

Eckpunkte der DKG für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung und –finanzierung im gesamten Krankenhaus

1. *Instrument zur Definition des notwendigen Pflegebedarfes*

Die DKG setzt sich für die Entwicklung eines pragmatischen Instrumentes zur Definition einer angemessenen Pflegepersonalausstattung unter wissenschaftlicher Begleitung ein. Die Definition muss sich an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern orientieren. Das Instrument definiert den notwendigen Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz). Ein neues Instrument kann auch auf bestehenden Ansätzen zur Personalbemessung aufsetzen und diese im Sinne einer gestuften/modularisierten Betrachtung weiterentwickeln.

2. *Verantwortung für die richtige Zuordnung des Pflegepersonals*

Im Rahmen des definierten Pflegebedarfes für das gesamte Krankenhaus planen und verantworten die Krankenhäuser den innerbetrieblichen Personaleinsatz eigenständig, um damit dem individuellen Pflegebedarf der Patienten gerecht zu werden und die Versorgung der Patienten so weiter zu verbessern. Der resultierende Pflegebedarf kann sowohl durch einen nach Qualifikationen differenzierten Personaleinsatz (Qualifikationsmix) als auch durch organisatorische oder strukturelle Maßnahmen abgedeckt werden. Im Rahmen des Qualifikationsmix sind zudem pflegeentlastende Maßnahmen zu berücksichtigen. Ein Instrument zur Neuregelung der Pflegepersonalausstattung macht hierzu idealerweise Vorgaben (Skill- und Grade-Mix).

3. *Eine Personalbemessung muss dynamisch sein und Entwicklungen ermöglichen*

Die Pflege ist ein dynamisches Arbeitsfeld. Die Weiterentwicklung in der Qualifikation der Pflegenden (z. B. Akademisierung, Neuregelung der Pflegeassistentenberufe) eröffnet Chancen und Potentiale für eine bessere Patientenversorgung. Der definierte Standard einer Personalbemessung muss deshalb ausreichend Flexibilität gewährleisten, um auch den sich zukünftig verändernden Aufgabenstellungen für die Berufsgruppe Pflege gerecht zu werden.

4. *Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotient sind nur eine vorläufige Maßnahme*

Die jetzt festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen können nur eine vorübergehende Maßnahme sein, um in der Übergangsphase zu dem neuen System problematische Unterbesetzungen zu identifizieren; bei einer angemessenen Pflegepersonalausstattung des gesamten Krankenhauses sind sie weitgehend obsolet. Es ist lediglich vor-

stellbar, dass die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer derzeitigen Ausprägung eines schichtbezogenen Personaleinsatzes inklusive Dokumentation für einige wenige Bereiche weitergelten (z. B. Intensivstationen oder Vorgaben zur Nachtdienstbesetzung).

Auch die mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz vorgesehene Einführung eines Pflegepersonalquotienten pro Haus kann nur eine erste vorübergehende Maßnahme sein, um in einer Übergangszeit hilfsweise einen groben Indikator dafür zu haben, welche Mindest-Pflegepersonalausstattung in einem Krankenhaus vorhanden ist. Spätestens mit der Einführung eines Instruments zur Neuregelung der Pflegepersonalausstattung wird der Pflegepersonalquotient obsolet.

5. *Die Einführung eines neuen Bemessungssystems muss die unterschiedlichen Ausgangslagen der Häuser respektieren*

Krankenhäuser, die zum Startpunkt der Einführung des neuen Systems den für sie definierten Pflegebedarf nicht vorhalten, müssen die Möglichkeit haben, im Rahmen einer Konvergenzphase und auf Basis individueller Maßnahmenpläne die für sie als notwendig definierte Pflegepersonalausstattung zu erreichen. Ein neues Bemessungssystem muss auch vor dem Hintergrund der problematischen Arbeitslage bestimmte Korridore ermöglichen, in denen sich die Krankenhäuser bewegen können. Neben einem „grünen Bereich“ könnte ein weiterer – grundsätzlich sanktionsfreier - Bereich unter- und oberhalb definiert werden („gelber Bereich“), in dem krankhausindividuelle Besonderheiten geltend gemacht werden oder z. B. Verabredungen zur Verbesserung der Personalsituation getroffen werden. Ab Unterschreiten einer Grenze („roter Bereich“) ist dann eine Sanktionierung vorgesehen. Diese Grenze könnte dann als Pflegepersonaluntergrenze für das Gesamthaus gelten.

Es bedarf einer Übergangsphase von drei Jahren (Hinweis: orientiert an einem Ausbildungszyklus), in der keine finanziellen Sanktionen oder die Einschränkung von Behandlungskapazitäten zur Anwendung kommen.

6. *Personalkosten müssen vollständig und tarifgerecht finanziert werden*

Die Einführung eines neuen Instrumentes zur Definition einer angemessenen Pflegepersonalausstattung als Grundlage des künftigen Pflegbudgets, das diesbezüglich zu modifizieren ist, ist eine Abkehr vom bisherigen Finanzierungsprinzip im Rahmen der DRGs. Die Pflegepersonalkosten können deshalb auch nicht in diesem Finanzierungssystem vergütet werden, sondern müssen in vollem Umfang und tarifgerecht gesondert abgerechnet werden.

7. *Personalkostennachweise sind bürokratiearm zu gestalten*

Der Personalkostennachweis zur Refinanzierung der Pflegepersonalkosten gegenüber den Krankenkassen soll bürokratiearm in vergleichbarer Weise wie bei der aktuell geltenden Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) geregelt werden.

8. *Ausbildung und Studium müssen gefördert und voll finanziert werden*

Eine deutliche Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern wird nur möglich sein, wenn mittel- und langfristig mehr Auszubildende und Studierende für die Pflege gewonnen werden. Die Ausbildungsbereitschaft der Krankenhäuser muss durch die volle Refinanzierung der Ausbildungskosten gestärkt werden (ersatzlose Streichung des Anrechnungsschlüssels im zweiten und dritten Ausbildungsjahr).

9. *Ein neues Personalbemessungssystem muss zum Aufbau von Vertrauen und zur Entbürokratisierung führen*

Begleitende Maßnahmen zur Entbürokratisierung müssen dazu führen, dass Pflegekräften zukünftig mehr Zeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Insgesamt muss in dem Zusammenspiel zwischen Krankenhäusern als versorgenden Einrichtungen und den Krankenkassen als Finanzierern der Patientenbehandlungen wieder mehr Vertrauen entstehen, um die aufwändigen, wertvollen Ressourcen verschlingenden Kontrollmechanismen und Abwehrreaktionen auf beiden Seiten deutlich zu reduzieren. Ein System, das erklärtermaßen das Ziel verfolgt, mehr Pflegekräfte in die Krankenhäuser zu bringen und diese auch zu finanzieren, braucht deutlich weniger Kontrolle und Misstrauensbürokratie.

10. *Die Attraktivität und der Stellenwert der Pflege müssen in einer gemeinsamen Anstrengung verbessert werden*

Die Ergebnisse der „Konzertierten Aktion Pflege“ müssen in einer breiten Initiative von Politik, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Gewerkschaften und Pflegeverbänden / -kammern umgesetzt und in der Öffentlichkeit gemeinsam vertreten werden. Wesentliche inhaltliche Punkte sind dabei für die DKG:

- patienten- und qualitätsorientierte Berufsausübung
- verlässliche Arbeitszeiten
- angemessene Vergütung
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Altersgerechte Arbeitsplätze
- Chancen auf eine berufliche Weiterentwicklung
- moderne Infrastruktur
- Abbau bürokratischer Vorgaben

Darüber hinaus muss es den Krankenhäusern finanziell ermöglicht werden, sich im Wettbewerb um gute Qualität der Patientenversorgung und hohe Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern und dabei den Patienten auch innovative Behandlungsverfahren anzubieten.

Die DKG will mit diesen und weiteren unterstützenden Maßnahmen die Arbeitsbedingungen verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus erhöhen, damit gut ausgebildete Pflegenden wieder mehr Wertschätzung erfahren und

sich weiter an ihren Beruf gebunden fühlen, damit aus dem aktiven Pflegeberuf ausgeschiedene Pflegende sich zur Rückkehr in den Beruf entschließen und Mitarbeiter in Teilzeit ihre Arbeitszeit moderat erhöhen. Auf diese Weise kann eine wesentliche Verbesserung der Pflege in den Krankenhäusern erreicht werden.