

## Personalbedarfsbemessung in der Pflege

# Die Krux mit dem richtigen Maß

Die personelle Situation in der stationären Pflege steht seit Jahren in der Kritik: Obwohl die Krankenhäuser im internationalen Vergleich pro Einwohner relativ viele – und immer mehr – Pflegefachkräfte beschäftigen, bleibt die Personaldecke auf den Stationen dünn. Deshalb sollen die Kliniken künftig ein Bemessungsinstrument einsetzen, das den Personaleinsatz für eine angemessene pflegerische Versorgung gewährleistet. Es soll ab Mitte 2022 entwickelt werden.

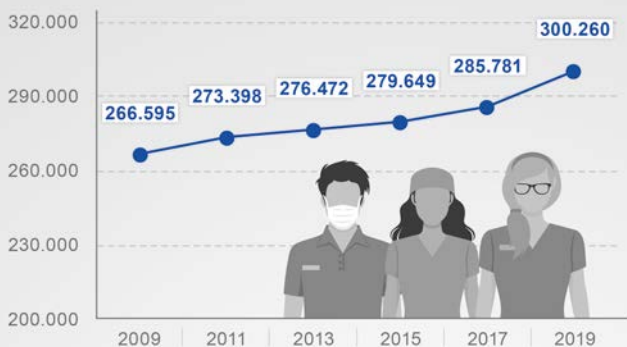
Vieles wurde in den vergangenen Jahren unternommen, um Kliniken zum Beschäftigungsaufbau in der Pflege zu motivieren. Im Rahmen mehrerer Förderprogramme stellten die gesetzlichen Krankenkassen immer wieder umfangreiche Mittel zur Verfügung, um die Pflege am Bett gezielt zu finanzieren. Mit dem Ziel, unerwünschte Ereignisse auszuschließen, führte die Bundesregierung 2018 sogenannte Pflegepersonal-Untergrenzen ein, also konkrete Vorgaben zum minimalen Personaleinsatz pro Patient. Gleichzeitig hatte das erste Pflegegestärkungsgesetz festgeschrieben, dass die Kosten für Pflege vom Jahr 2020 an aus dem DRG-System herausgelöst und vollständig refinanziert werden sollten. Offen geblieben ist jedoch die Frage, wie der Personalbedarf in der Pflege nachhaltig und sachgerecht bemessen werden kann.

Mit dem Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz wurden deshalb die Vertreter der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) verpflichtet, gemeinsam die Eckpunkte für ein Instrument zur Bemessung des Personalbedarfs in der Pflege zu vereinbaren und ein wissenschaftliches Institut mit der Entwicklung zu beauftragen. Gefordert wird ein „bedarfsgerechtes, standardisiertes, aufwandsarmes, transparentes, digital anwendbares und zukunftsfähiges Verfahren“, das Ende 2024 vorliegen soll.

Unterdessen hat die neue Bundesregierung angekündigt, vorerst eine modifizierte Version der Pflegepersonalregelung von 1992 einzuführen: die PPR 2.0, die DKG, Verdi und der Deutsche Pflegerat gemeinsam entwickelt haben. Kritiker bemängeln die fehlende Transparenz des Personaleinsatzes bei dem Verfahren und bezweifeln, dass die Pflege davon profitiert.

### Pflege: Der Personalaufbau kommt voran, doch die Probleme bleiben

Beschäftigte in der Pflege (umgerechnet in Vollzeitkräfte)



Seit 2009 ist die Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen um 33.665 gestiegen, das ist ein Plus von zirka 13 Prozent. Quelle: Statistisches Bundesamt; Grafik: AOK-BV

Illustration: iStock.com/artvea

## INHALT

Hintergrund und Presse ..... Seite 2

Gute Pflege braucht gezielte Anreize

Markt und Meinung ..... Seite 3

Konzentrationsprozess geht weiter

Pauschalen und Zuschläge

Der Orientierungswert greift

Versorgung und Service ..... Seite 4

Mehr IT-Sicherheit am UKM

Infektionen sind der häufigste Grund für Hüftprothesenwechsel

Neue QSR-Daten verfügbar

Zahlen – Daten – Fakten ..... Seite 5

Praxistest: Im Stationsalltag überzeugt die PPR 2.0 nur bedingt

„Die PPR 2.0 ist mir als  
Bedarfsbemessungsinstrument  
zu wenig.“

Jens Spahn, ehemaliger Bundesgesundheitsminister,  
auf der virtuellen Jahrestagung des Verbandes  
der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

## Anforderungen an das Verfahren

## Gute Pflege braucht gezielte Anreize



Foto: Pocom GmbH/Silvia Schuler

**Dr. Pia Wieteck**  
Stellvertretende  
Vorsitzende der  
Fachgesellschaft  
Profession Pflege

**Pflegende in Deutschland brauchen Rahmen- und Arbeitsbedingungen, die eine adäquate, evidenzbasierte und therapeutische Pflege ermöglichen, sagt Dr. Pia Wieteck, Stellvertretende Vorsitzende der Fachgesellschaft Profession Pflege.**

### Blickpunkt Klinik: Was sollte das künftige Verfahren zur Bedarfsbemessung von Pflegepersonal leisten?

Wieteck: Die entscheidende Frage ist, ob ein solches Verfahren die richtigen Anreize dafür setzen kann, dass die Pflege am Bett besser wird und die Arbeitsbelastung

sinkt. Das kann aus meiner Sicht nur gelingen, wenn das Instrument das Pflegebedürfnis, also den Zustand der Patienten, und den Pflegebedarf, also die pflegerischen Maßnahmen, berücksichtigt. Der Personalbemessung muss außerdem eine evidenzbasierte Definition von adäquater Pflege zugrunde liegen, und der Qualifikationsmix des Pflegepersonals muss berücksichtigt werden. Zudem sollte die Personalbemessung mit Outcome-Indikatoren gekoppelt sein.

### Was spricht in dem Kontext für oder gegen PPR 2.0?

Wieteck: Instrumente wie die PPR 2.0 können die Probleme, die wir haben, nicht lösen. Das Leistungsgeschehen bleibt damit weiter intransparent, und das Verfahren enthält für die Geschäftsführung einer Klinik keinerlei Anreize, eine ad-

äquate und evidenzbasierte Pflege im eigenen Haus zu etablieren. In einigen Bereichen konnte sich Pflege in den vergangenen Jahren gut entwickeln, zum Beispiel in der neurologischen Frührehabilitation oder in der Palliativpflege. Dabei haben sich auch therapeutische Konzepte etabliert. Das ist geschehen, weil die inhaltlichen Anforderungen in den Komplexkodes formuliert sind – und Häuser, die die Anforderungen nicht erfüllen, den Code nicht abrechnen können.

### Warum sollen externe Institute wie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Vorgaben entwickeln?

Wieteck: Zunächst muss die Pflege selbst beteiligt sein. Profis können am besten beurteilen, was qualifizierte Pflege ist. Die externen Institutionen brauchen wir, um das System zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus könnte zum Beispiel sagen, wie stark Rationalisierungstendenzen in der Pflege tatsächlich vorkommen, und anhand von Pflegeprozessdaten eine Systematik für die Personalbemessung entwickeln.

### Welche Rolle spielt die Leistungserfassung der Pflege?

Wieteck: Wenn wir den Zustand der Patienten und der Pflegemaßnahmen nicht erfassen, können wir den Pflegeprozess nicht evaluieren. Schon aus dieser Perspektive müssen pflegerische Leistungen dokumentiert werden.

### Soll die Umsetzung der Vorgaben transparent sein?

Wieteck: Patienten wie Bewerber sollten wissen, was ein Haus in der Pflege leistet. Und Kliniken, die schlecht pflegen, sollten auch schlechter bezahlt werden als solche, die evidenzbasierte Prozesse umsetzen und pflegerische Konzepte erforschen. Das ist ein zusätzlicher Aufwand, der finanziert werden muss.

## PRESSEECHO

## Finanzspritze in Braunschweig

Das Land Niedersachsen fördert zwei Braunschweiger Kliniken mit Millionenbeträgen. Gesundheitsministerin Behrens überreichte Ende November einen Förderbescheid über 29 Millionen Euro an das Klinikum Braunschweig und einen weiteren über zehn Millionen Euro an das evangelische Krankenhaus Marienstift. Dort will man mit dem Geld Funktions- und Pflegebereiche neu ordnen und ein neues Standortkonzept realisieren.

*Norddeutscher Rundfunk, 26. November 2021*

## Millionen für die Flugfeldklinik

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration fördert den Neubau des Flugfeldklinikums in Böblingen/Sindelfingen mit 226 Millionen Euro. Das gab das Ministerium jetzt bekannt. Im Flugfeldklinikum werden ab dem Jahr 2025 alle Leistungen der bisherigen Klinikstandorte in Sindelfingen und Böblingen unter einem Dach angeboten.

*Kreiszeitung Böblinger Bote, 23. November 2021*

## Dessauer Klinikum im Plus

Das Städtische Klinikum Dessau hat seinen Umsatz im Coronajahr 2020 steigern und einen Gewinn erwirtschaften können. Demnach stieg der Umsatz um 7,5 Prozent auf mehr als 157 Millionen Euro. Der Gewinn erhöhte sich von 850.000 auf 1,5 Millionen Euro und soll in die Rücklagen einfließen. Überraschend ist der Gewinn, weil die Anzahl der durchgeführten Operationen infolge der pandemiebedingt verschobenen elektiven Eingriffe gesunken war.

*Mitteldeutsche Zeitung, 8. November 2021*

**Mindestmengen**

**Konzentrationsprozess geht weiter**

Komplexe Leistungen werden zunehmend an Kliniken mit entsprechenden Routinen erbracht. Das zeigt die aktuelle Mindestmengen-Transparenzkarte, die der AOK-Bundesverband im November veröffentlicht hat. Demnach geht die Anzahl der Standorte, die mit Mindestmengen belegte Behandlungen durchführen, erneut leicht zurück. Insgesamt dürfen 1.070 Kliniken in Deutschland im Jahr 2022 entsprechende Eingriffe anbieten und abrechnen. Das sind 13 weniger als in diesem Jahr. Die interaktive Karte beruht auf den Entscheidungen aller Landesverbände der Krankenkassen über mit Mindestmengen belegte Behandlungen. Darin informiert die AOK auch über die zugrunde liegenden Fallzahlen.

>> [www.aok.de/gp](http://www.aok.de/gp)

**Covid-19-Finanzhilfen**

**Pauschalen und Zuschläge**

Angesichts der vierten Welle der Coronapandemie hat der Bundestag neue Finanzhilfen für Krankenhäuser beschlossen. Rückwirkend zum 15. November 2021 können Kliniken wieder die sogenannten Ausgleichszahlungen beantragen, wenn sie planbare Operationen verschieben, um Kapazitäten für Covid-19-Patienten freizuhalten. Anspruch auf die Mittel haben alle Notfallversorger und Häuser, die entsprechende Strukturen vorhalten; dabei spielt das regionale Infektionsgeschehen keine Rolle. Die Regelung gilt zunächst bis zum Jahresende. Bereits im November hatte die neue Bundesregierung außerdem einen fallbezogenen Covid-19-Versorgungsaufschlag für Kliniken eingeführt, die infizierte Patienten behandeln. Je nach Leistungsumfang erhalten die Häuser vom 1. November 2021 bis zum 19. März 2022 Aufschläge zwischen 4.500 und 9.500 Euro pro Fall.

>> [www.aok.de/gp](http://www.aok.de/gp)

**KOMMENTAR**



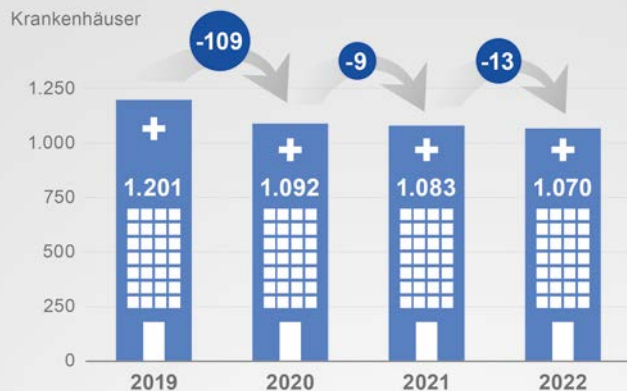
Foto: DHZB/Küller

**Sebastian Dienst,**  
Pflegedirektor am Deutschen  
Herzzentrum Berlin (DHZB)

**„Fehler passieren in Echtzeit“**

Krankenhäuser müssen jederzeit wissen, wie viele Pflegekräfte gerade wie viele Patientinnen und Patienten versorgen. Am DHZB haben wir dafür eine digitale Plattform, die uns in Echtzeit anzeigt, ob die pflegerische Besetzung der Stationen stimmt. Wir sind ein Spezialkrankenhaus, unsere Sonderrolle besteht darin, dass wir Menschen mit Erkrankungen am Herzen behandeln. Alle Kliniken müssen das Personal dort einsetzen, wo es gebraucht wird. Wir müssen zu jeder Zeit für Personal sorgen können. Und das gilt für alle Kliniken, denn die Fehler entstehen in Echtzeit. Die PPR 2.0 ist ein gutes Instrument, um im Nachhinein zu ermitteln, wie die Stationen besetzt waren. Die Patientinnen und Patienten brauchen aber jetzt die richtige Versorgung, nicht im Monatsdurchschnitt. Ich verstehe die Ängste der Kliniken, dass die Krankenkassen ihnen vorschreiben könnten, wann sie wo welches Personal einsetzen müssen. Für pauschale Vorgaben sind die Häuser zu unterschiedlich. Aber wir haben einen Megatrend, der sich künftig verstärken wird: den Mangel an Personal. Deshalb können wir uns keine Über-, Unter- und Fehlversorgung mehr leisten. Ein Blick nach Europa zeigt, dass wir pro Kopf genügend Pflegekräfte haben, nur nicht pro Fall. Der Mangel an Pflegepersonal ist relativ. Wir behandeln zu viel stationär. Wir kennen die Wege, wie wir die Versorgung verbessern können – wir müssen sie nur gehen.

**Mindestmengen: Die Behandlungen finden an weniger Standorten statt**



Die Anzahl der Standorte, die mit Mindestmengen belegte Behandlungen anbieten, wird 2022 um 13 zurückgehen. 2021 waren es neun Häuser weniger als im Jahr davor.

Quelle: WiDo; Grafik: AOK-BV

**Veränderungswert 2022**

**Der Orientierungswert greift**

Die Preise für Krankenhausleistungen können im Jahr 2022 um bis zu 2,32 Prozent steigen. Das haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbart. Der Veränderungswert, der in diesem Jahr für somatische wie für psychiatrische und psychosomatische Kliniken gilt, bildet den maßgeblichen Richtwert für die Verhandlungen im Kliniksektor. Als Grundlage der Vereinbarung hat das Statistische Bundesamt in diesem Jahr erstmals auch den Anstieg der Krankenhauskosten ohne die Entwicklung der Ausgaben für Pflegepersonal errechnet. Weil der Orientierungswert mit 2,37 Prozent höher liegt als die Grundlohnsumme (2,29 Prozent), mussten die Vertragspartner über den Veränderungswert verhandeln.

>> [www.aok.de/gp](http://www.aok.de/gp)



**Patientensicherheit****Mehr IT-Sicherheit am UKM**

Das Universitätsklinikum Münster (UKM) hat für den sicheren IT-Betrieb ein internes „Security Operation Center“ eingerichtet – eigenen Angaben zufolge als erste Klinik bundesweit. Mithilfe von Künstlicher Intelligenz können die Mitarbeiter Hacker-Angriffe feststellen, indem sie ungewöhnliche Datenströme identifizieren und verdächtige Prozesse unterbrechen. IT-Notfallpläne sichern den datensicheren Krankenhausbetrieb. Die Investitionen in Höhe von 1,5 Millionen Euro sollen unter anderem aus Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds gefördert werden. Hierfür wird derzeit erstmals der digitale Reifegrad aller Kliniken erhoben, die Mittel aus dem Förderprogramm erhalten wollen. Medienberichten zufolge haben sich 1.566 Häuser für die Umfrage registriert. Eine zweite Erhebung ist für 2023 geplant.

>> [www.digitalradar-krankenhaus.de](http://www.digitalradar-krankenhaus.de)

**Endoprothesenregister****Infektionen sind der häufigste Grund für Hüftprothesenwechsel**

Bei etwa 15 Prozent aller Hüftprothesenwechsel geben Infektionen den Anlass, damit sind sie die häufigste Ursache einer Wechsel-OP. Diese Zahl veröffentlichte das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) mit seinem aktuellen Jahresbericht. Innerhalb der ersten beiden Jahre nach dem Einsetzen des künstlichen Gelenks sind Infektionen sogar

für jede zweite Wechsel-OP verantwortlich. Wie die Daten zeigen, bringen übergewichtige Personen ein besonderes Risiko mit sich: Nach einer elektiven Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP) mit zementfreiem Schaft traten bei adipösen Patienten mehr als doppelt so häufig Infektionen auf wie bei normal- und mäßig übergewichtigen. Insgesamt werden mittlerweile 78 Prozent der Hüft-TEP ohne Zement verankert. Mit seinem Bericht hat das EPRD erstmals auffällige Befunde zum Infektionsgeschehen bei prothetischen Eingriffen aufgearbeitet und damit versorgungsrelevante Erkenntnisse vermittelt.

>> [www.aok.de/gp](http://www.aok.de/gp)

**Qualitätssicherung****Neue QSR-Daten verfügbar**

Die AOK hat die Qualitätsdaten zu bestimmten Operationen und Behandlungen in ihrem Gesundheitsnavigator aktualisiert. Die Informationen basieren auf dem Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), bei dem Krankheitsverläufe auch über den Klinikaufenthalt hinaus betrachtet werden. Anhand der Ergebnisse können Patienten und Ärzte die Qualitätsunterschiede zwischen den Häusern erkennen, die entsprechende Operationen anbieten: Für jede Klinik lässt sich im AOK-Navigator ablesen, ob sie bei der Behandlungsqualität überdurchschnittlich, durchschnittlich oder unterdurchschnittlich abschneidet. Derzeit sind Qualitätsinformationen für elf häufige Behandlungen und Operationen abrufbar.

>> [www.aok.de/gesundheitsnavigator](http://www.aok.de/gesundheitsnavigator)

**TERMINE**

**26. und 27. Januar 2022  
in Münster**

Gesundheitswirtschaft managen

**14. und 15. Februar 2022  
in München**

23. Münchner Klinik Seminar

**10. und 11. März 2022 in Koblenz**

Deutscher Interdisziplinärer  
Notfallmedizin Kongress

>> [www.blickpunkt-klinik.de](http://www.blickpunkt-klinik.de)

**PERSONALIA****Lauterbach folgt auf Spahn**

Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) verantwortet in der neuen Bundesregierung das Thema Gesundheit. Der Mediziner und Gesundheitsökonom, der seit 2005 im Deutschen Bundestag sitzt, hat mit seiner epidemiologischen Expertise in der Pandemie große Popularität erlangt. Im Parlament war er zuletzt in den Ausschüssen zu Europarecht, Recht und Verbraucherrecht sowie im Finanzausschuss vertreten. Als parlamentarische Staatssekretäre werden ihn Sabine Dittmar (SPD) und Edgar Franke (SPD) unterstützen.

**Gote wechselt nach Berlin**

Ulrike Gote (Bündnis90/Die Grünen) soll Gesundheitssenatorin in Berlin werden. Die Kasseler Stadträtin und Dezernentin kümmerte sich bisher um Jugend, Bildung, Gesundheit und Chancengleichheit. Im neuen Berliner Senat soll sie das um den Bereich Wissenschaft erweiterte Gesundheitsressort übernehmen, das zuletzt Dilek Kalayci (SPD) geleitet hat.

**Drese verantwortet Gesundheit**

Stefanie Drese (SPD) ist neue Landesministerin für Soziales, Gesundheit und Sport in Mecklenburg-Vorpommern. Die Rechtsanwältin aus Rostock leitete in der vergangenen Legislaturperiode das Ministerium Soziales, Integration und Gleichstellung. In ihrem neuen Amt folgt sie auf Harry Glawe (CDU). Drese gehört dem Parlament des Landes seit 2011 an.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

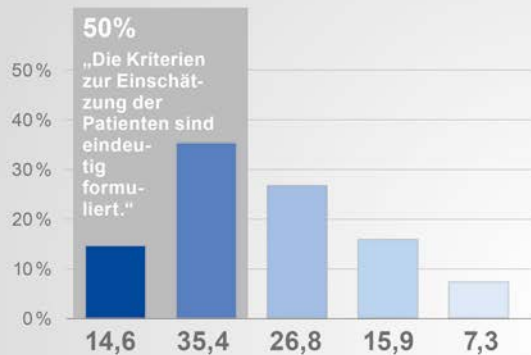
>> Markt

>> Personal

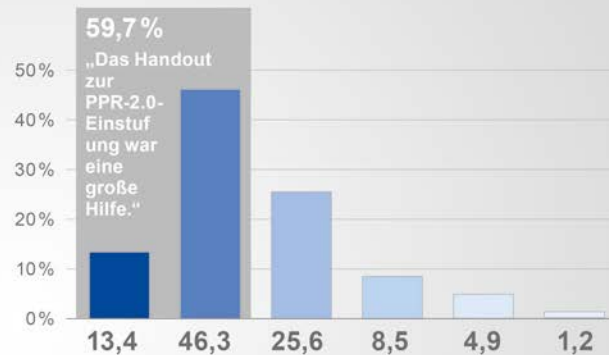
>> Qualität

## Praxistest: Im Stationsalltag überzeugt die PPR 2.0 nur bedingt

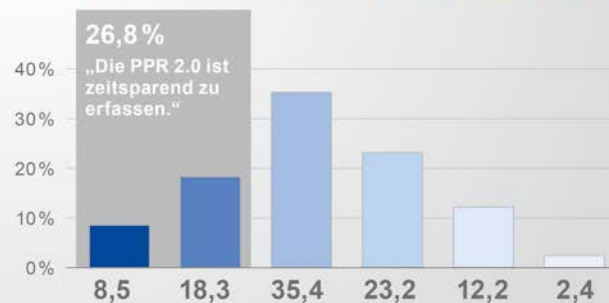
Nur die Hälfte fand die Kriterien zur Einschätzung der Patienten eindeutig formuliert.



Fast zwei Drittel bewerteten das Handout zur Einstufung als hilfreich.



Nur ein Viertel betrachtete PPR 2.0 als zeitsparend



- trifft voll und ganz zu
- trifft eher zu
- teils, teils
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu
- keine Angabe



Quelle: Prof. Dr. P. Jahn; Institut für Gesundheitswissenschaften, Universität Tübingen; Grafik: AOK-BV

## Mehr Aufwand für Erfassung

Aus Sicht der Pflegenden stellt die Anwendung der PPR 2.0 keinen maßgeblichen Fortschritt gegenüber ihrer Vorgängerin von 1992 (PPR) dar. Das ergaben bundesweite Befragungen nach Pre-Tests in 44 Krankenhäusern. Dafür haben die Kliniken beide Verfahren im Jahr 2019 sieben Tage lang parallel auf mindestens zwei pflegesensitiven Stationen erprobt. Ergebnis: Obwohl die PPR 2.0 neuere Entwicklungen in der Pflege berücksichtigt, ergeben sich bei der Einstufung der Patienten in Kategorien, die den Pflegebedarf abbilden, weitgehend ähnliche Resultate. Etwas unterschiedlicher fielen die Ergebnisse beim ermittelten Zeitbedarf pro Patient aus – und bei beiden lag dieser erheblich über den Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen.

Der Praxistest zeige, dass die PPR 2.0 eingesetzt werden könne, resümierten die Initiatoren (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verdi und Deutscher Pflegerat) in ihrem Abschlussbericht. Um den individuellen Pflegebedarf ihrer Patienten zu erfassen, brauchten die Pflegekräfte mit der PPR 2.0 jedoch deutlich mehr Zeit als im alten System. In einer Hamburger Klinik vermissten vier von fünf Befragten häufig wiederkehrende Tätigkeiten wie die Beratung und Versorgung von Wöchnerinnen oder Unterstützung beim Toilettengang.

Illustration: iStock.com/S-S-S