



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Im Verbund der
Diakonie 

POSITIONSPAPIER

Starke Pflege im evangelischen Krankenhaus 2030

18. September 2020



MANAGEMENT



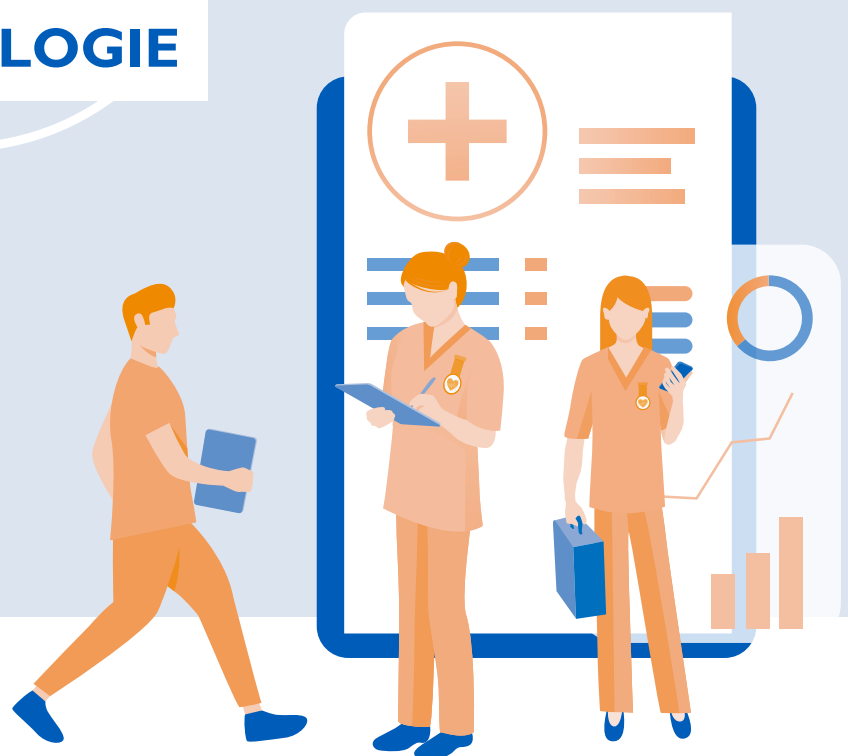
MEDIZIN



PFLEGE



THEOLOGIE



DEKV e.V.

Invalidenstraße 29
10115 Berlin



office@dekv.de



+49 30 80 19 86-0



www.dekv.de

Ansprechpartner: Dr. Johannes Egerer, *Referent für Pflege, Medizin und Qualität*



+49 30 801986-14



egerer@dekv.de

„Um Gottes Gedanken zu verstehen, müssen wir Statistiken studieren, denn diese sind die Maßeinheiten, die seine Absichten veranschaulichen.“

Mit ihren Erkenntnissen hat die Pionierin der Pflege und Pflegewissenschaft Florence Nightingale (1820-1910) den Grundstein für die moderne Krankenpflege gelegt. Dabei standen die qualifizierte Versorgung der Patienten durch gut ausgebildete Pflegekräfte und ein achtsamer, zuwendungsorientierter Umgang mit den Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt ihres Handelns.

Den Werten von Florence Nightingale fühlen sich die rund 43.000 Pflegekräfte an den 200 evangelischen Krankenhäusern noch heute verbunden. Ganz im Sinne der Pflegepionierin setzen sich die evangelischen Krankenhäuser dafür ein, den komplexen Aufgaben in der modernen Pflege durch Anwendung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und moderner Pflegekonzepte gerecht zu werden.

Dabei verstehen die evangelischen Krankenhäuser und der DEKV die Pflege als professionelle Betreuung und Unterstützung eines Menschen während seiner Genesung oder in der Begleitung am Lebensende. Das bedeutet, die professionelle Pflege organisiert und gestaltet den gesamten Pflegeprozess von der Planung bis zu Evaluation. Dabei übernimmt sie für die vorbehaltenen Tätigkeiten gemäß § 4 Pflegeberufgesetz eine besondere Verantwortung.

In deutschen Krankenhäusern sind insgesamt 475.000 Pflegekräfte beschäftigt¹. Die Teilzeitquote ist mit 46 % außergewöhnlich hoch, im Vergleich über alle Branchen liegt sie lediglich bei 28 %. Insgesamt 48 % der Pflegekräfte im Krankenhaus waren im Jahr 2015 älter als 45 Jahre, 19 % älter als 54 Jahre. Diese Beschäftigtengruppe umfasst heute rund 230.000 Pflegekräfte. Bis zum Jahr 2035 werden sie größtenteils aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sein.²

Für das Jahr 2030 prognostiziert das Deutsche Krankenhausinstitut einen Mehrbedarf von rund 180.000 Vollzeitkräften – 63.000 Fachkräfte allein für den Krankensektor.³ In den rund 1.300 Ausbildungsstätten bundesweit⁴ schlossen im Ausbildungsjahr 2017/2018 rund 18.000 Auszubildende ihre Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und den Helferberufen ab. Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen ist seit dem Jahr 2014/2015 auf diesem Niveau relativ konstant. Wobei sich der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe einem kontinuierlichen Zuwachs erfreut.⁵

Dringend geboten ist weiterhin, dass die Krankenhäuser zusammen mit Politik, Krankenkassen, Wissenschaft und gesellschaftlichen Gruppen mehr Menschen aller Altersstufen für eine Ausbildung und Tätigkeit in der Pflege begeistern. Kurz- und mittelfristig müssen wir jedoch akzeptieren, dass ein Pflegeengpass existiert: Nicht in jeder Region, aber in vielen, fehlen die Pflegekräfte – auch in Regionen mit evangelischen Krankenhäusern.

Die Gründe sind vielfältig: Zum einen brechen zwischen 25 und 30 % der Pflegeauszubildenden vor Abschluss ihres Exams die Ausbildung ab, so die Erfahrungswerte aus den evangelischen Krankenhäusern. Ein Wert, der deutlich zu hoch ist. Ein Drittel derjenigen, die die Ausbildung abbrechen, überbrückt mit der Pflegeausbildung lediglich die Wartezeit auf das Medizinstudium. Die übrigen zwei Drittel orientieren sich neu, weil sie mit den Belastungen im Beruf nicht zurechtkommen, sich von den Inhalten der Ausbildung überfordert fühlen oder mit anderer Erwartung, beispielsweise an die Arbeitszeiten, in die Ausbildung gegangen sind. Zum anderen sind Pflegefachkräfte lediglich zwischen 8,4 Jahren (Altenpflege) und 13,7 Jahren (Krankenpflege) nach erfolgreichem Berufsabschluss oder pflegewissenschaftlichem Studium in der Pflege am Bett tätig.⁶ Dazu trägt unter anderem die Arbeitsverdichtung der vergangenen Jahre bei: Betreute eine Pflegekraft im Jahr 1995 im Schnitt 45 stationäre Patienten täglich waren es in 2014 bereits 60.

Die höhere Anzahl der zu betreuenden Patienten und eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus um annähernd 10 % seit 2012⁷ bedeutet für die Pflegekraft eine erhöhte Arbeitsbelastung. Hinzu kommt der gestiegene Aufwand für die vorgeschriebene Dokumentation von Pflegeleistungen und für die Pflegeleitung die Dokumentation der Pflegestellenbesetzung.⁸ Als Folge bleibt weniger Zeit für die Versorgung der Patienten, was zu Unzufriedenheit im Beruf führt. Aktuell wird die Patientenversorgung von vielen Pflegenden als „Pflege im Laufschrift“ wahrgenommen.

Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation gibt eine aktuelle repräsentative Befragung unter 1.005 jungen Menschen im Auftrag des Bundesfamilienministeriums⁹: 21 % der 14- bis 20-Jährigen in Deutschland, also zwischen 500.000 und 1 Million junge Menschen¹⁰, können sich eine Tätigkeit in der Pflege durchaus vorstellen. Unter Ihnen ist der Anteil an Abiturientinnen und Abiturienten am höchsten.

Die Anforderungen an die Pflegeteams im Krankenhaus werden zunehmend komplexer: Bereits heute ist jeder zweite Notfallmedizinisch versorgte Patient älter als 65 Jahre. Vor allem die steigende Zahl älterer und mehrfacherkranker Patientinnen und Patienten erfordert deutlich mehr Ressourcen bei der Betreuung und Therapie im Krankenhaus: Sie brauchen oft eine deutlich intensivere Betreuung und Überwachung. Nebendiagnosen wie kognitive Beeinträchtigungen, Depression, eingeschränkte Mobilität und körperliche Behinderungen führen dazu, dass zusätzliche Unterstützung, zum Beispiel beim Anziehen und der Körperhygiene, benötigt werden. Eine besondere Herausforderung ist die Versorgung von Menschen mit Demenz und Delir, da diese Patienten besonders viel Aufmerksamkeit von den Pflegenden benötigen. Erhöhter Zeitaufwand entsteht zudem durch eine erschwerte Kommunikation bei der Pflegeanamnese, den Pflegeprozessen und der ärztlichen Untersuchung. Darüber hinaus ist oft eine umfangreichere, aufwändigere und schwierigere allgemeine Diagnostik (MRT sowie Sonographien und Echos) erforderlich. Multimediakation und fehlende Informationen erschweren zusätzlich die Behandlung.

1 Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Tabellen, Beschäftigte nach Berufen (KIDB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, April 2020

2 Blum K., Offermanns M., Steffen P., „Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030“. DKI, 04.03.2019, S. 24ff

3 Blum K., Offermanns M., Steffen P., „Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030“. DKI, 04.03.2019, S. 65

4 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krankenhäuser mit Ausbildungsstätten, Ausbildungsplätze in Krankenhäusern, Ausbildungsplätze je auszubildendem Krankenhaus. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, ausgewählte Berufe des Gesundheitswesens, Krankenhausmerkmale, Abruf 10.07.2020

5 Insgesamt -1,8%, GKP -3,8%, GKP +7,5% - 2014/15 zu 2017/2018, Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung von Schulen des Gesundheitswesens. Gliederungsmerkmale: Schuljahre, Region, Geschlecht, Berufe des Gesundheitswesens, Abruf 09.07.2020

6 Ein Masterplan für die Pflege. Technikerkrankenkasse, November 2017, abgerufen 16.09.2020

7 Verweildauer 6,57 Tage/2012 auf 5,93 Tage/2019; Quelle: Akkumuliert aus Präsentationen des InEK zur Vorstellung Fallpauschalenkatalog 2020 und Vorjahre

8 Klauber J., Geraedts M., Friedrichs J., Wasem J. (ed.) Krankenhaus Report 2017. Schattauer 2017, S.79ff

9 Sinus-Jugendbefragung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2020

10 Statistisches Bundesamt (Destatis), Bevölkerung, Erwerbstätige, Erwerbslose: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen. 2020 | Stand: 14.07.2020 / 17:05:08, eigene Berechnung

Die Bundesregierung stärkt in der aktuellen Legislaturperiode die Pflegekräfte und die Profession Pflege auf vielfältige Weise: Die Spannweite reicht von der Prüfungs- und Ausbildungsverordnung zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes über die Konzertierte Aktion Pflege bis hin zur Einführung des Pflegebudgets und der damit verbundenen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System. Trotz dieser Maßnahmen braucht die Pflege auch weiterhin eine Stärkung und die Verbesserung der Rahmenbedingungen im Krankenhaus.

Der DEKV will mit drei zentralen Zielen die Pflege 2030 in evangelischen Krankenhäusern stärken:

1. DIE PROFESSION PFLEGE STÄRKEN

Die Pflege im Krankenhaus muss ein moderner Gesundheitsfachberuf sein. Sie muss fähig sein, bei der Versorgung von Patienten in interprofessionellen Teams Verantwortung zu übernehmen, die Pflege im Krankenhaus wissenschaftlich weiterzuentwickeln und Verantwortung in der Gestaltung der Organisation Krankenhaus zu übernehmen. Dadurch wird die Pflege zur respektierten und gesellschaftlich sichtbaren Profession. Eine Karriere in der Pflege wird erstrebenswert.

2. BEZIEHUNGSARBEIT IN DER PFLEGE STÄRKEN

Freundlichkeit, Zuwendung und ein würdevoller Umgang mit kranken, alten und hilfsbedürftigen Menschen ist der Kern der Pflege und der Diakonie. Für die meisten Pflegenden ist, war und bleibt die Beziehung zu den Patienten Hauptgrund dafür, in der Pflege tätig zu sein. Für diese wichtige Beziehungsarbeit muss mehr Raum geschaffen werden.

3. GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN DER PFLEGENDEN STÄRKEN

Pflegende haben Familie, Freunde, Hobbies, berufliche und private Ziele. Die Tätigkeit in der Pflege muss ausreichend Raum für die persönliche Lebensgestaltung lassen und die Voraussetzungen für die individuelle Weiterentwicklung bieten. Gesundheit und Wohlbefinden sind für die lebenslange Tätigkeit in der Pflege unerlässlich.

Zur Umsetzung der Ziele für eine starke Pflege im evangelischen Krankenhaus 2030 sieht der DEKV vordringlich Handlungsbedarf in vier Feldern:

1. QUALIFIKATIONSMIX STÄRKEN

Unterschiedliche Qualifikationsniveaus in der Pflege und die Begabungen jedes Einzelnen in interprofessionellen Behandlungsteams führen dazu, dass patientenorientiert und individuell auf den Bedarf des Pflegebedürftigen eingegangen werden kann. Da in qualifikationsgemischten Teams aus Pflegenden mit Helferabschluss, examiniertem Ausbildungsabschluss und Pflegewissenschaftlerinnen jeder seine Aufgaben und Rolle gemäß seiner Qualifikation wahrnimmt, stärkt das die Profession Pflege insgesamt. Darüber hinaus ist eine Abgrenzung zwischen pflegerischen und ärztlichen Aufgaben und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe notwendig.

Besonders vulnerable Patientengruppen und Patienten mit komplexen Behandlungsverläufen/Therapien profitieren von verschiedenen Perspektiven, unterschiedlichen Erfahrungen und Schwerpunkten der Pflegenden. Die dadurch verbesserte Pflegequalität trägt zu mehr Zufriedenheit im Beruf bei.

Für die evangelischen Krankenhäuser ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten in gemischten Behandlungsteams daher ein wichtiger Ansatz, um den Herausforderungen in der Pflege gerecht zu werden. Eine Voraussetzung dafür ist, interessierte Abiturienten und berufserfahrene Pflegenden für ein Studium zu motivieren. Denn abweichend von den Empfehlungen des deutschen Wissenschaftsrats von 2012, 10 bis 20 % der Gesundheitsfachberufe akademisch zu qualifizieren, liegt die Akademisierungsquote in Deutschland bei 4,6 %.¹¹

Der DEKV fordert die Kultusminister der Bundesländer und den Bund auf, die akademische Pflegeausbildung durch die Einrichtung und Finanzierung von Studienplätzen zu stärken. Bis 2027 müssen bundesweit 10 % zusätzliche Pflegestudienplätze geschaffen werden.

2. PFLEGEKARRIEREN STÄRKEN

Attraktive Pflegekarrieren im Krankenhaus gehen mit einer zunehmenden Übernahme von Verantwortung einher. Diese kann vertikal mit einer fachlichen Tiefe oder horizontal mit einer Führungs- und Personalverantwortung verbunden sein.

Die Möglichkeit, die eigenen Kompetenzen gezielt über eine strukturierte Fort- und Weiterbildung zu entwickeln, stärkt die Profession Pflege. Zudem stellt sie einen Mehrwert für die Pflegequalität in der Patientenversorgung und für die Organisation Krankenhaus selbst dar. Über die wissenschaftliche Reflexion der eigenen Tätigkeit und durch mehr Wirksamkeit bei der Mitgestaltung der Organisation Krankenhaus wird die Pflege zu einer attraktiven Profession mit zeitgemäßen Karrieremöglichkeiten.

Durch die Förderung der Digitalisierung im Krankenhaus kann sich die Pflege auf die umfassende Versorgung der Patienten konzentrieren und ist von bürokratischen Aufgaben entlastet. Der Mix aus zuwendungsbezogener Pflege und verantwortungsbewusster Nutzung moderner Technologien ist ein Baustein, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Darüber hinaus entstehen neue Berufsbilder an der Schnittstelle von Pflege und Informationstechnologie. Indem Pflege mit ihren spezifischen Kompetenzen an der Entwicklung der Digitalisierungsstrategie im Krankenhaus aktiv beteiligt wird, übernimmt sie konkret Verantwortung bei der Mitgestaltung der Organisation eines modernen und digitalen Krankenhauses.

Um Kompetenzen in der Pflege gezielt zu entwickeln, sollte zeitnah ein mit den mittel- und langfristigen Zielen und Entwicklungen des Krankenhauses abgestimmtes strukturiertes Personal- und Kompetenzmanagement implementiert werden.

¹¹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Tabellen, Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, April 2020

3. PFLEGEBEDARFSBEMESSUNG STÄRKT DIE PFLEGE

Den differenzierten Bedarf von Pflegebedürftigen im Krankenhaus strukturiert nachzuweisen stärkt die Pflege. Der daraus abgeleitete jeweilige Pflegepersonalbedarf und eine angemessene Personalausstattung verbessern die Versorgungsqualität und gewährleisten die Patientensicherheit. Zugleich werden die Pflegekräfte entlastet und die Dienstplanung und das Ausfallmanagement erleichtert. Dadurch wird der Pflegeberuf wieder attraktiver und Pflegefachkräfte, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, können zur Rückkehr motiviert werden.

Starre und allgemeine Vorgaben zur Pflegeausstattung im Krankenhaus – wie es derzeit die Pflegepersonaluntergrenzen vorgeben – sind keine Alternative. Das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) entwickelte Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 ist ein geeignetes Interims- oder Übergangsinstrument. Durch die Einbindung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) und des Barthel-Index werden auch besonders vulnerable Patientengruppen wie kognitiv oder motorisch eingeschränkte Menschen bei der Bestimmung des Pflegebedarfs berücksichtigt. Zudem gewährleistet PPR 2.0 einen vertretbaren Dokumentationsaufwand. Es ist daher geeignet wissenschaftlich weiterentwickelt zu werden.

Ein zukünftiges Pflegepersonalbemessungsinstrument muss Lösungen für die Nachtschicht und die Intensivstation umfassen und Zuwendung als einen wesentlichen Faktor zur Unterstützung der Gesundheit stärker berücksichtigen. Dringend geboten ist PPR 2.0 weiter auszudifferenzieren, indem auch der Qualifikationsmix Pflege einbezogen wird.

Es muss festgelegt werden, welche Qualifikation Pflegekräfte für den jeweiligen Aufgabenbereich benötigen: Das Spektrum reicht von der Pflegehilfskraft über die Pflegefachkraft bis zu akademisch ausgebildeten Mitarbeitenden. Erst auf dieser Basis können Krankenhäuser ihren Pflegepersonalbedarf differenziert planen. Die Leistungserfassung muss als Instrument für eine sachgerechte Vergütung der Pflegepersonalkosten einsetzbar sein.

Der DEKV fordert den Gesetzgeber auf, die Entwicklung eines modernen wissenschaftlich fundierten Pflegebedarfsbemessungsinstruments für das Krankenhaus zu beauftragen und dessen Einführung gesetzlich umzusetzen.

4. DIGITALISIERUNG IN DER PFLEGE STÄRKEN

Aktuell ist der Grad der Digitalisierung in den evangelischen Krankenhäusern unterschiedlich weit vorangeschritten. Digitalisierung und Technisierung in Form von Informations- und Kommunikationstechnologien, Robotern und Assistenz-Technologien werden Pflegenden zukünftig bei körperlich schweren Arbeiten unterstützen, den Dokumentationsaufwand effizienter gestalten und sie von pflegefernen Aufgaben entlasten.

Durch die digitale Unterstützung des Pflegeprozesses wird Zeit für Patienten- und Pflegedokumentation eingespart. Aufwendige manuelle Auswertungen können entfallen und datenbankgestützte Ableitung von evidenzbasierten Pflegemaßnahmen wären standardisiert möglich. Der Pflegekraft können passend zur Erkrankung und dem Pflegebedarf der Patienten Pflegemaßnahmen vorgeschlagen werden. Die gewonnenen Ressourcen wären für eine Individualisierung der Patienten-/ Fallbewertung und der Pflegebedarfe einzusetzen. Auch die Pflegequalität würde durch die Möglichkeit der Verarbeitung von Pflegedaten evidenter und nachweisbarer. Für die Patienten steigen durch die systematische Erhebung von Patienten- und Versorgungsdaten sowohl die Versorgungsqualität als auch die Patientensicherheit. Zudem wird eine wissenschaftliche Auswertung und evidenzbasierte Verbesserung der Pflegeprozesse ermöglicht.

Zusätzlich zur technischen Ausstattung ist die Personalentwicklung ein Bestandteil der Digitalisierung. Mitarbeitenden müssen die Kompetenzen vermittelt werden, um die neuen Technologien zur qualifizierten Patientenversorgung einzusetzen. Um die Pflege am digitalen Transformationsprozess im Krankenhaus aktiv zu beteiligen, braucht es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in beiden Welten – Pflege und IT – zuhause sind. Diese leisten wertvolle Übersetzungsarbeit bei der Digitalisierung des Pflegeprozesses.

Im Krankenhauszukunftsgesetz sind Investitionen in Höhe von bis zu 4,3 Milliarden Euro für die digitale stationäre Infrastruktur vorgesehen. Dadurch wird eine deutliche Weiterentwicklung der Digitalisierung im Krankenhaus erfolgen. Wichtig ist, dass die Refinanzierung von Investitionen in die Krankenhausdigitalisierung und deren Weiterentwicklung auch nach Ende dieses Programms regelhaft implementiert wird.

Der DEKV fordert, dass die über den Krankenhauszukunftsfonds geförderten Projekte auch die Pflege gezielt entlasten und den gesamten Pflegeprozess einbeziehen. Mit Ablauf des Krankenhauszukunftsfonds muss eine regelhafte Erstattung der vollständigen Kosten für Digitalisierung nachhaltig in der Krankenhausfinanzierung mit einem Zuschlag je Fall (Digitalisierungszuschlag) verankert sein. Dies umfasst neben fortlaufenden Investitionen in Digitalisierung auch Aufwendungen für die Qualifizierung der Pflege.

Wir können das leisten – Starke Pflege im evangelischen Krankenhaus 2030.