

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft

Nr. 204

September 2014

Instrumente zur Personalbemessung und - finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland

Dominik Thomas
Antonius Reifferscheid
Natalie Pomorin
Jürgen Wasem

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 204

September 2014

Instrumente zur Personalbemessung und - finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland

Diskussionspapier im Auftrag der Vereinten
Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)



Dominik Thomas (dominik.thomas@medman.uni-due.de)

Antonius Reifferscheid (antonius.reifferscheid@medman.uni-due.de)

Natalie Pomorin (natalie.pomorin@uni-due.de)

Jürgen Wasem (juergen.wasem@medman.uni-due.de)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)

Universität Duisburg-Essen

Universitätsstraße 12

45141 Essen

E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Inhalt

.....	I
0. Executive Summary	5
1. Bedarf an Standards zur Personalbemessung in deutschen Krankenhäusern.....	7
2. Abbildung der Pflege im DRG-System	11
3. Mittelverwendung in deutschen Krankenhäusern.....	13
4. Kriterienkatalog zur Instrumentenbewertung.....	15
a) Dauer bis zur Anwendbarkeit/(Weiter-)Entwicklungsbedarf	15
b) Kosten der Einführung und Umsetzung.....	15
c) Administrativer Aufwand.....	16
d) Manipulierbarkeit/Validität	16
e) Flexibilität des Managements	16
f) Effektivität.....	17
5. Instrumente zur Personalbemessung in der Pflege im nationalen und internationalen Kontext..	18
a. Zweckbindung der DRG-Zuweisungen.....	19
b. Am Pflegeaufwand orientierte Instrumente	20
i. PPR	21
ii. LEP	23
iii) Nursing Related Groups (noch zu entwickeln)	24
c. Anhaltszahlen.....	25
d. Honorierung einer „guten“ Personalausstattung.....	26
e. Steering Groups zur Personaleinsatzplanung.....	27
f. Erweiterte Veröffentlichungspflichten	28
6. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen.....	29
Literatur.....	32

0. Executive Summary

Die Situation in der Pflege vieler deutscher Krankenhäuser ist zunehmend durch Personal- und Zeitknappheit gekennzeichnet. Sowohl international vergleichende Analysen des Betreuungsverhältnisses (Patienten pro Pflegekraft) als auch eine Reihe nationaler Erhebungen zur Arbeitsbelastungssituation weisen auf eine enorme Arbeitsverdichtung in der Pflege seit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems im Jahre 2004 hin. Mittlerweile können vielfach notwendige pflegerische Leistungen aufgrund von Zeitmangel nicht erbracht werden, was entsprechende Konsequenzen für die Versorgungsqualität beinhaltet. Die demographische Entwicklung bei Patienten und Pflegekräften wird ihren Teil zu einer weiteren Verschärfung der Belastungssituation leisten und könnte vor dem Hintergrund einer zunehmenden Verschlechterung der Wertschätzung des Pflegeberufs bei möglichen Nachwuchskräften zu einem ernst zu nehmenden Fachkräftemangel führen.

Die Pflege wird im DRG-System derzeit über eine indirekte Orientierung an der inzwischen veralteten Pflegepersonalregelung (PPR) berücksichtigt. Dabei wird jedoch nicht der pflegerische Bedarf der Patienten oder der tatsächlich geleistete pflegerische Aufwand erfasst, sondern es erfolgt lediglich eine an der Bezugsgröße PPR-Minuten orientierte Verteilung der Personal-Ist-Kosten. Personalreduzierungen in den Kalkulationskrankenhäusern haben somit eine unmittelbare Reduktion des Umfangs an kalkulierten Pflegekosten in den jeweiligen Fallgruppen zur Folge. Zwar steht es den Krankenhäusern frei von diesen Kalkulationsvorgaben abzuweichen. Eine überdurchschnittliche Personalbesetzung führt jedoch ceteris paribus zu sinkenden Deckungsbeiträgen, welche sich unter den derzeitigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nur die wenigsten Krankenhäuser leisten können.

Ob sich die gegenwärtige Betreuungssituation in der Pflege in Folge einer unzureichenden Mittelzuweisung oder aufgrund von unerwünschten Umverteilungseffekten der kalkulierten Kosten ergeben hat, ist anhand öffentlich zugänglicher Daten und Informationen nicht abschließend zu klären. Die Kalkulationslogik der DRGs birgt aber die Gefahr, dass sich die Personalknappheit nachhaltig manifestiert.

Die vorliegende Untersuchung betrachtet verschiedene national und international bekannte bzw. diskutierte Instrumente zur adäquaten Personalbemessung und unterzieht sie einer qualitativen Ersteinschätzung anhand definierter Kriterien. Dabei zeigt sich, dass einige der Instrumente (z.B. der Einsatz von Steering Groups oder erweiterte Veröffentlichungspflichten), die international angewendet werden, in Deutschland unter den derzeitigen Rahmenbedingungen eher symbolischen Charakter hätten und daher abzulehnen sind bzw. bestenfalls als flankierende Maßnahmen umgesetzt werden sollten. Gleichmaßen zeigen sich aber auch zahlreiche Nachteile bei potenziell vielversprechenden Instrumenten (wie z.B. der Entwicklung von Nursing Related Groups). Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass derzeit keines der untersuchten Instrumente alleinstehend als geeignetes Personalbemessungsinstrument in das Finanzierungssystem eingebunden werden kann, um eine nachhaltige Verbesserung der Betreuungssituation der Pflege zu erreichen.

Es ist vielmehr ein konkretes Bündel an Maßnahmen zu definieren, zu dessen genauerer Bestimmung aber zunächst einmal die politisch intendierten Rahmenbedingungen abgesteckt werden müssten. Dabei geht es sowohl um Detailfragen, wie die Bereitschaft zusätzliche Mittel für die Pflege zur Verfügung zu stellen oder den Wunsch einer Orientierung der Personalbesetzung am tatsächlich geleisteten Pflegeaufwand. Aber auch übergeordnete Fragestellungen, wie die Lösung der

Investitionskostenproblematik, stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Umgang mit der Pflegepersonalknappheit.

Nicht zuletzt ist zu bedenken, dass die reine Verbesserung der Personalbesetzung in der Pflege nicht notwendigerweise direkt mit einer Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes verbunden ist. Technische Innovationen, Prozessverbesserungen und Weiterentwicklungen der Aufgaben- und Vergütungsstruktur sind weitere zentrale Herausforderungen zur Aufwertung des Pflegeberufs im Krankenhaus. Auch diese Aspekte sind vor dem Hintergrund des drohenden Fachkräftemangels in der Pflege weiter voranzutreiben. Dennoch stellt die Gewährleistung einer angemessenen Personalausstattung einen wesentlichen Faktor zur Vermeidung von Überlastung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit dar und ist aus diesem Grund prioritär zu verfolgen.

Unter den derzeit geltenden Rahmenbedingungen erscheint am ehesten eine Weiterentwicklung der PPR (oder eine flächendeckende Implementierung von LEP) und eine Ausfinanzierung der ermittelten Vollkraftstellen, in Kombination mit einer Zweckbindung der zugewiesenen Mittel geeignet, um die Personalsituation in der Pflege zu verbessern und eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten. Dabei sind allerdings Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche im Krankenhaus nicht zu vernachlässigen und die negativen Effekte einer Zweckmittelbindung sorgsam abzuwägen. Ebenfalls müsste gewährleistet sein, dass die individuelle Situation der Pflege in den Krankenhäusern (z.B. die technischen Rahmenbedingungen) bei der Personalbemessung berücksichtigt werden kann.

1. Bedarf an Standards zur Personalbemessung in deutschen Krankenhäusern

Die Einführung des DRG-Systems im Jahre 2004 hat vielfältige Änderungen in der deutschen Krankenhausversorgung bewirkt. Mit dieser Reform des Krankenhausfinanzierungssystems waren verschiedene gesundheitspolitische Zielsetzungen verbunden, wie eine leistungsgerechte Vergütung, der Abbau von Anreizen zur Verweildauerausweitung, die Erhöhung der Transparenz sowie eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Insgesamt konnten diese Zielsetzungen überwiegend erreicht werden. So wurde ein Leistungsbezug in der Vergütung durch die Abkehr von einer pauschalen Abrechnung über die Belegungstage hin zu einer Abrechnung nach Fallzahl und Fallschwere erreicht. Ebenfalls ist seit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems in 2004 die (allerdings zuvor ebenfalls bereits rückläufige) Verweildauer um knapp 13% auf 7,6 Tage zurückgegangen. Ferner besteht mit den §21-Datensätzen heute eine aussagekräftige Datenbasis, welche die Transparenz des stationären Leistungsgeschehens erheblich verbessert hat. Zuletzt hat sich auch die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser deutlich erhöht. Unter Berücksichtigung steigender Lohnkosten sind zwischen 2004 und 2012 die Kosten eines Behandlungsfalls um 0,6% jährlich zurückgegangen (http://www.iges.de/presse07/drg/index_ger.html).

Dennoch gibt es auch negative Auswirkungen der DRG-Einführung. Beispielsweise kann die Reform im Hinblick auf die Entwicklung der stationären Gesundheitsausgaben nicht als kostendämpfendes Instrument angesehen werden, da aufgrund von Fallzahlsteigerungen (im Zeitraum 2004-2012 von insgesamt 11% - Statistisches Bundesamt 2013a) und Inflation die bereinigten Kosten der Krankenhäuser um 20 Mrd. € bzw. 35% auf 75,6 Mrd. € angestiegen sind (Statistisches Bundesamt 2013b). Die Krankenhäuser selber profitieren aber kaum von dem Anstieg der Gesundheitsausgaben, sondern leiden vielmehr unter unterproportionalen Vergütungsanpassungen. Im Zeitraum 2004-2012 sank die Vergütung nach Kaufkraftbereinigung um 1,1% jährlich. Insgesamt wird von einer kumulierten Finanzierungslücke von 11 Mrd. € ausgegangen (http://www.iges.de/presse07/drg/index_ger.html). Gleichzeitig bestehen erhebliche Defizite bei der Investitionsfinanzierung. Die Investitionsförderung, die im Rahmen der dualen Finanzierung von den Bundesländern bereitgestellt werden soll, ist seit 1991 inflationsbereinigt um über 50% zurückgegangen (eigene Berechnung basierend auf DKG 2014). Der gegenwärtige Investitionstau wird auf 15 Mrd. € geschätzt (Augurzky et al. 2014). Dadurch sind die Krankenhäuser implizit gezwungen, Teile der Fallpauschalen, die eigentlich für die Patientenversorgung und somit u.a. zur Finanzierung des Personals vorgesehen sind, für die Finanzierung von Investitionen zu verwenden. Angesichts dieser schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen schreiben aktuell 35-50% aller Krankenhäuser Verluste (Augurzky et al. 2014, Blum et al. 2013).

Diese Veränderungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich ebenfalls auf das Krankenhauspersonal ausgewirkt. Hierbei sind sehr unterschiedliche Entwicklungen bei den verschiedenen Berufsgruppen festzustellen. So fand im Pflegebereich zwischen 2004-2007 zunächst ein spürbarer Personalabbau von knapp 10.000 Vollkräften statt, der erst im Zeitverlauf und aufgrund spezieller Förderprogramme ausgeglichen wurde. Heute beträgt die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst 291.143 - im Vergleich zu 282.890 in 2004. In Anbetracht einer Fallzahlsteigerung von 11% ist dieser Zuwachs von 3% aber als gering einzuschätzen. Umgekehrt wurden im ärztlichen Bereich zwischen 2004 und 2012 ca. 28.000 Stellen (ein Anstieg von 25%) aufgebaut. Als Konsequenz dieser Entwicklungen ist die Personalbelastungszahl (Patienten pro Vollkraft im Jahr) der Ärzte von 143 auf 130 gesunken - im pflegerischen Bereich ist hingegen ein Anstieg von 54 auf 59 Patienten je

Pflegevollkraft zu verzeichnen. In Summe geben diese Zahlen einen ersten Hinweis auf die überdurchschnittliche Belastung der Pflegekräfte im Krankenhaus.¹

Neben der Entwicklung der rein quantitativen Größen ist zu bedenken, dass auch die Verweildauerverkürzung und die demografische Entwicklung der Patienten mit einer Verdichtung der Arbeit verbunden sind. Zwar ist die Gesamtzahl der Belegungstage im Krankenhaus durch die Verweildauerkürzung gesunken, da aber insbesondere die Tage mit geringem pflegerischen und medizinischen Betreuungsaufwand zum Behandlungsende eingespart werden und das Pflegepersonal mit einer zunehmenden Alterung und Multimorbidität der Patienten konfrontiert wird, ist insgesamt von einer Zunahme der Arbeitsintensität auszugehen. Somit wurden die Effizienzsteigerungen des DRG-Systems auch über eine höhere Arbeitsbelastung des Pflegepersonals erkaufte.

Dies wird auch in verschiedenen Umfragen im deutschen Krankenhausmarkt bestätigt. So hat der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen im Frühjahr 2014 eine umfangreiche Fragebogenstudie zu den Auswirkungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Krankenhausesektor durchgeführt. Hierbei wurden knapp 5.000 Leitungspersonen (gut 3.000 Chefärzte sowie jeweils knapp 900 Geschäftsführer und Pflegedirektoren) angeschrieben und ein Rücklauf von 43% erzielt. Insgesamt gehen über zwei Drittel der Pflegedirektoren, Chefärzte und Geschäftsführer davon aus, dass sich die gegenwärtigen finanziellen Rahmenbedingungen auf die Patientenversorgung auswirken. Die größten Problembereiche werden von allen Befragten klar der pflegerischen Versorgung zugeschrieben. So sehen aufgrund der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen 82% der Pflegedirektoren, 68% der Chefärzte und 51% der Geschäftsführer Defizite in der pflegerischen Versorgung der Patienten. Bei der menschlichen Betreuung sehen sogar jeweils über 80% der Befragten Defizite vorliegen (Reifferscheid et al. 2014).

Isfort et al. (2010) konnten im Rahmen des „Pflege-Thermometers 2009“ aufzeigen, dass gerade bei schwerkranken Patienten mit hohem Betreuungsaufwand häufig Mängel in der Versorgung auftreten. Insbesondere wenn die Krankenhäuser nur über eine „dünne“ Personaldecke verfügen, tritt das häufig das Problem auf, dass nicht sämtliche notwendigen pflegerischen Maßnahmen durchgeführt werden können. Allgemein geht nur jede dritte Pflegekraft davon aus, dass sie sämtliche notwendigen Maßnahmen tatsächlich in aller Regel erbringen kann. Auf eine entsprechende Frage antworteten 80% der Pflegekräfte, dass sie nicht ausschließen können, dass Mängel bei der Patientenversorgung in den letzten 7 Tagen aufgetreten sind, die auf eine zu hohe Arbeitsbelastung zurückzuführen sind (Isfort et al. 2010).

Dies wird auch durch aktuelle Ergebnisse des europaweit geförderten Projektes "Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing" (RN4CAST) bestätigt. Die Forscher konnten sowohl Qualitätsdefizite nachweisen, die sich aus einer unzureichenden Personalausstattung ergeben, als auch aufzeigen, dass (neben anderen organisationalen Faktoren) insbesondere eine zu niedrige Personalbesetzung als wesentliche Ursache des Unterlassens notwendiger pflegerischer Leistungen zu sehen ist (Zander et al. 2014). Des Weiteren wird herausgestellt, dass angesichts der gegenwärtig hohen Arbeitsbelastungen und den nicht zufriedenstellenden Rahmenbedingungen sich 30% der Pflegekräfte emotional erschöpft fühlen (Zander et al. 2013). Außerdem erleben die Pflegekräfte eine mangelnde Wertschätzung durch ihre Vorgesetzten – nur 35% finden, dass ihre Arbeit ausreichend anerkannt wird (Zander et al. 2013).

¹ Die Daten beruhen auf Angaben des Statistischen Bundesamts zu den Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) für die Datenjahre 2004-2012.

Das „Pflege-Thermometer 2012“ zeigt, dass selbst in den kritischen Leistungsbereichen (wie z.B. Intensivstationen) die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Personalbesetzung nur unzureichend umgesetzt werden (Isfort et al. 2012). So werden die Anhaltszahlen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, die vorsehen, jeweils für 2 Betten eine Pflegekraft pro Schicht einzusetzen, nur von knapp einem Drittel der Intensivstationen umgesetzt (Isfort et al. 2012). Angesichts zunehmend aufwändigerer Patienten können in mehr als der Hälfte der befragten Einrichtungen häufig grundlegende Maßnahmen wie Ernährung, Körperpflege oder emotionale Unterstützung nicht gewährleistet werden. Darüber hinaus können in 31% der befragten Einrichtungen nur selten die Pausenzeiten eingehalten werden (Isfort et al. 2012). Ebenfalls sind menschenrechtliche Implikationen zu bedenken, da 33,5% der Befragten angeben, dass Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen mit besserer Personalausstattung oftmals hätten vermieden werden können (Isfort et al. 2012).

Auch der internationale Vergleich bestätigt die hohe Belastung des Pflegepersonals in Deutschland. Eine aktuelle Studie von Aiken et al. (2013), welche ebenfalls im Rahmen des RN4CAST-Projektes durchgeführt wurde, stellt fest, dass Deutschland unter den europäischen Ländern mit Spanien und Polen zusammen die wenigsten Pflegekräfte einsetzt. So werden in Deutschland durchschnittlich 9,9 Patienten von einer Pflegekraft während einer Schicht versorgt, während in Norwegen und in den Niederlanden nur 3,7 bzw. 4,8 Patienten pro Pflegekraft betreut werden (Aiken et al. 2013). Werden ausschließlich examinierte Pflegekräfte betrachtet, weist die Betreuungsrelation in Deutschland mit 13 den schlechtesten Wert auf (Durchschnitt 8,8 – Aiken et al. 2012). Insgesamt ist diese hohe Auslastung des Personals rechnerisch sogar mit einer deutlich erhöhten Sterblichkeit der Patienten verbunden. So wird mit jedem zusätzlichen zu betreuendem Patienten pro Pflegekraft eine Erhöhung des Mortalitätsrisikos um 7% assoziiert (Aiken et al. 2014).

Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist es wenig verwunderlich, dass der Pflegeberuf gegenwärtig keine hohe Attraktivität besitzt. Dies gilt auch mit Blick auf die Vergütung: Insgesamt knapp 90% der Pflegekräfte halten ihre Bezahlung für nicht angemessen (Isfort et al. 2010). Wie das Institut für Public Health und Pflegeforschung in einer Studie nachwies, wirken sich die Arbeitsbedingungen auch erkennbar auf potentielle Auszubildende aus. So wird die Attraktivität des Pflegeberufs sowohl von den Schülern als auch ihren Eltern eher negativ bewertet (Görres et al. 2010). Diese mangelnde Attraktivität ist insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmenden Alterung der Belegschaft als kritisch anzusehen, zumal sich die Problematik weiter verschärfen wird, da angesichts der gegenwärtigen Arbeitsbedingungen fast drei Viertel aller Pflegekräfte nicht erwarten, bis zum Renteneintritt im Pflegeberuf arbeiten zu können (DGB 2012). Mittelfristig wird sich somit ein erheblicher Pflegefachkräftemangel ergeben, wobei sich bereits heute erste spürbare Auswirkungen feststellen lassen. So zeigt das Krankenhaus-Barometer 2013 des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI), dass gegenwärtig 34% der Krankenhäuser im Bereich der Normalpflege Stellenbesetzungsprobleme haben, während es im Jahr 2009 nur 16% waren (Blum et al. 2013). Durchschnittlich sind in jedem Krankenhaus ca. 5 Pflegestellen auf Normalstationen nicht besetzt. In Spezialbereichen wie der Intensivpflege sind die Personalprobleme noch größer (Blum et al. 2013). Die sehr niedrige Arbeitslosenquote im Pflegebereich ist ein weiterer Indikator für den (drohenden) Fachkräftemangel. Auf 100 gemeldete offene Stellen im Pflegebereich kamen im Sommer 2013 nur 72 Arbeitslose (Bundesagentur 2013). Wie angesichts dieser Personalentwicklung die mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen im Patientenkollektiv bewältigt werden sollen, ist fraglich. Mit der zunehmenden Alterung ist einerseits ein Anstieg der Fallzahlen zu erwarten, gleichzeitig nimmt der Anteil von geriatrischen und multimorbiden Patienten, die einen höheren Betreuungsaufwand induzieren, zu. Gerade angesichts dieser wachsenden Aufgaben stellt eine unzureichende Personalausstattung sicherlich ein Problem dar. Eine Studie von PWC (2010)

zeigt, dass bis 2030 bis zu 350.000 Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen in stationären Einrichtungen fehlen könnten. Auch wenn diese Einschätzung sehr hoch gegriffen erscheint, ist trotzdem eindeutig ein politischer Handlungsbedarf zu erkennen. Betreuungsdefizite in der pflegerischen Versorgung müssen abgebaut und die Attraktivität des Pflegeberufes verbessert werden.

Grundsätzlich wurde auf politischer Ebene bereits mehrfach auf Defizite in der pflegerischen Versorgung reagiert. Zu Beginn der 1990er Jahre wurde aufgrund eines Pflegepersonalmangels mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die Pflegepersonal-Regelung (PPR) eingeführt. Diese Regelung wurde zur Berechnung des Pflegeaufwands genutzt, der in der Zahl der notwendigen Personalstellen ausgedrückt wurde. Dieser Personalbedarf war durch die Krankenkassen zu finanzieren. Insgesamt wurden durch die PPR vorübergehend 21.000 Vollzeitstellen in der Pflege geschaffen, bis die PPR 1996 abgeschafft und 1997 außer Kraft gesetzt wurde (in der Folge sank die Anzahl der Pflegekräfte bis 2008 um 50.000 Vollzeitkräfte). Zuletzt wurde im Zeitraum 2009-2011 vom Bund ein Förderprogramm für die Pflege in Krankenhäusern aufgelegt. Dieses Programm mit einem Finanzierungsvolumen von 1,1 Mrd. € konnte zumindest kurzfristig 13.600 neue Stellen schaffen. (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55080>). Allerdings hat auch diese Regelung nicht zu einer dauerhaften Verbesserung der Betreuungssituation geführt, weil die dargestellten wirtschaftlichen Probleme der Krankenhäuser eine kontinuierliche Entspannung der Situation verhindern.

In der vorliegenden Studie setzen wir uns intensiv mit möglichen Instrumenten zu einer verbesserten Identifikation und Abbildung des Personalbedarfs in der Pflege in deutschen Krankenhäusern auseinander und untersuchen dabei insbesondere die Möglichkeit der Integration ins derzeitige Finanzierungssystem.

2. Abbildung der Pflege im DRG-System

Die Kalkulation der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG), die als Grundlage für die Vergütung eines Krankenhausfalls dienen, ist ein komplexer Vorgang. Die DRGs setzen sich aus Haupt- und Nebendiagnosen des Patienten, den durchgeführten Prozeduren sowie weiteren kostentrennenden Faktoren zusammen. Insgesamt handelt es sich um ein medizinisch-ökonomisches Klassifikationssystem, das bereits von der Nomenklatur her nicht auf das pflegerische Leistungsgeschehen im Krankenhaus ausgerichtet ist. Der Pflegebedarf eines Patienten und die erforderlichen Pflegemaßnahmen sind für dessen Eingruppierung in eine DRG irrelevant. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, da der Pflegebedarf bzw. der daraus resultierende Pflegeaufwand selbst bei gleicher medizinischer Diagnostik und Therapie häufig erheblich variiert (Simon 2008 mit Verweis auf Eberl, Bartholomeyczik, Donath 2005 und Fischer 1999, 2002)

Auch wenn pflegerische Aspekte nicht für die DRG-Eingruppierung relevant sind, sollen die DRGs die Kosten für die durchschnittliche pflegerische Versorgung eines Patienten der jeweiligen Fallgruppe abdecken. Entsprechend werden die Pflegepersonalkosten in der DRG-Kalkulation berücksichtigt und eingepreist. Da die Pflegepersonalkosten Gemeinkosten darstellen, muss die fallbezogene Kostenzuordnung über Kalkulationssätze erfolgen, welche auf verursachungsgerechten Bezugsgrößen basieren (InEK 2007). Die Bezugsgröße beim Pflegedienst der Normalstationen liefern Instrumente zur Leistungserfassung in der Pflege – wie das im Kalkulationshandbuch namentlich erwähnte PPR-System (alternativ können andere Leistungserfassungssysteme herangezogen werden). Die Bezugsgröße für die Pflege sind die PPR-Minuten – also die Zeit, die dem Pflegepersonal für die Erbringung einer Leistung bzw. eines Leistungsbündels bei einem Patienten einer zugewiesenen Pflegeaufwandsgruppe zur Verfügung steht. Die Berechnung der pflegerischen Kalkulationssätze in den an der DRG-Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern erfolgt durch Division der gesamten Pflegepersonalkosten der jeweiligen Normalstation dieser Kalkulationskrankenhäuser durch die Summe der dort erbrachten PPR-Minuten (Fischer 2002; InEK 2007). Die Pflegepersonalkosten des Einzelfalls ergeben sich aus der Multiplikation der ermittelten „Kosten je PPR-Minute“ und der fallbezogenen Summe der PPR-Minuten (InEK 2007). Die letztliche Höhe der kalkulierten Pflegekosten in einer DRG ergibt sich aus dem Durchschnitt der auf diese Weise ermittelten Pflegepersonalkosten aller in die Kalkulation einbezogenen Fälle einer DRG (Simon 2008). Es ist noch einmal explizit herauszustellen, dass nicht die in der PPR vorgesehenen Minutenwerte durch das DRG-System finanziert werden, sondern diese Minutenwerte nur als Umrechnungsgrundlage bzw. Umlageschlüssel dienen.

Ein zweiter Weg, wie der pflegerische Aufwand im DRG-System berücksichtigt wird, ist der sogenannte PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score). Dieser ist das Ergebnis *des Förderprogramms zur Verbesserung der Stellsituation in der Pflege*, welches mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz von 2009 in Kraft trat (Burmann et al. 2011). Bis zum Jahre 2011 sollten aus diesem Förderprogramm ca. 17.000 zusätzliche Pflegestellen im Krankenhaus hervorgehen, die unter Auflagen zu großen Anteilen subventioniert wurden (Schanz, Leonteva 2012). Die dafür zur Verfügung gestellten Finanzmittel wurden ab dem Jahr 2012 ins DRG-System überführt, um über die Systematik des PKMS dauerhaft und zielgerichtet den Bereichen mit erhöhtem pflegerischen Aufwand zur Verfügung zu stehen (Bechtel, Smerdka-Arhelger 2012; Hiltensperger 2011). Der PKMS ist ein Aufwandspunktesystem, das in der Logik der PPR funktioniert und für pflegerisch „hochaufwändige“ Fälle einen eigenen OPS-Code auslöst, der zu einem Kostensplit im DRG-System führt und somit (über die Zusatzentgeltregelung) Erlösrelevanz besitzt.

Auch wenn der pflegerische Aufwand somit über zwei unterschiedliche Wege in der Kalkulation abgebildet wird, kann letztlich dennoch nicht sichergestellt werden, dass die Kalkulationssätze für eine auskömmliche Finanzierung eines adäquaten Personalbestands sorgen. Die Berücksichtigung des Pflegeaufwands über die PPR-Minuten stellt vor allem deshalb ein Problem dar, da die PPR-Minuten in dieser Methodik nicht zur Bedarfs- bzw. Aufwandsermittlung genutzt werden (und der durchschnittliche Bedarf bzw. Aufwand somit idealerweise über das DRG-System gedeckt wird) sondern lediglich als Verrechnungsgröße für die Aufteilung der Pflege-Personalkosten einer Station bei den Kalkulationskrankenhäusern dienen. Als Bedarfsermittlungsinstrument ist die PPR beim derzeitigen Vorgehen der Kalkulation auch ungeeignet, da es sich bei den PPR-Minuten nicht um Zeiten handelt, die für den betreffenden Patienten tatsächlich in der Pflege aufgewendet werden, sondern um Normzeiten, die der PPR hinterlegt sind. Da die PPR schon seit Jahren nicht aktualisiert wurde, sind diese Normzeiten jedoch veraltet und entsprechen angesichts der zunehmenden Arbeitsverdichtung wahrscheinlich nicht mehr den tatsächlichen Erfordernissen. Außerdem erfolgt die Einstufung der Patienten in die unterschiedlichen Aufwandsgruppen der PPR normalerweise retrospektiv an den tatsächlich erbrachten Leistungen orientiert und nicht prospektiv auf Grundlage der als notwendig erachteten Pflegeleistungen (Simon 2008). Es werden somit Kostenzuweisungen in den Fallgruppen getroffen, die keinen Bezug zum pflegerischen Bedarf des jeweiligen Patienten aufweisen, sondern auf Basis von Ist-Kosten (mit einer zeitlichen Verzerrung von 2 Jahren in der Kalkulationsmethodik) und Normzeitwerten verrechnet werden. Sofern die InEK-Kalkulationskrankenhäuser dabei im Durchschnitt weniger Personal einsetzen, als die PPR vorsehen würde, führt dies zu unterdurchschnittlichen Pflegekostenanteilen, sodass der über die PPR definierte Bedarf nicht ausfinanziert ist. Von diesem Umstand ist aufgrund der mangelhaften Ausfinanzierung der PPR zum Start des DRG-Systems auszugehen.² Durch die Personalentwicklung in den Krankenhäusern werden die kalkulierten Durchschnittskosten in der Pflege sogar weiter gesenkt und es kommt zu einem „Kellertreppeneffekt“.

Der PKMS wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite kann dieses System als gerecht angesehen werden, da bundesweit einheitliche leistungsbezogene Entgeltkriterien gelten. Pflege ist zum ersten Mal als direkter Ertragsfaktor auf der Leistungsebene sichtbar, was u.a. dazu führt, dass Krankenhäuser verstärkt auf die vom PKMS geforderte Umsetzung von Qualitätsstandards (z.B. Expertenstandards) sowie Nutzung pflegerischer Konzepte achten müssten (Schanz, Leonteva 2012). Auf der anderen Seite ist das geschaffene System kritisch hinsichtlich seiner Zielerreichung und Ausgestaltung zu hinterfragen. So wurde bereits im Vorfeld geschätzt, dass die PKMS-Kriterien lediglich bei 0,5% der Krankenhausfälle greifen (Bechtel, Smerdka-Arhelger 2012) und somit nur ein sehr geringer Teil der pflegerischen Leistungen über dieses System abgebildet wird. Ebenfalls war klar, dass es bei kurzen Verweildauern generell schwierig sein würde, die angegebenen Schwellenwerte zu erreichen (Mai 2011). Diese und andere Problematiken, wie nicht zuletzt die überaus aufwändige Dokumentationsleistung zur Kodierung des PKMS, führten dazu, dass bereits im Krankenhausbarometer des DKI von 2012 die Mehrheit der Krankenhäuser das System als nicht sachgerecht ablehnte (Blum et al. 2012). Fehlende Weiterentwicklungen, die der Deutsche Pflegerat – seines Zeichens Entwickler des PKMS – angeregt hatte, wurden nicht übernommen und der DPR verkündete im März 2014 schließlich, dass er sich an der weiteren Ausgestaltung des PKMS nicht mehr beteiligen werde (<http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/pressemitteilungen/716.php>). Das System kann aus Sicht der Pflege somit als gescheitert angesehen werden.

² Verschiedene Pflegeexperten gehen davon aus, dass die Ausfinanzierung der mittels PPR ermittelten Stellen niemals in vollem Umfang stattgefunden hat, da es irrtümliche Angaben über die bereits erreichten Personalzuwächse gab. In Folge der PPR-Abschaffung kam es zu einem umfangreichen Stellenabbau in der Pflege (bis 2004 fast 40.000 Vollkräfte), sodass zum Start des DRG-Systems von einer mangelhaften Ausfinanzierung der PPR-Soll-Stellen ausgegangen werden kann (siehe hierzu insb. Simon 2007).

3. Mittelverwendung in deutschen Krankenhäusern

Das DRG-System hat einen pauschalierenden Charakter. Das bedeutet, dass die Fallpauschalen anhand der durchschnittlichen Kosten der Kalkulationskrankenhäuser über alle Patienten der jeweiligen DRG berechnet sind. Mit dem pauschalierenden Charakter und der Orientierung an Durchschnittswerten geht eine freie Verwendung der zugewiesenen Mittel einher. Die Krankenhäuser sind weitestgehend frei in der Verwendung der erzielten Erlöse und es obliegt der Entscheidungen der Krankenhausleitung und des Krankenhausträgers, wie diese Mittel verwendet werden. Im Gegensatz zur Investitionskostenfinanzierung existiert keine Zweckbindung der Mittel (Simon 2008).

Eine Berechnung der Zuweisungen zur Pflege, die den Krankenhäusern aus den DRGs zur Verfügung stehen, ist auf Basis öffentlich zugänglicher Daten leider nur unzureichend durchführbar. Unter Verwendung der Kostendaten des DRG-Browsers des InEK sowie den Fallzahlen aus der G-DRG-Begleitforschung³ nach § 17b Abs. 8 KHG lässt sich eine grobe Schätzung durchführen.⁴ So hätten der Pflege im Jahr 2012 aus den DRG-Zuweisungen rd. 10,8 Mrd. Euro zur Verfügung gestanden, was einem Anteil von ca. 20,8 % der kalkulierten Gesamtkosten entsprochen hätte.⁵ Laut statistischem Bundesamt⁶ lagen die tatsächlichen bereinigten Ausgaben der Allgemeinkrankenhäuser im Pflegebereich bei ca. 14,7 Mrd. Euro, was einem Anteil von 20,6 % der tatsächlichen Gesamtkosten entspricht. Die Unterschiede in den Zahlen sind auf abweichende Fallzahlen zwischen DRG-Begleitforschung und den offiziellen Daten des Statistischen Bundesamts sowie der fehlenden Berücksichtigung von Zusatzentgelten und sonstigen Finanzmitteln, die die Krankenhäuser zusätzlich zu den DRG-Erlösen generieren können, zurückzuführen.⁷

Trotz der nennenswerten Einschränkung der Berechnung entsteht der Eindruck, dass die Pflege in den Krankenhäusern derzeit nicht aufgrund nennenswerter Umverteilungseffekte der Zuweisungen unter Personalnot leidet, sondern über alle Einrichtungen hinweg in etwa das Geld, was für die Pflege in den DRGs kalkuliert ist, auch für die Pflege ausgegeben wird.

Empirisch belegen lässt sich anhand beider Statistiken der beschriebene Kellertreppeneffekt. So lag der Anteil der Pflegekosten an den Gesamtkosten im Jahr 2006 noch bei rund 23,1 % laut Statistischem Bundesamt und laut unserer Hochrechnungen bei ca. 22,1 %. Dieser Anteil ist im Laufe der Zeit kontinuierlich zurückgegangen (siehe dazu auch die nachstehende Abbildung). Entgegengesetzt hat sich sowohl bei den offiziellen Kostendaten als auch in unserer Kalkulation der Anteil der Ärzteschaft entwickelt.

³ Beide Datenquellen sind über www.g-drg.de verfügbar.

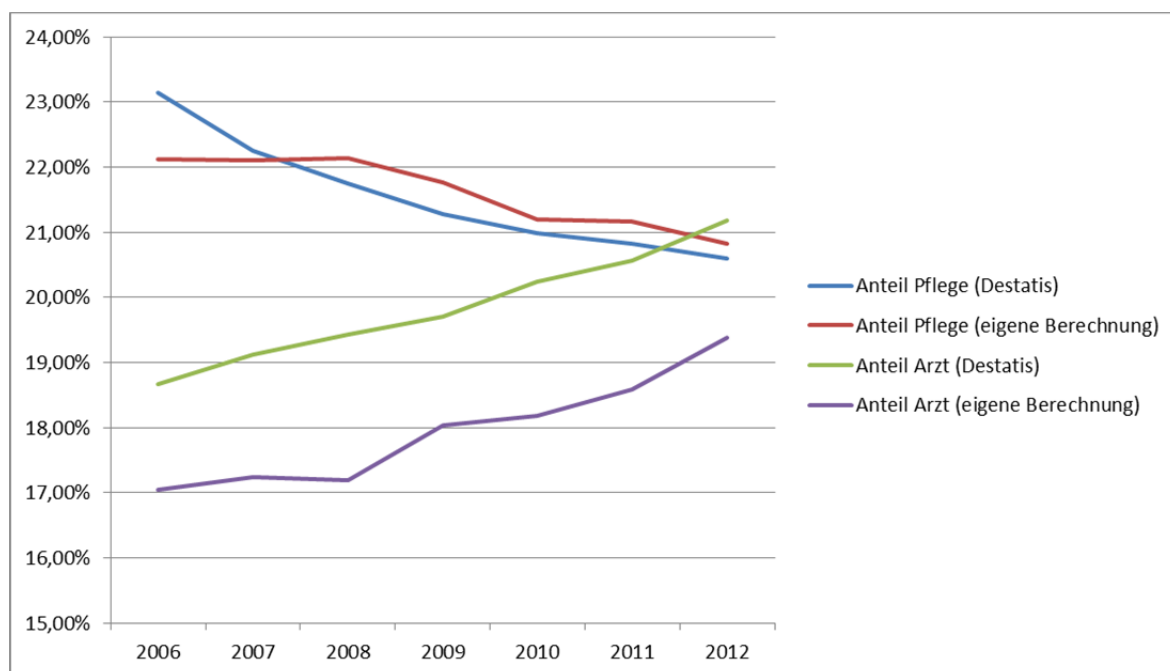
⁴ So besteht das Problem, dass nicht bekannt ist, welche Lang- und Kurzliegerzuschläge von der rechnerischen DRG-Vergütung zu- bzw. abgezogen werden müssen. Ebenfalls ist keine Berücksichtigung von Mehrkostenabschlägen möglich.

⁵ Zur Berechnung wurden die jeweiligen Pflegekosten einer DRG im DRG-Browser mit den laut DRG-Begleitforschung erbrachten Fallzahlen der jeweiligen Fallgruppe im betrachteten Jahr multipliziert.

⁶ S. Kostendaten der Krankenhäuser des statistischen Bundesamts für die Datenjahre 2006-2012.

⁷ Z.B. in der Notfallversorgung, der ambulanten Versorgung, ambulanten Operationen, Forschung, Lehre und Ausbildung.

Abbildung 1: Vergleich der Soll- und Ist-Kostenanteile von Pflege und ärztlichem Dienst



Quelle: Eigene Darstellung

Interessanterweise liegt der Anteil der Ist-Pflegekosten laut Statistischem Bundesamt in den Jahren 2006 und 2007⁸, also im 2. und 3. Jahr der budgetrelevanten Konvergenzphase, noch oberhalb des Anteils der kalkulierten Kosten laut unseren Berechnungen. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass in den ersten Jahren der Systemumstellung noch relativ viel Pflegepersonal abgebaut wurde und sich die tatsächlichen Kosten erst schrittweise den kalkulierten Kosten angenähert haben. Allerdings ist diese Beobachtung aufgrund der unzureichenden Datenlage sowie der fehlenden Kenntnis der Personalstruktur in den Kalkulationshäusern im Vergleich zu den restlichen Krankenhäusern rein hypothetisch.

Insgesamt verfestigt sich jedoch bei der Analyse der unterschiedlichen Informationsquellen und Statistiken der Eindruck, dass es in der jüngeren Vergangenheit nicht zu relevanten Umverteilung von den für die Pflege einkalkulierten Zuweisungen gekommen ist. Das würde im Umkehrschluss bedeuten, dass die kalkulierten Zuweisungen zu gering sind, um den tatsächlichen Bedarf an Pflegekräften zu decken und eine adäquate pflegerische Versorgung der Patienten sicherzustellen. Angesichts dieser Situation sind die Entscheidungsträger aufgefordert, geeignete Mittel und Wege für eine faire Finanzierung der Pflege zu finden.

⁸ Für frühere Jahre konnten keine vergleichbaren Daten generiert werden.

4. Kriterienkatalog zur Instrumentenbewertung

Im Rahmen dieser Untersuchung werden in Abschn. 5 verschiedene Instrumente analysiert und auf ihre Eignung als Grundlage zur Pflegepersonalbemessung in den Krankenhäusern unter den derzeit geltenden finanziellen Rahmenbedingungen überprüft bzw. auf ihre Möglichkeiten einer Integration ins Finanzierungssystem hin bewertet. Die Instrumente wurden zum Teil im Rahmen einer international angelegten Literaturrecherche identifiziert, wobei die Verwendung von Anhaltszahlen, Steering Groups zur Personaleinsatzplanung im Krankenhaus sowie erweiterte Veröffentlichungspflichten vorgefunden werden konnten. Ferner werden auch Instrumente aufgegriffen, die sich in der gegenwärtigen politischen Diskussion in Deutschland befinden (Zweckbindung der DRG-Zuweisungen, Wiedereinführung PPR, Honorierung von Einrichtungen mit „guter“ Personalausstattung). Zuletzt werden neben der PPR weitere Ansätze zur Abbildung des Pflegeaufwandes in die Untersuchung einbezogen (LEP, Nursing Related Groups). Alle Instrumente werden dabei im Hinblick auf folgende, in diesem Abschnitt erläuterte, Aspekte untersucht:

- Dauer bis zur Anwendbarkeit/(Weiter-)Entwicklungsbedarf
- Kosten der Einführung und Umsetzung
- Administrativer Aufwand
- Manipulierbarkeit/Validität
- Flexibilität des Managements
- Effektivität

a) Dauer bis zur Anwendbarkeit/(Weiter-)Entwicklungsbedarf

Der (drohende) Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern ist ein akutes Problem. Die Alters- und Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung sowie die demographische Entwicklung des Pflegepersonals, gepaart mit einem sich intensivierenden Nachwuchsmangel, erfordern zeitnahe Aktivitäten von den Krankenhäusern und der Gesundheitspolitik, um Versorgungsengpässe zu vermeiden und die Attraktivität des Pflegeberufes wieder zu steigern. Die Dauer bis zur Anwendbarkeit eines Instruments zur Personalbemessung der Pflege in den Krankenhäusern ist demnach ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung dessen Eignungsfähigkeit.

Es existieren sowohl in der nationalen als auch der internationalen Betrachtung bereits verschiedene Ansätze zum Umgang mit dem Thema Personalbemessung in der Pflege von Krankenhäusern. Daher stellt sich die Frage, ob man bereits bekannte Instrumente auf die geltenden Rahmenbedingungen anpassen kann, oder ob gegebenenfalls ein entsprechendes Instrument neu zu entwickeln wäre. Da der (Weiter-)Entwicklungsbedarf verständlicherweise mit der Dauer der Einführung und Umsetzung korreliert, werden diese Aspekte unter einem Kriterium subsumiert.

b) Kosten der Einführung und Umsetzung

Wie bereits zu Beginn aufgezeigt, befinden sich zahlreiche Krankenhäuser derzeit in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage. Diese Erkenntnis wird nicht zuletzt von den jüngsten Ergebnissen des Krankenhausrating-Reports von RWI und Accenture bestätigt. Demnach wiesen 2012 mehr als ein Drittel der Krankenhäuser ein negatives Jahresergebnis aus und fast 15 Prozent gelten als stark insolvenzgefährdet; mit großen Unterschieden je nach Trägerschaft und Größe der Krankenhäuser

(Augurzky et al. 2014). Die Einführung verpflichtender Instrumente zur Personalbemessung in der Pflege darf vor diesem Hintergrund keineswegs zu hohen Investitions- und Implementierungskosten für die Krankenhäuser führen. Außerdem sind ebenfalls die Kosten, die von staatlicher Seite sowie den Krankenkassen zu tragen sind (z.B. für die Finanzierung zusätzlicher Personalstellen, die Entwicklung des Instruments, Kontrollkosten, o.ä.) im Rahmen der Analyse zu berücksichtigen.

c) Administrativer Aufwand

Ein weiteres zentrales Kriterium zur Beurteilung der Eignung von Personalbemessungsinstrumenten in der Pflege ist der damit einhergehende administrative Aufwand im pflegerischen Alltag. Das DRG-System mitsamt seinen Dokumentationsanforderungen hat zu einer wesentlichen Zunahme der administrativen Tätigkeiten im Krankenhaus geführt. Zwar erachten rund zwei Drittel der Befragten in einer Studie des Saarbrücker iso-Instituts die Dokumentation als sinnvolle fachliche Unterstützung ihrer Tätigkeiten. Gleichzeitig gab jedoch mehr als die Hälfte der Befragten an, dass sich die Pflegefachkräfte zunehmend um Managementtätigkeiten kümmern und gar nicht mehr um die eigentliche Pflege bzw. patientennahe Tätigkeiten (Nock et al. 2013). Vergleichbare Erkenntnisse finden sich auch für die Ärzteschaft oder das Funktionspersonal. Die Verwendung von Instrumenten zur Personalbemessung in der Pflege sollte angesichts dieser Umstände auch die Auswirkungen auf den administrativen Aufwand für die Leistungserbringer berücksichtigen. Gleiches gilt auch hier für den administrativen Aufwand der Kostenträger, um z.B. eine verstärkte Belastung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu vermeiden.

d) Manipulierbarkeit/Validität

Die Bedeutung wirtschaftlicher Anreize spielt im Gesundheitswesen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Angebotsinduzierte Nachfrage, Up- und Right-Coding oder Patientenselektion sind nur ein paar der Stichwörter, die in diesem Zusammenhang im Kontext des DRG-Systems auftreten. Auch wenn die Akteure im Gesundheitswesen in der Regel durch die intrinsische Motivation der Gesundheitsfürsorge und der bestmöglichen Patientenversorgung geleitet werden, so sind sie dennoch grundsätzlich auch Nutzenmaximierer. Das bedeutet, dass sie die gegebenen Rahmenbedingungen so ausschöpfen, dass sie auch ihre individuellen Zielsetzungen erreichen können. Eingriffe in das Verhalten der Akteure z.B. durch Vergütungssysteme, Wettbewerbsregulierungen oder aber auch Vorgaben zum Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen beinhalten grundsätzlich immanente Anreizwirkungen, die es im Vorfeld zu analysieren und potenziell negative Entwicklungen zu vermeiden.

Systemimmanente Fehlanreize oder unerwünschte Manipulationsmöglichkeiten lassen sich in der Regel nicht gänzlich vermeiden. Eine Gegenmaßnahme sind vermehrte Kontrollen, so wie sie im DRG-System derzeit durch den MDK zu beobachten sind. Um solche Kontrollkosten weitgehend zu vermeiden, sollte eine größtmögliche Validität des eingesetzten Personalbemessungsinstruments gewährleistet werden. Ebenfalls gilt es gleichzeitig Anreize für Manipulation und Fehlverhalten schon systembedingt zu minimieren.

e) Flexibilität des Managements

Wie im vorigen Kapitel beschrieben, ist das Krankenhausmanagement grundsätzlich frei in der Verteilung der über das DRG-System zugewiesenen finanziellen Mittel. Gleichmaßen ist das

Management bislang weitgehend frei von Vorgaben zum Personaleinsatz, zu dessen Verteilung oder Entlohnung. Dieser Umstand ist gesetzgeberisch gewollt, da es sich bei Krankenhäusern um selbständig wirtschaftende Unternehmen handelt, die insbesondere in den vergangenen Jahren vermehrt in einen Wettbewerb gelenkt wurden und sich dort zur Positionierung zunehmend etablierter Management-Tools bedienen. Es wird eine ausreichende Flexibilität im unternehmerischen Handeln benötigt, um in diesem Wettbewerbsumfeld zu bestehen.

Grundsätzlich ist es dem Gesetzgeber über die externe Qualitätssicherung nach §137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V möglich, Mindestanforderungen an die Strukturqualität der Krankenhäuser festzulegen (wie z.B. Vorgaben zur Personalanzahl und Qualifikation – z.B. im Bereich der Neonatologie). Solche Maßnahmen stellen jedoch einen deutlichen Eingriff in die unternehmerische Handlungsfreiheit dar und sind daher bislang nur in wenigen Bereichen umgesetzt. Je nach Ausgestaltung eines Personalbemessungsinstruments könnte es sich somit um einen nicht zu unterschätzenden Eingriff in die unternehmerische Freiheit der Krankenhäuser handeln, der bei der Beurteilung der Instrumente unbedingt zu berücksichtigen ist.

Ferner ist im Bereich der Personalplanung zu bedenken, dass in der jüngeren Vergangenheit sowohl aus wirtschaftlichen Gründen als auch aus Gründen der Personalverfügbarkeit Delegationsmodelle an Bedeutung gewinnen. Hierbei findet eine Delegation bestimmter Aufgabenbereiche an geschultes Personal mit einem geringeren Qualifizierungsgrad (z.B. von Arzt zu Pflegekraft oder von Pflegekraft zu Pflegehilfskraft) statt. Darüber hinaus sind zum Beispiel auch die Aufweichung klassischer Schichtdienste, der Einsatz von Springern zur Steigerung der Flexibilität sowie der Einsatz von technischen Geräten zur Unterstützung der Pflege zu beachten. Zu drastische Eingriffe in die Entscheidungshoheit der Krankenhäuser könnten hier kontraproduktiv für die (Weiter-)Entwicklung der Krankenhauspflege sein und schlimmstenfalls bereits getätigte Investitionen oder umgesetzte (Prozess-)Innovationen überflüssig machen.

f) Effektivität

Das Kriterium der Effektivität geht letztlich der Frage nach, inwiefern die untersuchten Personalbemessungsinstrumente in der Lage sind, eine adäquate Personalausstattung in der Krankenhauspflege nachhaltig zu gewährleisten. Als Zielsetzung kann eine Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser angesehen werden, die es ermöglicht, eine qualitativ hochwertige Pflege zu erbringen, angemessene Zeiträume für die Versorgung der Patienten zu erhalten und somit letztlich auch gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu überprüfen, inwieweit die verschiedenen Instrumente in der Lage sind den tatsächlich anfallenden Pflegeaufwand abzubilden und in eine entsprechende Personalgröße umzuwandeln. Bei zu pauschalen Ansätzen besteht die Gefahr, dass in aufwändigen Teilbereichen zu wenig Pflegepersonal zur Verfügung steht, während andere Stationen – gemessen am tatsächlichen Aufwand – eine zu hohe Personalausstattung aufweisen könnten.

5. Instrumente zur Personalbemessung in der Pflege im nationalen und internationalen Kontext

Sowohl national als auch international existieren verschiedene Ansätze zum Umgang mit der Personalbemessungsproblematik in der Krankenhauspflege. Aktuell hat die Bundesregierung im Koalitionsvertrag mehrere Maßnahmen angedeutet, welche bestehende Defizite in der pflegerischen Versorgung reduzieren sollen. Einen wichtigen Punkt stellt dabei der Personalkostennachweis dar, der zukünftig Bestandteil der Budgetverhandlungen sein soll. Die Krankenhäuser müssen dann nachweisen, dass sie die Personalkostenanteile der DRGs tatsächlich für Personal aufgewendet haben. Darüber hinaus ist geplant, die Personalkostenanteile der Pflege in der DRG-Kalkulation zu überprüfen. Angesichts der derzeitigen Abbildung der Pflege im DRG-System stellt sich die Frage, wie diese Prüfung konkret ablaufen soll. Da die Kalkulationshäuser genauso von der DRG-Fallpauschalenfinanzierung abhängig sind, können Kellertreppeneffekte nicht ausgeschlossen werden (also ein zunehmendes Absinken der Pflegeanteile in den DRGs, da auch von den Kalkulationshäusern versucht wird möglichst unterhalb der kalkulierten Kosten zu bleiben um positive Deckungsbeiträge zu erzielen- Simon 2008). Um den pflegerischen Aufwand adäquat abzubilden, wären letztlich konkrete Instrumente zur Bedarfserfassung der Patienten erforderlich. Im Verlaufe dieses Abschnittes untersuchen wir verschiedene Instrumente auf ihre Eignung zur Personalbemessung bzw. zur gerechten Finanzierung des geleisteten Aufwands.

Die Identifikation potenzieller Instrumente erfolgte anhand einer halbsystematischen Literaturrecherche, die in einschlägigen Datenbanken (Pubmed, Embase, Google-Scholar) durchgeführt wurde. Dabei wurden sowohl nationale als auch internationale Erkenntnisse berücksichtigt. Als Suchbegriffe bzw. Suchbegriffskombinationen wurden u.a. eingesetzt:

- Personalstandards
- Personalquoten
- Personal-Bedarfsermittlung
- Pflegepersonalregelung
- Personalbedarfskalkulation
- „Mindestanforderungen an Personalbesetzung“
- „Nurse-to-Patient Staffing Ratio Regulations“
- „Nurse staffing regulations“
- „Nurse staffing levels“
- „Nurse staffing models“
- „Minimum nurse staffing levels“
- „Mandatory staffing levels“
- „Mandated nurse to patient ratios“

Ergänzend zu der Nutzung einschlägiger Datenbanken wurden weitere Handsuchen in medizinischen, gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Fachzeitschriften und –büchern sowie Schneeballsuchen anhand der Literaturverzeichnisse relevanter Publikationen durchgeführt.

Die folgenden Instrumente wurden dabei als potenziell geeignete Ansätze für die deutsche Krankenhauspflege identifiziert und werden nachfolgend einer qualitativen Ersteinschätzung anhand der ausgewählten Kriterien unterzogen. Für eine abschließende Bewertung der Instrumente sind einerseits vertiefte Forschungsbemühungen zu den konkreten Ausgestaltungsmöglichkeiten der

Instrumente notwendig. Andererseits sollte im Rahmen der Bewertung auf Verfahren der methodischen Entscheidungsanalyse (z.B. Nutzwertanalysen oder Analytic Hierarchy Process) zurückgegriffen werden, um eine umfassende Abwägung der Alternativen vorzunehmen.

a. Zweckbindung der DRG-Zuweisungen

Das Instrument einer Zweckbindung der DRG-Zuweisungen ist eine der Überlegungen zur Weiterentwicklung des Krankenhausmarkts, die dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD entstammen. Im Wortlaut: *„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 nachweisen.“* (Unterstreichung Gutachter) Zweckbindung bedeutet demnach, dass die in der DRG-Kalkulation berücksichtigten Kosten für die Pflege für das gesamte Leistungsspektrum eines Krankenhauses bestimmt werden und daraus das Personalbudget für den Pflegebereich abgeleitet wird. Das sich ergebene Pflegebudget hat den Charakter einer (nicht bindenden) Vorgabe. Die Krankenhäuser können selbstverständlich mehr oder weniger Geld für die Pflege aufwenden, als sich aus den DRGs ergibt. Bei einer Unterschreitung der der Pflege zugerechneten Mittel erhalten die Krankenhäuser allerdings nicht die vollen, ihnen eigentlich zustehenden Einnahmen aus den DRGs, sondern müssen einen Abschlag in Höhe der Differenz gegen sich gelten lassen. Damit steht der nicht ausgeschöpfte Betrag des Pflegebudgets nicht für andere Bereiche zur Verfügung. Daher ist aufgrund von wirtschaftlichen Überlegungen sowie positiven Effekten für die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter davon auszugehen, dass das DRG-Pflegebudget, sofern entsprechendes Personal zur Verfügung steht, weitgehend ausgeschöpft werden würde.

Eine Zweckbindung der DRG-Mittel für den Pflegebereich wäre ohne größere Hürden ins derzeitige Krankenhausfinanzierungssystem einzubinden. Dauer und Kosten der Einführung sollten sich somit stark in Grenzen halten. Auch der Nachweis der Mittelverwendung sollte für die Krankenhäuser kein Problem sein, da sie die entsprechenden Informationen in aller Regel ohnehin in den Personal- und Controllingabteilungen vorhalten. Somit fällt auch der administrative Aufwand gering aus und das System erscheint relativ praktikabel. Das gilt sowohl für die Leistungserbringer- als auch die Kostenträger.

Insgesamt erscheint das Instrument relativ manipulationsresistent, sofern eine ausreichend klare Abgrenzung von stationärem und in anderen Bereichen tätigen Pflegepersonal gewährleistet wird. Lediglich die indirekte Beeinflussung der Höhe der Zuweisungen für die Pflege in den jeweiligen DRGs ist über die Teilnahme am Kalkulationsprozess gegeben. Dieser Aspekt gilt jedoch allgemein für die gesamte DRG-Kalkulation und ist daher zu vernachlässigen. Da die Zweckbindung der Mittel kein eigenständiges Instrument zur Personalbemessung ist, ist die Validität des Instruments maßgeblich von der Pflegekostenkalkulation bei der DRG-Ermittlung abhängig.

Das zentrale Problem des Instruments ist die Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Managements. Eine Zweckbindung der Mittel legt dem Management indirekt die Vorhaltung eines gewissen Personalstamms nahe (alternativ wäre der Verzicht auf zur Verfügung stehende Finanzmittel), der weder am tatsächlich auftretenden (und sich zukünftig entwickelnden) Pflegebedarf orientiert ist, noch die individuellen Rahmenbedingungen im jeweiligen Krankenhaus berücksichtigt. Krankenhäuser, die über Prozessverbesserungen, Outsourcing-Strategien oder technologische Entwicklungen einen unterdurchschnittlichen Personaleinsatz in der Pflege realisieren können, könnten die hier eingesparten Mittel nun nicht mehr an anderer Stelle einsetzen. Eine Zweckbindung

der Mittel konterkariert in diesem Punkt die eigentliche Intention des pauschalierenden Charakters im DRG-System.

Im Sinne der Effektivität des Instruments ist zunächst einmal festzuhalten, dass es einen Stopp des Kellertreppeneffekts erreichen würde, da die Krankenhäuser ihre Personalkosten in der Pflege über die DRGs refinanziert bekommen. Der Status Quo würde somit als Grundlage für die Personalbemessung fixiert und es würden für die Krankenhäuser keine finanziellen Anreize bestehen, weitere Effizienzreserven in der Pflege (z.B. durch neue Technologien oder Prozessverbesserungen) zu realisieren. Gleichmaßen würde die Manifestation des Status Quo nicht zwangsläufig zur erhofften Wirkung einer Personalaufstockung führen, wie aus den bisherigen Ausführungen deutlich wird. Im Sinne der Attraktivität des Pflegeberufes ist das Instrument ambivalent: Einerseits wird die weitere Intensivierung der Pflegearbeit sicherlich ausgebremst, andererseits werden auch Investitionen in den pflege-technischen Fortschritt nur noch abgeschwächt gefördert werden. Hinzu kommt, dass der „Time-Gap“ zwischen Kalkulation und Budgetrelevanz von 2 Jahren nicht in der Lage ist Personalkostensteigerungen (z.B. durch neu verhandelte Tarifverträge) adäquat zu berücksichtigen.

b. Am Pflegeaufwand orientierte Instrumente

Der Koalitionsvertrag sieht neben der Zweckbindung der pflegerischen Anteile auch vor, „dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden.“ (Unterstreichung Gutachter) Eine Weiterentwicklung der DRG-Kalkulation ist somit ebenfalls auf der politischen Agenda. Die bislang indirekte PPR-Orientierung zeigt bereits, dass die Kalkulation der pflegerischen Anteile in einer DRG durchaus auf Instrumenten zur Pflegeaufwandsermittlung fußen kann. Optimal wäre sicherlich ein Verfahren zur prospektiven Abschätzung des Pflegebedarfs – da es hierzu jedoch keine verbreiteten Instrumente gibt, muss auf Aufwandserfassungsinstrumente zur Approximation des tatsächlichen Pflegebedarfs zurückgegriffen werden.

Instrumente zur Erfassung des Pflegeaufwands wurden bereits 1947 erstmals entwickelt und erprobt (Abdellah, Levine 1979). Trotzdem waren bis in die Sechzigerjahre auch im internationalen Kontext praktisch nahezu überall vereinfachende Kennzahlen (z.B. Stunden pro Pflegetag; Pflegekräfte pro Patient) zur Bestimmung des geleisteten Aufwands und somit häufig auch zur Berechnung der Personalstellen verbreitet (O'Brien et al. 1995). Seitdem haben sich international verschiedene weitere Instrumente entwickelt und wurden insbesondere im US-amerikanischen, kanadischen und im skandinavischen Raum eingesetzt. Dabei hat sich bislang aber keines der existierenden Instrumente nachhaltig in der Landschaft etabliert. Gesundheitspolitische Vorgaben zum verpflichtenden Einsatz von Instrumenten zur Pflegeaufwandsermittlung sind nicht bekannt, abgesehen von der Einführung der Pflegepersonal-Regelung (PPR) in Deutschland im Jahre 1993.

Die PPR und das in der Schweiz sehr weit verbreitete Instrument der Leistungserfassung von Pflegeleistungen (LEP) werden nachfolgend stellvertretend für weitere Pflegeaufwandsermittlungsinstrumente näher beleuchtet. Daneben existieren verschiedene alternative Instrumente, die im internationalen Umfeld mehr oder weniger intensiv genutzt werden (z.B. GRASP, NISS, DTA, TISS) und deren Eignung für den deutschen Krankenhausmarkt bei genereller Befürwortung einer Personalbemessung anhand Pflegeaufwandserfassungsinstrumenten ebenfalls einer genaueren Prüfung unterzogen werden sollten.

i. PPR

Die PPR wurde 1992 als leistungsorientiertes Berechnungssystem für den Personalbedarf eingeführt. Damit verbunden war die Zielsetzung, „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege der stationär und teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten“ (Art. 13 §1 (3) GSG von 1993). Nach Aufnahme in das Gesundheitsstrukturgesetz GSG trat die PPR im Januar 1993 in Kraft (Fischer 2002). Bereits 1996 wurde die Personalbemessung nach PPR jedoch wieder eingestellt und 1997 wurde sie schließlich gänzlich abgeschafft. Auch wenn die PPR heutzutage nicht mehr verpflichtend ist, wird sie dennoch teilweise in Krankenhäusern als internes Steuerungsinstrument genutzt.

Die Systematik der PPR stuft erwachsene Patienten in 9 und Kinder in 27 unterschiedliche Pflegeaufwandsgruppen ein (Fischer 2002).⁹ Im Folgenden wird hier die Eingruppierung bei Erwachsenen fokussiert. Die einzelnen Gruppen setzten sich zusammen aus der Kombination von jeweils drei *Pflegestufen* in zwei unterschiedlichen Bereichen der Pflege. Die *Pflegebereiche* werden differenziert in „Allgemeine“ (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Lagerung) und „Spezielle Pflege“ (Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasiven Maßnahmen, akuten Krankheitsphasen, medikamentöser Versorgung, Wund- und Hautbehandlung). Die *Pflegestufen* werden für beide Bereiche eingeteilt in Pflegestufe 1: Grundleistungen, Pflegestufe 2: Erweiterte Leistungen und Pflegestufe 3: Besondere Leistungen. Die Patienten werden retrospektiv (täglich) in eine angemessene Pflegeaufwandsgruppe eingestuft. Jeder der neun Aufwandsgruppen ist ein festgelegter Minutenwert hinterlegt (z.B. Allgemeine Pflege – Erweiterte Leistungen: 98 Minuten), der für die Erbringung der pflegerischen Leistungen ausreichend sein soll. Auf Grundlage dieser Zeitwerte ("PPR-Minuten") lässt sich der Personalbedarf festlegen, indem die Minutenwerte in Personalstellen umgerechnet werden. Dieser Stellenumfang (nachzuweisen in den Budgetverhandlungen) wurde seinerzeit durch die Krankenkassen vergütet (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. 2001).

Wie bereits beschrieben, dient die PPR derzeit bereits für die große Mehrheit der Kalkulationshäuser als Verrechnungsinstrument der Pflegekosten in der DRG-Kalkulation. Eine Anpassung der Kalkulationsmethodik läge darin, dass die PPR nicht als Verrechnungsschlüssel für die IST-Personalkosten genutzt wird, sondern als Aufwandserfassungsinstrument dient, mit dessen Hilfe SOLL-Personalkosten errechnet werden können. Es würden also nicht die Personalgesamtkosten der Kalkulationshäuser durch die PPR-Minuten geteilt werden, sondern die PPR-Minuten als eigenständige Bedarfs- bzw. Aufwandsgrundlage dienen und bei allen Krankenhäusern in Personalstellen umgerechnet werden (analog zur damaligen Konstruktion des PPR-Verfahrens).

Die Dauer bis zu einem möglichen Einsatz der PPR als Personalaufwandskalkulationsinstrument zur Messung des Personalbedarfs in den Krankenhäusern und einer entsprechenden Abbildung¹⁰ in den DRG-Fallgruppen hängt im Wesentlichen von der politischen Zielsetzung ab. Soll mit der PPR eine realitätsnahe Abbildung des Pflegeaufwands erfolgen, so müsste das fast 20 Jahre alte Instrument grundlegend überholt werden, da sich das medizinisch-pflegerische Geschehen in den Krankenhäusern deutlich verändert hat. Zusätzlich ist zu bedenken, dass bereits die damalige Festlegung der Minutenwerte eine Kompromisslösung aus Experteneinschätzungen, Testläufen und

⁹ Die PPR erstreckte sich weitestgehend auf die „Normalstationen“. Dabei galten die PPR-Minutenwerte nur für einen „Regeldienst“ von 14 Stunden in der Zeit von 6.00-20.00 Uhr. Die Personalbemessung für den Nachtdienst erfolgte anderweitig (auf Basis der Arbeitsplatzmethode) (Simon 2008).

¹⁰ In der praktischen Umsetzung müssten zunächst fiktive Personalkosten einkalkuliert werden, da die Krankenhäuser Zeit brauchen, um einen entsprechenden Personalstamm aufzubauen.

Finanzierungsmöglichkeiten war (Simon 2008 mit Verweis auf BT-Drs. 12/3608). Eine entsprechende Weiterentwicklung der PPR würde die Dauer bis zum Anwendungsbeginn deutlich verzögern.

Eine kurzfristig umsetzbare Alternative wäre es, zunächst einmal mit den damals vereinbarten Minutenwerten zu kalkulieren und die Ergebnisse mit der derzeitigen Höhe der kalkulierten Pflegekosten abzugleichen. Die zu erwartenden Zugewinne für die Pflege könnten bereits ein erster Schritt zur Entspannung der Personalsituation in der Krankenhauspflege sein.

Voraussetzung ist jedoch in beiden Varianten, dass es zu einer Ausfinanzierung der Pflegestellen nach PPR kommt. Ohne zusätzliche Mittel, würde eine Systemanpassung lediglich zu einer Umverteilung der Mittel, jedoch nicht zwangsläufig zu einer Stellenaufstockung führen. Die zu erwartenden Kosten der Umstellung (zu finanzieren über die Kostenträger oder Haushaltsmittel) sind somit erst nach der Kalkulation des PPR-Personalbedarfs abzuschätzen. Zusätzliche Kosten für die Krankenhäuser fallen höchstens für diejenigen Krankenhäuser an, die die PPR nicht als internes Controllinginstrument nutzen; sie sollten jedoch in einem überschaubaren Rahmen bleiben.

Der administrative Aufwand stellt hingegen kein Hindernis dar, weder für die Krankenhäuser noch für die Kostenträger. Das Instrument ist weitgehend bekannt und lässt sich schnell und ohne großen Aufwand einsetzen. Auch ein Nachweis der kalkulierten PPR-Minuten je Fall sollte keinen größeren Dokumentationsaufwand nach sich ziehen.

Die Manipulationsanfälligkeit des PPR-Systems sollte nicht größer als auch sonst im DRG-System sein. Die Kalkulation der hinterlegten Minutenwerte obliegt nicht dem einzelnen Krankenhaus und wird in Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern (oder repräsentiert durch das InEK) und Experteneinschätzungen in das DRG-System integriert. Probleme des Up- oder Rightcoding ließen sich im Rahmen der ohnehin durchgeführten MDK-Prüfungen untersuchen.

Sofern die Pflegeminuten nicht explizit durch examinierte Pflegekräfte erbracht werden müssten, würde auch hier weiterhin eine ausreichende Flexibilität für Delegationsmodelle bestehen. Die Validität des Instruments ist hingegen kritisch zu hinterfragen. Eine Anpassung der PPR an die heutigen Rahmenbedingungen der Pflege ist für eine aufwandsgetreue Personalbemessung unumgänglich. Sollte diese jedoch wieder als Kompromisslösung ausgestaltet werden und nicht auf umfassenden empirischen Daten basieren, so ist die Validität des Instruments fraglich und es wird vermutlich auch weiterhin systematische Unterschiede im pflegerischen Aufwand einzelner DRG-Fälle geben, die sich nicht in der Kalkulation widerspiegeln. Ebenso ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die PPR ein zustandsbezogenes Messverfahren mit einer ausgeprägten funktionalen Orientierung ist (Fischer 1995).

Die Effektivität der PPR als Instrument zur Pflegeaufwandsermittlung und einer daraus abgeleiteten Personalbedarfsplanung hängt von vielen weiteren Faktoren ab. Einerseits sind Art und Umfang der Instrumentenweiterentwicklung ein wichtiger Aspekt. Von noch größerer Bedeutung wäre allerdings die Ausfinanzierung des kalkulierten Personalbedarfs und somit eine tatsächliche Reform der Krankenhauspflegefinanzierung im Gegensatz zum ersten Einsatz der PPR zwischen 1993 und 1995. Nicht zuletzt ist die Effektivität des Instruments aber auch vom Einsatz flankierender Maßnahmen abhängig (z.B. Zweckbindung der DRG-Zuweisungen), da nur die verbesserte Abbildung der Pflege nicht unbedingt zu höheren Pflegeausgaben innerhalb der Krankenhäuser führt und somit auch nicht zwingend eine Personalaufstockung nach sich ziehen würde.

ii. LEP

Das schweizerische System zur Leistungserfassung in der Pflege (LEP) entstand im Jahre 1997. Mittlerweile ist die LEP-Methode nahezu flächendeckend in der Schweiz etabliert und auch in Österreich, Australien sowie Deutschland in Anwendung (Isfort 2002; Baumberger, Hunstein 2009). Die LEP ist ein Instrument zur Aufwandserfassung in der Pflege. Es basiert auf einer elektronisch durchgeführten Dokumentation der verschiedenen Pflegeleistungen. Mit den dokumentierten Informationen können u.a. Leistungsanalysen und Tätigkeitsprofile der Pflegekräfte durchgeführt werden (Menche 2011). Die Datenerfassung erfolgt in der Regel retrospektiv, allerdings könnten die erforderlichen Pflegeleistungen auch prospektiv abgeschätzt werden. Die Dokumentation selbst erfolgt entweder mit Hilfe maschinenlesbarer Formulare, online am Terminal, mittels Barcodierung oder mit mobil einsetzbaren Geräten. LEP erfasst bis zu 120 verschiedene Pflegevariablen in unterschiedlichen Kategorien mit vier Merkmalsausprägungen (einfach bis sehr aufwändig oder kurz bis sehr lang), über welche die täglichen Pfl egetätigkeiten am Patienten abgebildet werden können. Jede Pflegevariable ist zusätzlich mit einem Zeitwert versehen, der durch ein Expertenteam entwickelt wurde. Dieser Zeitwert ist so berechnet, dass „eine examinierte Pflegekraft die entsprechende Pfl egetätigkeit qualitativ gut und patientengerecht durchführen kann“ (Brosziewski, Brügger 2000). Für nicht examiniertes Pflegepersonal werden entsprechende Anpassungen der Minutenwerte berücksichtigt. Über diese Pflegeaufwandszeiten und die hinterlegten Personalzeiten (z.B. Schichtlänge) lassen sich auch weitere Zeiten für z.B. Führungs- und Ausbildungsaufgaben, Mitarbeiter- und Übergabegespräche, Dienstplanung, administrative Tätigkeiten und Wartung von Geräten abbilden und auswerten. Es handelt sich somit auch bei LEP um ein System, welches auf Echtzeitdaten verzichtet und anhand normativ vorgegebener Zeiten den Pflegeaufwand kalkuliert (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. 2001). Über diese Datenerhebungen und Auswertungen lässt sich der Personalbedarf eines Krankenhauses ermitteln.

Auch wenn die LEP in vielen Punkten eine ähnliche Verfahrenslogik wie die PPR aufweist, unterscheidet sich die Bewertung der verschiedenen Kriterien jedoch deutlich. So ist die notwendige Implementierungsdauer deutlich länger, aufgrund der Tatsache, dass LEP nicht flächendeckend genutzt wird und durchaus mit intensivem Einrichtungs- und Schulungsbedarf für die Krankenhäuser verbunden ist. Hingegen ist zu erwähnen, dass die Weiterentwicklung von LEP durch die Betreibergesellschaft erfolgt, sofern sich die deutschen Akteure (Gesetzgeber, Selbstverwaltung) nicht für eine eigenständige Weiterentwicklung entscheiden.¹¹

Analog zur PPR ist auch die Einführung von LEP als Grundlage für eine Personalbemessung nur in Kombination mit einer Ausfinanzierung der als notwendig ermittelten Stellen sinnvoll. Hinzu kommen bei LEP einerseits (zumindest einmalige) Lizenzgebühren sowie Beratungs- und Schulungskosten. Und auch die Investitionen die technische Infrastruktur sind bei den Leistungserbringern zu berücksichtigen.

Ein zusätzlicher administrativer Aufwand entsteht eigentlich nur in der Anfangsphase der Systemumstellung. Anschließend gilt LEP auch unter Pflegeexperten als mühelos nutzbares Instrument zur Aufwandserfassung (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. 2001). Insbesondere die elektronisch basierte Datenerfassung z.B. mittels Barcode oder online-Dokumentation führt in der Regel zu einer nennenswerten Beschleunigung des Dokumentationsprozesses (Bamert 2003).

¹¹ Dies ist etwa auch bei der Übernahme des australischen DRG-Systems oder der US-amerikanischen Systeme für den Morbi-RSA oder die morbiditätsbezogene Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung geschehen.

Die Manipulierbarkeit des Systems ist nicht größer als beim DRG-System im Übrigen. Das System wird durch eine unabhängige Betreibergesellschaft vertrieben und weiterentwickelt. Auffälligkeiten im Dokumentationsverhalten, können durch die Krankenhäuser und Krankenkassen aufgrund der hohen Leistungstransparenz identifiziert werden und wären durch den MDK zu überprüfen. Die Validität des Systems ist hoch, wenngleich es auch kritische Stimmen zur LEP gibt. So wird u.a. die Hinterlegung von Normzeiten, die fehlende Berücksichtigung der erbrachten Leistungsqualität und die fehlende Integration von Pflegezielen und deren Verwirklichung kritisiert (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. 2001). Dennoch ist es insgesamt eines der am weitesten entwickelten und am weitesten verbreiteten Pflegeaufwandserfassungssysteme.

Die Effektivität des Systems ist insgesamt hoch. Es handelt sich um eine valide Datengrundlage, die ohne zu großen Aufwand im DRG-System Berücksichtigung finden kann. Außerdem ist das System mit technischen Weiterentwicklungen in der Pflege verbunden und ermöglicht eine umfassende Leistungstransparenz. Ohne eine Ausfinanzierung der durch LEP ermittelten Stellen, ist das System jedoch nicht geeignet einen drohenden Pflegenotstand zu bekämpfen, und auch hier gilt, dass die zugewiesenen Mittel auch in der Pflege ankommen müssten – also das System von flankierenden Maßnahmen begleitet werden müsste.

iii) Nursing Related Groups (noch zu entwickeln)

Die Idee der Nursing Related Groups (NRGs) geht auf eine Initiative des Deutschen Pflegerats zurück. Dieser hatte 2007 einen Forschungsauftrag an die Universität Witten/Herdecke vergeben, um Instrumente oder Marker herauszufinden, die den Pflegeaufwand im DRG-System adäquat abbilden und erklären können. Gemeinsam haben die beiden Institutionen Anfang des Jahres 2008 einen Forschungsantrag zur Entwicklung von Pflegefallgruppen (NRGs) beim Bundesministerium für Gesundheit eingereicht. Ziel war es NRGs zu entwickeln, die entweder als Splitkriterium innerhalb einer DRG oder als eigene Zusatzentgeltgruppe dienen können (Wedekind 2005). Der Antrag wurde jedoch abgelehnt und die Idee der NRGs seitdem nicht weiter verfolgt.

Grundsätzlich wären eigenständige Pflegefallgruppen in der Logik des DRG-Systems jedoch ein interessantes Instrument. Die Anreizwirkungen des DRG-Systems sind umfassend analysiert und beschrieben (siehe bspw. Reifferscheid et al. 2013). Dazu zählen beispielsweise die Mengenausweitung in Fallgruppen mit hohem Deckungsbeitrag, die Verweildauerverkürzung oder allgemein die effiziente Ressourceneinteilung. Diese Anreizwirkungen beziehen sich aber nahezu ausschließlich auf den medizinischen Bereich. Die Pflege ist zwar häufig „Leittragende“ der daraus entstehenden Managemententscheidungen, hat aber nur bedingte Eingriffsmöglichkeiten, zu einer erfolgreichen Realisierung der Anreize beizutragen. Eigenständige Pflegefallgruppen, die nicht nur die „hochaufwändige“ Pflege, sondern auch die Pflegeleistung in der Breite adäquat entlohnen, könnten zu einem Konkurrenz- bzw. Kombinations-Vergütungssystem zur medizinischen Versorgung werden, das weitere Effizienzreserven in der Krankenhausversorgung generieren kann. Insbesondere die daraus resultierende notwendige Abstimmung zwischen medizinischem und pflegerischem Leistungsgeschehen (inkl. der Leistungsdokumentation, Controlling etc.) könnte ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung darstellen.

In der praktischen Umsetzung wäre es beispielsweise möglich, den kalkulierten Pflege-Anteil einer DRG zu separieren und für die Zuweisungen zur Pflege zu nutzen. Die NRGs müssten wiederum auf einer eigenen Diagnosen- und Prozedurenklassifikation beruhen, die zur Bestimmung der Fallgruppen zugrunde gelegt werden müsste.

NRGs existieren derzeit nicht. Daher ist auch ein Durchlauf der festgelegten Kriterien nicht sinnvoll. Fakt wäre, dass es definitiv eine umfangreiche Systemreform wäre, die mit einem langen Implementierungsprozess, hohen Kosten und einer weiteren Zunahme der administrativen Anforderungen an die Leistungserbringer verbunden wäre. Die Chancen und der Nutzen, der aus der Einführung des DRG-Systems insbesondere für den medizinischen Part der Versorgung resultierte, könnten jedoch unter Umständen durch eigene Fallgruppen auch für die Pflege realisiert werden.

c. Anhaltzahlen

Anhaltzahlen sind einfache regulative numerische Vorgaben, die als Richtwerte für eine angemessene Personalbesetzung dienen sollen. Meist werden sie ausgedrückt im Verhältnis von Pflegekräften pro Patient oder pro Bett. Es gibt wenige Länder in denen konkrete Anhaltzahlen bislang als (Mindest-)Personalbemessungsinstrument genutzt werden. Zu den Ländern, die solche Regelungen einsetzen, zählen u.a. einzelne Bundesstaaten in den USA und Australien. Auch in Singapur und Taiwan gibt es Anhaltzahlen für die Betreuungsrelation und den Qualifikationsmix des Pflegepersonals in den jeweiligen Fachbereichen (Ayre et al. 2007; Liang et al. 2012). In Europa sind solche Regelungen bislang kaum verbreitet. Die Ausnahme stellt hier Belgien dar. Dort wurde 1987 eine Personalrelation von 12 Krankenschwestern pro 30 Betten in einem Zeitraum von 24 Stunden als Vorgabe gesetzt (Scott 2003). Diese Regelung gewährleistet somit durchschnittlich 7,5 Patienten pro Pflegekraft und Schicht und bietet eine relative Flexibilität aufgrund des 24 Stunden-Bezuges. Darüber hinaus setzt Österreich zumindest in geriatrischen Fachabteilungen eine solche Regelung ein (Baeyens & Closon 2010). Trotz der eher geringen Verbreitung von Anhaltzahlen bzw. Mindestpersonalvorgaben wird der Einsatz solcher Instrumente aktuell in zahlreichen weiteren Ländern und Bundesstaaten diskutiert.

In den USA hat nur der Staat Kalifornien eine solche Regelung erlassen (Aiken et al. 2010). Es gilt die Verhältniszahl 5:1 auf internistischen und chirurgischen Stationen. So dürfen dort pro Schicht nicht mehr als 5 Patienten einer Pflegekraft zugeordnet sein. Hierbei werden nur die Pflegekräfte mit direktem Patientenkontakt berücksichtigt (keine reinen Leitungspersonen). Auf der Intensivstation ist das Betreuungsverhältnis aufgrund der besonderen Bedürfnisse der Patienten mit 2:1 noch einmal deutlich enger.¹² Auch für pädiatrische, neonatologische und weitere Abteilungen gibt es konkrete Vorgaben.¹³ Um die Einhaltung dieser Grenzen nachvollziehen zu können sind die Krankenhäuser zu einer entsprechenden Dokumentation verpflichtet.

In Australien im Bundesstaat Victoria existiert ebenfalls eine vergleichbare gesetzliche Vorgabe. Es gilt ein Verhältnis von 20 Patienten zu 5 Pflegekräften. Ursprünglich war ein Verhältnis von 4:1 vorgesehen und für internistische und chirurgische Stationen umgesetzt, was zugunsten einer erhöhten Flexibilität auf das 20:5 (pro Station) jedoch abgeändert wurde. Ein weiterer Vorteil ist, dass der Stationsleitung so die Entscheidung über die Allokation der Pflegekräfte zurückgegeben wurde, wodurch das Team als Behandlungseinheit gestärkt wurde (Gerdtz & Nelson 2007).

Grundsätzlich könnte eine solche Regelung auch in Deutschland mittelfristig eingeführt werden. Allerdings müsste ein Personalverhältnis auch ausreichend durch das Vergütungssystem ausfinanziert werden, da den Krankenhäusern sonst aus anderen Bereichen notwendige Mittel entzogen werden.

¹² Dies entspricht auch weitgehend den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

¹³ California Department of Public Health (2004). http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01_Regulation_Text.pdf

Da letztendlich nur eine Verhältniszahl für verschiedene Bereiche vorgegeben wird, ist der Entwicklungsaufwand eher nachrangig. Dafür könnten die Umsetzungskosten erheblich sein. Ausgehend vom bisherigen Betreuungsverhältnis von ca. 13 Patienten pro examinierter Pflegekraft bzw. 10 Patienten pro Pflegekraft (inkl. Pflegehelfer) in Deutschland (Aiken et al. 2012) müssten bei einer deutlichen Verringerung dieses Betreuungsverhältnisses im Umkehrschluss wesentlich mehr Pflegekräfte beschäftigt werden. Dies wäre einerseits mit erheblichen Kostensteigerungen verbunden - umgekehrt würde es aufgrund der geringen pflegerischen Fachkräftereserven zumindest mehrere Jahre dauern bis durch Ausbildung oder Einwanderung entsprechende ambitioniertere Vorgaben erreicht würden. Gleichzeitig stellt die Vorgabe von Betreuungsverhältnissen gewisse Anforderungen an die Dokumentation, sodass mit diesem Instrument ein administrativer Mehraufwand gegeben wäre. Da gegenwärtig die Krankenhäuser ohnehin ihren Personaleinsatz dokumentieren, dürfte sich der Zusatzaufwand jedoch in Grenzen halten. Insgesamt kann ein solches System als weitgehend manipulationssicher eingeschätzt werden. Sofern die einzelnen Pflegekräfte und Patienten den Stationen auf tagesaktueller Basis zugeordnet werden, kann insgesamt eine gute Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden.

Im Hinblick auf die Validität stellt sich jedoch die Frage, welches Betreuungsverhältnis für eine solche Regelung angemessen wäre. Aus wissenschaftlicher Sicht kann ein „optimales“ Betreuungsverhältnis nicht allgemeingültig beantwortet werden können. Insbesondere wenn beachtet wird, dass die einzelnen Patienten einen ganz unterschiedlichen Umfang an Unterstützungsbedürfnissen zeigen, ist es schwer eine solche Pauschalvorgabe zu treffen. Ferner muss berücksichtigt werden, dass in den Krankenhäusern verschiedene Arbeitskonzepte umgesetzt werden (Delegation Arzt-Pflege; Pflege-Hilfskräfte) sowie die baulichen Voraussetzungen sehr unterschiedlich sind, was die Vorgabe einer einheitlichen Pflegekraft-Patienten-Verhältnisses erschwert. Diese Flexibilität wird mit der Vorgabe der Anzahl der examinierter Pflegekräfte erschwert. Unter Qualitätsgesichtspunkten (Aiken et al. 2014) und aus Sicht der Patienten und Mitarbeiter wäre sicherlich ein möglichst niedriges Betreuungsverhältnis wünschenswert – andererseits stellt die Kostenfrage und die Frage nach der Umsetzbarkeit angesichts geringer Fachkräftereserven. Letztendlich würde angesichts dieses Spannungsfeldes eine solche Vorgabe somit wohl politisch festgelegt werden. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass durch die Vorgabe verbindlicher Betreuungsquoten - sofern diese die aktuelle durchschnittliche Betreuungsrelation von 9,9 bzw. 13 Patienten unterschreiten - eine Verbesserung der Betreuungssituation zu erreichen wäre. Allerdings scheint diese Regelung insgesamt relativ pauschal und unflexibel, sodass differenziertere Ansätze eher zu favorisieren wären.

d. Honorierung einer „guten“ Personalausstattung

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird aktuell auch darüber diskutiert, ob Kliniken mit einer relativ besseren Personalausstattung zusätzliche finanzielle Mittel bekommen sollten. Diese Maßnahme soll solche Einrichtungen belohnen, die im Interesse ihrer Patienten und Mitarbeiter einen umfangreicheren Personalstamm vorhalten. Bei diesem Vorschlag handelt es sich nicht um ein direktes Personalbemessungsinstrument – es wird vielmehr ein finanzieller Anreiz gesetzt Personal in definierten Umfang vorzuhalten, um eine gute Betreuungsrelation und damit die Behandlungsqualität zu fördern. Allerdings gibt es bislang keine konkreten Vorschläge, in welcher Form ein solches Instrument umgesetzt werden könnte.

Grundsätzlich würde sich ein solches Anreizinstrument relativ schnell umsetzen lassen. Gegebenenfalls könnte ein gewisser Entwicklungsaufwand entstehen, um eine wissenschaftlich begründete Grenze, ab der die zusätzliche Finanzierung wirksam wird (und mit einer guten

Behandlungsqualität gerechnet werden kann), zu definieren. Im Zweifelsfall kann dieses Problem jedoch auch umgangen werden und ein pragmatischer Schwellenwert gewählt werden (z.B. oberstes Quartil). Für die Krankenhäuser sollte sich der administrative Aufwand für den Personalnachweis in Grenzen halten – da nur ein gewisser Anteil der Einrichtungen zusätzliche Mittel erhält, könnte der Nachweis optional umgesetzt werden. Allgemein scheint außerdem eine gute Manipulationsresistenz gegeben zu sein, da die Personalzahlen leicht nachgeprüft werden können. Darüber hinaus stellt dieses Instrument keine relevante Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des Managements dar. Es steht der Krankenhausleitung offen die Personalzahlen entsprechend anzupassen, um zusätzliche finanzielle Mittel zu akquirieren oder auf entsprechende Personalanpassungen zu verzichten.

Allerdings gibt es hinsichtlich der Effektivität dieses Instruments gewisse Zweifel. Zwar werden Krankenhäuser, die u.a. aufgrund ihrer internen Zielsetzung, mehr Personal vorhalten, direkt von dieser Regelung profitieren. Jedoch ist fraglich, ob dieses Instrument Krankenhäuser wirklich dazu motivieren kann mehr Personal einzusetzen. Hier ist die Höhe der (zusätzlichen) Vergütung der entscheidende Faktor. In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrungen des Pflege-Förderprogramm hinzuweisen, dass zwischen 2009-2011 umgesetzt wurde. Obwohl neu geschaffene Stellen im Pflegebereich zu 90% von den Krankenkassen finanziert wurden, wurden die bereitgestellten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft. Neben dem Problem der Verfügbarkeit von adäquatem Personal, waren hier sicherlich auch wirtschaftliche Überlegungen ursächlich. Gerade angesichts der angespannten finanziellen Situation im Krankenhausmarkt und der unzureichenden Investitionsfinanzierung, werden die Krankenhäuser selbst geringe Mehrausgaben vermeiden. Dies lässt darauf schließen, dass eine personalsteigernde Wirkung nur zu erwarten ist, wenn die zusätzliche Vergütung die zusätzlichen Kosten für den Personalaufbau zumindest annähernd refinanziert und (was beim Pflege-Förderprogramm nicht gewährleistet war) als längerfristig gesichert erscheint. Sollte dies nicht gewährleistet werden, ist das Instrument eher als Belohnung für Krankenhäuser mit hohem Personaleinsatz zu sehen, wird jedoch keine Krankenhäuser motivieren mehr Personal einzustellen. Letztendlich determiniert der Umfang der zusätzlichen Vergütung sowohl die Umsetzungskosten als auch die Effektivität dieses Instruments.

e. Steering Groups zur Personaleinsatzplanung

In den USA stellt der Einsatz von „hospital staffing committees“ bzw. „Nursing care committees“ eine verbreitete Maßnahme dar, die eine ausreichende Personalausstattung sicherstellen soll. In diesen Ausschüssen sitzen Vertreter aus dem pflegerischen Bereich (teilweise Leitung durch Pflegekräfte, teilweise Anteil Pflegekräfte mind. 50%). Die Personaleinsatz-Ausschüsse erstellen spezifische Personalpläne, die den Bedürfnissen der aktuellen Patientenklientel der jeweiligen Stationen entsprechen und auf die Fähigkeiten des Pflegepersonals angepasst sind. Teilweise werden ebenfalls erforderliche Mindestbetreuungsquoten je Station bzw. Fachabteilung definiert. Ebenfalls übernehmen sie Aufgaben im Bereich der Personalpolitik. Über die Arbeit der Personaleinsatz-Ausschüsse ist in manchen Bundesstaaten eine öffentliche Dokumentation erforderlich bzw. die Angaben werden staatlich kontrolliert (u.a. Veröffentlichung des vereinbarten Personaleinsatzplanes).

Grundsätzlich könnten auch solche Personaleinsatz-Ausschüsse in Deutschland gebildet werden. Allgemein könnte eine solche Regelung relativ schnell umgesetzt werden und wäre nur mit einem geringen administrativen Aufwand verbunden. Entsprechend niedrig wären die Umsetzungskosten, da sich der Entwicklungsaufwand weitgehend auf die Festlegung der Aufgaben, Kompetenzen und Dokumentationspflichten dieser Ausschüsse beschränkt. Hierbei könnte man sich an amerikanischen Vorbildern orientieren. Ein Vorteil dieses Verfahrens ist sicherlich, dass die Methode eine große

Flexibilität aufweist. Die Mitglieder der Personaleinsatz-Ausschüsse sind mit den individuellen Merkmalen des Krankenhauses und der Stationen vertraut und können daher spezifisch sinnvolle Lösungen finden. Allerdings stellt sich die Frage, wie angesichts der gegenwärtig stark begrenzten finanziellen Ressourcen solche Staffing Committees zu besseren Ressourcenverteilungsentscheidungen kommen sollen. Sofern der Pflege keine zusätzlichen finanziellen Mittel durch die Krankenhausleitung zugestanden werden, wird bestenfalls eine Reorganisation des bestehenden Pflegepersonals möglich sein. Aktuell wird die Personalplanung in der Regel durch die Pflegedienstleiter bzw. Pflegedirektoren durchgeführt bzw. koordiniert. Auch diese Personen sollten aufgrund ihres fachlichen Hintergrundes in der Lage sein, eine entsprechend der jeweiligen Erfordernisse notwendige Personalplanung zu erstellen. Allerdings sind es häufig die geringen finanziellen Mittel im pflegerischen Bereich, durch die es zu engen Personalplänen kommt. Hinzu kommt, dass die Manipulierbarkeit des Instruments relativ hoch ist, da es keine objektiven Vorgaben für die Personalbesetzung gibt, sodass die Effektivität des Instruments insgesamt fraglich erscheint.

f. Erweiterte Veröffentlichungspflichten

In mehreren amerikanischen Bundesstaaten (u.a. Illinois, Minnesota, New Jersey, New York, ...) sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet die Personalpläne offenzulegen (in sogenannten „Hospital Patient Care Staffing Reports“) und dort eine Auskunft über das Patienten-Pflegekraft-Verhältnis zu geben. Die Ebene des Reportings ist in der Regel die einzelne Fachabteilung.

In Deutschland müssen die Krankenhäuser ebenfalls die Personalzahlen der jeweiligen Fachabteilungen in den Qualitätsberichten offenlegen. Allerdings sind diese Angaben deutlich weniger aussagekräftig als die amerikanischen Personaleinsatzberichte. Insofern würde hier grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, die Publikationspflichten der Krankenhäuser auszuweiten und um Elemente der Personaleinsatzplanung und Betreuungsrelation zu ergänzen. Solche Vorgaben könnten relativ kurzfristig vom G-BA in die Regelungen zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser aufgenommen werden. Bei der Entwicklung könnten die Reporting der amerikanischen Bundesstaaten als Vorbild dienen. Der Einführungsaufwand würde sich somit in überschaubaren Grenzen bewegen.

Allerdings ist zu hinterfragen, ob und inwieweit solche Informationen tatsächlich vom Patienten wahrgenommen und korrekt interpretiert werden können. So tritt bei den Qualitätsberichten eine vergleichbare Problematik auf. Sie werden zwar bereits seit mehreren Jahren patientenorientiert weiterentwickelt, als Entscheidungsgrundlage für die Krankenhauswahl der Patienten oder deren Einweiser dienen sie letztlich aber wohl nur äußerst selten. Insofern ist ein direkter Nutzen dieses Reportings nicht zu erwarten. Dennoch erscheinen solche Informationen im Hinblick auf die weitere Erforschung des Zusammenhangs von Behandlungsqualität und Versorgungssituation hilfreich. Die Reduktion auf das Reporting einzelner Kennzahlen (Patienten pro examinierte Pflegekraft) erscheint angesichts unterschiedlicher Delegationskonzepte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie baulicher Erfordernisse jedoch etwas simplifizierend. Entsprechend müsste auch Platz für entsprechende Erläuterungen und eine Darlegung des Pflegekonzeptes gegeben werden. Der zusätzliche Administrationsaufwand sollte bei nicht allzu detaillierten Anforderungen nur moderat ausfallen.

6. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Die Personalbesetzung der pflegerischen Berufsgruppen in deutschen Krankenhäusern liegt auf einem grenzwertig niedrigen Niveau, sodass häufig nicht gewährleistet ist, dass alle notwendigen pflegerischen Maßnahmen tatsächlich durchgeführt werden können. Sowohl die internationalen Vergleiche der Betreuungsrelation (im Sinne Verhältnisses von Patienten je Pflegekraft) als auch die nationalen Studien zur Belastungssituation in der Pflege zeigen einen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf auf. Auch die Bundesregierung hat diesen Handlungsbedarf erkannt und im Koalitionsvertrag untermauert.

Niedrige Personalzahlen in den Krankenhäusern lassen bei einer freien Mittelverwendung im Rahmen des DRG-Systems jedoch nicht zwangsläufig auf eine Unterfinanzierung der Pflege schließen. Allerdings birgt die Kalkulationslogik der DRGs die Gefahr, dass der beschriebene „Kellertreppeneffekt“ Defizite im pflegerischen Bereich weiter verstärkt. Je niedriger der Personalbestand in den Kalkulationshäusern ausfällt, desto geringer fallen die Kostenanteile der Pflege und somit deren Anteile am DRG-Erlös aus, unabhängig vom tatsächlichen am Patienten erbrachten Pflegeaufwand. Da im derzeitigen Finanzierungssystem keine Zweckbindung der Mittel besteht, müsste ein nutzenmaximierendes Krankenhaus zwar schon in eigenem Interesse eine ausreichende Personaldecke in der Pflege vorhalten. Aufgrund der Tatsache, dass die Pflege keinen erlösgenerierenden Charakter aufweist (abgesehen vom PKMS), wurden in der Vergangenheit pflegerische Bedürfnislagen aber oftmals anderen Aspekten untergeordnet. Mit Blick auf den hinzu kommenden Nachwuchskrätemangel droht eine Abwärtsspirale in der Pflegepersonalbesetzung, die nicht kurzfristig lösbar wäre und daher akuten Handlungsbedarf erfordert.

Die Erfahrungen der letzten Jahre und Jahrzehnte zeigen, dass ohne die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für die Krankenhauspflege kein wirksamer Effekt auftreten wird. Die bisherigen gesundheitspolitischen Maßnahmen hatten dabei aber nahezu ausschließlich einen kurzfristigen Erfolgshorizont. Die zentrale Frage ist daher, welche Instrumentarien in der Pflege angewandt werden können, um nachhaltig eine ausreichende Personalbesetzung zu sichern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich eigentlich sämtliche Akteure im deutschen Krankenhauswesen einig sind, dass sich das DRG-System als Finanzierungssystem bewährt hat und lediglich Nachbesserungen in verschiedenen Bereichen notwendig sind bzw. sinnvoll sein könnten. Das bedeutet aber auch, dass Instrumente zur besseren Abbildung der Pflege im Finanzierungssystem keine strukturellen Umwälzungen des gesamten Finanzierungsapparates bewirken sollten, sondern sich in das DRG-System integrieren lassen bzw. zu ihm kompatibel sein müssen.

Die hier durchgeführte Analyse bietet dafür erste Anhaltspunkte, indem sie national und international etablierte bzw. diskutierte Instrumente zur adäquaten Personalbemessung in der Pflege vorstellt und anhand ausgewählter Kriterien bewertet. Einschränkend muss bei den Ergebnissen berücksichtigt werden, dass es sich lediglich um eine erste Übersicht und eine rein argumentationslogische Auswertung der Instrumente handelt. Die Instrumente wurden dabei nicht abschließend in allen denkbaren Ausgestaltungsformen analysiert und es wurden keine Methoden der vergleichenden Entscheidungsfindung angewandt, um die Alternativen abschließend gegenüberzustellen.

Dennoch bietet die durchgeführte Untersuchung wichtige Erkenntnisse. So zeigt sich, dass keine der Maßnahmen alleine für sich in der Lage sein wird, die Problematik der personellen Unterbesetzung in der Krankenhauspflege nachhaltig zu lösen. Hinzu kommt die Erkenntnis, dass die im internationalen Kontext eingesetzten Instrumente der Steering Groups und der Erweiterten Veröffentlichungspflichten als eher ungeeignet für das deutsche System scheinen. Beide Instrumente weisen eher eine

gewisse symbolische Wirkung auf, jedoch ist kein direkter Mehrwert in der Praxis zu erkennen. Die Steerings Groups entsprechen im eigentlichen Sinne dem existierenden Zusammenspiel zwischen Geschäftsleitung, Pflegedirektion und Stationsleitungen, die bislang über das Pflegebudget und die entsprechenden Mittelzuweisungen entscheiden und somit ohnehin eine hohe Kompetenz in der Pflege repräsentieren. Erweiterte Veröffentlichungspflichten wären auch nur dann ein aussichtsreiches Instrument, wenn die Patientenentscheidung für oder gegen ein Krankenhaus tatsächlich zentral von den veröffentlichten Berichten (in Deutschland den Qualitätsberichten) abhängen würde.

Anhaltszahlen sind ebenfalls kritisch zu hinterfragen, da der Vorgang zu deren Bestimmung nicht abschließend definiert werden kann. Im besten Fall sollten sich die Anhaltszahlen an umfangreichen empirischen Studienergebnissen zum pflegerischen Aufwand, bekannten Zusammenhängen zur Ergebnisqualität sowie dem unterschiedlichen Bedarf von Krankenhäusern, Stationen und Patientengruppen orientieren und es sollte die Möglichkeit bestehen, diese Anhaltszahlen an die jeweiligen spezifischen Rahmenbedingungen eines Krankenhauses anzupassen. Nicht ganz unwahrscheinlich ist jedoch, dass die Festlegung solcher Anhaltszahlen letztlich eher einen politischen Kompromiss darstellt, was unter inhaltlichen Gesichtspunkten weniger zu begrüßen wäre.

Eine abschließende Bewertung von Nursing Related Groups ist nicht möglich, da lediglich konzeptionelle Ideen hierzu analysiert werden konnten. Grundsätzlich erscheint eine erlösgenerierende Wirkung sämtlicher Pflegeleistungen aber durchaus attraktiv, um die Wertigkeit der Pflege im Krankenhaus zu erhöhen und somit gegebenenfalls auch aus wirtschaftlichem Interesse eine adäquate Personalbesetzung reizvoll erscheinen zu lassen.

Am ehesten geeignet ist nach erster Analyse der Einsatz von Pflegeaufwandserfassungssystemen zur Personalbemessung in der Pflege. Diese Instrumente orientieren sich am tatsächlich anfallenden pflegerischen Versorgungsaufwand (je nach Wahl des Instruments anhand von Normwerten bis hin zu Echtdateien) und werden somit der Situation in der Praxis am ehesten gerecht. Die derzeitige Verwendung der PPR als Verrechnungsinstrument im Rahmen der Kalkulation zeigt auch, dass die Instrumente ohne weiteres ins DRG-System einzufügen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass je nach Wahl des Instruments durchaus relevante Unterschiede im Hinblick auf die Validität, den administrativen Aufwand sowie die Dauer und Kosten der Implementierung auftreten. Grundsätzlich gilt dabei, je valider das Instrument sein soll, desto größer ist der Aufwand der Implementierung.¹⁴

Ebenfalls ist zu bedenken, dass die Implementierung von Pflegeaufwandserfassungssystemen zur Personalbemessung mit verschiedenen Problemen einhergeht. So würde eine solche Systemumstellung nur in Kombination mit einer Ausfinanzierung der ermittelten Stellen sinnvoll sein. Wie diese konkret auszugestalten ist, wäre zu entscheiden. Eine Möglichkeit wäre, den pflegerischen Anteil aus den DRGs herauszurechnen und zur separaten Finanzierung der Soll-Stellenzahl zu nutzen (ergänzt um zusätzlich bereitzustellende Mittel). Eine andere Variante wäre, die Soll-Stellenzahl auszufinanzieren und die bisherige Kalkulationsmethodik in die Finanzierungspraxis zu überführen. Über die höheren Personalkosten in den Kalkulationskrankenhäusern, würde auch der Anteil der Pflege an den einzelnen DRGs wachsen. Damit das zur Verfügung stehende Geld auch tatsächlich der

¹⁴ Wie in Kapitel 4 beschrieben, wäre eine Umsetzung der PPR relativ unproblematisch möglich. Die LEP hingegen ist zwar ein ausgereiftes Instrument, aufgrund der geringen Verbreitung und der technischen Voraussetzungen aber mit deutlich höherem Aufwand zur Implementierung verbunden. Sollen sogar Echtzeitdaten aus den Krankenhäusern zur Personalbemessung zugrunde gelegt werden (z.B. mittels Diagnosebezogener Tätigkeitsanalyse (DTA)), so wäre eine noch darüber hinaus gehende Infrastruktur zu schaffen.

Pflege zufließt und der Kellertreppeneffekt vermieden wird, müsste hier jedoch eine Zweckbindung der Mittel erfolgen, was wiederum mit den beschriebenen Nachteilen einhergeht.

Eine Möglichkeit, die mit der Zweckbindung verbundene Einschränkung der Managementfreiheiten abzumildern wäre, die zweckgebundenen Mittel nicht an eine reine Stellenbesetzung in der Pflege zu koppeln, sondern als Pflegebudget zu verwenden. Mit diesem Budget könnte dann auch in einen ausgewogenen Skill-Mix (z.B. mit Pflegehelfern etc.) investiert werden. Auch Maßnahmen zur Prozessoptimierung oder der technischen Weiterentwicklung könnten Berücksichtigung finden. Dies würde eine wesentlich bessere Adaption an die jeweiligen Gegebenheiten ermöglichen, als eine starre Orientierung an Kopffzahlen der Pflegekräfte. Eine abschließende Lösung ist dies jedoch auch nicht.

In puncto Skill-Mix ist generell bei allen Instrumenten ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer rein kosten-getriggerten Verlagerung von pflegerischen Tätigkeiten, die durch examiniertes Pflegepersonal zu erbringen sind, auf pflegerisches Hilfspersonal oder pflegefremde Personen kommt. Ein ausgewogener Qualifikationsmix ist genauso wie ein adäquater Altersmix des Personals eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltig qualitativ hochwertige Versorgung. Kosten-basierte Verlagerungseffekte kämen hingegen eher einer Dequalifizierung der Pflege gleich und sollten daher vermieden werden.

Grundsätzlich darf bei der Diskussion auch nicht vernachlässigt werden, dass die Krankenhäuser die derzeit existierende Pflegepersonalknappheit tatsächlich (eingeschränkt) mitherbeigeführt haben. So ist ihnen der Einsatz einer hohen Personaldecke ebenso freigestellt, wie die Verwendung von Pflegeaufwandserfassungssystemen zur exakteren Personalbemessung. In vielen Fällen sind aber wahrscheinlich die wirtschaftlichen Restriktionen zu groß, sodass die Krankenhäuser die Mittel anderweitig einsetzen (bzw. zumindest nicht über die derzeitigen Zuweisungen hinaus in Pflegekräfte investieren). In erster Linie ist hier die unzureichende Investitionskostenproblematik zu nennen. Zahlreiche Stimmen aus dem Krankenhausmarkt sind der Meinung, dass eine adäquate Investitionskostenfinanzierung viele weitere aktuelle Problemfelder gleich mit lösen würde.

Nicht zuletzt gilt es auch die Attraktivität des Pflegeberufs aufzuwerten, was neben einer ausreichenden Personalbesetzung in den Krankenhäusern auch einer Weiterentwicklung in der Aufgaben- und auch der Vergütungsstruktur bedarf. All diese übergeordneten Themen dürfen im Kontext der Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus nicht vergessen werden und verhindern ein abschließendes Urteil zur Vorteilhaftigkeit einzelner Maßnahmen.

Literatur

Abdellah, F.G./Levine, E. (1979): Patient Classification Methods. Better Patient Care Through Nursing Research (2nd ed.). Macmillan. New York.

Aiken, L. H./Sloane, D. M./Cimiotti, J. P./Clarke, S. P./Flynn, L./Seago, J./Spetz, J./Smith H.L. (2010): Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. In: Health Services Research 45 (4), S. 904–921.

Aiken, L. H./Sermeus, W./van den Heede, K./Sloane, D. M./Busse, R./McKee, M. et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: BMJ 344, S. e1717-1730.

Aiken, L. H./Sloane, D.M.; Bruyneel, L./van den Heede, K./Sermeus, W. (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: International Journal of Nursing Studies 50 (2), S. 143–153.

Aiken, L. H./Sloane D.M./Bruyneel, L./van den Heede, K./Griffiths, P./Busse, R. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: The Lancet 383 (9931), S. 1824–1830.

Augurzky, B./Hentschker, C./Krolop, S./Pilny, A./Schmidt, C.M. (2014): Krankenhaus Rating Report 2014, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Ayre, T.C./Gerdtz, M.F./Parker, J./Nelson, S. (2007): Nursing skill mix and outcomes: a Singapore perspective. In: International Nursing Review 54, S. 56–62 .

Baeyens, J.P./Closon, M.C (2010): Differences in nurse (aid) staffing in acute geriatric departments in general hospitals in Europe. In: European Geriatric Medicine 1 (5), S. 320–322.

Bamert, U. (2003): Methode LEP Nursing: Leistungserfassung in der Pflege. In: Lauterbach, A. (Hrsg.): Pflegeinformatik in Europa – European Nursing Informatics. Printernet, Zürich, Hungen, S. 227-232.

Baumberger, D./Hunstein, D. (2009): The Linkage of Nursing Assessment and Nursing Workload. In: Saranto, K./Brennan, P. F./Park, H.-A./Tallberg, M./Ensio, A. (2009): Connecting Health and Humans. Proceedings of NI2009, Helsinki. IOS Press BV, Amsterdam: 36-40.

Bechtel, P./Smerdka-Arhelger, I. (2012): Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. 1. Auflage. Springer Verlag. Berlin/Heidelberg.

Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M./Steffen, P. (2012): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2012. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf. Dezember 2012.

Blum K./Löffert S./Offermanns M./Steffen P. (2013): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2013. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut 2013.

Brosziewski, A./Brügger, U. (2000): Zur Wissenschaftlichkeit von Messinstrumenten im Gesundheitswesen: Am Beispiel der Methode LEP®. Forschungsinstitut für Soziologie, Universität St. Gallen (Hrsg.), 2000.

Bundesagentur für Arbeit (2013): Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg. Juni 2013.

Burmann, S./Göbel, T./Wehner, C. (2011): Pflege-Sonderprogramm. Weniger Stress auf Station. In: *Gesundheit und Gesellschaft*, 14(3): 28-31.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2014): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, Berlin.

DGB (2012): DGB-Index Gute Arbeit, DGB, Berlin.

Eberl, I./Bartholomeyczik, S./Donath, E. (2005): Die Erfassung der Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Eine deskriptive Studie. In: *Pflege* 18: 364-372.

Fischer, W. (1995): Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege. VESKA Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (Hrsg.). Aarau, 1995.

Fischer, W. (1999): Die Bedeutung von Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik. 2. erweiterte Auflage. Wolfertswil (CH): Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Fischer, W. (2002): *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten.* Verlag Hans Huber. Bern.

Gerdtz, M.F./Nelson, S. (2007): 5-20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. In: *Journal of Nursing Management*, 15, S. 64-71.

Görres, S./Bomball, J./Schwanke, A./Stöver, I./Schmitt, S. (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Bremen.

Hiltensperger, M. (2011): Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). Testkliniken loben Version 2.0. In: *kma medien*, 16(3): 48-50.

InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 3. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/cms/inek_site_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch (Letzter Aufruf 22.8.2014).

Isfort, M. (2002): Leistungserfassung in der Pflege (LEP): Denn sie wissen, was sie tun. In: *Pflegezeitschrift*, 55(7): 497-500.

Isfort, M.; Weidner, F. Gehlen, D. (2010): *Pflege-Thermometer 2009.* Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): *Pflege-Thermometer 2012.* Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (2001): *Pflegequalität und Pflegeleistungen I: Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“.* Freiburg, Köln, 2001.

Liang, Y.W./Chen W.Y./Lee J.L./Huang, L.C. (2012): Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan. In: *BMC Health Services Research* 2012, 12, S. 44-51.

Mai, M. (2011): Fluch oder Segen für die Pflege? Der Pflegekomplexmaßnahmen-score (PKMS) wirft eine Reihe von Problemen auf. In: *KU-Gesundheitsmanagement*, 80(5): 46-50.

Menche, N. (2011): *Pflege heute*. 5. Auflage. Elsevier/Urban & Fischer. München.

Nock, L./Hielscher, V./Kirchen-Peters, S. (2013): *Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall der Krankenhauspflege*. Hans Böckler Stiftung. Arbeitspapier 296. Düsseldorf. Dezember 2013.

O'Brien-Pallas, L./Giovannetti, P./Peereboom, E./Marton, C. (1995): *Case Costing and Nursing Workload: Past, Present and Future*. McMaster University Toronto. Toronto.

PWC (2010): *Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahre 2030*, PWC, Frankfurt a. Main.

Reifferscheid, A./Thomas, D./Wasem, J. (2013): Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz. In: Klauber J, Garaedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2013: Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen?* Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 3-20.

Reifferscheid, A./Pomorin, N./Wasem, J. (2014): *Mittelknappheit im Gesundheitswesen (noch nicht publiziert)*

Schanz, B./Leonteva, J. (2012): Endlich ein gerechtes Vergütungssystem? Was die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) bewirkt hat – und was nicht. In: *KU-Gesundheitsmanagement*, 81(4): 58-61.

Scott, C. (2003): *Setting safe nurse staffing levels*, RCN Institute, London.

Simon, M. (2007): *Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005*. Hannover, Dezember 2007.

Simon, M. (2008): *Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung*. Hannover, August 2008.

Statistisches Bundesamt (2006-2012): *Grunddaten der Krankenhäuser*. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (Datenjahre 2004 bis 2012), Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006-2012): *Kostennachweis der Krankenhäuser*. Fachserie 12 Reihe 6.3 (Datenjahre 2004 bis 2012), Wiesbaden.

Wedekind C (2005): DRG - Erlössteigerung durch pflegerrelevante Nebendiagnosen. In: *Pflegezeitschrift* 58 (3): 173-175.

Zander, B./Blümel, M./Busse, R. (2013): Nurse migration in Europe—Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries. In: *International Journal of Nursing Studies* 50 (2), S. 210–218.

Zander, B./Dobler, L./Bäumler, M./Busse, R. (2014): *Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast*. In: *Gesundheitswesen* (noch im Druck).

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

