

Bettig/Maucher/Spitz (Hrsg.)

Praxiswissen Pflegebudget im Krankenhaus

Leseprobe



Gesundheitswesen in der Praxis

Bettig/Maucher/Spitz (Hrsg.)
Praxiswissen Pflegebudget im Krankenhaus

Praxiswissen Pflegebudget im Krankenhaus

herausgegeben von

Prof. Dr. Uwe Böttig
Helene Maucher, MSc.
Brita Spitz

Mit Beiträgen von

Prof. Dr. Uwe Böttig
Gebhard von Cossel
Nils Dehe
Matthias Feistl
Sebastian Heilsberger
Kathrin Knuth, MSc.
Hubert Köninger
Helene Maucher, MSc.
Sabine Matulenski
Brita Spitz

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-802-6

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION und DESIGN, Hückelhoven

Titelbild: #222034107, Stockwerk-Fotodesign/Shutterstock.com

Vorwort

„Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser werden wird, wenn es anders wird; aber so viel kann ich sagen: es muss anders werden, wenn es gut werden soll.“

Das Georg Christoph Lichtenberg zugeschriebene Zitat beschreibt die Ausgangssituation zur Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System sehr passend. Die Einführung dieser pauschalierenden, fallbezogenen Entgelte bei einer seit Jahren unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer hat die Situation in den Pflegeberufen noch einmal verschärft. So wurden zur Etablierung des Systems und zum Aufbau eines Medizincontrollings in den Krankenhäusern zunächst Stellen im Pflegedienst abgebaut und die Prozesse ökonomisch und weniger aus pflegerischer Perspektive gestaltet. Die gleichzeitige Zunahme der Fallzahlen bei immer kürzeren Verweildauern hat zu einer Arbeitsverdichtung geführt, was wiederum eine höhere psychische und physische Belastung der Pflegekräfte bedeutet hat. Offensichtlich haben diese Umstände dazu geführt, dass die Attraktivität der Pflegeberufe massiv gelitten hat. Das zeigt sich an Bewerberzahlen für die Ausbildung ebenso für das Studium sowie an dem stetig steigenden Fachkräftemangel. Sehr deutlich traten diese Probleme in der Corona-Pandemie zu Tage. Die Belastung der Pflegenden nahm zu und es wurde politisch monatelang über eine Prämie gerungen, die letztlich einem begrenzten Personenkreis zugesprochen wurde. Auch der nur halbherzig eingeschlagene Weg der Akademisierung in der Pflege führt zu leeren Hörsälen und Frust auf Seiten der Hochschulen, Krankenhäuser und Pflegenden.

Das Herauslösen der Pflegekosten aus den DRGs bedeutet nun einen großen Schritt und bietet für die Pflege Chancen und auch Risiken, was im Buch beschrieben wird. Technisch ist dieser Schritt zu Pflegebudgets aber offensichtlich schwierig und die Verhandlungen kompliziert. Riskant für das gesamte Vergütungssystem sind die Wechselwirkungen auf andere Berufsgruppen, die sich nun benachteiligt fühlen können und bei denen auch Fachkräftemangel besteht, so z. B. in den Funktionsbereichen, der Ergo- und Physiotherapie und auch im Ärztlichen Dienst. Hier hört man bereits Forderungen, dass auch die Kosten dieser Berufsgruppe außerhalb des DRG-Systems vergütet werden sollen. Spätestens dieser Schritt würde zur Ablösung des DRG-Systems führen müssen, da das System dann viel zu aufwändig wäre, um nur geringe verbleibende Kosten je Fall zu vergüten. Auch dazu gibt es bereits Überlegungen und hier ist wiederum Vorsicht geboten, dass sich die Situation der Pflege nicht wieder verschlechtert und weitere bürokratische sowie aufwändige Vergütungsmodelle entstehen.

Dieses Buch gibt einen Überblick und Einstieg in das neue Instrument des Pflegemanagements: das Pflegebudget nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Daneben ist es ein Erfahrungsbericht zu den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen. Die gewonnenen Erfahrungen von Seiten der Krankenhäuser sind als tendenzielle Aussagen zu verstehen, wie die Vertragsparteien mit diesem neuen Instrument umgehen.

Das Buch beginnt mit einer kritischen Betrachtung der Entwicklung der Krankenhausgesetzgebung und der Ökonomisierungstendenzen der letzten Jahre. Im zweiten Teil des Buches wird in verschiedenen Beiträgen der technische Weg zur Umsetzung der Pflegebudgets beschrieben. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Verhandlungen gelegt, dies soll all denjenigen eine Hilfe darstellen, die selbst auf Seiten der Krankenhäuser oder auch auf der der Krankenkassen Verhandlungen zu führen haben.

Im dritten Teil werden die Auswirkungen von Pflegebudgets auf das Leistungsgeschehen und die beteiligten Personen beschrieben. Der erste Beitrag betrachtet die Wechselwirkungen zwischen Pflege und Ärztlichem Dienst vor dem Hintergrund der Versorgung der Patient*innen. Die weiteren Beiträge beschreiben die Entwicklungen im Pflegemanagement und -controlling. Hier werden die Krankenhäuser in den nächsten Jahren viele Umstellungen erleben und vornehmen. So ist ein verstärktes „Zusammendenken“ von betriebswirtschaftlichem Controlling, Medizin- und Pflegecontrolling notwendig, um die Prozesse so steuern zu können, dass sowohl die berechtigten Interessen der Patient*innen und Mitarbeiter*innen unter Beachtung der Weiterentwicklung der technischen Möglichkeiten, der finanziellen Gegebenheiten und der Erkenntnisse mit Blick über den Tellerrand Beachtung finden können.

Das Buch schließt mit einem Ausblick und mit Szenarien, wie die weitere Entwicklung aussehen könnte. Aber auch wir haben keine Glaskugel, die wir zu Rate ziehen können, sondern warten aktuell mit großer Spannung auf die angekündigten Reformen der Krankenhausstrukturen und -finanzierung. Die Zusammensetzung der Regierungskommission lässt auf ökonomischer Seite vermuten, dass Krankenhausbetten abgebaut werden und eine größere Vernetzung von Kliniken, aber auch dem stationären und ambulanten Sektor angestrebt wird.

Wir bedanken uns bei allen Autor*innen und Gesprächspartner*innen für die Anregungen und Hinweise während der Bearbeitung. Die Bearbeitungszeit war länger als ursprünglich geplant, um aktuelle Entwicklungen aufzugreifen und letztlich einen Beitrag zur besseren Verhandlung und zum besseren Verständnis von Pflegebudgets zu erreichen. Die Entwicklung wird weiter voranschreiten und wir freuen uns über Rückmeldungen und Diskussionen zum Thema.

Besonderer Dank gebührt Annette Xandry, die das Buch von Verlagsseite aus betreut und den gesamten Prozess organisiert hat und die Motivation so hoch-

gehalten hat, dass eine Aktualisierung des Werkes zu gegebener Zeit wieder mit großer Freude in Angriff genommen werden wird.

Uwe Böttig

Im August 2022

*Für die Herausgeber*innen*

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	V
Teil I Hinführung zum Pflegebudget – von der Ökonomisierung zum Pflegebudget	1
1 Ökonomisierung im Krankenhaus (Bettig)	3
1.1 Zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege	4
1.2 Lösungsansätze	7
Teil II Pflegebudget und Pflegepersonalkosten – aG-DRG's	15
2 Rechtliche Grundlagen (Feistl/Spitz)	17
2.1 Einleitung	17
2.2 Rechtliche Grundlagen für die Verhandlung des Pflegebudgets ..	17
2.3 Die inhaltlichen Vorgaben des Pflegebudgets	21
2.4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (PflPKAbgrV) ..	22
2.5 DRG-Grundlagenvereinbarung	26
2.6 Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung	27
3 Ermittlung des Pflegebudgets nach der Änderungsvereinbarung (Spitz/Königer)	35
3.1 Ermittlung der Ausgangsbasis	35
3.2 Verhandlungsunterlagen gemäß der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung	36
3.2.1 IST-Daten des abgelaufenen Kalenderjahres – Anlage 4.1 .	37
3.2.2 Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres – Anlage 4.2.	49
3.2.3 Forderung für das Pflegebudget – Anlage 4.3	49
3.2.4 Dokumentation des vereinbarten Pflegebudgets (Vereinbarungsblatt) – Anlage 4.4	54
3.2.5 Anlage 5 Testat des Wirtschaftsprüfers	56
3.2.6 Der Referenzwert 2018 der Rubriken sonstige Berufe und ohne Berufsabschluss – Anlage 6.	59
3.3 Pflegeentlastende Maßnahmen (PEM)	66
3.4 Ergänzende Hinweise zur Verhandlung des Pflegebudgets	68

4	Unterlagen der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung (Spitz/Königer)	71
4.1	Vorzulegende Unterlagen im Zusammenhang mit der Forderung	71
4.2	Bedeutung von Tätigkeitsbeschreibungen für die sonstigen Berufe und ohne Berufsabschluss	73
4.3	Vorzulegende Nachweise nach Ablauf des Vereinbarungsjahres .	75
4.4	Unterlagen zur Finanzierung des Pflegebudgets und Ermittlung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts	76
4.5	Wie gehen Schiedsstellen mit dem Thema um?	77
	Teil III Pflegebudget und der Ärztliche Dienst	83
5	Veränderung der Finanzierungsströme – was heißt das neue Instrument „Pflegebudget“ für die interprofessionelle Zusammenarbeit auf den Stationen und im Krankenhausmanagement? (von Cossel)	85
5.1	Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Aufgabenverteilung zwischen Pflegenden, Ärzt*innen und weiteren patient*innen-nahen Berufsgruppen	85
5.2	Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegende – Delegation und Substitution	85
5.3	Folgen der neuen Rollenverteilung auf den Stationen:	88
5.3.1	Folgen für die Pflege	88
5.3.2	Folgen für die Ärzteschaft	89
5.4	Auswirkungen des Pflegebudgets auf das DRG-System	91
5.4.1	Auswirkungen auf die Verweildauersteuerung	92
5.4.2	Auswirkungen auf die Berufsgruppen	95
5.5	Folgen einer Ausgliederung auch der ärztlichen Anteile des DRG-Systems	96
5.6	Notwendige Veränderungen in der Pflege und Medizinstrategie im Krankenhaus	97
5.6.1	Megatrends im Krankenhauswesen	97
5.6.2	Notwendige Veränderungen im Krankenhausmanagement . .	99
	Teil IV Pflegebudget und Pflegemanagement	103
6	Pflegemanagement im Krankenhaus (Maucher/Bettig/Knuth/Dehe/Matulenski)	105
6.1	Künftige Herausforderungen für das Pflegemanagement	106
6.2	Neue Steuerungsanforderungen	110
6.3	Besonderheiten im Pflegemanagement	122
6.3.1	Besonderheiten der pflegerischen Organisation und Arbeit	123
6.3.2	Besonderheiten im Pflegeprozess	125
6.3.3	Besonderheiten in der Pflegemanagement-Qualifizierung .	127

6.4	Management und Leadership in der Pflege	128
6.5	Zusammenfassung und Ausblick	131
6.6	Auswirkungen auf das Pflegemanagement	133
6.6.1	Anforderungen an das Personalmanagement	133
6.6.2	Prozesse in der Pflege – Prozessbegriff und Pflegeprozess ..	138
6.6.2.1	Der Pflegeprozess in Phasen	141
6.6.2.2	Der Pflegeprozess als Umsetzungsprozess von Pflegeleistungen.	142
6.6.2.3	Der Pflegeprozess als einrichtungsspezifischer Organisationsprozess des Arbeitsablaufs	146
6.6.3	Ausgewählte Kennzahlen und Ausblick	147
6.7	Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen.	152
6.7.1	Einleitung.	153
6.7.2	Pflegedirektion	154
6.7.3	Personalabteilung	156
6.7.4	Personalcontrolling.	156
6.7.5	Finanzcontrolling	157
6.7.6	Interprofessionelle Zusammenarbeit.	158
6.7.7	Zusammenfassung und Ausblick.	159
7	Pflegecontrolling (Heilsberger/Feistl/Spitz)	161
7.1	Hoffnung des Pflegemanagements auf Ent-Ökonomisierung ...	161
7.2	Pflegecontrolling bis 2020 – Begriff und Vielfalt.	164
7.2.1	Kompetenz des Pflegemanagements.	164
7.2.2	Reduktion auf den Faktor Personal in seiner Menge	166
7.2.3	Entwicklung eines umfassenden Verständnisses der Bezugsgrößen Pflegepersonal und Pflegeleistung	170
7.3	Weiterentwicklung des Pflegecontrollings unter dem Einfluss des Pflegebudgets	173
7.4	Notwendige Transparenz pflegerischer Leistungen	176
7.5	Verortung in der Organisation – Zusammenarbeit und Abgren- zung.	179
7.6	Mögliche Aufgaben und Tätigkeiten eines Pflegecontrollings zur Steuerung durch das Pflegemanagement.	180
7.6.1	Analog eines Medizincontrollings für die Inhalte der Pflege	180
7.6.2	In der Art und Weise nur für den operativen Bereich der Pflege	181
7.6.3	Ausschließlich nach den Schwerpunkten Personalcontrol- ling und Erlös-Kostencontrolling	181
7.7	Zielorientiertes Berichtswesen.	183
7.7.1	Wie kann der Bericht an das Pflegemanagement ziel- orientiert gestaltet werden?	188
7.8	Fazit und Ausblick	189

Inhaltsverzeichnis

Teil V Ergebnis und Ausblick	191
<i>Glossar</i>	197
<i>Literatur</i>	201
<i>Stichwortverzeichnis</i>	210
Herausgeber*innen- und Autor*innenverzeichnis	213
Die Herausgeber*innen	213
Die Autor*innen	214

Teil I Hinführung zum Pflegebudget – von der Ökonomisierung zum Pflegebudget

Die Einführung des DRG-Systems hat das Gesundheitswesen massiv verändert. Der Einzug marktwirtschaftlicher Elemente hat starke Auswirkungen auf die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus gehabt. Insbesondere die Pflege war dadurch in Form von Stellenabbau aber auch Arbeitsverdichtung betroffen. Die Politik ist nun gefordert, dem entstandenen Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Hier gibt es viele Ansätze, die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System ist einer davon.

Aber auch die Arbeitgeber müssen sich dem Wandel stellen, sie stehen in doppelter Hinsicht vor demographischen Herausforderungen. Auf der einen Seite ist der Kampf um Berufseinsteiger*innen deutlich intensiver geworden, auf der anderen Seite verändert sich das Spektrum der Patient*innen durch eine höhere Lebenserwartung und steigenden Pflegebedarf. Instrumente, diesen Wandel zu gestalten, können das Kompetenzmanagement und eine mitarbeiter*innenbezogene Gestaltung der Prozesse sein. So können kommende Herausforderungen wie die Digitalisierung im Krankenhaus erfolgreich bewältigt werden.

1 Ökonomisierung im Krankenhaus

Uwe Bettig

Der Begriff der Ökonomisierung fällt in vielen Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Im Krankenhaus kann spätestens mit Einführung des DRG-Systems bzw. mit der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten (1996) davon gesprochen werden. Gemeint ist damit, Leistungen mit Preisen zu versehen und einem Markt (in unterschiedlich starker oder regulierter Ausprägung) unterzuordnen. Diese Neuausrichtung des Gesundheitswesens hin zur Gesundheitswirtschaft führt zu unterschiedlichen Wahrnehmungen, die sich im Wesentlichen in zwei Positionen festmachen lassen:

Position 1:

Die marktwirtschaftliche Ausprägung wird als Lösung der Knappheit der finanziellen Ressourcen (siehe Übersicht) gesehen.

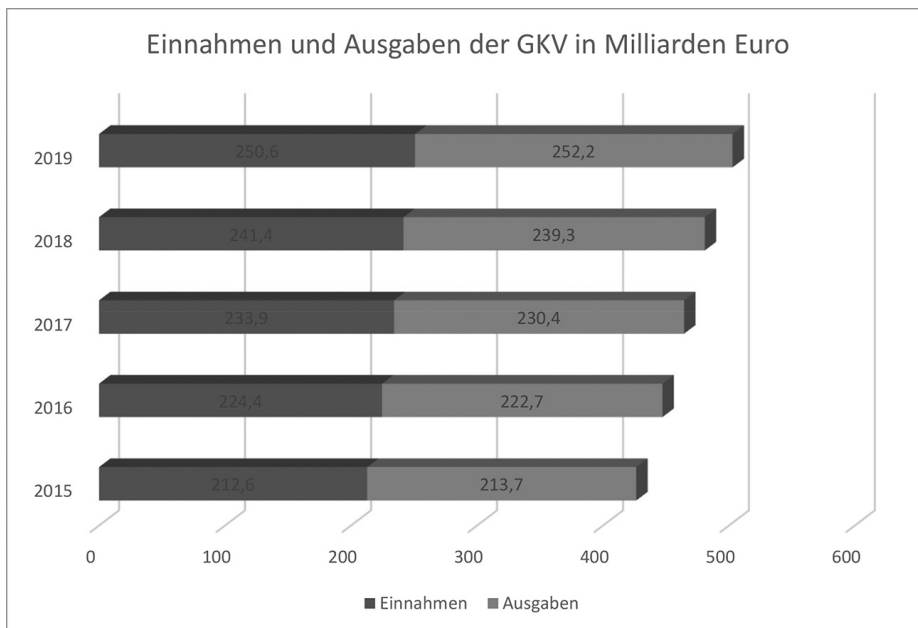


Abb. 1: Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung 2015–2019

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an vdek 2021.

Dabei wird davon ausgegangen, dass marktwirtschaftliche Mechanismen zu mehr Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung führen. Insbesondere die Schaffung der Möglichkeit für Leistungsanbieter, Gewinne (und Verluste) zu erzielen, soll dazu motivieren, das Leistungsangebot und auch die Zahl der Anbieter zu verringern, da

Überkapazitäten im Gesundheitssystem vermutet werden. Demnach erfolgt eine Steuerung der Leistungsseite weniger durch den Gesetzgeber als den Markt.

Position 2:

Eine marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens führt zu Kostendruck für die Anbieter, der diesen wiederum auf der einen Seite an das Personal weitergibt und auf der anderen Seite Einsparungen in der Leistungserbringung vornimmt. Bei kritischer Betrachtung bedeutet das, dass Einsparungen auf Kosten der Gesundheit der Patient*innen vorgenommen werden, also Leistungen nicht nur rationalisiert, sondern rationiert werden. Dies kann Folgen für die einzelne Leistung, aber auch Folgen für das gesamte Gesundheitssystem nach sich ziehen, wenn Kapazitäten abgebaut werden.

Im Folgenden werden die Folgen vor allem der Einführung des DRG-Systems auf die Krankenhäuser und deren Leistungserbringung sowie die Situation der Pflegenden beleuchtet.

1.1 Zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege

Zunächst ist zu konstatieren, dass im Zeitraum von 1995 bis 2005 im Krankenhaussektor 44.000 Vollzeitäquivalente in der Pflege abgebaut wurden, u. a. um die Einführung des DRG-Systems vorzubereiten (Simon 2008), also finanzielle Mittel einer anderen Verwendung zuzuführen. Die Ziele der Einführung des DRG-Systems waren u. a. folgende:¹

- Schaffung von Transparenz über Leistungen und Kosten
- leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
- mehr Wettbewerb der Krankenhäuser
- Förderung des Strukturwandels

Eine Bewertung der Zielerreichung ist nicht ohne Betrachtung der Nachteile des Systems machbar. So ist es sicher gelungen, mehr Transparenz über Leistungen und Kosten zu schaffen. Dies konnte aber nur durch den Aufbau weiterer Bürokratie mit hohem Dokumentationsaufwand und Infrastruktur (bspw. das InEK) erreicht werden. Dieser Aspekt ist auch vor dem Hintergrund der Beitragssatzstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung von Bedeutung. Dieses Ziel ist gesundheitspolitisch – wenn man die Reformen der letzten Jahre betrachtet – sicherlich das am stärksten verfolgte. Demnach ist es eher zweitrangig, welche Leistungen finanziert werden, wenn nur die Gesamthöhe konstant bleibt. Grundsätzlich liegt hier eines der wesentlichen Probleme des Gesundheitswesens – die Angebotsplanung richtet sich primär nach den Ausgaben bzw. Kosten und nur nachrangig nach den Bedarfen der Bevölkerung. ● ● ●

¹ Tuschen/Trefz: Krankenhausentgeltgesetz: Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. 2004, S. 105.

Teil II Pflegebudget und Pflegepersonalkosten – aG-DRG's

Im Koalitionsvertrag hatte die letzte Bundesregierung mehrere Reformen für die Pflege genannt mit dem Ziel, Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung umzusetzen. Davon ist eine der Maßnahmen die Umstellung der Krankenhausvergütung und das Herauslösen der Pflegepersonalkosten zu einem eigenen Pflegebudget. Der Bundestag hat diese Umstellung im Gesetzespaket des Pflegepersonalstärkungsgesetzes verabschiedet und die Selbstverwaltungspartner ermächtigt, das Pflegebudget mit dem Inek umzusetzen.

Grundlage für das Pflegebudget ist § 6a KHEntgG, nach dem für die Vergütung der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 KHG von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG ein Pflegebudget vereinbart wird. Grundlagen für die Ermittlung des Pflegebudgets sind die gesetzlichen Vorgaben und die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung. Für die Ermittlung der pflegebudgetrelevanten Kosten und Vollkräfte ist die Anlage 1 anzuwenden und den anderen Vertragsparteien vor der Vereinbarung des Pflegebudgets vorzulegen. Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHEntgG zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung beschreibt die Ausgliederung, die Zuordnung und die Systementwicklung. Die Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 enthält Vorgaben für die Kalkulation des G-DRG-Katalogs ohne Pflegepersonalkosten (aG-DRG-Katalog), zur Ausgestaltung des Pflegeerlöskatalogs und zur Abrechnung der Pflegeentgelte. Die Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung) beinhaltet Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln.

2 Rechtliche Grundlagen

Matthias Feistl, Brita Spitz

2.1 Einleitung

Das DRG-System wird mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten als aG-DRG-System bezeichnet; „a“ steht für „ausgegliedert“.

In diesem Kapitel werden zunächst die rechtlichen Ausgangspunkte (2. Rechtliche Grundlagen) sowie die Vereinbarungen der Sozialen Selbstverwaltung zum Pflegebudget in den Grundzügen erläutert. Danach wird dargelegt (3. Ermittlung des Pflegebudgets nach der Änderungsvereinbarung), wie die Abgrenzung der Pflegepersonalkosten in der Praxis tatsächlich erfolgt und welche Inhalte die Vereinbarungen beinhalten. Im 4. Abschnitt (4. Unterlagen der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung) wird auf die Pflegebudgetverhandlung näher eingegangen. Dieser Teil schließt den Bezug zu den komplexen Veränderungssituationen seit Beginn der ersten Verhandlungen ein. Dabei fließen bisherige Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern aus unterschiedlichen Verhandlungsbezirken der Bundesrepublik Deutschland ein.

Dieser Teil des Buches ist u. a. deshalb besonders informativ, weil hier die Absichten (niedergeschrieben in den Vereinbarungen) der Sozialen Selbstverwaltung mit dem tatsächlichen Vorgehen in den verschiedenen Budgetverhandlungen konfrontiert werden.

2.2 Rechtliche Grundlagen für die Verhandlung des Pflegebudgets

Im Koalitionsvertrag der letzten Bundesregierung vom 12.3.2018 wurde Folgendes vereinbart:

„Auch in den kommenden Jahren werden wir nicht nachlassen, die Pflege und die häusliche Versorgung zu verbessern, die Unterstützung für pflegende Angehörige auszubauen und die Arbeitsbedingungen von Fachkräften und Betreuern in der Pflege so attraktiv zu machen, dass ausreichend Menschen den Pflegeberuf ergreifen, beibehalten und damit die Versorgung sicherstellen.“ (Zeile 4430 bis 4436).

Damit hatte die Bundesregierung das oberste Ziel künftiger Reformen für die Pflege genannt, nämlich Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung. Im weiteren Text werden diese einzeln aufgeführt: Sofortprogramm Pflege, Konzertierte Aktion Pflege, Stärkung der Gesundheitsberufe mit dem Pflegeberufegesetz und die Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung.



Teil III Pflegebudget und der Ärztliche Dienst

Die Einführung des Pflegebudgets hat Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, vor allem zwischen Ärzteschaft und Pflegenden. Zwar gibt es gesetzliche Limitationen (Delegation/Substitution), diese werden aber durch Neuregelungen und Expert*innenkarrieren aufgeweicht im Hinblick auf Prävention, Casemanagement, aber auch heilkundliche Tätigkeiten. Das führt zu einer Konzentration ärztlicher Tätigkeiten auf nicht delegierbare Elemente. Dennoch sollte sich die Aufgabenverteilung eher am Prozess denn an monetären Notwendigkeiten orientieren. Auch im Krankenhausmanagement sollte medizinisch/pflegerische Kompetenz eine größere Rolle spielen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe unter schnell wechselnden Bedingungen zu optimieren.

5 Veränderung der Finanzierungsströme – was heißt das neue Instrument „Pflegebudget“ für die interprofessionelle Zusammenarbeit auf den Stationen und im Krankenhausmanagement?

Gebhard von Cossel

5.1 Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Aufgabenverteilung zwischen Pflegenden, Ärzt*innen und weiteren patient*innennahen Berufsgruppen

Wie in den vorigen Kapiteln beschrieben führt das Pflegebudget dazu, dass die Leistungen der Pflege am Bett nicht mehr den einengenden und kapazitätsbegrenzenden Einflüssen des DRG-Systems unterliegen. Da die Ressource „Pflege am Bett“ nunmehr zumindest aus finanzieller Sicht theoretisch unlimitiert zur Verfügung steht, andere Berufsgruppen, vor allem Ärzt*innen, aber auch Funktionspersonal weiterhin der strengen DRG-Kalkulation unterliegen und zudem, im Falle der Ärzt*innen, auch teurer pro Vollkraft sind, liegt es nahe, möglichst viele Tätigkeiten pflegebudgetkonform auf die Pflegenden zu übertragen. Zunächst sind hier Arbeiten zu erwähnen, die Bestandteil der Krankenpflegeausbildung sind und keinen Arztvorbehalt haben. Daneben kann es auch um Tätigkeiten gehen, die nicht originärer Bestandteil der Pflege sind, weil als einziges Kriterium verbleibt, dass die Arbeit „am Bett“ geleistet wird, von wem auch immer. Auf den Stationen sind neben der Pflege die Ärzte als relevante Berufsgruppe vertreten. Daneben leisten auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, aber auch „Einjährige“, in der Regel Krankenpflegehelfer*innen, Dienst vor Ort bei Patient*innen. Diese Berufsgruppen sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

5.2 Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegende – Delegation und Substitution

Um zu klären, welche Tätigkeiten in welcher Form von Ärzt*innen auf Pflegekräfte übertragbar sind, müssen entsprechende Aufgaben, für die aufgrund gesetzlicher Vorschriften ein Ärzt*innenvorbehalt besteht, untergliedert werden. Hierbei unterscheidet man solche Tätigkeiten, die höchstpersönlich vom Arzt oder von der Ärztin durchgeführt werden müssen und die somit nicht delegier- oder substituierbar sind sowie in prinzipiell übertragbare Tätigkeiten. Typische Beispiele für nicht delegierbare, höchstpersönlich zu erbringende Leistungen sind die Bluttransfusion, die Aufklärung und das Einholen der Einwilligung der Patient*innen vor Eingriffen, die Verordnung von Medikamenten oder die Tätigkeit als erster*erste Operateur*in bei einem chirurgischen Eingriff. Die Grundlage hierfür findet sich nur manchmal explizit in Gesetzen (z. B. setzt § 48 Arznei-



Teil IV Pflegebudget und Pflegemanagement

In diesem Teil werden die neuen Steuerungsanforderungen aus Sicht des Pflegemanagements beschrieben, das die Themen Personalmanagement, die Digitalisierung und die Pflege auf Augenhöhe in Blick nimmt. Dabei wird die Exzellenzentwicklung in der Pflege in den Fokus genommen und der Blick über den Tellerrand in ein Magnet*krankenhaus gewagt und dabei ein Best-Practice-Krankenhaus vorgestellt. Wobei vor allem der innovative, agile Einsatz von Pflege mit Fachexpertise und Shared Governance Strukturen im Fokus steht. Weiter geht es um die Pflege im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit und dabei um Schnittstellen und autonome Bereiche der Pflege. Der Pflegeprozess wird im Kontext mit dem medizinischen Behandlungsprozess exemplarisch dargestellt und dabei die Kernleistungen der Professionen fokussiert. Insgesamt wird in den Ausführungen klar, dass es nicht ausreicht, das Pflegebudget umzusetzen und perfekt zu verhandeln, es geht um Exzellenzentwicklung und damit um Leadership und Pflegemanagement, mit der Entwicklung einer Vision und einer nachhaltigen Strategie für die Entwicklung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung, die die Patientenzentrierung im Mittelpunkt hat.

6 Pflegemanagement im Krankenhaus

Helene Maucher, Uwe Bettig, Kathrin Knuth, Nils Dehe, Sabine Matulenski

In diesem Kapitel geht es um die Herausforderungen des Pflegemanagements, die im fundamentalen Wandel der Gesundheitsversorgung begründet sind, wobei zudem dessen Hintergründe vielfältig beschrieben werden. Aktuell geht es im operativen Pflegemanagement darum, die Veränderungen mit der Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System zu belegen und das Wissen bezüglich Budgetverhandlungen im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung einzubringen und transparent zu machen.

Die Hintergründe des Wandels der Gesundheitsversorgung sind vielschichtig, so sind beispielsweise die Veränderungen in der Organisation von Prozessen und eine veränderte Personalführung in der Praxis für Umwälzungen verantwortlich. Auch eine forcierte Formung von Netzwerken in interprofessionellen Teams, die veränderten Anforderungen im Qualitätsmanagement, die Umsetzung von GBA-Beschlüssen und die Budgetverantwortung waren und sind Anlass für grundlegende Veränderungen und Herausforderungen. Aber auch die Chancen, die sich aus dem KHZG³³ ergeben, sollen gesehen werden. Die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese Veränderungen proaktiv genutzt werden können und diese zur Gestaltung einer innovativen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung beitragen, ist Aufgabe des Pflegemanagements.

Im Folgenden werden Besonderheiten im Pflegemanagement und in der pflegerischen Organisation beleuchtet, die professionellen Anteile der Arbeit der Disziplin Pflege herausgestellt und der Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe der Pflege fokussiert. Weiter geht es um die Akademisierung, Digitalisierung und um eine Pflege „auf Augenhöhe“, die nachhaltige Entwicklungen ermöglichen soll. Die Herausforderung ist hierbei, mit Leadership und transformationaler Führung eine Zukunftsvision zu entwickeln und eine Strategie umzusetzen, obwohl aufgrund der Dynamik in der Pflege oft nicht exakt bekannt ist, wie sich die Zukunft gestalten wird. Es geht im Kern darum, die Gesundheitsversorgungen mit den Kernelementen „patient*innenzentriert“ und „sektorenübergreifend nachhaltig weiterzuentwickeln. Hierbei ist das Ziel, eine Gesundheitsversorgung zu gestalten, die sowohl effizient als auch effektiv ist, die sowohl den Menschen in den Städten als auch in den Gemeinden eine Versorgung bieten kann, die von der Geburt bis zum Tod verlässlich ist und die noch dazu sektorenübergreifend aufgebaut ist. Dabei gilt es, aktuelle Chancen zu nutzen und Erkenntnisse mit Blick über den Tellerrand einzubringen.



33 Deutscher Bundestag: Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhaus-zukunftsgesetz – KHZG). 2020. Online: dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-f%C3%BCr-ein-zukunftsprogramm-krankenh%C3%A4user-krankenzukunftsgesetz-khgz/266662 [abgerufen am 12.12.2021].

Die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser werden seit 2020 aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget finanziert. Neben den Vereinbarungen der Sozialen Selbstverwaltung zu dieser Thematik geht es in diesem Buch insbesondere um die Erfahrungen bei den Pflegebudgetverhandlungen.

Auf der Basis der rechtlichen Ausgangslage werden Aspekte der Abgrenzung und Ermittlung des Pflegebudgets thematisiert. Diese Erfahrungen basieren auf vielen Budgetverhandlungen in unterschiedlichen Verhandlungsbezirken der Bundesrepublik Deutschland. Nach diesen Berichten wird herausgearbeitet, welche Veränderungen sich ergeben und welche Herausforderungen und Chancen für das Pflegemanagement im Krankenhaus damit verbunden sind.

Das vorliegende Buch hilft, die neuen Regelungen mit der vielfältigen Praxis in den Budgetverhandlungen abzugleichen. Somit ist das Werk Pflichtlektüre für die bereits geführten und noch anstehenden Verhandlungen des individuellen Pflegebudgets.

Die Herausgeber*innen



Prof. Dr. Uwe Bettig ist seit 2007 Professor für „Betriebswirtschaft und Management gesundheitlicher und sozialer Einrichtungen“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin und seit 2022 Dekan des Fachbereiches Gesundheit, Erziehung und Bildung. Er war von 2010 bis 2014 Leiter des Studiengangs „Gesundheits- und Pflegemanagement“ und von 2014 bis 2018 Rektor der Hochschule. Schwerpunkte in der Forschung sind die Bereiche Existenzgründungen/Social Entrepreneurship, Personalmanagement und Digitalisierung. Schwerpunkte im Bereich der Lehre sind Controlling von Gesundheitseinrichtungen und Rechnungswesen.



Helene Maucher, MSc., ist seit 2013 Pflegedirektorin der RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH. Zudem ist sie seit 1.1.2020 Bereichsleitung Unternehmensstrategie Pflege bei der Sana Kliniken AG. Zuvor war sie Pflegedirektorin, Pflegedienstleiterin, Stationsleitung und Gesundheits- und Krankenschwester in den Sana Kliniken Biberach. Berufsbegleitend absolvierte sie ein Studium der Pflegewissenschaften MSc. (Uni). Außerdem ist sie Dipl.-Pflegewirtin (FH).



Brita Spitz ist seit 2016 Bereichsleiterin Budgetmanagement der Sana Kliniken AG. Zuvor war sie Leiterin Zentraler Dienst Budgetmanagement der Agaplesion gAG, und davor stellvertretende Leiterin Krankenhausservicestelle Rhein-Neckar AOK Baden-Württemberg. Sie ist Mitglied der Schiedsstelle nach § 18a KHG und der Landesbasisfallwertkommission in Hessen sowie Mitglied der Krankenhausfinanzierungsausschüsse der Hessischen Krankenhausgesellschaft und des BDPK. Sie absolvierte eine Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten und anschließend ein Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Mannheim, Abschluss Diplom-Kauffrau.

www.medhochzwei-verlag.de

 medhochzwei

Leseprobe

ISBN 978-3-86216-802-6



9 783862 168026

€ 79,00 (D)