

Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern: Entstehung, Hintergründe und Auswirkungen

**Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover**

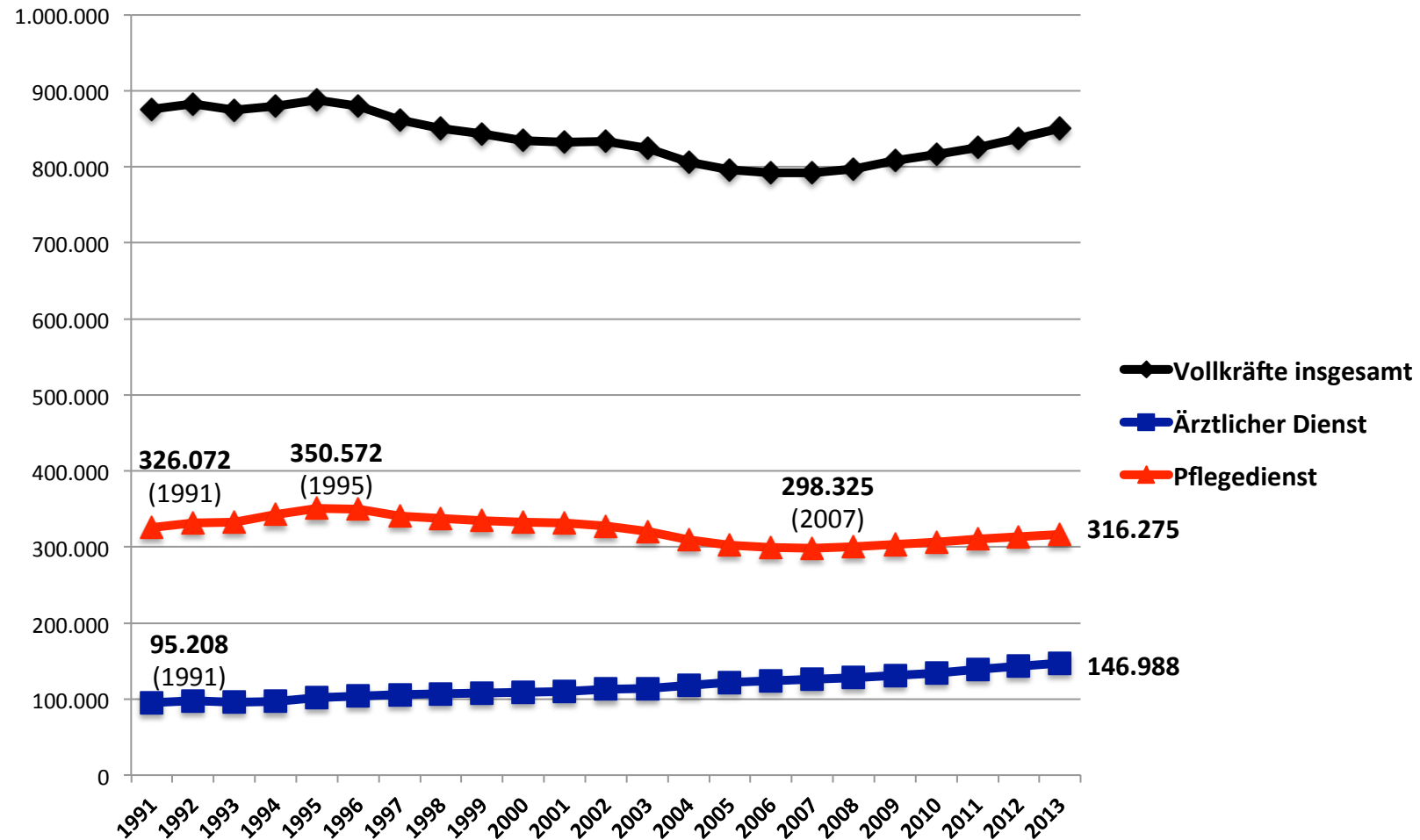
**Vortrag im Rahmen der Veranstaltungsreihe
„November der Wissenschaften“
Hannover, 19.11.2014**

Struktur des Vortrags

- **Teil 1: Zur Entwicklung im Pflegedienst der Krankenhäuser**
- **Teil 2: Auswirkungen einer Unterbesetzung im Pflegedienst**
- **Teil 3: Gegenwärtig diskutierte Ansätze für eine Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst**

1. Zur Entwicklung im Pflegedienst der Krankenhäuser

Entwicklung der Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern



Stellenabbau

- **1996-2007: Stellenabbau im Pflegedienst¹ der Krankenhäuser**
 - **Krankenhäuser insgesamt: –52.200 VK**
 - **Allgemeine Krankenhäuser: –47.600 VK**
 - **Ursachen** (allgemeine KHs)
 - **Budgetdeckelung und Budgetkürzungen** (Finanzierungsrecht)
 - **Interne Umverteilungen zur Finanzierung anderer Zwecke**
(zusätzliche Arztstellen, Investitionen)
 - **DRG-System** (Abbau in den drei Jahren 2002, 2003, 2004: – 24.400)
 - **Renditeerwartungen privater Anleger**

1) Pflegedienst = nur bettenführende Abteilungen (Stationen), nicht Funktionsdienst (OP, Diagnostik etc.).
In der Krankenhausstatistik werden **Intensivstationen** dem Pflegedienst zugeordnet, nicht dem Funktionsdienst

Entwicklung in allgemeinen Krankenhäusern 2008-2011

- **2008: erstmals wieder leichter Zuwachs** (bundesweit): **+1.800 VK**
- **2009-2011: Pflegeförderprogramm** (nur DRG-KHs/Allgemein-KHs.)
 - Zielzahl: **+17.000 VK**
 - aus Mitteln des Programms finanzierte zusätzliche Stellen insgesamt: **+15.350 VK** (durch Testate nachgewiesen aber nur **13.617 VK**)¹
 - Allg. KH: Veränderungen laut Krankenhausstatistik (2008-2011):
 - Pflegedienst: **ca. + 8.256 VK**
 - Funktionsdienst: **ca. + 6.561 VK**
 - zusammen: **ca. + 14.717 VK**
 - Vermutlich floss ein erheblicher Teil der Mittel in den **Funktionsdienst**
 - Zwischen Förderprogramm (15.350) und Krankenhausstatistik (14.700) verbleibt eine Lücke von ca. **-650 VK**

1) GKV-Spitzenverband (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011).

Ab 2012: PKMS

- Ab dem 1.1.2012 waren die Mittel des Programms in das DRG-System zu übertragen
- **Pflege-Komplexmaßnahmen-score (PKMS)** => Zusatzentgelte

Probleme

- Stellenabbau und Unterbesetzung gab und gibt es nicht nur im Bereich der Versorgung hochpflegeaufwändiger Patienten
- Die Bedingungen des PKMS erfüllten 2012 **nur 0,8% aller Fälle**¹
- Die **Hälfte der Mittel** fließt seit 2012 in den **Landesbasisfallwert**
- **Folglich erhalten auch Krankenhäuser diese Mittel, die keine Stellen geschaffen haben oder sogar Stellen abgebaut haben**
- Entwicklung im Pflegedienst und Funktionsdienst 2012 und 2013:
 - **Pflegedienst: + 2.868 VK**
 - **Funktionsdienst: + 4.733 VK**

1) GKV-Spitzenverband (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011), S. 34.

Bilanz 1995-2013 (Allgemeine Krankenhäuser)

- Bilanz „**Pflegedienst**“ (o. Funktionsdienst):
 - Stellenabbau 1996-2007: **–47.600 VK**
 - Stellenzuwachs 2008: **+1.800 VK**
 - Stellenzuwachs 2009-2011: **+8.250 VK**
 - Stellenzuwachs 2012+2013: **+2.870 VK**

 - Differenz: **–34.700 VK**

**Gegenüber der Situation vor Beginn des Stellenabbaus
bleibt somit eine Differenz von ca. 35.000 VK**

Zwischenfazit

- **PKMS und Landesbasisfallwerterhöhung sind unzureichende bzw. ungeeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst**
- **Es besteht dringender Handlungsbedarf**

2. Auswirkungen einer Unterbesetzung im Pflegedienst

Stellenabbau und Leistungsentwicklung

- **Fallzahlerhöhung** (Allgemeinkrankenhäuser)
 - vollstationäre Fälle 1995-2007: + 6,7 %
 - vor-, nach- und teilstationäre Fälle 2002-2007: + 75 %
 - ambulante Operationen 2002-2007: +185 %
- **Intensivstationen** (Krankenhäuser insgesamt)
 - Belegungstage 1995-2008: + 24,0 %
 - Belegungsgrad 1995: 72,8 %, 2008: 80,5 %
 - Fälle mit Beatmung 2002-2008: + 24,5 %
- **steigender Anteil älterer Patienten** (Krankenhäuser insges.)
 - Anteil Patienten 65 J. und älter: 1997 = 32 % 2007 = 43 %
- **Folge: steigende Arbeitsbelastung und chronische Arbeitsüberlastung**

Auswirkungen einer Unterbesetzung: Patienten

- **Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten**
 - in Deutschland noch nicht in einer größeren quantitativen Studie untersucht
 - international liegen bereits zahlreiche Studien über den Zusammenhang von Personalbesetzung im Pflegedienst und Patientengesundheit vor
 - **unzureichende Personalbesetzung** erhöht das **Risiko** für
 - nicht nur für ‚typische‘ Pflegefehler (Harnwegsinfektionen, Sturz, Dekubitus, Venenthrombose), sondern auch für
 - **schwere Komplikationen** wie Pneumonie, Lungenembolie, Reintubation, Sepsis bis hin
 - zum **Versterben** auf Grund zu spät erkannter Komplikationen

Auswirkungen einer Unterbesetzung: Pflegekräfte

- **Auswirkungen auf die Gesundheit der Pflegekräfte**
 - steigende Arbeitsbelastung gefährdet Gesundheit des Personals
 - Pflegepersonal weist im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen und der Gesamtwirtschaft überdurchschnittlich hohe Zahl an **Arbeitsunfähigkeitstagen** und **Frühverrentungen** auf
- **Reaktionen des Pflegepersonals**
 - Reduzierung der Arbeitszeit (Zunahme von Teilzeitbeschäftigung)
 - Abwanderung in andere Bereiche
 - Ambulante Pflegedienste
 - Pflegeheime
 - MDK etc.

3. Gegenwärtig diskutierte Ansätze für eine Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser

Zur Diskussion

- **Seit mehreren Jahren wird zunehmend die Forderung nach gesetzlichen Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst erhoben**

Eckdaten zur bisherigen Diskussion

- **2008: Unterschriftenaktion von DBfK und ver.di („Uns reicht’s!“)**
- **25.09.2008: Demonstration von ca. 130.000 KH-Beschäftigten**
- **4.11.2010: Bundesrats-Entschließungsantrag Bremen**
 - Vertagt
- **14.04.2013: SPD Bundestagswahlprogramm 2013**
 - für „Personalmindeststandards“
- **12.06.2013: Bundestags-Anhörung zu einem Antrag der LINKEN**
- **21.05.2013: Gesetzentwurf der SPD-Fraktion im hessischen Landtag**
 - Vorgabe verbindlicher „Mindestpersonalzahlen“
- **27.11.2013: Koalitionsvertrag der großen Koalition**
 - „Personalmindeststandards im Pflegebereich“ (S. 84)

Staatliche Intervention: Zu klärende Fragen

- **Staatliche Vorgaben** zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser wären ‚gesetzgeberisches Neuland‘
- Es stehen gegenwärtig eine Reihe von Fragen an, die zu klären sind:
 - **Regelungskompetenz**: Wer darf und kann wie eine gesetzliche Regelung vornehmen (Bund, Länder)?
 - **Art der Vorgabe**: Wie sollte eine Vorgabe aussehen?
 - **Gesetz** oder Vereinbarung der gemeinsamen **Selbstverwaltung**?
 - **Regelungszugang**: Über welchen Regelungsbereich könnte eine Vorgabe erfolgen (KH-Planung, KH-Finanzierung, § 137 SGB V)?
 - **Ausgestaltung des Systems**: Inhalte einer gesetzlichen Regelung
 - **Finanzierung**: Berücksichtigung des finanziellen Mehrbedarfs bei der Krankenhausfinanzierung?

Koalitionsvertrag 2013

- Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD enthält folgende Ankündigungen:
 - "Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der **DRG-Kalkulation** die **Personalkosten**, insbesondere die der **Pflege**, in **ausreichender Höhe** und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese **Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt** haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch **nachweisen**" (S. 79)
 - "Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für **Personalmindeststandards** im Pflegebereich ein" (S. 84)

Nutzung des DRG-Systems: Ein geeigneter Weg?

- Im Folgenden soll lediglich ein Thema genauer betrachtet werden
- Die Frage, ob der vom InEK ausgewiesene DRG-Kostenanteil für Pflege ein geeigneter Ansatzpunkt für eine Regulierung sein kann
- Eine ausführliche Erörterung der übrigen Themen ist einem Diskussionspapier zu finden, das auf der Internetseite der Hochschule Hannover (Fakultät V) veröffentlicht ist:
 - Michael Simon (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag

Positive Intention – aber ungeeigneter Weg

- Als Intention kann aus dem Koalitionsvertrag herausgelesen werden:
 - Die personelle Situation im Pflegedienst soll verbessert werden
 - Pflege soll besser im DRG-System abgebildet werden
 - DRG-Anteile für die Pflege sollen nur für die Pflege verwendet werden dürfen (keine Nutzung für andere Zwecke)
- Die Intention ist begrüßenswert – der Weg über das DRG-System m.E. aber ungeeignet
- Im Folgenden meine Einwände

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- Die DRG-Kalkulationsdaten basieren auf Ist-Kosten und sind ohne Bezug zum Pflege- oder Personalbedarf
 - PPR-Einstufung für DRG-Kalkulation = auf Grundlage der Ist-Leistungen
 - Personalbedarf \leq Pflegebedarf = Soll-Leistungen
 - PPR-Minuten dienen nur als Verteilungsschlüssel
 - **Jahrelanger Stellenabbau = Unterbesetzung = unzureichende Ist-Leistungen**
 - **Verpflichtung zur Einhaltung des Kalkulationsanteils = Fortschreibung der gegenwärtigen Unterbesetzung in die Zukunft**
 - Die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards baut auf der Annahme auf, dass die Ist-Besetzung unzureichend ist => folglich wäre die Ableitung von Personalbesetzungsstandards aus den Kalkulationsdaten ein Widerspruch in sich

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- **DRG-Fallgruppen sind medizinisch-pflegerisch inhomogen**
 - Ziel der Fallgruppenkonstruktion ist '**Kostenhomogenität**'
 - Kostenhomogenität = **nur auf der Ebene der Gesamtkosten** einer Fallgruppe, nicht unterhalb, also nicht für die einzelnen Kostenarten
 - DRG-Fallgruppen weisen ein unbekanntes, und vermutlich **hohes Maß an Varianz des Pflegebedarfes** auf
 - med. Inhomogenität => sprachliche Definitionen
 - breite unspezifische Definitionen
 - Einsatz von ‚oder‘ (bis zu vier ‚oder‘)

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- Von **Kostenwerten** kann **nicht** auf die **Personalbesetzung** geschlossen werden
 - Höhe der Gesamtpersonalkosten Pflegedienst ist nicht nur von der Zahl der Vollkräfte abhängig, sondern auch von =>
 - Qualifikationsstruktur
 - geltendem Tarifvertrag
 - TVöD, Diakonie, Caritas, private Träger, Haustarifvertrag, Notlagentarifvertrag etc.
 - etc.

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- **PPR-Minuten** gelten nur für den **Regeldienst** auf **Normalstation**
 - 14 Stunden => 6:00-20:00 Uhr
 - PPR: Nachtdienst => Arbeitsplatzmethode
 - gestiegene Bedeutung des Nachtdienstes durch zunehmende Verlagerung von Tätigkeiten vom Tagdienst in den Nachtdienst

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- **DRG-Kostendaten** sind nur für DRG-Normallieger verfügbar
 - Anteil der Normallieger 2012 = ca. 75%¹
 - bei einzelnen DRGs sogar unter 50%, Anteil Kurzlieger teilweise bis zu 80%¹
- **Keine Kostendaten verfügbar für:**
 - Kurzlieger und Langlieger
 - teilstationäre Behandlungen etc.
 - unbewertete DRGs
 - Zusatzentgelte
 - **NUB** (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)
 - **Besondere Einrichtungen**

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- Es sind keine der PPR vergleichbaren Daten für die **Intensivstationen** verfügbar
 - Intensiv = 3 Intensitätsstufen (Überwachung, Behandlung, Beatmung)
 - keine differenzierte Erfassung für jede Dienststart

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- **Unklares Verfahren bei Mehr- und Mindererlösausgleichen sowie Mehrleistungsabschlag**
 - Mehrerlösausgleich => nur die variablen Kosten werden vergütet
 - Personalkosten gelten als Fixkosten
 - Bedeutet = Mehrleistungen ohne zusätzliches Personal
 - aus Sicht des gegenwärtigen Vorhabens inakzeptabel

Einwände gegen die Verwendung der DRG-Kalkulationsdaten

- **Fehlende Aktualität der DRG-Kostendaten**
 - Die Kostendaten basieren auf einer 2 Jahre zuvor durchgeführten Kalkulationsrunde
 - neuere kostenrelevante Entwicklungen werden nicht berücksichtigt
 - z.B. Tarifierhöhungen

Alternativen

- Die Nutzung der **DRG-Kalkulationsdaten** für eine Zweckbindung von DRG-Anteilen ist ein **ungeeigneter Weg**
- Eine staatliche Regulierung sollte andere Ansätze verfolgen
- **Besser geeignete Ansätze** könnten sein:
 - Vorgaben im Rahmen der **Krankenhausplanung** der Länder
 - Festlegung von einzuhaltenden Personalbesetzungsstandards im **OPS (Mindestmerkmale)**
 - Beispiele für bereits vorhandene Vorgaben zur Personalbesetzung: Komplexbehandlungen, PKMS

Personalbesetzungsstandards brauchen Methoden der Personalbedarfsermittlung

- **Anhaltzahlen oder Verhältniszahlen sind ungeeignet**
 - zu pauschal und undifferenziert
 - zu wenig flexibel für die Berücksichtigung der Besonderheiten eines Versorgungsbereiches
- **Bedeutung und Nutzen von Methoden der PBE für die Festlegung von Personalbesetzungsstandards (bspw. PPR, Psych-PV):**
 - Ermittlung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung
 - Die Vorhaltung der mit einem bestimmten Verfahrens ermittelten Personalbesetzung kann als ‚Standard‘ vorgegeben werden
- **Mögliche Verfahren für den Pflegedienst**
 - eine überarbeitete, aktualisierte Pflege-Personalregelung (PPR)
 - Leistungserfassung in der Pflege (LEP)
 - *allerdings: kommerzielles Produkt*

Schlussbetrachtung

- **Es besteht dringender Handlungsbedarf**
- **Es wäre unverantwortbar, auf eine ‚Selbsteilung‘ des Krankenhausbereichs zu hoffen**
- **Eine politische Intervention ist erforderlich, und zwar in Form staatlicher Vorgaben für eine verbindlich einzuhaltende Personalbesetzung**
- **Teile der Gesundheitspolitiker des Bundes wollen verbindliche Vorgaben einführen**
- **Es ist gegenwärtig nicht absehbar, ob dafür eine Mehrheit in Bundestag und Bundesrat zu erreichen ist**