e7/esv-dr--pia-wieteck-data.pdf).
- Wieteck P. & Kraus S. (Eds.) (2016) Personalbedarf Pflege. Sektorübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihrer Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen. Kassel: RECOM; im Druck befindlich, erscheint im Frühjahr.
- Zander B. et al. (2014) Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern. Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76 (11), 727/734. doi: 10.1055/s-0033-1364016.
- Kleinknecht M et al. (2016) Die Entwicklung eines Sets von aufwandrelevanten Pflegeindikatoren für die Schweizer Pflegepraxis; *Pflege* (2016), 29(1), 9–19.

