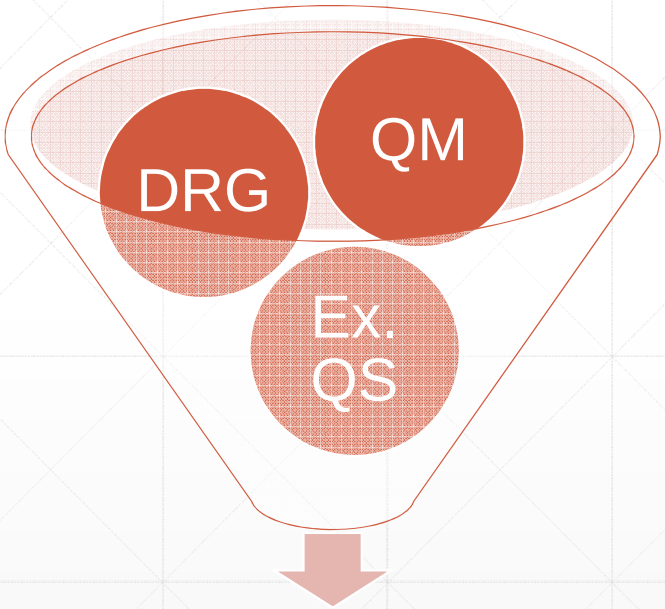
DRG´s ohne Pflege aus Sicht der Pflege

von Vera Lux

Gesundheitsökonomische Gespräche 2019 – Ludwigshafen
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft

Einführung der DRG – Finanzierung in 2003 mit dem Ziel…



Wirtschaftlichkeit,
Effizienz und Transparenz

Definition DRG (DocCheck):

1 Definition

Das **DRG-System** ist ein pauschalisierendes Abrechnungssystem, bei dem stationäre Krankenhausbehandlungen, weitestgehend unabhängig von der Verweildauer des Patienten über Fallpauschalen abgerechnet werden. "DRG" steht dabei für "diagnosis-related groups".

2 Hintergrund

Im DRG-System werden stationäre Behandlungsfälle zu Gruppen (DRGs) zusammengefasst und einem Relativgewicht zugeordnet. Die Zuordnung eines Falles zu einer Fallpauschale erfolgt aufgrund verschiedener Kriterien (Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Prozeduren, Patientenalter, Beatmungsstunden, etc.) durch eine bundesweit einheitliche Software (Grouper). Das Relativgewicht multipliziert mit einem jährlich neu festgelegten Landesbasisfallwert ergibt den Abrechnungsbetrag.

Tags: Abrechnung, Kosten, Krankenhaus
Fachgebiete: Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomie

Situation in den Krankenhäusern

Einführung DRG´s 2003	Steigerung Fallzahlen und Senkung VWD	Scheren-problematik	Investitionsstau	Zunahmen der Komplexität
Medizinisch-technische Entwicklung	Qualitäts-anforderungen	Demografie	Fachkräfte-mangel	Unzufriedene Beschäftigte
Streiks und Entlastungstarif-verträge	Gesetze/ Ersatzvorweg-nahmen	PpSG, PpUGV, weiterentwickelte PpUGV ab 2020	DRG´s: Ausgliederung Pflege am Bett ab 2020	Work in Progress: Instrument zur Pflegepersonal-bemessung

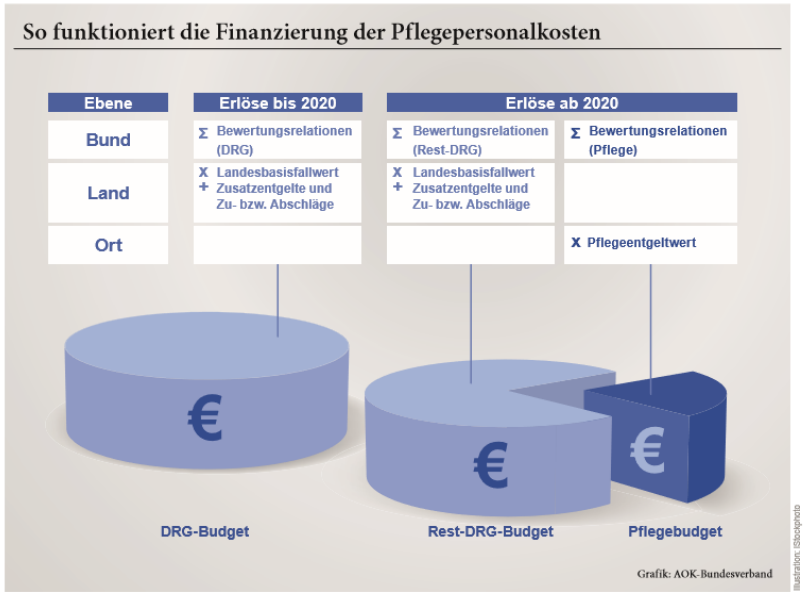
Ziel des Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)

- Die Arbeitssituation in der Kranken- und Altenpflege soll mit einem Sofortprogramm spürbar verbessert werden.

- Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) ist ein erster Schritt um eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen.

Pflegepersonalstärkungsgesetz

- **Jede zusätzliche und aufgestockte Stelle für Pflegekräfte am Krankenbett soll refinanziert werden**
- Ab 2018 sollen tariflich vereinbarte Entgeltsteigerungen für Pflegekräfte vollständig refinanziert werden.
- Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr werden nicht mehr auf den Stellenplan angerechnet.
- Die betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Alten- und Krankenpflege wird gestärkt.
- Pflegepersonaluntergrenzen - Verordnung legt Personalschlüssel für pflegesensitive Bereiche fest (Untergrenze).
- Mittel sind zweckgebunden und dürfen nicht zweckentfremdet verwendet werden → Nachweis Testat Wirtschaftsprüfer.
- Ab 2020 wird auf eine, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, Vergütung umgestellt **(Pflegebudget n. § 6a KHEntgG).**



Die Kosten machen den Preis

Ab Januar nächsten Jahres sind 20 bis 25 Prozent der Krankenhauserlöse für die Pflege reserviert. Das Pflegebudget wird individuell für jede Klinik festgelegt – für die Auszahlung wird es auf die abgerechneten Fälle umgelegt. Um die formale Anbindung an die Fallpauschalen zu erhalten, entwickelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einen Katalog, der den finanziellen Aufwand für Pflege wie im DRG-System als tagesbezogene Pflege-Bewertungsrelationen enthält. Die Vergütung der Pflege erfolgt über diesen bundesweiten Pflegeentgeltkatalog und einen Pflegeentgeltwert, der zur Ermittlung des Rechnungsbetrages mit der Pflege-Bewertungsrelation multipliziert wird.

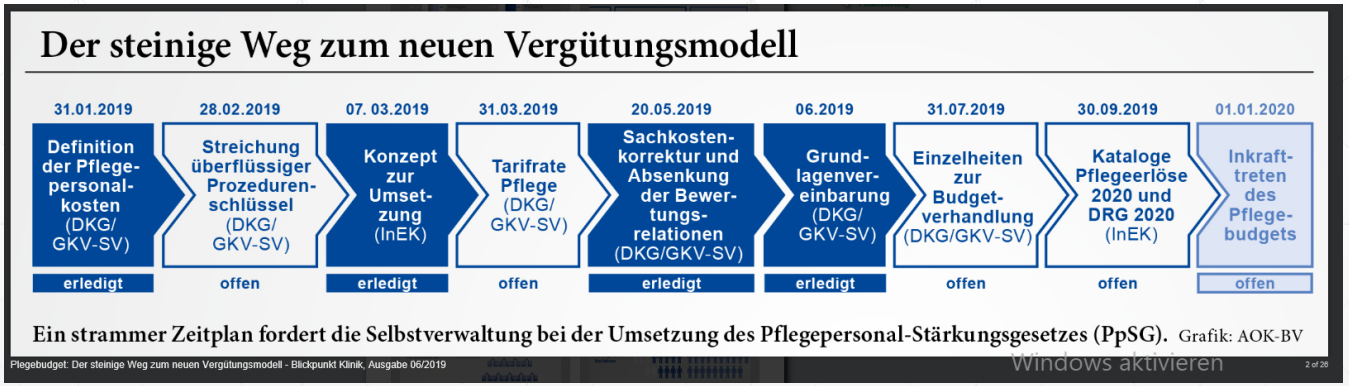
Der individuelle Pflegeentgeltwert wird ermittelt, indem die relevanten Personalkosten des Hauses durch die geplante Leistung (die Summe der Pflege-Bewertungsrelationen) geteilt werden. Das so vereinbarte Budget wird in jedem Fall vergütet. Falls die Pflegepersonalkosten das Budget überschreiten, müssen die Kassen die Differenz im folgenden Jahr ausgleichen. Der Pflegeentgeltwert stellt also – im Gegensatz zum Landesbasisfallwert – keinen einheitlichen Preis dar, sondern er ergibt sich für jedes Krankenhaus individuell aus den eigenen Kosten.

Illustration: iStockphoto

Pflegebudget

Laut InEK (09/2019) wurden 15 Milliarden € aus den Fallpauschalen herausgerechnet und in einen Pflegeerlöskatalog überführt.

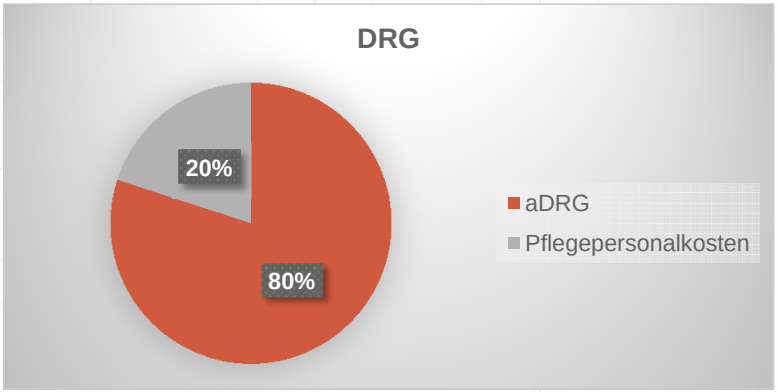
Windows aktiv
Wechseln Sie zu der
zu aktivieren.



Windows aktivieren

Quelle: AOK Blickpunkt Klinik, Ausgabe 06/2019

InEK - Kostenmatrix



Kostenmatrix des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (Quelle der Daten: InEK)

Vielfältige Regelungen über Vereinbarungen

- Pflegestärkungsgesetz (PpSG)
- Pflegepersonaluntergrenzen - Verordnung (PpUGV)
- PpUG - Sanktions-Vereinbarung (Vereinbarung nach § 137i Abs. 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen)
- PpUG – Nachweis-Vereinbarung (Vereinbarung nach § 137i, Abs. 4 SGB V über den Nachweis zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen)
- DRG - Grundlagenvereinbarung
- Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung (Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets)
- Personalkostenabgrenzungsvereinbarung (§ 17b Absatz 4, Satz 2 KHG)
- Änderungsvereinbarung zur Konkretisierung der Anlage 3 der Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung
- ……

Pflegepersonal-Untergrenzen (Pp-UG)

Weiterentwickelte PpUGV ab 01.01.20:
Einige bisherige Vorgaben wurden **angepasst**, **weitere** Bereiche mit PpUG sind neu dazugekommen!
(siehe * im Diagramm)

Bereich		Tagschicht	Nachtschicht
Intensiv-medizin	bis 31.12.2020	2,5 :1	3,5 :1
	ab 01.01.2021	2 : 1	3 : 1
Geriatrie		10 : 1	20 : 1
Unfallchirurgie		10 : 1	20 : 1
Kardiologie		12 : 1 (10:1)*	24 : 1 (20:1)*
Neurologie		10:1*	20:1*
Stroke Unit		3:1*	5:1*
Neurologische Frühreha		5:1*	12:1*
Herzchirurgie		7:1*	15:1*

* Gültig ab 01.01.2020
Im Fall konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen gilt schichtbezogen die Grenze mit der niedrigsten Anzahl von Patient/innen im Verhältnis zur Pflegekraft.

Pflegehilfskräfte

Grenzwerte für den Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl von Pflegekräften

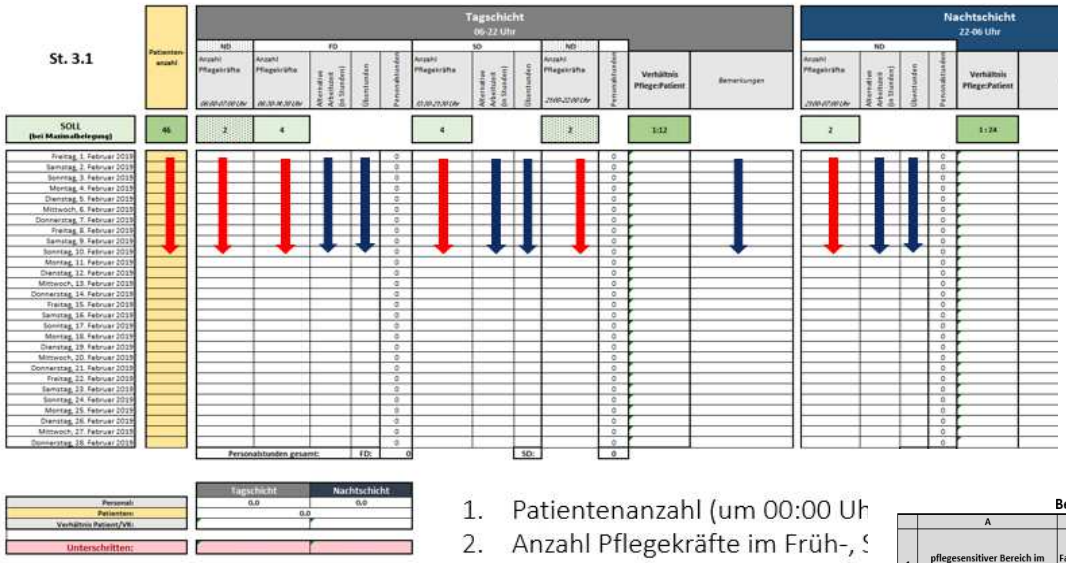
(stations- und schichtbezogen)

Frage-Icon-Design

Bereich	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin	8 % (entfällt ab 2020)*	8 % (entfällt ab 2020)*
Geriatrie	20 % (15%)*	40 % (20%)*
Unfallchirurgie	10 %	15 %
Kardiologie	10 %	15 % (10%)*
Neurologie	./.*	./.*
Stroke Unit	./.*	./.*
Neurologische Reha	10%*	8%*
Herzchirurgie	5%*	./.

Dokumentationsaufwand ohne Gleichen

Beispiel: Tägliche Dokumentation durch Teamleitung auf Station



1. Patientenanzahl (um 00:00 Uh
2. Anzahl Pflegekräfte im Früh-, S
3. ggf. Überstunden, Alternative Bemerkungen

Erfassung der Daten – Übersichtstabelle der Quartalsergebnisse für eine Station

Übersicht der Erfüllung der Personaluntergrenzen 2019

St. 1 B

		I. Quartal			II. Quartal			III. Quartal			IV. Quartal			
		Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	
Anzahl der Schichten gesamt		62	56	62	60	62	60	62	62	60	62	60	62	730
Unterschrittene Schichten	Tagschicht	0	3											gesamt Jahr:
	Nachtschicht	0	0											
Durchschnittliche **Patientenbelegung**		13,55	12,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17
Durchschnittliche **Pflegepersonalausstattung**	Tagschicht	6,19	5,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
	Nachtschicht	5,06	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84
Durchschnittliches **Verhältnis Pat./PK**	Tagschicht	2,19	2,14											
	Nachtschicht	2,68	2,49											
Erfüllungsquote	Tagschicht	100,00%	89,29%											gesamt Jahr:
	Nachtschicht	100,00%	100,00%											

Beispielbefüllung im Datenportal Meldung zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen PpUG-Nachweis-Vereinbarung - fiktive Daten zur Illustration

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV	Fachabteilungsschlüssel in §-21-Daten	Fachabteilung	Station	Standort	Monat	Schicht	Anzahl Schichten (Summe)	durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegefachkräfte	durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegehilfskräfte	durchschnittliche Patientenbelegung	Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurde	rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft	Anzahl Pflegehilfskräfte anrechenbar für PPUG
2	Geriatrie	0200	Geriatrie	G1	1	Januar	Tag	31	3,5	1,5	42	1	9,59	0,88
3	Geriatrie	0200	Geriatrie	G1	1	Januar	Nacht	31	1,5	0,5	42	4	21,00	1,00
4	Geriatrie	0200	Geriatrie	G1	1	Februar	Tag	28	3,5	1,25	42	2	9,59	0,88
5	Geriatrie	0200	Geriatrie	G1	1	Februar	Nacht	28	1,5	0,5	42	6	21,00	1,00
6	Geriatrie	0200	Geriatrie	G1	1	März	Tag	30	3,5	1	42	0	9,59	0,88
7	Geriatrie	0200	Geriatrie	G1	1	März	Nacht	30	1,75	0,75	42	3	16,80	1,17
8	Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Januar	Tag	31	4,75	1	12	0	2,33	0,41
9	Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Januar	Nacht	31	3	1	12	11	3,68	0,26
10	Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Februar	Tag	28	4,75	1	12	1	2,33	0,41
11	Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Februar	Nacht	28	3,5	1	12	3	3,16	0,30
12	Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	März	Tag	30	5	1	12	0	2,21	0,43
13	Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	März	Nacht	30	3,5	1	12	2	3,16	0,30
14	Kardiologie	0300	Kardiologie	K1	1	Januar	Tag	31	1	1	14	12	12,61	0,11
15	Intensivmedizin	0300	Kardiologie	K1	1	Januar	Tag	31	0,75	0,25	2	4	2,44	0,07
16	Kardiologie	0300	Kardiologie	K1	1	Januar	Nacht	31	1	1	14	4	11,86	0,18
17	Intensivmedizin	0300	Kardiologie	K1	1	Januar	Nacht	31	0,75	0,25	2	3	2,44	0,07
18	Kardiologie	0300	Kardiologie	K1	1	Februar	Tag	28	1	1	13	2	11,71	0,11
19	Intensivmedizin	0300	Kardiologie	K1	1	Februar	Tag	28	0,75	0,25	2	0	2,44	0,07
20	Kardiologie	0300	Kardiologie	K1	1	Februar	Nacht	28	1	1	13	4	11,02	0,18
21	Intensivmedizin	0300	Kardiologie	K1	1	Februar	Nacht	28	0,75	0,25	2	6	2,44	0,07
22	Kardiologie	0300	Kardiologie	K1	1	März	Tag	30	1	1	13	1	11,71	0,11
23	Intensivmedizin	0300	Kardiologie	K1	1	März	Tag	30	0,75	0,25	2	0	2,44	0,07
24	Kardiologie	0300	Kardiologie	K1	1	März	Nacht	30	1	1	13	5	11,02	0,18
25	Intensivmedizin	0300	Kardiologie	K1	1	März	Nacht	30	0,75	0,25	2	3	2,44	0,07

Pflegepersonaluntergrenzen - Verordnung PpUGV „Ganzhausansatz“

Quotient:
Verhältnis der Zahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zum Pflegeaufwand in der jeweiligen Klinik

- Verfolgt wird
  Personalq
  errechnen
  das InEK

  Dabei wird
  viel oder we
  im ganzen Haus einsetzt .

Übergangslösung
oder doch eher Dauerlösung!?

en
Basis
häuser

Bei Unterschreitung:
Sanktionen!

Pflegebudget

Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 KHEntgG, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen ein Pflegebudget.

Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Haus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft.

Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich. Für eine darüber hinausgehende Vergütung braucht es einen sachlichen Grund!

Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten.

Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert (tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung).

P f l e g e b u d g e t

§5 Pflegeentlastende Maßnahmen
Sofern ein Krankenhaus Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist von den Vertragsparteien. (Max. 3 % des Pflegebudgets)

Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn plant….

— Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus/Ganzhausansatz

Mit dem Ganzhausansatz entsteht ein handhabbares, transparentes und schnell wirksames Instrument, um im gesamten Krankenhaus eine gute Pflege und die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten.

Dazu wird in Zukunft das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zu individuellem Pflegeaufwand eines Krankenhauses ermittelt. Dieser „Pflegepersonalquotient" gibt Aufschluss darüber, ob eine Klinik, gemessen am Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt. Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten. Anderenfalls drohen ihnen Sanktionen.

Quelle: BMG abgerufen 23.10.2019, 16:55
Uhhttps://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.htmlr

Nicht ausgegliedert werden die Pflegekosten aus dem DRG-System in folgenden Bereiche wie…..

- Psychiatrie und Psychosomatik (G-BA Richtlinie ab 01.01.2020)
- OP – Pflege
- Anästhesiepflege
- Notfallaufnahmen
- Ambulanzen
- Pädiatrie

Offen bleibt:
Zusatzentgelte (ZE), PKMS, ZE 162/163 für Pflege-grade

Konsequenzen ?

Duale Krankenhausfinanzierung

Heilige Kuh!
(ebenso die Beitragssatzstabilität)

Betriebskosten

- werden von Krankenkassen vergütet
- stationäre Leistungen werden bisher über DRG´s als Fallpauschale abgerechnet.

Scherenproblematik
(Einnahmeveränderungsrate versus – Tarifentwicklung)

Investitionskosten

- für Instandhaltung und Geräte werden von den Länder bereitgestellt
- ebenso für Bauunterhaltung und Neubauten

Investitionsstau in Milliardenhöhe

Pflexit

Die Meinungen zur Ausgliederung der Pflegekosten (Pflege am Bett) gehen auseinander……

Pro

- Mittel dürfen nicht mehr zweckentfremdet werden
- Personalquotient je Klinik ermöglicht Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander
- Bessere Transparenz
- Leiharbeit soll nur in Höhe von Tariflohn vergütet werden
- Endlich passiert was

Kontra

- Ausgangssituation ist defizitär, wird diese Situation manifestiert ist nichts gewonnen
- (Sinnvoller) Personalmix ist nicht refinanziert
- Leiharbeit soll nur in Höhe von Tariflohn vergütet werden, Zusatzkosten für die Vermittlung von Leiharbeit soll nicht refinanziert werden.
- Selbstkostendeckungsprinzip führt zu neuen Fehlanreizen (SOZD, CM, u.a.)
- Kein Instrument welches sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert
- Bürokratie / Handhabung im Alltag ist unzumutbar
- Nicht zu Ende gedachte Lösung sondern Stückwerk mit großem Risiko

Pflegekräfte händeringend gesucht!

PREMIUM Personalmangel

Deutsche Kliniken liegen fast im Koma

„Ohne Intensivstation kann man andere Abteilungen nicht betreiben", sagt Roland-Berger-Experte Peter Magunia. Unfallchirurgie, Kardiologie oder Neurologie könnten ohne Intensivmedizin nicht bestehen. Verschärft wird die Lage durch Finanznöte: 2018 hätten 52 Prozent der befragten Häuser keinen Gewinn gemacht, geht aus der Roland-Berger-Untersuchung hervor. 80 Prozent erwarteten, dass sich ihre Lage verschlechtere.

Sie lesen eine Exklusivmeldung aus der aktuellen WirtschaftsWoche. Die ganze Geschichte lesen Sie hier. Mit dem WiWo-Digitalpass erhalten Sie die Ausgabe bereits am Donnerstagabend in der App oder als eMagazin. Alle Abo-Varianten finden Sie auf unserer Info-Seite.

05.07.2019 | 12:00 Uhr

Studie

Deutsche Kliniken suchen 30.000 Pflegekräfte

von Cordula Tutt

Der Personalmangel in deutschen Krankenhäusern ist groß, 30.000 Pflegekräfte werden zusätzlich benötigt. Viele Intensivstationen stehen auf der Kippe.

Durch den Personalmangel müssen Stationen in Krankenhäusern gesperrt werden.
Quelle: imago images

Die rund 1900 Krankenhäuser in Deutschland suchen rund 30.000 Pflegerinnen und Pfleger zusätzlich. Das geht aus der noch unveröffentlichten Krankenhaus-Studie 2019 hervor, die die Unternehmensberatung Roland Berger jährlich veröffentlicht und die der WirtschaftsWoche vorab vorliegt. Zuletzt seien laut Studie nur rund 11.000 Pflegekräfte auf Arbeitssuche gewesen, die aber meist keine Fachkräfte seien.

ANZEIGE

BibliomedPflege
DAS PORTAL FÜR DIE PFLEGE powered by Die Schwester Der Pfleger

NEWS FACHARTIKEL

Foto: Getty Images/B&M Maskowski

Das **Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO)** hat neue Zahlen vorgelegt, wie viele Pflegefachpersonen in Deutschland künftig fehlen: Den Angaben zufolge klafft schon heute eine **große Lücke zwischen der Zahl der benötigten Pflegekräfte und den tatsächlich vorhandenem Personal**. Hochgerechnet auf Vollzeitstellen pflegen und betreuen **aktuell knapp 590.000 Fachkräfte** die gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen. **2030** würden **rund 720.000 Personen benötigt**, **bis 2050** steige der Bedarf insgesamt auf **knapp eine Million Pflegende** an. Das teilte das WIdO am Montag in Berlin mit und berief sich dabei auf eigene, aktuelle Zahlen aus dem **Pflege-Report 2019**.

"Dabei sind weitere Einflüsse auf den Personalbedarf in unserer Projektion noch gar nicht abgebildet", sagte die Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im WIdO und Mitherausgeberin des Pflege-Reports, Antje Schwinger. So **entwickele sich die Zahl der Pflegebedürftigen regelmäßig deutlich schneller**, als es sich allein aufgrund der demografischen Entwicklung ergibt. Auch die bereits angekündigten Regelungen zur verbesserten Personalbesetzung in Pflegeheimen seien in diesen Zahlen noch nicht berücksichtigt. Trotz der **"Konzertierten Aktion Pflege"** seien "noch viele Herausforderungen zu bewältigen".

Weiter ungelöst: Sicherstellung von Personal und Finanzierung der Pflegekosten

Wie sich der Bedarf an Fachpersonal künftig entwickelt, hängt nach Schwingers Worten eng mit der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zusammen. Laut Pflege-Report waren 2017 rund 4,6 % der gesetzlich Versicherten auf Pflege angewiesen. Nach WIdO-Prognosen wird ihr Anteil bis 2030 auf 5,5 % steigen. 2050 werden sogar 7,4 % der gesetzlich Versicherten auf Unterstützung durch die Pflegekasse angewiesen sein.

Die Sicherstellung von Personal und die Finanzierung der Pflegekosten blieben eine drängende, weiter ungelöste Aufgabe, so die mahnenden Worte aus dem WIdO.

Bereits 2018 wies der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe darauf hin, dass deutlich mehr Stellen in der Pflege fehlen als von der Bundesregierung angenommen.

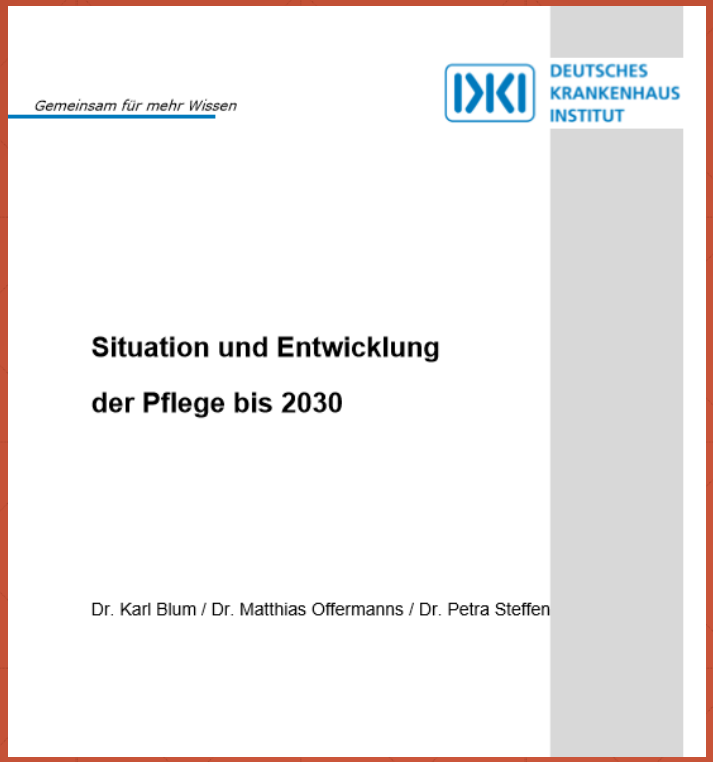
Ähnliche Artikel

Pflege-Report 2018
Pflegeheime: Deutliche Qualitätsunterschiede
» lesen

Serie Rechtsfragen
Delegation: Darf OP-Personal bei Amputationen anzeichnen?
» lesen

15. Nationales DRG-Forum
Ein Ziel, viele Wege
» lesen

DKI – Gutachten hat ergeben, das bis 2030 fast 190.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt werden! Wenn man den Personalschlüssel verbessern wolle sind es noch mehr.



Gemeinsam für mehr Wissen

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030

Dr. Karl Blum / Dr. Matthias Offermanns / Dr. Petra Steffen

Mehr Wissen für Pflegende.
Online. Aktuell. Für alle.

Studie

Fast 190.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt

News des Tages / 23.10.2019

Werner Krueper Fotografie und Film

Im Jahr 2030 werden in Deutschland laut einer Studie rund 187.000 Pflegekräfte zusätzlich gebraucht. Das hat ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ergeben. Krankenhäuser werden demnach 63.000 zusätzliche Vollzeit-Pflegekräfte benötigen. Das wären 20 Prozent mehr als im Jahr 2015. Für die stationäre Pflege geht das DKI von einem Plus von 21 Prozent aus. In der ambulanten Pflege werden laut der Berechnungen sogar fast 50 Prozent mehr Fachkräfte benötigt.

Bei ihren Berechnungen geht das DKI davon aus, dass sich die Zahl der Patienten und Pflegebedürftigen weiter so entwickeln wird wie in den vergangenen Jahren. Darüber hinaus sind Faktoren wie eine steigende Morbidität und der medizinische Fortschritt in die Berechnungen eingeflossen. Zudem wurde von einem konstanten Personalschlüssel ausgegangen. Wenn man hingegen den Pflegepersonalschlüssel verbessern wolle, würden weitere Fachkräfte benötigt. Für jeden Prozentpunkt würden mehr als 9.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt, so das DKI.

Quelle: Bibliomed Newsletter vom 23.10.2019:

Ankündigung seitens der DKG, DPR und ver.di ein Personalbemessungs-system zu entwickeln:

Es bleibt die Hoffnung auf ein pragmatisches und den Pflegebedarf erfassendes und von den Vertragspartner anerkanntes Pflegepersonalbedarf-Bemessungssystem!

Grundsätze für eine sichere Personalbemessung gibt es, z.B. vom International Council of Nursing (ICN).

ICHRN Policy Statement

International
Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva
Switzerland
elephone 41 (22) 908 0100
Fax 41 (22) 908 0101
E-Mail: icn@icn.ch
Website: www.icn.ch

Sichere Personalbemessung: Grundsätze

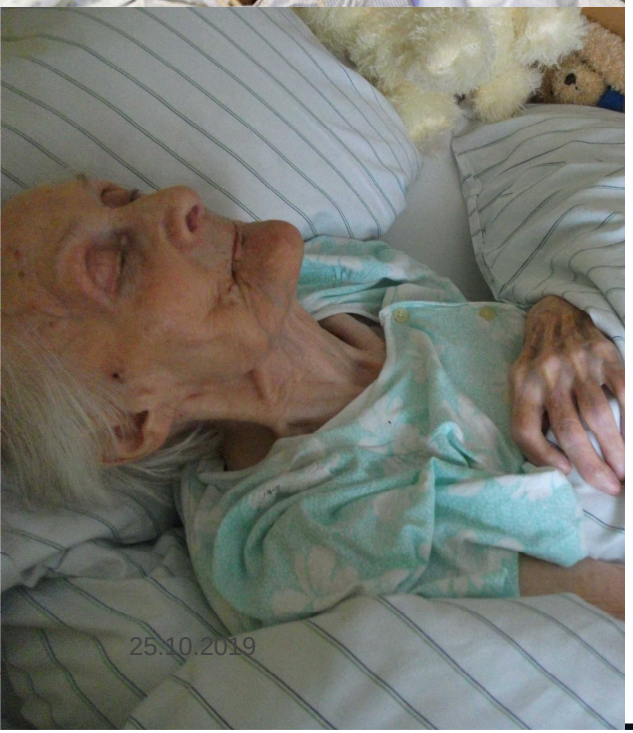
Professionelle Pflege ist wesentliches Element einer sicheren und effektiven Gesundheitsversorgung. Sichere Personalbemessung bedeutet, dass jederzeit während des Versorgungsverlaufs eine angemessene Anzahl Pflegefachpersonen und andere Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Diese müssen einen geeigneten Mix an Qualifikationen, Fähigkeiten und Erfahrungen mitbringen um sicherzustellen, dass der Pflegeleistungsbedarf der Patienten erbracht und gefahrlose Arbeitsbedingungen gewährleistet werden können. Sichere Personalbemessungsniveaus sind unmittelbar verknüpft mit...

- ***besseren Patienten-Outcomes und Patientenzufriedenheit;***
- ***besserer Anleitung und Betreuung für Pflegefachpersonen, unterstützende Helfer und das gesamte therapeutische Team;***
- ***gesteigerte Mitarbeiterbindung und –gewinnung sowie Nachhaltigkeit der Belegschaft;***
- ***höhere Kosteneffizienz im Gesundheitssystem.***

International betrachtet ist es wichtig zu verstehen, dass Gesundheitsversorgung auf ganz verschiedenen Wegen erfolgt. Weltweit arbeiten Pflegefachpersonen Seite an Seite mit unterschiedlichsten Arten von Gesundheitsdienstleistern und innerhalb diverser Modelle der Personalbemessung und Leistungserbringung. Wenn auch das Umfeld der Versorgung variiert, die Notwendigkeit einer sicheren Personalbemessung bleibt.

Weil es zur Sicherstellung guter Qualität und Nachhaltigkeit in der Pflege unerlässlich ist, sichere Personalbemessung zu gewährleisten, bekräftigt ICN die folgenden Schlüsselprinzipien, die sichere Personalbemessungsniveaus unterstützen:

- Sichere Pflege muss bei Personalbemessungs-Entscheidungen im Gesundheitswesen hohe Priorität behalten.
- Sichere Personalbemessung impliziert das Erbringen von Pflegeleistung, ohne dass Patienten/Klienten oder Pflegepersonal gefährdet werden.
- Sichere Personalbemessungs-Level müssen die Fähigkeiten, Erfahrungen und das Wissen abbilden, die notwendig sind, um dem Patientenbedarf zu entsprechen; sie müssen gleichzeitig die Schweregrade von Erkrankungen berücksichtigen.
- Sichere Personalbemessung beinhaltet eine Reihe von Faktoren wie beispielsweise ausreichend verfügbares Personal, geeignetes Niveau und Mix von Qualifikationen, leistbares Arbeitsvolumen für sowohl Teams wie auch jeden einzelnen Mitarbeiter, kommunikative und unterstützende Arbeitsplatzkultur mit hoher Priorität auf Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz, gute Anleitung, angemessene Schulung, gute Arbeitsplatzgestaltung sowie das Vorhalten geeigneter Arbeitsmittel und -räume.
- Bestrebungen, sichere Personalbesetzungslevels zu erreichen, sollten gesteuert und begründet sein durch aktuelle Evidenz bezüglich der Verknüpfung von Personalbemessung, Patienten-Outcomes, Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung. In Betracht zu ziehen sind darüber hinaus Daten zu
  - Patienten-Outcomes
  - Komplikationsraten
  - Patientenzufriedenheit
  - Effektiver Anleitung und Beratung
  - Gewinnung, Bindung und Nachhaltigkeit des Personals
  - Auswirkungen des Einsatzes von Aushilfspersonal.
- Beschränkte Budgets und Ressourcen können sich direkt auswirken auf Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung. Die Folgen einer Änderung der Personalkosten dürfen nicht isoliert von anderen kurz- und langfristigen Ergebnissen eingeschätzt werden.
- Sowohl die Beurteilung, ob vorhandene Personalbemessung als sicher gelten kann, als auch das Entwickeln von Strategien und Mechanismen zu ihrer Sicherstellung sollten mit uneingeschränkter Beteiligung der Mitarbeiter und ihrer Vertretungen durchgeführt werden.
- Pflegefachpersonen müssen die Kompetenz erhalten, weitere Aufnahmen zu stoppen, wenn Situationen mit ungenügender Personaldecke entstehen.
- Änderungen der Personalbemessung sollten nur dann vorgenommen werden, wenn sie gleiche oder bessere Patienten-Outcomes, Kosteneffizienz und eine höhere Produktivität versprechen.
- Alle Veränderungen der Personalbemessung müssen begleitet werden durch eine Verlaufsbeobachtung und eine Evaluation, die Auswirkungen und aufgetretene Effekte erfasst. Obwohl vor allem die Auswirkungen bei Patienten-Outcomes unverzichtbar sind, müssen ebenso die Folgen für die Belegschaft und die Arbeitsplätze in den Blick genommen werden.
- Die Festsetzung sicherer Personalbemessungs-Niveaus muss selbstverständlich auch die erforderlichen Zeitressourcen für Aufgaben neben der direkten Patientenversorgung berücksichtigen (u.a. Management und Beratung, andere administrative Tätigkeiten, Transportdienste, Reinigungsarbeiten usw.).
- Sicherheit in der Personalbemessung hängt davon ab, was und wie gut sich unterschiedlich qualifizierte Mitarbeiter einbringen. Aus diesem Grund müssen die individuellen Rollen und Verantwortlichkeiten aller Mitarbeiter und Berufsgruppen ebenso beachtet werden wie die Art und Weise, wie sie zusammenarbeiten.
- Die gewählten Strategien und Mechanismen für eine sichere Personalbemessung sollten kontext-spezifisch sein. Sie müssen lokale Bedarfe und Gegebenheiten ebenso berücksichtigen wie die Anforderungen der Bevölkerung an eine Gesundheitsversorgung, aber auch Faktoren wie die derzeitige Struktur der Leistungserbringung, verfügbare Ressourcen, Ausbildungsplätze und Versorgungskapazitäten.
- Direkte Lohnkosten sind als Maß für finanzielle Auswirkungen von Personalbemessungsentscheidungen ungeeignet. Die finanziellen Folgen einer Änderung bei klinischen Outcomes (z.B. Mortalität, lange Verweildauern, hohe Wiederaufnahmequoten), Personalkosten (u.a. Kosten für Personalbeschaffung, Fluktuation, Krankheitsausfall, Aushilfspersonal) und Produktivität sollten ebenso bilanziert werden bei jeder Kosten-Nutzen-Analyse.



Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus

Als ethisches Leitprinzip stellt der Ethikrat das Patientenwohl in den Mittelpunkt seiner Stellungnahme und gibt Empfehlungen zur Krankenhausversorgung.

In Berlin stellte der Deutsche Ethikrat am 5. April 2016 in einer Pressekonferenz die Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ vor. Der Ethikrat gibt folgende Empfehlungen:

Bessere Kommunikation im Krankenhaus: Förderung der kommunikativen und interkulturellen Kompetenz aller im Krankenhaus Tätigen mit Aus- Fort- und Weiterbildungsangeboten
Zeitlichen und organisatorischen Aufwand berücksichtigen: Berücksichtigung des zeitlichen und organisatorischen Aufwands bei den Vorgaben für die Vergütung innerhalb des DRG-Systems
Pflegepersonalschlüssel: Verbesserung der Situation der Pflege durch Pflegepersonalschlüssel
DRG-System: Weiterentwicklung des DRG-Systems durch Entgegenwirken von Fehlanreizen (Vorzeitige oder verzögerte Entlassung oder Verlegung), Abrechnung von zwei oder mehreren DRG bei multimorbiden Patienten, Zusatzentgelte für hochaltrige Patienten, Patienten mit selten Erkrankungen oder Patienten mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten, Vergütungsmodelle zur Vermeidung unnötiger Eingriffe und Prozeduren
Qualitätssichernde Strukturen: Programm des Bundes zur Förderung multidisziplinärer Zentren, die sich an bestimmten Krankheitsbildern orientieren
Vereinfachung von Dokumentationspflichten: Unter anderem Entwicklung und Erprobung von Modellen mit digitaler Unterstützung
Besondere Bedarfe: Unter anderem kinderspezifische DRGs, bzw. die Kindermedizin vom DRG-Abrechnungssystem entkoppeln, Krankenhäuser barrierefrei gestalten, zusätzliche Assistenzpflege für Menschen mit Behinderung, Förderung demenzsensibler

Ich erinnere an die Empfehlungen des Deutschen Ethikrates
(5. April 2016)

Fazit:

- Die Ausgliederung der Pflegekosten für die „Pflege am Bett“ ist eine Notlösung, um weiterhin eine sichere Patientenversorgung zu gewährleisten.
- Die Rückkehr zum Selbstkost mangels und der nicht auskömmlichen (Investition
- Ein zeitgemäßer und sinn izinischen Fachangestellten u.a. mu
- Der Pflegepersonalquotie usern untereinander“.
- Die Nachweispflicht erforc Bürokratie „Herr“ zu werden.
- Es bedarf eines evidenzb Pflegebedarf orientierte Personalbemessung durchzuführen und die „knappe Ressource“ adäquat und aufwandsgerecht abzubilden und zu verteilen.
- Daneben müssen pflegerische Qualitätsindikatoren / Outcome-Indikatoren entwickelt werden (Min-Max-Prinzip).
- Effiziente Prozesse, strukturelle Anpassungen, digitale Unterstützung sowie eine andere Arbeitsverteilung sind mehr denn je notwendig.

Das Rumdoktern am System macht es nur noch schlimmer!

Das Gesundheitssystem in Deutschland gehört auf den Prüfstand und dazu ist auch eine Reform des G-DRG – Fallpauschalen - Systems notwendig.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Vera Lux
Managementberatung Pflege und Health Care
luxvera@web.de – Phone 0 15 25 / 320 68 48