

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0006(12.1)
zur öAnh am 18.04.2018 -
Pflegepersonalmangel
16.04.2018

verbraucherzentrale

Bundesverband

BEDARFSGERECHTE PFLEGE IM KRANKENHAUS ERMÖGLICHEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen“, BT-Drs. 19/30

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus“, BT-Drs. 19/447

16. April 2018

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. EINLEITUNG	3
II. ZUSAMMENFASSUNG	4
III. AUSGEWÄHLTE FORDERUNGEN IM EINZELNEN	6
1. Pflegepersonaluntergrenzen nach §137i SGBV	6
2. Bedarfsmessung und informationstechnische Ausstattung	9

I. EINLEITUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) bedankt sich beim Ausschuss für Gesundheit für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE sieht aufgrund des bestehenden Pflegenotstands sowohl die Sicherheit von Patientinnen und Patienten¹ als auch die körperliche und seelische Gesundheit der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern zunehmend in Gefahr.

Die noch in der vergangenen Legislaturperiode beschlossenen Personaluntergrenzen nach §137i neu im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) drohen nach Auffassung von DIE LINKE zu scheitern, weil die Beschäftigten und ihre Vertretungen bei den Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht mitentscheiden dürften. Am geltenden Gesetz, das die Festlegung von sogenannten „pflegesensitiven“ Bereichen für Januar 2019 verlangt, kritisieren die Abgeordneten außerdem, dass alle Krankenhausbereiche, in denen Patienten gepflegt werden, als pflegesensitiv gelten und von einer gesetzlichen Personalbemessung umfasst sein müssten.

Die Abgeordneten fordern Sofortmaßnahmen für spürbar mehr Pflegekräfte in den Krankenhäusern und eine gesicherte Finanzierung. Zweitens sollen die laufenden Verhandlungen zu Personaluntergrenzen ausgesetzt und durch Personalbemessungszahlen für alle bettenführenden Abteilungen in Krankenhäusern ersetzt werden. Diese Personalbemessungszahlen sollen durch Experten, Gewerkschafts- und Patientenvertreter erarbeitet werden. Drittens möchte DIE LINKE, dass die gegenwärtige Finanzierung der Krankenhausleistungen durch sogenannte Diagnose bezogene Fallgruppen (DRGs) sofort bezüglich der Personalkosten außer Kraft gesetzt und durch eine am Gemeinwohl orientierte Finanzierung ersetzt werden.

Der Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert ein zweckgebundenes Sofortprogramm in Höhe von 1,3 Milliarden Euro im Jahr, um zusätzliche Pflegekräfte einstellen zu können, und die Entwicklung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments, das sich am individuellen Pflegebedarf der Patienten orientiert.

¹ Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. ZUSAMMENFASSUNG

Beide Anträge benennen Aspekte, für die es bereits einen breiten gesellschaftlichen und politischen Konsens gibt und die deshalb zum großen Teil auch Niederschlag im aktuellen Koalitionsvertrag gefunden haben.² Dort heißt es explizit: „Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive³ Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.“ (S. 96, Z. 4510-4513)

Laut Koalitionsvertrag sollen die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege sofort und spürbar verbessert werden. „Es werden Sofortmaßnahmen für eine bessere Personalausstattung in der Altenpflege und im Krankenhaus ergriffen und dafür zusätzliche Stellen zielgerichtet gefördert.“ (S. 95, 4452-4455)

Vorgesehen ist außerdem eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies bei den Beschäftigten auch ankommt (S. 96, 4476-4478), sowie eine bessere Vergütung von Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen. „Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“ (S.99, 4637-4642)

Eine Veränderung der DRG-Systematik wäre eine einschneidende Veränderung, für die es verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten gibt und die schon jetzt weitergehende Forderungen anderer Berufsgruppen nach sich zieht.⁴ Sofortprogramme mit mehr Geld hat es zuvor dagegen schon mehrfach gegeben, zuletzt mit der zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausreform, die ein Pflegestellenförderprogramm im finanziellen Umfang von 660 Millionen im Zeitraum 2016 bis 2018 enthält. Das IGES Institut kritisiert diese Maßnahmen als ordnungspolitisch fragwürdig, weil sie „nicht zu der Logik des Output-orientierten DRG Systems passen“.⁵

² Koalitionsvertrag 2018, https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=4F83FBB166708DE7F7E2F34210254F4A.s2t1?__blob=publicationFile&v=2 (abgerufen am 09. April 2018).

³ Im Gesetz steht der in mehreren Hinsichten problematische Begriff „pflegesensitive Bereiche“. Dazu Simon (2018): Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalkostenvergütungen, vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen: Anmerkungen zum Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7. Februar.2018 S. 3-6. „Werden für alle bettenführenden Abteilungen Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt, erübrigt sich der Begriff ‚pflegesensitiv‘.“

Alle Publikationen von Simon unter: <https://f5.hs-hannover.de/personen/lehrende-im-ruhestand/simon-michael-prof-dr-phil-prof/index.html> (abgerufen am 11. April 2018).

⁴ Verschiedene Ausgestaltungsoptionen Simon 2018, S. 13ff.

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat am 10. März 2018 einen Beschluss gefasst, in dem sie die Ankündigung der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen begrüßt und fordert, dass die Personalkosten des gesamten medizinischen Personals ausgegliedert werden. <https://www.aekno.de/page.asp?pa-gelD=8365> (abgerufen am 5. April 2018).

⁵ Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus, Internationale Empirie und Status quo in Deutschland, Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2017, S. 93. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/faktencheck-gesundheit/projektnachrichten/pflegepersonal-in-kliniken/> (abgerufen am 11. April 2018).

Der vzbv sieht neben den positiven Auswirkungen, die das DRG System zweifellos hatte (Abbau unnötiger Verweildauern, Erhöhung Transparenz und verbesserte Wirtschaftlichkeit) kritisch, dass Effizienzsteigerungen vielfach über eine höhere Arbeitsbelastung des Pflegepersonals erkaufte worden sind, ohne dass rechtzeitig mit nachhaltigen Regelungen gegengesteuert worden ist. Ein grundlegender und äußerst relevanter Aspekt des komplexen Problems der Krankenhausfinanzierung ist die Investitionsförderung⁶, die von den Bundesländern im Rahmen der dualen Finanzierung bereitgestellt werden müsste und inzwischen um über 50 Prozent zurückgegangen ist, so dass mit einem Investitionsstau von weit über 15 Milliarden Euro gerechnet wird. „Dadurch sind die Krankenhäuser implizit gezwungen, Teile der Fallpauschalen, die eigentlich für die Patientenversorgung und somit unter anderem zur Finanzierung des Personals vorgesehen sind, für die Finanzierung von Investitionen zu verwenden.“⁷

Teil des Problems ist auch, dass Zentrenbildung und Konzentration von Krankenhauskapazitäten wie jüngst in Dänemark vorgenommen, im föderalen Deutschland nicht in ähnlich durchgreifender Weise möglich ist. Verlockend einfache Lösungen wie die Schließung diverser Standorte⁸, mit dem Resultat, dass das vorhandene Personal für die verbleibenden Zentren ausreichen würde, scheiden daher nahezu aus.

Der vzbv sieht darüber hinaus das strukturelle Problem, dass die DRGs ökonomische Fehlanreize setzen, in lukrativen Fallgruppen so viele Patienten wie möglich zu operieren. In der Vergangenheit war dies gewissermaßen „auf Kosten“ der Pflegekräfte möglich, weil die 1992 eingeführte verpflichtende Personalbemessung 1996 aus Sorge vor den möglichen Kosten wieder abgeschafft worden ist. Überversorgung ist ein gravierender Qualitätsmissstand, zumal dann, wenn er mit einer pflegerischen Unterversorgung einhergeht.

Der vzbv sieht bei allen aktuellen und zukünftigen Diskussionen ebenfalls den Bedarf, die Kostenentwicklung für die Gesetzliche Krankenversicherung mit in den Blick zu nehmen, unterstützt aber trotzdem nachdrücklich die Forderung im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dass ein verbindliches Personalbemessungsinstrument entwickelt werden muss. Die gegenwärtig innerhalb der DRGs kalkulierten Kostenanteile für die Pflege bilden nicht den Bedarf der Patienten, sondern bestenfalls den gegenwärtigen und vielfach gerade nicht bedarfsgerechten Personalbestand ab.

Die bestehende gesetzliche Regelung zu den Personaluntergrenzen (§137i SGB V) betrachtet auch der vzbv als „Schnellschuss“ der Vorgängerregierung, spricht sich aber gegen eine sofortige Aussetzung aus.

Insgesamt sollte es im Bereich der Krankenhauspflege keine weiteren übereilt beschlossenen Gesetze geben. Eine Förderung oder Ausfinanzierung von Personalstellen muss nachhaltig sein und die flexible Anpassung an den sehr unterschiedlichen in-

⁶ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2018/Gm_2018-03-28_Investitionsbewertungsrelationen.pdf (abgerufen am 5. April 2018).

⁷ Thomas/ Reifferscheid/ Pomorin/ Wasem, Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland, Diskussionspapier im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204, September 2014, S. 7. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2018/Gm_2018-03-28_Investitionsbewertungsrelationen.pdf (abgerufen am 6. April 2018).

⁸ Leopoldina: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/zum-verhaeltnis-von-medizin-und-oekonomie-im-deutschen-gesundheitssystem-2016/> S.14 (abgerufen am 6. April 2018).

dividuellen Pflegebedarf der Patienten ermöglichen. Eine Zweckbindung für Personal­mittel wäre möglich und ist zumindest im letzten Förderprogramm auch verpflichtend vorgeschrieben worden.

Den Pflegeberuf attraktiver zu machen erfordert eine Vielzahl von Maßnahmen, die mit dem Dreiklang aus besserer Bezahlung, besseren Arbeitsbedingungen und mehr Aus­bildung nicht abschließend beschrieben ist. Da gegenwärtig viele freie Stellen in Kran­kenhäusern nicht besetzt werden können, müssen auch gewaltige Anstrengungen un­ternommen werden, um Teilzeitkräfte dazu zu motivieren, ihre Arbeitszeit aufzusto­cken und Berufsaussteiger zurückzugewinnen.

Im Koalitionsvertrag wird mit der unzureichenden Digitalisierung des Krankenhausbe­reichs daneben bereits ein weiteres wichtiges Problem angesprochen, das unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung und die Möglichkeiten einer patientenindividuel­len Einstufung des Pflegebedarfs hat. Auch hier sollten nach Auffassung des vzbv künf­tige Förderprogramme ansetzen, um die unzureichende Investitionsförderung von Krankenhäusern in vielen Bundesländern zu kompensieren.

III. AUSGEWÄHLTE FORDERUNGEN IM EIN­ZELNEN

1. PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN NACH §137I SGBV

Pflegepersonaluntergrenzen in sogenannten „pflegesensitiven Bereichen“ sollen bis Ende Juni 2018 mit einer Vereinbarung zwischen Kassen und Krankenhäusern festge­legt werden und ab Januar 2019 gelten. Im Falle des Scheiterns der Verhandlungen ist eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehen.

Der vzbv ist zusammen mit Vertretern anderer maßgeblicher Patientenorganisationen und Vertretern von Gewerkschaften, Pflegerat und Arbeitsgemeinschaft der wissen­schaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mitberatend beteiligt. Die Pati­entenorganisationen werden von Prof. Dr. Michael Simon unterstützt, der zahlreiche Stellungnahmen zum Thema veröffentlicht hat und seinerseits an den Verhandlungen teilnimmt.⁹

Das Vorhaben zur Festlegung von Personaluntergrenzen krankt vor allem an fehlenden Daten sowohl zum Ist-Stand des Personals in den einzelnen Krankenhäusern als auch zum Soll, das aus dem individuell sehr unterschiedlichen pflegerischen Bedarf der je­weiligen Patienten berechnet werden muss.

Da die knapp bemessene Frist nicht ausreicht, um eine verpflichtende Erfassung des Personalbestands vorzunehmen oder ein angemessenes Instrument der Personalbe­messung zu entwickeln, greifen die Verhandlungspartner auf die vorhandenen Daten

⁹ Prof. Dr. Michael Simon lehrte von 1998 bis 2016 mit den Arbeitsschwerpunkten "Gesundheitssystem" und "Gesund­heitspolitik" in den Pflegestudiengängen der Fakultät V der Hochschule Hannover (vormals: Evangelische Fachhoch­schule Hannover). <https://f5.hs-hannover.de/personen/lehrende-im-ruhestand/simon-michael-prof-dr-phil-prof/in-dex.html> (abgerufen am 5. April 2018).

der DRG-Abrechnungen zurück (Pflegelastkonzept) und haben zusätzlich eine Expertenbefragung und eine Studie zum Ist-Stand der Personalausstattung beauftragt, an der die Krankenhäuser allerdings nur freiwillig teilnehmen.¹⁰

Gegenwärtig sind sechs Bereiche als „pflegesensitiv“ konsentiert worden, was ungefähr 20 Prozent aller Behandlungsfälle abdecken würde:

- Geriatrie
- Neurologie
- Kardiologie
- Herzchirurgie
- Unfallchirurgie (für Allgemeine Chirurgie)
- Intensivmedizin

Die Problematik von diversen möglichen „Verschiebebahnhöfen“ im Falle eines Nebeneinanders von Krankenhausbereichen mit Untergrenzen und solchen ohne erscheint mit Blick auf die ausdrückliche Verpflichtung des Koalitionsvertrages an dieser Stelle nachzubessern weniger drängend. Sehr problematisch ist dagegen die künstliche Differenzierung zwischen Untergrenzen, die von keinem Krankenhaus unterschritten werden dürfen, und einer bedarfsgerechten Personalbesetzung.

Eine bedarfsgerechte Personalbesetzung ist nicht nur wünschenswert, sondern notwendig, will man Komplikationen bei Patienten vermeiden und für das Pflegepersonal ausreichend Zeit für Hygienemaßnahmen und sonstige jederzeit erforderliche Tätigkeiten sowie ausreichend Zeit für Pausen einräumen. Die gegenwärtig von GKV-SV und DKG diskutierten Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen sehen gegenwärtig für die beiden Tagschichten folgende Werte vor¹¹:

- 1:12 Besetzung für Patienten mit geringem Schweregrad
- 1:10 Besetzung für Patienten mit mittlerem Schweregrad
- 1:8 Patienten mit hohem Pflegebedarf

Was die Relationen in der Versorgung bedeuten, macht die Betrachtung von Prof. Simon anschaulich:

„Die International vergleichende RN4CAST-Studie¹² ergab für Deutschland eine Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl von 1:9,9 Patienten für die Tagschicht und damit die

¹⁰ Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der DKG an das Bundesministerium für Gesundheit, Stand 31.01.2018, <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen.jsp> (abgerufen am 10. April 2018).

¹¹ Zwischenbericht vom 30.01.2018, S. 15 <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen.jsp> (abgerufen am 10. April 2018).

¹² Die internationale Pflegestudie RN4CAst (Registered Nurse Forecasting) ist diesem Sachverhalt auf den Grund gegangen und hat in einer großangelegten Studie 1512 Pflegefachkräfte in 49 deutschen Akutkrankenhäusern zu verschiedenen Aspekten ihres Pflegealltags befragt. Zusätzlich wurden Patienteninterviews zu ihren Erfahrungen im Krankenhaus getätigt sowie Patientenentlassungsdaten erhoben. Insgesamt wurden in 13 europäischen Ländern mehr als 34000 Pflegepersonen aus mehr als 500 Krankenhäusern in die Studie eingeschlossen. Mit diesem Volumen stellt RN4Cast die bisher weltweit umfangreichste Studie im Bereich der Pflegepersonalplanung dar. https://www.mig.tu-berlin.de/menue/research/aktuelle_projekte/m4cast/ (abgerufen am 10. April 2018).

zweithöchste Personalbelastung der 12 untersuchten Länder, nur noch überboten von Spanien mit 1:10,2 und weit entfernt von Ländern wie Norwegen (1:3,7), Niederlande (1:4,8), Schweiz (1:5,3), Schweden (1:5,4) etc. (Aiken et al. 2013). Geht man davon aus, dass das Ergebnis der RN4CAST-Studie die Situation in der Mehrzahl der deutschen Krankenhäuser zutreffend abbildet – wofür die in den letzten Jahren erschienenen zahlreichen Berichte von Pflegekräften sprechen –, dann würde eine Pflegepersonaluntergrenze von 1:10 für Patienten mit durchschnittlichem Pflegebedarf die bestehende Unterbesetzung und chronische Arbeitsüberlastung in deutschen Krankenhäusern in die Zukunft fortschreiben.¹³

Unterdessen haben sich Arbeitsschwerpunkte und Arbeitslast stark verändert, angefangen mit zahlreichen neuen Dokumentationspflichten im Zuge der Einführung von DRGs, veränderter Altersstruktur und Krankheitslast bei den Patienten (Demographischer Wandel, Multimorbidität), Veränderungen bei der Verweildauer, mit der massive Arbeitsverdichtung einhergeht, um nur einige Aspekte aufzuzählen.

Wer kann sich legitimiert fühlen, noch dazu auf der Grundlage von unzureichenden Zahlen, festzulegen, ab wann eine sehr knapp kalkulierte Ausstattung mit Pflegekräften zu gefährlicher Pflege wird? Da die Krankenhäuser und der Pflegerat eine schichtgenaue Erfassung ablehnen, soll das nach dem gegenwärtigen Verhandlungsstand auch nur im zeitlichen Durchschnitt eines Quartals oder Halbjahres überprüft werden können. Wie oft also diese untersten Untergrenzen in den einzelnen Häusern tatsächlich unterschritten werden, bleibt dann völlig intransparent. Auch mit Blick auf die Haftung und mögliches organisatorisches Verschulden dürfte das Konzept Untergrenze auf sehr wackeligen Füßen stehen.

Untergrenzen ohne eine Orientierung am Pflegebedarf sind nach Auffassung des vzbv keine Lösung für das grundlegende Problem, dass eine unzureichende Personalausstattung erhebliche Risiken für Patienten darstellt. Nur durch eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung können diese Risiken wirksam ausgeschlossen werden. Eine angemessene Bedarfsmessung ist auch notwendige Bedingung professioneller Pflege und mithin ein Kriterium, an dem die fachlichen und politischen Vertreter der Pflegeberufe insgesamt gemessen werden müssen.

Wenngleich nicht zu erwarten ist, dass der bestehende gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltungspartner zu einem ausreichenden Ergebnis führt, befürwortet der vzbv dennoch keine Aussetzung der Verhandlungen, wie der Antrag von DIE LINKE es fordert. Da die Frist in Kürze abläuft, müsste der Gesetzgeber tätig werden, bevor eine andere Regelung in Kraft treten kann. Dies würde den bestehenden juristischen Druck auf die Krankenhäuser reduzieren, ihrerseits sofort Konzepte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen umzusetzen und somit kurzfristig zu keinerlei Verbesserung der Situation führen.

Eine neuerliche und diesmal gesetzliche Regelung zu einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung im Krankenhaus erhielte auf der Basis eines möglichen und sichtbar unzureichenden Verhandlungsergebnisses dagegen zusätzliche Legitimation. Der vzbv würde es sehr begrüßen, wenn der Gesetzgeber zeitnah eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege im Krankenhaus verabschiedet. Teil dieser Regelung sollte die Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsmessung sein, das

¹³ Simon 2018, S. 7f.

einheitlich in allen Krankenhäusern eingesetzt wird. Ein solches Instrument wäre besser geeignet als starre Anhaltzahlen, Pflegekräfte flexibel und bedarfsgerecht einzusetzen.

2. BEDARFSMESSUNG UND INFORMATIONSTECHNISCHE AUSSTATTUNG

Die Geschichte der 1993 eingeführten Pflege-Personalregelung (PPR), die bereits 1996 ausgesetzt und 1997 aufgehoben wurde, ist in mehreren Hinsichten im hier behandelten Kontext interessant:

- Die PPR zeigt, dass eine detaillierte gesetzliche Regulierung möglich ist.
- Die Aussetzung ist erfolgt, um die GKV vor Ausgabensteigerungen zu schützen. Eine Weiternutzung durch die Selbstverwaltung wurde im Gesetz zur Aufhebung aber ausdrücklich ermöglicht.¹⁴
- In den Jahren nach der Aussetzung begann der dramatische Abbau von Pflegekräften, dessen Ergebnis heute zurecht als Pflegenotstand beklagt wird.¹⁵
- Es erfolgt bis heute in vielen Krankenhäusern eine Weiternutzung der PPR für die interne Planung von Pflegeleistungen, weil professionelle Pflege ohne Pflegeplanung nicht möglich ist.
- Die PPR ist außerdem Berechnungsgrundlage des Pflegekostenanteils in den DRGs. Dort fungieren die Zeitwerte der PPR allerdings nur als Rechengrundlage und sagen weder etwas über die tatsächlich geleistete Pflege an konkreten Patienten, noch über deren Pflegebedarf aus.¹⁶

Alternativ gibt es andere Planungsinstrumente, die ähnlich wie die PPR eine tägliche Einstufung des Pflegebedarfs erfordern und im Zusammenwirken mit modernen IT-Systemen, standardisierten Workflows und Schnittstellen zur Pflegedokumentation einen überschaubaren zusätzlichen Dokumentationsaufwand bedeuten. Solchermaßen generierte Daten ermöglichen auch die kontinuierliche Weiterentwicklung von Pflegequalität.

Bereits die wenigen hier genannten Fakten zeigen, dass viele gute Gründe für eine neuerliche gesetzliche Regulierung sprechen. Für eine Übergangsregelung könnte die

¹⁴ BT-Drs.13/6087, S. 19.

¹⁵ Simon 2018, S. 12: „In den Jahren 1996 bis 1999 wurden im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser, ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Abteilungen, insgesamt ca. 13.500 Vollkräfte abgebaut. Im Jahr 2000 stagnierte die Vollkraftzahl und zugleich mit dem Gesetzesbeschluss zur Einführung eines vollständigen DRG-Fallpauschalensystems im Jahr 2002 nahm er wieder zu und erreichte bis dahin nicht gekannte Ausmaße. In den Jahren 2002 bis 2005, dem ersten Jahr nach der sogenannten ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems, wurden im Pflegedienst (ohne Psychiatrie) zusammen fast 30.000 Vollkräfte abgebaut, davon im Jahr 2004, dem letzten Jahr vor der ‚Scharfschaltung‘, allein 10.300 Vollkräfte. Eine Analyse auf Grundlage der Kostendaten der Krankenhausstatistik führte zu dem Ergebnis, dass der Stellenabbau nicht allein mit der Budgetentwicklung aufgrund der Budgetkürzungen und Einführung des DRG-Systems zu erklären ist (...). Grob geschätzt die Hälfte des Stellenabbaus in den Jahren 1996 bis 2005 ist nicht mit der Budgetentwicklung und knapper werdenden Mitteln zu erklären, sondern offenbar auf die interne Umverteilung von Mitteln zurückzuführen. Ein erheblicher Teil des Stellenabbaus im Pflegedienst erfolgte, um Mittel für andere Zwecke freizusetzen, insbesondere für die Finanzierung zusätzlicher und vor allem auch höher dotierter Stellen im ärztlichen Dienst sowie zur Finanzierung dringend erforderlicher Investitionen.“ *Fußnote 5 bei Simon*: „So wurde die Zahl der Oberärzte in Allgemeinkrankenhäusern von ca. 22.000 im Jahr 2000 auf mehr als 42.000 im Jahr 2016 fast verdoppelt.“

¹⁶ Thomas/ Reifferscheid/ Pomorin/ Wasem, Instrumente zur Personalbemessung und –finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland, Diskussionspapier im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204, September 2014, S.5 und S.11f.

PPR genutzt werden, um die Zeit zu überbrücken, bis ein fundiertes neues Personalbemessungsinstrument erarbeitet ist. Vorbild für die Beauftragung des neuen Instruments könnte der § 113c im elften Sozialgesetzbuch sein, der vorsieht, dass bis zum 30. Juni 2020 ein solches Instrument für den Bereich der Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt ist.

Die Elemente Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalkostenvergütung könnten auf der Grundlage eines bundesweit verbindlichen Instruments zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten zu einer sinnvollen Reform zusammengefasst werden.¹⁷

Beim Thema der IT-Ausstattung werden Milliarden Beträge genannt, die erforderlich sind, damit Kliniken den Investitionsstau auflösen können. Insgesamt ist bei der Digitalisierung der Krankenhäuser noch nicht klar, in welche Richtung die Entwicklung geht.¹⁸ Ob Informations- und Kommunikationstechnologien die bestehende Tendenz zur Ökonomisierung, Arbeitsverdichtung und mangelnde Partizipation verstärken oder ob sie die Zusammenarbeit und Autonomie der Berufsgruppen und Patienten verbessern, hängt vor allem davon ab, mit welcher Zwecksetzung (IT-Strategie) sie eingesetzt werden.

¹⁷ Simon 2018, S. 26f.

¹⁸ Erste interessante Einblicke liefert die Studie Digitalisierung im Krankenhaus, Mehr Technik – bessere Arbeit? Im Auftrag der Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf 2017. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_364.pdf (abgerufen am 11. April 2018).