

Verbesserte Bedingungen in der Pflege – zur aktuellen Diskussion um Bedarf und Instrumente

von Jonas Schreyögg¹ und Ricarda Milstein²

ABSTRACT

Die Relevanz der Pflege für die Behandlungsqualität im Krankenhaus ist klar belegt. Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und krankenhausindividuellen Pflegebudgets sind gerade in ihrer Kombination potenziell ein starkes Signal an die Pflege. Ihr Erfolg hängt jedoch maßgeblich von der Ausgestaltung ab und davon, ob eine Nichteinhaltung mit Konsequenzen verbunden ist.

Schlüsselwörter: Pflege, Pflegepersonaluntergrenzen, Krankenhaus, Koalitionsvertrag, Qualität, Krankenhausvergütung

The contribution of nurses to patient outcomes is unquestioned. The government has decided to introduce minimum nurse staffing ratios in German hospitals and to separate nurse staffing costs from the overall hospital budget. Both policies combined send a clear signal to the nursing workforce. Whether or not these policies will unfold their effect depends largely on their implementation and effective sanctioning mechanisms.

Keywords: care, minimum nurse staffing ratios, hospital, coalition agreement, quality, remuneration

1 Einleitung: Pflege im Koalitionsvertrag

Die Berufsgruppe der Pflegekräfte ist eines der Rückgrate des deutschen Gesundheitssystems. Ihre Wichtigkeit für die Behandlungsqualität von Patienten ist eindeutig und die Auswirkungen einer schwachen Personalbesetzung in der Pflege sind wissenschaftlich gut dokumentiert (Schreyögg und Milstein 2016 b). Deutschland trägt dieser Tatsache Rechnung: Erstens führt die Bundesregierung Pflegepersonaluntergrenzen ein – Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Patienten, bei denen die Zahl der Patienten pro Pflegekraft nicht überschritten werden darf. Damit folgt sie der internationalen positiven Erfahrung mit diesem Instrument und setzt eine langjährige Forderung der betroffenen Berufsgruppe um. Zweitens ergänzt die Regierung dies um die Schaffung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets (CDU, CSU und SPD 2018). Durch dieses soll der dem Fallpauschalensystem beziehungsweise dem System der Diagnosis Related Groups (DRGs) inhärente ökonomische Anreiz für Krankenhäuser, die Pflegekosten möglichst gering zu

halten, abgemildert werden. Gleichzeitig sollen die positiven gewünschten Effekte des DRG-Systems, namentlich die Reduzierung der Verweildauer und die Honorierung von Innovation und Effizienz, erhalten bleiben. Zur Umsetzung dieses Gedankens bieten sich verschiedene Ansätze an, die jeweils Vor- und Nachteile mit sich bringen und sich vor allem darin unterscheiden, wie weitgehend die Pflegekosten vom DRG-System entkoppelt werden sollen.

Der vorliegende Artikel spannt den Bogen von der Ausgangssituation der Pflege im Krankenhaus bis hin zu einer möglichen Umsetzung der krankenhausindividuellen Pflegebudgets. Im zweiten Abschnitt beleuchtet er den Status quo, die Entwicklung der Personalzahlen in den letzten zwei Jahrzehnten, sowie die deutsche Situation im Vergleich zu ausgewählten Nachbarländern und diskutiert die derzeit kursierenden Personalforderungen. Im dritten Teil stellt er Pflegepersonaluntergrenzen vor, verweist auf die internationale Erfahrung mit diesem Instrument und diskutiert die deutsche Übertrag-

¹ Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg, Universität Hamburg · Hamburg Center for Health Economics · Esplanade 36 · 20354 Hamburg
Telefon: 040 428388041 · E-Mail: jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de

² Ricarda Milstein, Universität Hamburg · Hamburg Center for Health Economics · Esplanade 36 · 20354 Hamburg · Telefon: 040 428388047
E-Mail: ricarda.milstein@uni-hamburg.de

barkeit und Anforderungen. Viertens und abschließend stellt er drei Konzepte zur Ermittlung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets vor und wägt diese gegeneinander ab.

2 Die Zahl der Pflegekräfte in Deutschland

Derzeit ist nicht klar, wie viele Pflegekräfte tatsächlich im stationären Sektor beschäftigt sind. Das Statistische Bundesamt gibt jährlich zwei unterschiedliche Zahlen heraus, die auf unterschiedlichen Datenquellen beruhen. Die „Grunddaten der Krankenhäuser“ weisen für das Jahr 2016 eine Zahl von 325.199 Vollkräften aus (*Statistisches Bundesamt 2017 a*). Diese Zahl basiert auf der jährlichen Befragung von Krankenhäusern und beinhaltet die Zahl der direkt im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte. Pflegekräfte in Gestellungsverträgen, im Outsourcing-Verhältnis sowie Beschäftigte in krankenhausinternen Pflegepools sind jedoch in der Regel nicht enthalten, weswegen davon auszugehen ist, dass diese Zahl deutlich unterschätzt ist. Als zweite Zahl nennt das Statistische Bundesamt in seiner bis 2017 publizierten Fachserie zum Gesundheitspersonal 377.000 Vollkräfte für das Jahr 2015 (*Statistisches Bundesamt 2017 b*). Diese Angabe basiert darauf, wo der jeweilige Arbeitgeber seine Pflegekräfte sozialversicherungspflichtig gemeldet hat. Die Zuordnung ist dem Arbeitgeber selbst überlassen, weswegen sich beispielsweise kirchlich angestellte Pflegekräfte auch unter der Zuordnung „kirchliche Vereinigung“ anstatt „Krankenhaus“ wiederfinden können. Dadurch ist auch an dieser Stelle die genaue Anzahl nicht eindeutig zu ermitteln. Als weitere Option bieten sich die strukturierten Qualitätsberichte an, die jährlich veröffentlicht werden und auf Selbstangaben der Krankenhäuser beruhen. Für das Jahr 2016 summiert sich die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte auf 354.119 Vollkräfte. Durch die präzise Ausfüllanleitung ist bei dieser Zahl davon auszugehen, dass sie auch Pflegekräfte jenseits der Direktverträge, also beispielsweise Arbeitnehmer in Gestellungsverträgen oder Outsourcing-Verhältnissen, enthält (*Schreyögg und Milstein 2016 a*). Nach intensiven Plausibilitätsprüfungen (unter anderem zahlreichen Stichprobenprüfungen) erscheinen Personalangaben aus den Qualitätsberichten bei der Mehrzahl der Krankenhäuser belastbar und qualitativ hochwertig.

Zahl der frühen 1990er wieder erreicht

Ausgehend von den Grunddaten des Statistischen Bundesamtes hat die Zahl der im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten) ihr Ausgangsniveau von 1991 nach Zeiten des Aufwuchses und Abbaus wieder erreicht. Im Verhältnis zu den Pflegetagen zeigt sich sogar eine leichte Verbesserung im Vergleich zur Ausgangssituation. Zwar ist die Zahl

der Fälle in den vergangenen zwei Jahrzehnten um etwas mehr als ein Drittel gestiegen, gleichzeitig hat sich jedoch die Verweildauer der Patienten fast halbiert. Dies führt zu einer Reduzierung der Pflegetage um etwa 30 Prozent (*Statistisches Bundesamt 2017 a*). Wenn man allein die Entwicklung der Pflegetage heranzöge, wären Pflegekräfte heute weniger belastet als noch vor 20 Jahren. Vier Einschränkungen erschweren allerdings die Interpretation dieser Zahlen. Erstens bildet diese Entwicklung die parallel zunehmende Arbeitszeitverdichtung nicht ab. Ein höherer Patientendurchlauf und morbidere Patienten bedeuten einen intensiveren Arbeitseinsatz bei weniger Zeit. Dies könnte dazu führen, dass die tatsächliche Belastung der Pflegekräfte unterschätzt wird. Zweitens gibt die Zahl der Pflegekräfte aus den Grunddaten des Statistischen Bundesamtes die Zahl der in Direktverträgen angestellten Personen wieder, ermöglicht allerdings keine Information zur Zahl der Krankheitsfälle. Es ist nicht bekannt, ob sie in dem letzten Jahrzehnt zu- oder abgenommen hat oder konstant geblieben ist. Drittens erfassen die Informationen nicht den Faktor der technischen Innovation, der wiederum den Arbeitsalltag der Pflege erleichtert. Viele Eingriffe können dank minimalinvasiver Technik schnell und hochwertig durchgeführt werden, während sie Ende der 1990er noch lange Krankenhausaufenthalte mit intensiver Pflege erforderten. Viertens ist unklar, wie sich das Risikoprofil der Patienten über die Zeit entwickelt hat. Die medizinische und ökonomische Fallschwere in Krankenhäusern kann zwar pro Jahr mit den deutschen Daten relativ gut gemessen werden. Eine Veränderung über die Zeit ist jedoch aufgrund der sich verändernden Kodierung gerade bei Nebendiagnosen nur eingeschränkt zu ermitteln. Insgesamt kann man daher festhalten, dass die Entwicklung der objektiven Arbeitsbelastung für Pflegekräfte in Deutschland mit den derzeit verfügbaren Datenquellen nicht zu bestimmen ist.

Blick auf andere Länder wenig aussagekräftig

Im Vergleich zu anderen OECD-Mitgliedsstaaten ist Deutschland etwa auf einer Ebene mit seinen Nachbarn Frankreich und den Niederlanden einzuordnen. Verglichen mit den nordischen Ländern deutet sich ein erheblich größeres Gefälle an. Besonders zu Norwegen scheint der Abstand groß und mündet in Forderungen nach bis zu zusätzlich benötigten 566.000 Pflegekräften (*Simon 2015*). Drei große Einschränkungen schmälern allerdings den Nutzen internationaler Vergleiche für die deutsche Debatte. Zunächst sind die Datengrundlagen sehr unterschiedlich. Die Daten der Mitgliedsländer stammen aus Umfragen, aus Steuerangaben oder basieren auf Pflegeregistern und umfassen mal Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Ausbildung, mal alle praktizierenden Pflegekräfte (*OECD 2017*). Zudem unterscheidet sich die Versorgungssituation in Deutschland stark von beispielsweise den nordischen Ländern. Hiesige Krankenhäuser beteiligen sich in deutlich stärkerem Maße an der Versorgung leichter stationärer Fälle, als dies in Nordeuropa der Fall ist. Somit ist das Risikoprofil

deutlich geringer, als dies im Norden der Fall ist, weswegen deutsche Häuser mit besseren, also höheren Betreuungsschlüsseln arbeiten müssen. Wenn das Verhältnis als „Pflegerkräfte pro Bett“ dargestellt wird, ist außerdem zu beachten, dass die Bettenauslastung in nordischen Ländern deutlich höher ist als in Deutschland. Dies bedeutet, dass die Belastung der Pflegerkräfte in nordischen Ländern deutlich höher ist, als es die Verhältniszahl gemäß OECD-Daten zunächst vermuten lässt.

Bisherige Bedarfseinschätzungen nicht belastbar

Durch die oben aufgeführten Einschränkungen ist weder ein Verweis auf vergangene Phasen noch auf die Besetzung anderer Länder geeignet, um Forderungen für den deutschen Krankenhaussektor abzuleiten. Die Zahl der von verschiedenen Seiten zusätzlich geforderten Pflegerkräfte reicht bis zu einer Zahl von 100.000 weiteren Pflegerkräften, wie von der Fraktion Die Linke und Ver.di angegeben (*Deutscher Bundestag 2016, 2017; ver.di 2017*). Der Ausgangspunkt für die geforderten 100.000 Kräfte ist ein internes Papier der heute nicht mehr existierenden GKV-Spitzenverbände von 1992 zur Schätzung des Mehrbedarfes der Pflegerkräfte durch Pflegepersonal-Regelung (PPR) (*Simon 2015*). Dieser wurde damals mit 83.000 Pflegerkräften angegeben, wobei nicht klar ist, woraus genau diese Annahme hergeleitet wurde. Da die Anforderungen an die Pflege um ein Drittel zugenommen haben, erhöhe sich der Mehrbedarf auf 100.000 Kräfte (*Simon 2015*). Diese Annahme ist in mehrerlei Hinsicht problematisch. Zunächst basiert die Zahl der vorhandenen Pflegerkräfte auf der wie eingangs dargestellt deutlich unterschätzten Angabe des Statistischen Bundesamtes. Zweitens fußt die Gesamtannahme auf einem internen Papier von 1992. Drittens ist nicht klar, ob die Arbeitsbelastung tatsächlich um ein Drittel zugenommen hat. Ähnlich wie andere in der Öffentlichkeit vorgetragene Forderungen basiert die Zahl von 100.000 Pflegerkräften auf wissenschaftlich nicht belastbaren Annahmen.

Hohe Heterogenität als eigentliches Problem

Wie bereits erwähnt, existiert gute Evidenz zum Zusammenhang der Pflegepersonalbesetzung und der pflegesensitiven Ergebnisindikatoren. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit erbringen Krankenhäuser mit einer schlechten Pflegepersonalbesetzung schlechtere Qualitätsergebnisse als andere Krankenhäuser. Schaut man sich das Verhältnis von Pflegerkräften zu Patienten an, so offenbart sich eine sehr große Spanne zwischen sehr schwach und sehr gut besetzten Krankenhäusern in Deutschland. Beispielsweise weisen in der Neurologie die zehn Prozent der bestbesetzten Krankenhäuser einen Schnitt von fast einer Pflegerkraft zu einem Patienten auf und weisen folgerichtig nach Risikoadjustierung auch wesentlich bessere Qualitätsergebnisse auf als die zehn Prozent der am schlechtesten besetzten Krankenhäuser, die einen Schnitt von zirka einer Pflegerkraft zu zehn Patienten vorhalten (*Schreyögg und Milstein 2016 b*). Dabei soll-

te auch berücksichtigt werden, dass die bestbesetzten Krankenhäuser in Deutschland sogar im Vergleich mit den oftmals zitierten skandinavischen Ländern sehr gut dastehen. Hier gilt außerdem wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens das Gesetz des abnehmenden Grenznutzens: Ab einer bestimmten Besetzung eines Krankenhauses stiften zusätzliche Pflegerkräfte keinen zusätzlichen Nutzen mehr für die Versorgungsqualität und die Arbeitsplatzattraktivität. Die öffentliche Diskussion um die Pflege wird demnach zu undifferenziert geführt. Es kann nicht darum gehen, mit der Gießkanne möglichst viele Pflegerkräfte irgendwie in Beschäftigungsverhältnisse zu bringen. Vielmehr muss daran gelegen sein, vor allem Krankenhäuser mit einer vergleichsweise schlechten Besetzung, das heißt die unteren 25 Prozent der Krankenhäuser pro Abteilungstyp, dazu zu befähigen, aufzuwachsen.

3 Qualitätsförderung dank Pflegepersonaluntergrenzen

Ein Problem vergangener Maßnahmenpakete zur Stärkung der Pflege war die fehlende Zielgenauigkeit und Nachhaltigkeit. Dies änderte sich erst 2017 mit den eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen, da diese das Ziel verfolgen, Pflegerkräfte dorthin zu führen, wo sie am nötigsten gebraucht werden.

Vergangene Maßnahmen nicht zielgerichtet

Die 1992 mit dem deutschen Gesundheitsstrukturgesetz eingesetzte, 1996 ausgesetzte und 1997 wieder abgeschaffte PPR ordnete die Bemessung des Pflegebedarfes stationärer Patienten neu. Für jeden Patienten erfolgte eine individuelle Schätzung seiner Pflegebedürftigkeit, aus der die benötigte Anzahl an Pflegerkräften abgeleitet und vergütet wurde. Der genaue Effekt der Regelung ist unklar. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die PPR zu einem kurzfristigen Aufbau von 17.000 bis 21.000 Pflegerkräften geführt habe, jedoch ist dies wissenschaftlich nicht belegt. Mit dem ersten Pflegesonderprogramm in der Förderperiode von 2009 bis 2011 wurden insgesamt rund 1,1 Milliarden Euro zusätzlich für Aufstockungen des Pflegepersonals aufgewendet. Nach Abzug des parallelen Personalabbaus summiert sich der Zuwachs über diese Förderperiode auf geschätzte 9.200 Pflegerkräfte (*GKV-Spitzenverband 2013*). Die Finanzaufwendungen gingen anschließend über die DRG-Vergütung und Zusatzentgelte für hochwertige Pflege in die Regelversorgung über. Auch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) stellt zusätzliche Finanzmittel für die Pflege bereit. Das zweite Pflegestellen-Förderprogramm umfasst etwa 660 Millionen Euro für den Förderzeitraum von 2016 bis 2018, die im Jahre 2016 insgesamt knapp 600 von 2.000 Krankenhäusern zugutekamen und bisher mindestens 1.410 neue Pflegestellen schufen (*GKV-Spitzenverband 2017*). Diese Mittel sollen nach Ablauf der

Förderperiode in die reguläre Vergütung überführt werden. Allen drei Fördermaßnahmen liegt dieselbe Kritik zugrunde: Sie gelten als wenig zielgerichtet und nachhaltig. Es bleibt unklar, ob diese zusätzlichen Stellen tatsächlich dort aufgebaut wurden, wo sie besonders benötigt werden, und damit den höchstmöglichen Aufwuchs an Versorgungsqualität ermöglichen. Genau das wäre aber angesichts der ohnehin schon knappen Verfügbarkeit an Pflegekräften besonders wichtig.

Pflegepersonaluntergrenzen führen zu effektivem Personaleinsatz

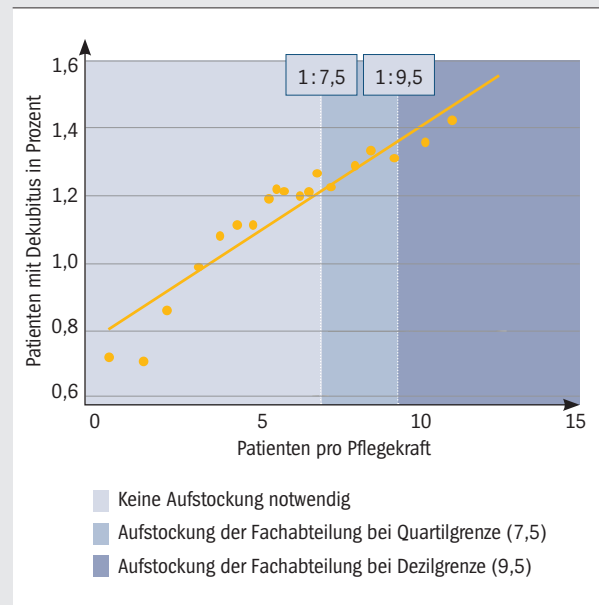
Pflegepersonaluntergrenzen setzen an der Kritik der bisherigen Fördermaßnahmen nach fehlender Steuerung an: Sie führen Pflegekräfte den Abteilungen beziehungsweise Bereichen zu, in denen die Besetzung besonders gering ist und in denen gleichzeitig der Beitrag für den Heilungsprozess von Patienten besonders groß ist. Die Untergrenzen geben eine Verhältniszahl von beispielsweise einer Pflegekraft zu zehn Patienten pro Schicht vor. Demnach darf eine Pflegekraft nicht mehr als zehn Patienten pro Schicht versorgen. Die Untergrenze kann in Abhängigkeit von der Abteilungsart variieren. In der Inneren Medizin ist zum Beispiel kein so intensives Betreuungsverhältnis notwendig wie in der Neurologie und dementsprechend eine größere Verhältniszahl möglich. Eine mögliche Abgrenzungsproblematik zwischen Abteilungen kann durch die Definition von Bereichen statt Abteilungen vermieden werden, wie es übrigens bereits durch die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ empfohlen wurde. Im Extremfall kann sogar eine einheitliche Untergrenze für alle Normalstationen festgelegt werden, wie dies bereits seit Langem in Kalifornien mit Erfolg praktiziert wird. Andere Abteilungen, zum Beispiel die Intensivmedizin, erfordern entsprechend restriktivere Untergrenzen (Aiken et al. 2010).

Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätssicherungsmaßnahme folgt einer Doppelstrategie. Aus Patientensicht garantiert sie eine ausreichende pflegerische Versorgung zur Minimierung unerwünschter Ereignisse. Aus Arbeitnehmersicht sichert sie Pflegekräfte vor übermäßiger Belastung, erhöht die Arbeitszufriedenheit und reduziert Burn-out-Raten. Mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen folgt Deutschland der positiven internationalen Erfahrung mit diesem Instrument, welches unter anderem in Australien und den USA erfolgreich eingesetzt wird. Besonders gut ist die Erfahrung in Kalifornien evaluiert. Dort führten sie sowohl zu einer gestiegenen Arbeitszufriedenheit unter den Pflegekräften als auch zu einer höheren Patientensicherheit (Aiken et al. 2010; Mark et al. 2013).

Bei der Einführung von Untergrenzen sollten zwei Kriterien maßgeblich sein: Erstens sollte die Priorität auf pflegesensitiven Abteilungen liegen, in denen der Einfluss der Pflege auf den Heilungsprozess besonders groß ist. Zahlreiche internationale

ABBILDUNG 1

Pflegepersonaluntergrenzen: Funktionsweise am Beispiel der Neurologie



Bei steigender Arbeitsbelastung der Pflege zeigt sich eine höhere Zahl an Dekubitusfällen. Je nach gewählter Grenze müssten die rechts davon gelegenen Fachabteilungen bis zur Grenze aufstocken.

Analysen zeigen, dass die Rolle der Pflege stark von den Charakteristika der jeweiligen Abteilung, wie beispielsweise der Patientenzusammensetzung und dem Patientendurchlauf, abhängig ist (Sales et al. 2008). Dies betrifft sowohl die generelle Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der Pflegebesetzung und der Heilung des Patienten vorliegt, als auch dessen Stärke. In einem ersten Schritt haben sich die Selbstverwaltungspartner auf die Bereiche Geriatrie, Neurologie, Kardiologie, Herzchirurgie sowie Unfallchirurgie (für die Allgemeine Chirurgie) und Intensivmedizin geeinigt (DKG und GKV-Spitzenverband 2018, 11). Um Verlagerungseffekten vorzubeugen, sieht der Koalitionsvertrag die Ausweitung von Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen vor. Dies ist eine nachvollziehbare Erweiterung. Wegen des derzeitigen Personalmangels erscheint es bei der Umsetzung dieser Maßnahme allerdings dringend geboten, zusätzlich einzustellende Pflegekräfte zuerst in den Abteilungen einzusetzen, in denen ihr Beitrag hinsichtlich der Versorgungsqualität besonders groß ist. Die für die Expertenkommission erstellte Expertise hat hier bereits einen Weg aufgezeigt. Beispielsweise reduziert eine zusätzliche Pflegekraft in der Herzchirurgie die Mortalität um ein Prozent, in der Neurologie hingegen um 0,1 Prozent (Schreyögg und Milstein 2016 b).

Zweitens sollte das Augenmerk auf Krankenhäusern liegen, die derzeit schwach besetzt sind und deren Versorgungsqualität damit als kritisch einzustufen ist. Dafür bietet es sich an, die Grenze beim unteren Viertel anzusetzen. Die Krankenhäuser, die über dieser Grenze liegen, müssen nun bis zur Grenze aufstocken (in Abbildung 1 alle Krankenhäuser rechts der Grenze von 1:7,5). Eine geeignete Überprüfung ist unabdingbar, damit eine tatsächliche Umsetzung der Vorgaben stattfindet, beispielsweise durch Landesrechnungshöfe. Dies beinhaltet bei einer Nichtbeachtung Sanktionen, um das Patientenwohl nicht zu gefährden, wie beispielsweise einen Ausschluss von der Leistungserbringung im betroffenen Bereich.

Derzeit werden zwei Hauptkritikpunkte an Pflegepersonaluntergrenzen geäußert. Erstens sei das Instrument als solches nicht geeignet, da es die individuellen Pflegebedürfnisse der Patienten nicht berücksichtige und nicht flexibel genug sei. Ein individuelles Instrument wäre eine modifizierte Version der PPR. Letztere bedeutete damals einen Erhebungsaufwand von jährlich 150 Millionen Bewertungsbögen und wurde wegen der hohen administrativen Belastung von den Pflegeverbänden kritisiert. Im Gegensatz zu den sehr positiv evaluierten Untergrenzen liegt für ein Instrument mit individueller Bedarfsschätzung keinerlei Erfahrung vor. Es gibt derzeit keinen Anhaltspunkt, dass individuelle Instrumente wie eine Ausfinanzierung der PPR erfolgreich sind, geschweige denn den Untergrenzen überlegen seien. Stattdessen sind sie weniger intuitiv und schwieriger zu überprüfen. Zweitens wird befürchtet, dass Untergrenzen einen Minimalstandard festsetzen und gut besetzte Krankenhäuser bis zu besagter Grenze abbauen. Diese Erfahrung zeigt sich jedoch in internationalen Studien nicht. Mit einer dynamischen Ausgestaltung des Instrumentes, das heißt einer jährlichen Anpassung, kann dieser Gefahr zusätzlich entgegengewirkt werden.

4 Minderung des Anreizes zum Pflegeabbau

Der Koalitionsvertrag sieht zusätzlich zu den Pflegepersonaluntergrenzen die Einführung eines krankenhausesindividuellen Pflegebudgets vor, durch das die Personalbesetzung im Krankenhaus von der DRG-Vergütung entkoppelt werden soll (*CDU, CSU und SPD 2018; BMG 2018*). Derzeit unterliegen die Krankenhäuser einem finanziellen Anreiz, in der Kostenart „Personalkosten – Pflegedienst“ unterhalb der Vergütung zu bleiben. Die Berechnung der DRGs erfolgt auf der Basis von Ist-Kosten. Die DRGs stellen dabei Durchschnittskosten dar. Dementsprechend liegt ein Teil der Krankenhäuser mit seinen Kosten über der jeweiligen DRG und muss einsparen, während die andere Hälfte darunter liegt. Dieser systeminhärente Anreiz zur Kostenminimierung (eigentlich Deckungsbeitragsmaximierung) ist ein bewusster Bestandteil des DRG-Systems und soll Innovationen und

notwendige Effizienzsteigerungen belohnen. Derzeit stellt die Pflege einen Bestandteil der jeweiligen DRG dar, ohne gesondert ausgewiesen zu werden. Daher besteht auch für den Pflegeanteil der DRGs, der über den DRG-Browser für jede DRG abzuleiten ist, der Anreiz zur Kostenminimierung.

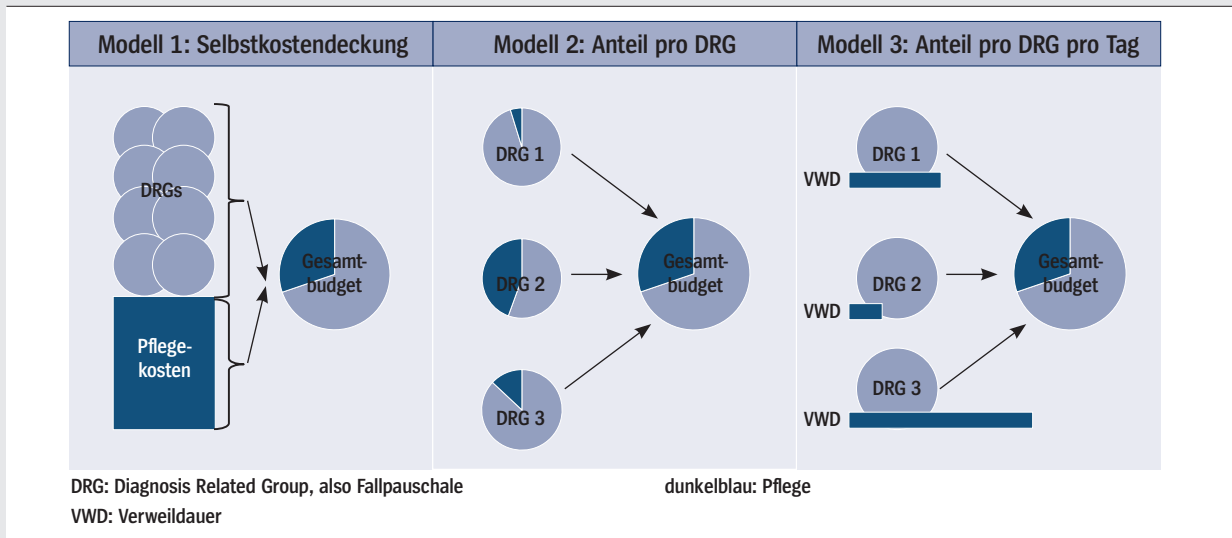
Mit dem Wissen um den klaren Zusammenhang zwischen Pflegebesetzung und Versorgungsqualität erscheint dieser ansonsten sinnvolle Anreiz für den Bereich der Pflege nicht adäquat. Die Kernfrage ist daher: Wie kann dieser Anreiz für die Pflege gemindert oder sogar in die andere Richtung gedreht werden, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Anreizes für andere Kostenarten?

Grundsätzlich geht es darum, Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses zu vergüten, ohne den Kostenminimierungsanreiz des DRG-Systems in anderen Kostenarten zu zerstören. Dabei können Pflegekosten auf verschiedene Arten in ein eigenes Budget zur Deckung des krankenhausesindividuellen Bedarfs überführt werden. In der extremsten Form kann das Pflegepersonal ausgegliedert werden und entfällt damit komplett aus der Kalkulation der Relativgewichte des DRG-Systems (Modell 1 in Abbildung 2). Stattdessen werden die vom Krankenhaus angestellten Pflegekräfte unabhängig von den Fall Erlösen komplett ausfinanziert. Dieses Modell wäre sicher das stärkste politische Signal an die Pflegekräfte in Deutschland. Es entspricht weitestgehend dem alten Selbstkostendeckungsprinzip. Das Budget lässt sich direkt in Pflegestellen übersetzen und ist daher für Außenstehende direkt nachzuvollziehen. Durch die komplette Herausnahme aus dem DRG-System wird die Pflege von der Fallzahl entkoppelt und der Anreiz zur Kostenminimierung für Pflege bei dieser Option ausgeschaltet und sogar in das Gegenteil verkehrt. Gleichzeitig ist dieses Modell allerdings mit drei großen Problemen verbunden, für die vor Einführung eine Lösung gefunden werden müsste:

Erstens die fehlende Zielgenauigkeit: Wie bereits oben dargestellt, kann es nicht zielführend sein, durch Zufallsprozesse in irgendwelchen Krankenhäusern Pflegekräfte aufzubauen. Zu der Frage, ob sich Krankenhäuser einen Aufbau in der Pflege finanziell leisten können, gesellt sich die Frage, ob sie auf dem Arbeitsmarkt attraktiv genug sind, um Pflegekräfte auch gewinnen zu können. Derzeit gut ausgestattete Krankenhäuser, darunter viele große Maximalversorger, sind attraktive Arbeitgeber und haben einen guten Zugang zum Arbeitsmarkt für Pflegekräfte, unter anderem da sie oftmals teure Rekrutierungsprogramme unterhalten. Viele dieser Krankenhäuser benötigen eigentlich nicht dringend zusätzliche Pflegekräfte, würden diese aber einstellen. Der zusätzliche Nutzen dieser Pflegekräfte im Sinne der Versorgungsqualität wäre sehr begrenzt, da man auch hier empirisch einen abnehmenden Grenznutzen feststellen kann (*Schreyögg und*

ABBILDUNG 2

Drei Optionen zur Herleitung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets



Auf drei Weisen lässt sich ein krankenhausindividuelles Pflegebudget herleiten: durch Selbstkostendeckung (Modell 1), durch Herauslösen des Pflegeanteils aus den DRGs (Modell 2) und aus den Verweildauern der DRGs (Modell 3).

Quelle: eigene Darstellung der Autoren, 2016 lt. Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Milstein 2016 b). Für Krankenhäuser mit derzeit schlechter Ausstattung, zu denen vor allem viele kleine Krankenhäuser zählen und die zusätzliche Pflegekräfte stärker benötigen als bereits gut ausgestattete Maximalversorger, besteht umgekehrt die Gefahr, dass sie selbst im Modell der Selbstkostendeckung keine Pflegekräfte einstellen können, da sie keinen guten Zugang zum Arbeitsmarkt für Pflege haben. Entsprechend ist eine Fehlallokation von Pflegekräften sehr wahrscheinlich. Selbst bei gleichzeitiger Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ist zu befürchten, dass diese Häuser lieber eine Strafe für die Nichteinhaltung zahlen, als in aufwendige Programme für Rekrutierung zu investieren, die ihnen nicht refinanziert werden. Das heißt, durch hohe Strafen für Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen kann dieses Problem deutlich gemindert werden.

Zweitens eine Reduktion des Anreizes zur Verweildauerverkürzung: Deutschland hat immer noch lange Verweildauern im Vergleich zu anderen Ländern. Im aktuellen DRG-System besteht ein finanzieller Anreiz, die Verweildauer zu verkürzen. Letzteres gelingt durch Prozessinnovationen, wie zum Beispiel die Weiterentwicklung minimalinvasiver Verfahren, die den Innovationsstandort Deutschland stärken. Da die Verweildauer stark an die Pflege gebunden ist, sinkt der Anreiz, Verweildauern durch Prozessinnovationen zu senken, wenn die Pflege aus dem DRG-System herausgenommen

wird. Daher muss ein zusätzliches Instrument gefunden werden, um den Anreiz zu Prozessinnovationen aufrechtzuerhalten. Eine Lösung könnte eine zusätzliche Erlös Komponente für Krankenhäuser darstellen, die an die Verweildauer gekoppelt ist, beispielsweise durch Bonuszahlungen für kurze Verweildauern. Diese Erlös Komponente müsste aber finanziell attraktiv genug sein, um sich auf den Umsatz des Krankenhauses auszuwirken und den Wegfall des Verweildaueranreizes kompensieren zu können.

Drittens die Definition von Pflege und ein notwendiger Umbau des DRG-Systems: Eine sofortige Herausnahme der Pflege aus dem DRG-System setzt voraus, dass die Kostenart „Personalkosten – Pflegedienst“ eindeutig definiert ist und sich tatsächlich nur patientennahe Tätigkeiten dort befinden. Dies ist allerdings bisher nicht der Fall. Das Spektrum reicht von Verblisterung über Essenausgabe bis zu patientennahen Tätigkeiten. Bei anderen Häusern befindet sich die Essenausgabe wiederum in den Sachkosten. Ein weiteres Problem ist, dass die PPR-Minuten in der Kalkulationsmatrix nicht nur als Bezugsgröße für die Kostenart Pflege verwendet werden, sondern auch zum Beispiel für Sachkosten (als Näherungswert für die Fallschwere). Diese definitorische Arbeit, die qua System bisher nicht notwendig war, müsste nun vor der Herauslösung der Pflege aus dem DRG-System erfolgen und dieses müsste entsprechend umgebaut

werden. Ein Umbau wäre selbstverständlich möglich, würde aber selbst bei sehr klaren Vorgaben an die Selbstverwaltung vermutlich mindestens drei Jahre in Anspruch nehmen. Ein schnelles Signal an die Pflege wäre somit kurzfristig nicht zu senden.

Zwei weitere Ansätze würden ebenfalls das Dilemma der Kostenminimierung auflösen, aber eine bessere Zielgenauigkeit ermöglichen und wären schnell umsetzbar. Zum einen kann der Pflegeanteil für jede DRG bestimmt, über alle Fälle aufsummiert und in eine Stellenbesetzung umgerechnet werden (Abbildung 2, Modell 2). Dies erfolgt in den meisten Krankenhäusern ohnehin. Das so entstehende Budget wird derzeit von den Krankenhäusern oftmals als „InEK-Normkosten für Pflege“ bezeichnet. Es spiegelt die Durchschnittskosten wider, die Kalkulationskrankenhäuser für die jeweiligen DRGs für die Pflege aufgewandt haben. Dabei könnten Krankenhäuser angehalten werden, mindestens 100 Prozent der InEK-Normkosten beziehungsweise Durchschnittskosten für Pflege zu verausgaben. Ausgaben über den Durchschnittskosten für Pflege könnten zum Beispiel bis zu 150 Prozent vollständig erstattet werden. Dieser Korridor würde eine Steuerung ermöglichen und so eine oben skizzierte Fehlallokation vermeiden. Dieses Modell verbleibt in der Logik des DRG-Systems und verortet das Verweildauerisiko weiterhin aufseiten der Krankenhäuser. Als modifizierte Variante ließe sich die Verweildauer ebenso von den DRGs abtrennen (Abbildung 2, Modell 3). Das heißt, es würde anders als in Modell 2 der Pflegeanteil pro DRG und pro Tag berechnet und dann über alle Fälle aufsummiert. Hier würden die Pflegetage ausfinanziert und damit zusätzlich das Verweildauerisiko für Krankenhäuser reduziert. Gleichzeitig bedeutet dies eine teilweise Rückkehr zur Vergütung nach Tagessätzen und erfordert ebenfalls eine wie in Modell 1 skizzierte Lösung zur Erhaltung des Verweildaueranreizes. Beide letztere Ansätze sind schnell umsetzbar und bedeuten weniger Änderungen als eine komplette Herauslösung der Pflege aus dem DRG-System. Gleichzeitig lösen die Modelle 2 und 3 die Pflege ebenfalls aus der Restriktion der Fallzahlorientierung. Alle drei Ansätze eint, dass der Bereich Pflege klar definiert werden muss, um festzuhalten, was genau getrennt finanziert werden soll, und um einen Anreiz zur Reintegration von ausgegliederten Tätigkeiten, unter anderem Essenausgabe, zu vermeiden, der ansonsten in allen drei Modellen bestünde. Allerdings könnte man bei den Modellen 2 und 3 schnell starten und die Definitionsarbeit im laufenden Betrieb als lernendes System vornehmen. Dabei sollten die finanziellen Zuwendungen bewusst als Stellen ausgedrückt werden, um sicherzustellen, dass mehr Geld auch in mehr Stellen mündet. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass Pflegepersonaluntergrenzen immer weiterhin erforderlich sein werden, da sie innerhalb der Krankenhäuser sicherstellen, dass in den Abteilungen beziehungsweise Bereichen ausreichend

Pflege vorhanden ist. Zuletzt ist ebenfalls bei allen drei Modellen zu berücksichtigen, dass eine Implementierung den Investitionsdruck auf die Länder weiter erhöhen wird.

5 Schluss: komplementäre Maßnahmen zur Stärkung der Pflege

Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und die Schaffung krankenhausesindividueller Pflegebudgets sind gerade in der Kombination gut geeignet, um einen Aufbau der Pflege zu beschleunigen. Ein krankenhausesindividuelles Pflegebudget dreht den bisher bestehenden Anreiz zur Reduktion der Pflegekosten um und unterstützt somit einen Aufwuchs an Pflegekräften. Pflegepersonaluntergrenzen folgen der Frage, ob genügend Personal an der richtigen Stelle zur Verfügung steht. Bei Unterbesetzung geben sie vor, wo genau der Aufbau stattfinden soll und bis zu welchem Grad er mindestens zu erfolgen hat. Dabei handelt es sich um ein international erfolgreich eingesetztes Instrument. Mit beiden Maßnahmen honoriert die Bundesregierung die Bedeutung der Pflegekräfte und stärkt diese Berufsgruppe. Bei dem individuellen Pflegebudget ist jedoch die Form der Ausgestaltung wichtig, um eine Fehlallokation der ohnehin kaum verfügbaren Pflegekräfte zu vermeiden. Bei Pflegepersonaluntergrenzen erscheint vor allem eine effektive Sanktionierung relevant.

Literatur

- Aiken LH et al. (2010):** Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Services Research*, Vol. 45, No. 4, 904–921
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018):** Eckpunktepapier. Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege CDU, CSU und SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode
- Deutscher Bundestag (2016):** Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann et al. und der Fraktion DIE LINKE. Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege. Drucksache 18/7568. Berlin: Deutscher Bundestag
- Deutscher Bundestag (2017):** Antrag der Abgeordneten Matthias W. Birkwald et al. und der Fraktion DIE LINKE. Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in Krankenhäusern durchsetzen. Drucksache 19/30. Berlin: Deutscher Bundestag
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) und GKV-Spitzenverband (2018):** Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V. Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: DKG und GKV-Spitzenverband

GKV-Spitzenverband (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: GKV-Spitzenverband

GKV-Spitzenverband (2017): Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm im Förderjahr 2016 an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: GKV-Spitzenverband

Mark BA et al. (2013): California's Minimum Nurse Staffing Legislation: Results from a Natural Experiment. *Health Services Research* Vol. 48, No. 2, Pt. 1, 435–454

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017): OECD Health Statistics 2017. Definitions, Sources and Methods. Professional Nurses and Midwives Employed in Hospitals. Paris: OECD Publishing

Sales A et al. (2008): The Association Between Nursing Factors and Patient Mortality in the Veterans Health Association: the View from the Nursing Unit Level. *Medical Care*, Vol. 46, No. 9, 938–945

Schreyögg J, Milstein R (2016 a): Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern. Im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal

im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Hamburg: Hamburg Center for Health Economics

Schreyögg J, Milstein R (2016 b): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hamburg: Hamburg Center for Health Economics

Simon M (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hannover: Hochschule Hannover

Statistisches Bundesamt (2017 a): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2017 b): Gesundheit. Personal. Fachserie 12. Reihe 7.3.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

ver.di (Vereinte Dienstleistungsgesellschaft) (2017): Klinikpersonal entlasten. Mehr von uns ist besser für alle; <https://gesundheit-soziales.verdi.de> →Themen →Klinikpersonal entlasten

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 25. Juni 2018)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg,

Jahrgang 1976, ist wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics an der Universität Hamburg. Dort hat er den Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen inne. Er studierte, promovierte und habilitierte an der Technischen Universität Berlin, wo er von 2007 bis 2008 eine Juniorprofessur innehatte, bevor er 2009 einen Ruf an die Ludwig-Maximilians-Universität in München annahm. Er ist seit 2014 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.



Ricarda Milstein,

Jahrgang 1988, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg. Nach dem Bachelorstudium der Politikwissenschaften an der Freien Universität Berlin, einem Masterstudium der Chinastudien in Hangzhou und einem Masterstudium Public Policy an der Hertie School of Governance in Berlin begann sie im September 2014 mit ihrem Promotionsstudium. Ihre Schwerpunkte sind die Qualität im Gesundheitswesen und internationale Gesundheitssystemanalysen.