

Pflegepersonal im Krankenhaus – Fallstricke und Optionen bei der Umsetzung des Koalitionsvertrags

*Gesundheitspolitisches Kolloquium, Universität Bremen
24. April, 2019, Bremen*

Professor Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg

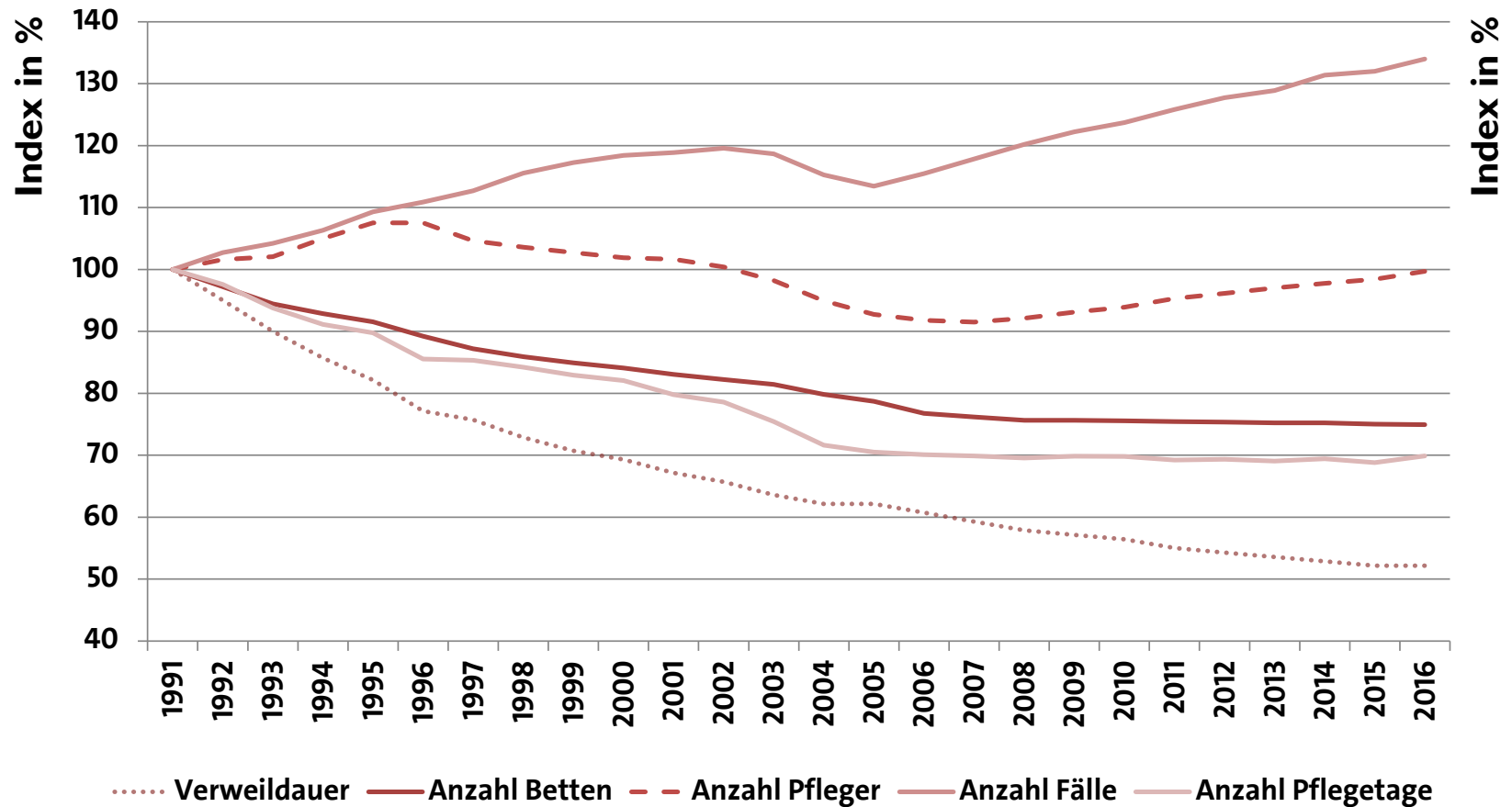


Gliederung

1. Überblick über die Situation der Pflege im Krankenhaus
2. Konzept der Pflegepersonaluntergrenzen
3. Aktuelle Initiativen des Gesetzgebers

I. Überblick über die **Situation der Pflege im Krankenhaus**

Entwicklung der Kernindikatoren (1991=100)



Quelle: Statistisches Bundesamt (1992-2004, 2005-2017)

Bisherige Gesamtsituation der Pflege im Krankenhaus

- Bedarfsschätzungen: wenig zielführend
 - Fallzuwachs und Verweildauerreduktion neutralisieren sich, aber Zunahme der Arbeitsverdichtung (u.a. mehr Aufnahmen/Entlassungen)
 - Internationale Vergleiche nur sehr bedingt zielführend
 - Pauschale Bedarfsschätzungen nicht belastbar (z.B. 100.000)

- Das eigentliche Problem: hohe Heterogenität der Pflegepersonalbesetzung
 - Große Spanne zwischen sehr schwach und sehr gut besetzten Krankenhäusern
 - Besetzung auch innerhalb der Krankenhäuser sehr unterschiedlich

-> führt zu prekärer Situation in bestimmten FA für PflegerInnen und PatientInnen

Bisherige Gesamtsituation der Pflege im Krankenhaus

- Der Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und Versorgungsqualität ist wissenschaftlich vielfach belegt
 - Veröffentlichung in besten medizinischen & gesundheitsökonomischen Fachzeitschriften
 - Erkenntnisse bereits in ausgewählten Bereichen (z.B. Neonatologie) und Landeskrankenhausplänen (u.a. HH) implementiert
 - Studie für Expertenkommission Pflegepersonal im Krankenhaus zu Deutschland (Schreyögg & Milstein, 2017)

- Zunehmender Arbeitskräftemangel u.a. auch infolge attraktiverer Alternativen ohne Schichtdienst

Ziele möglicher Maßnahmen

1. Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes, um auch zukünftig den Bedarf an PflegerInnen decken zu können
 - > Reduktion der Komplexität des Arbeitsalltags durch verbesserte Schichtbesetzung in Teilen der Krankenhäuser
2. Gewährleistung von Patientensicherheit/Versorgungsqualität durch ausreichende Schichtbesetzung
3. Zusätzliche Ressourcen sollten so verausgabt werden, dass sie den höchstmöglichen Nutzen im Sinne der PatientInnen stiften

2. Konzept der Pflegepersonaluntergrenzen

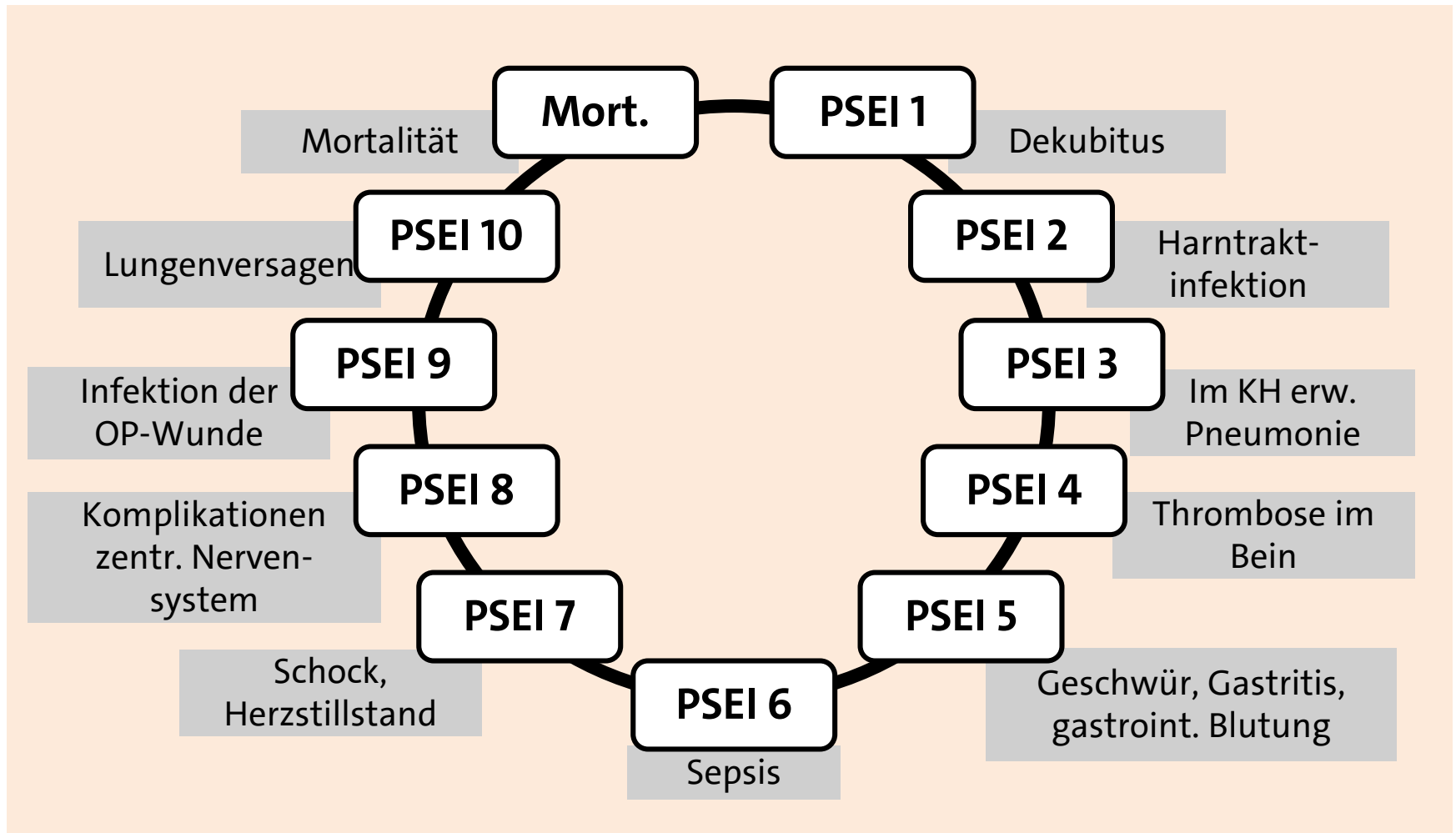
Einführung von Personaluntergrenzen

- Mindestverhältniszahl von PflegerIn pro Patienten (bzw. Betten), die in Abhängigkeit von der Tageszeit und der Fachabteilung/Bereich variiert
- Relativ grobes Instrument, das allerdings in anderen Staaten effektiv war
- Zielgruppe: Krankenhäuser mit deutlich zu wenig Pflegepersonal müssen aufwachsen
- Führt zu Homogenisierung der Personalbesetzung unter den Krankenhäusern/
Gewährleistung einer Mindeststrukturqualität

Studie zur Identifikation pflegesensitiver Fachabteilungen

- Zielstellung: Ermittlung von Fachabteilungen, die besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege sind
- Einfluss der Personalbelastungszahl (durchschnittliche Fallzahl pro PflegerIn pro Schicht) auf pflegesensitive Ergebnisparameter (PSEI)
- Für die Berechnungen wurde auf international seit 20 Jahren etablierte über die Zeit verfeinerte Indikatoren zur Definition von pflegesensitiven Ergebnisparametern (PSEI) zurückgegriffen (Daten aus § 21 KHEntgG)
- Verbunden mit Risikoadjustierung

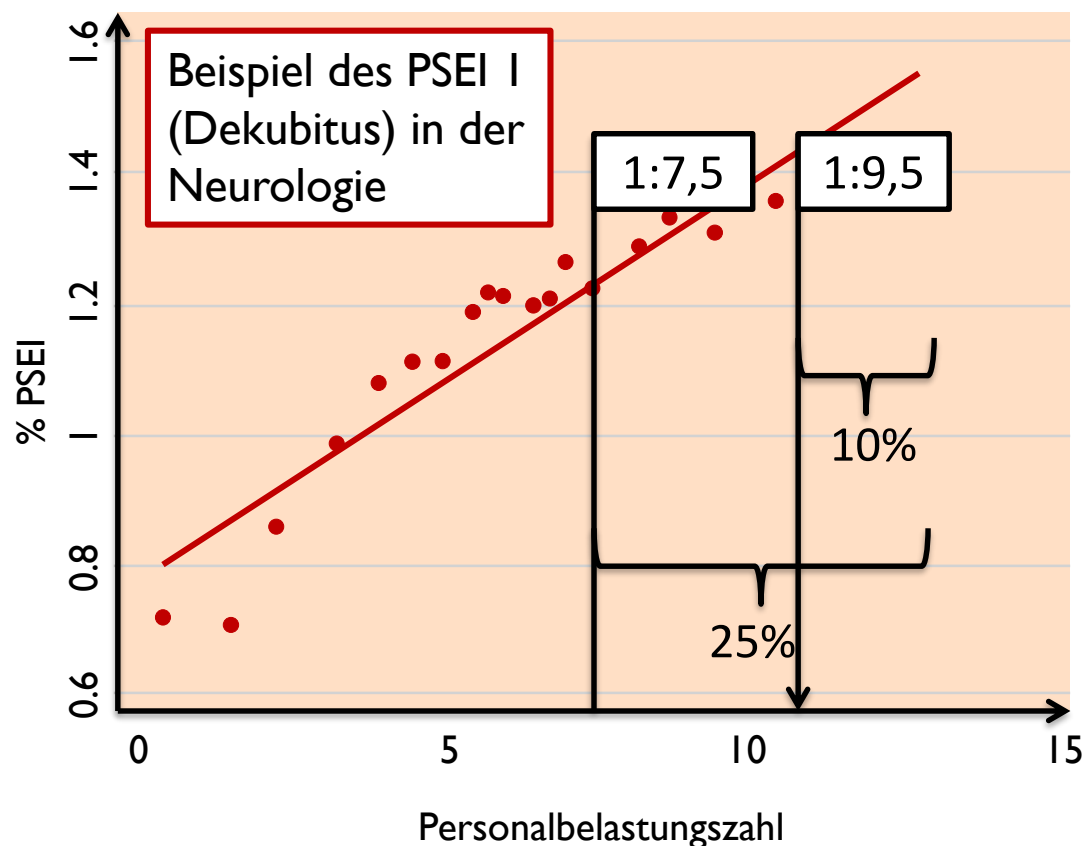
Pflegesensitive Ergebnisparameter (PSEI – Übersicht)



Ergebnisse

FA	PSEI1	PSEI2	PSEI3	PSEI4	PSEI5	PSEI6	PSEI7	PSEI8	PSEI9	PSEI10	Mort.
100 (Innere)	*		**	***	***	***	***	***	***	***	**
200 (Geriat.)	**	***		***	***	***	**		***	**	***
500 (Häma.)						**					*
700 (Gastro.)	**					*					*
1500 (Allg. C.)			*	**	**	***	***		***	**	***
1600 (Unfallc.)	*				***						**
1700 (Neuroc.)								*	*		
1800 (Gefäßc.)	*				*			*			
2100 (Herzc.)		*		***			**				**
2200 (Urol.)		***			*				***		
2300 (Ortho.)							*	**		***	
2800 (Neuro.)	**				***	***	***	***	***	**	***
3300 (Strahl.)				**	**	*	*		***		
3400 (Derma.)	**		***	**	**	*	**		***	***	**
3500 (Zahnh.)	*				***	**	*	*	*	**	**

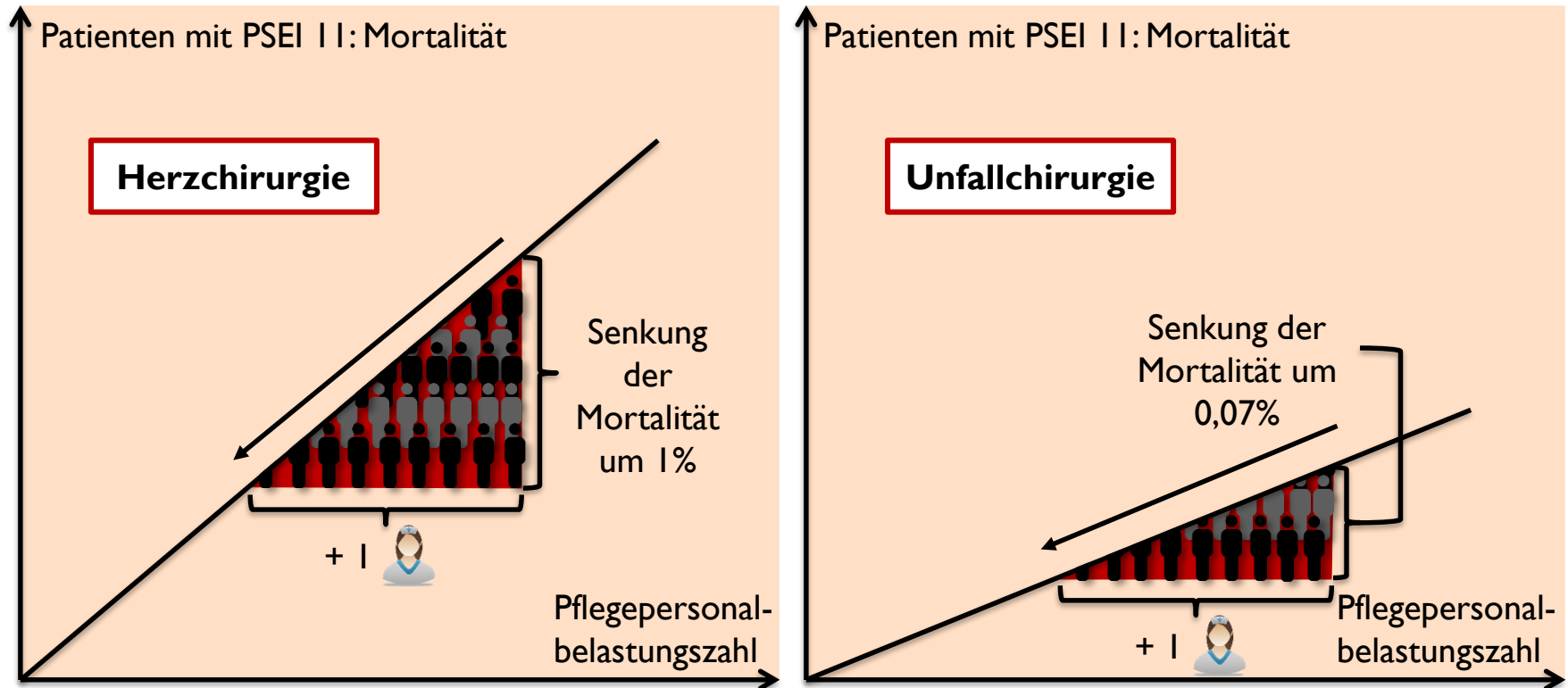
Funktionsweise Pflegepersonaluntergrenzen



Grundprinzip

- Schwellwert wird definiert (untere 25% oder 10%)
- Krankenhäuser unterhalb eines Schwellwertes müssen aufwachsen
- Option: Im nächsten Jahr wird der Schwellwert an die neuen Zahlen angepasst
- Über Kalkulationskrankenhäuser auch Einfluss auf Vergütung

Eine zusätzliche PflegerIn pro Schicht hat - je nach Fachabteilung - sehr unterschiedliche Effekte auf die Qualität



Bei knappen Personalressourcen kommt es daher sehr darauf an, in welcher Fachabteilung eine zusätzliche PflegerIn tätig wird

Fazit: Konzept der Personaluntergrenzen

- Instrument verbessert den Arbeitsalltag der PflegerInnen, gerade in Krankenhäusern mit bisher schwacher Personalausstattung
 - Steigert Attraktivität des Berufes
 - Erhöhung der Bewerberzahlen und Rückkehr von Pflegekräften in Beruf
- Stellt Mindeststandard für Versorgungsqualität sicher
- Je nach Definition von Grenzen deutlicher Aufwuchs möglich
- Keine Evidenz aus anderen Ländern für Hypothese, dass Untergrenzen de facto Obergrenzen wirken
- Vor allem für Fachabteilungen wichtig, in denen der Zusammenhang zur Versorgungsqualität nachweisbar ist (pflegesensitive Fachabteilungen)

3. Aktuelle Initiativen des Gesetzgebers

Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG)

- Ersatzvornahme konsequenter Schritt des BMG
- Initial fragwürdige Auswahl von FA durch Selbstverwaltung
- Intensivmedizin und Unfallchirurgie nachvollziehbar; aber warum Kardiologie zunächst vor Herzchirurgie?; und warum Geriatrie und nicht gleich Innere?
- Einführung in FA mit größtem Effekt auf Versorgungsqualität wäre wichtig, u.a. Herzchirurgie
- Es bleibt abzuwarten, ob Sanktionen effektiv

Pflegepersonalquotient – aus PpSG

- Pflegeuntergrenzen künftig auch zusätzlich auf Gesamthausebene
- Reduziert Risiko von Ausweicheffekten in andere Fachabteilungen
- Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten wäre wichtig
- Im Sinne der Qualitätssicherung sollten allerdings weitere pflegesensitive Bereiche rasch mit konkreten Personaluntergrenzen belegt werden
- Angesichts der Personalknappheit schrittweise Einführung der Personaluntergrenzen auf FA Ebene empfehlenswert: zunächst in FA mit größtem Effekt auf Versorgungsqualität
 - erlaubt Markt genügend Zeit, auf Bedarf zu reagieren

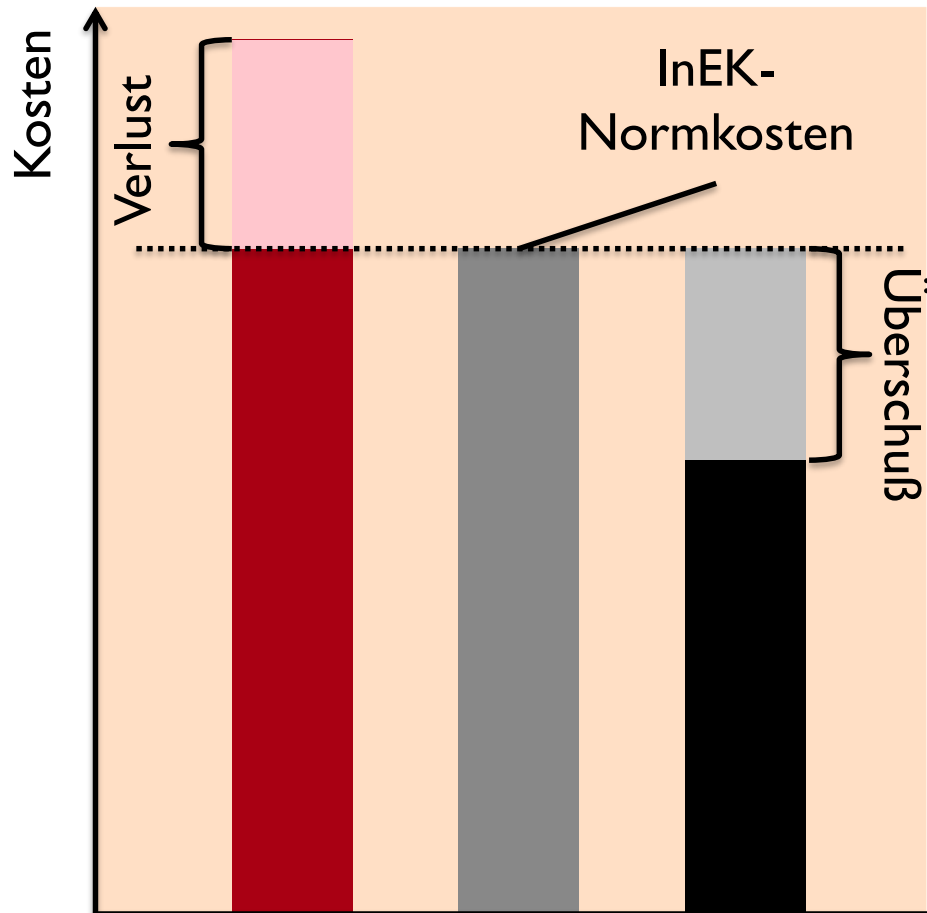
Krankenhausindividuelles Pflegebudget (Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs)

- Im Prinzip erfüllen Personaluntergrenzen bereits die Ziele Attraktivitätssteigerung und Setzung von Mindeststandards

- Aber: Krankenhäuser werden im DRG-System incentiviert, bei der Kostenart „Personalkosten Pflegedienst“ unterhalb der InEK Normkosten zu bleiben -> Kostenminimierung
 - Es gibt auch Krankenhäuser die deutlich über InEK-Normkosten agieren → Normalverteilung
 - Problematisch sind Krankenhäuser, die deutlich unterhalb der InEK Normkosten liegen

- Grundsatzfrage: Wie kann dieser Anreiz für die Pflege gemindert oder sogar in die andere Richtung gedreht werden, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Kostenminimierungsanreizes für andere Kostenarten?

Funktionsweise des G-DRG Systems



- Die Pflegekosten sind in der Vergütung durch DRGs enthalten
- Die Vergütung bildet die durchschnittlichen IST-Kosten ab
- Um einen Überschuss zu erwirtschaften, muss ein Krankenhaus unter InEK-Normkosten (Durchschnittskosten) bleiben
- Das G-DRG System bietet so den Anreiz, die Kosten zu minimieren
- Dieser Anreiz ist für die meisten Kostenarten sehr sinnvoll

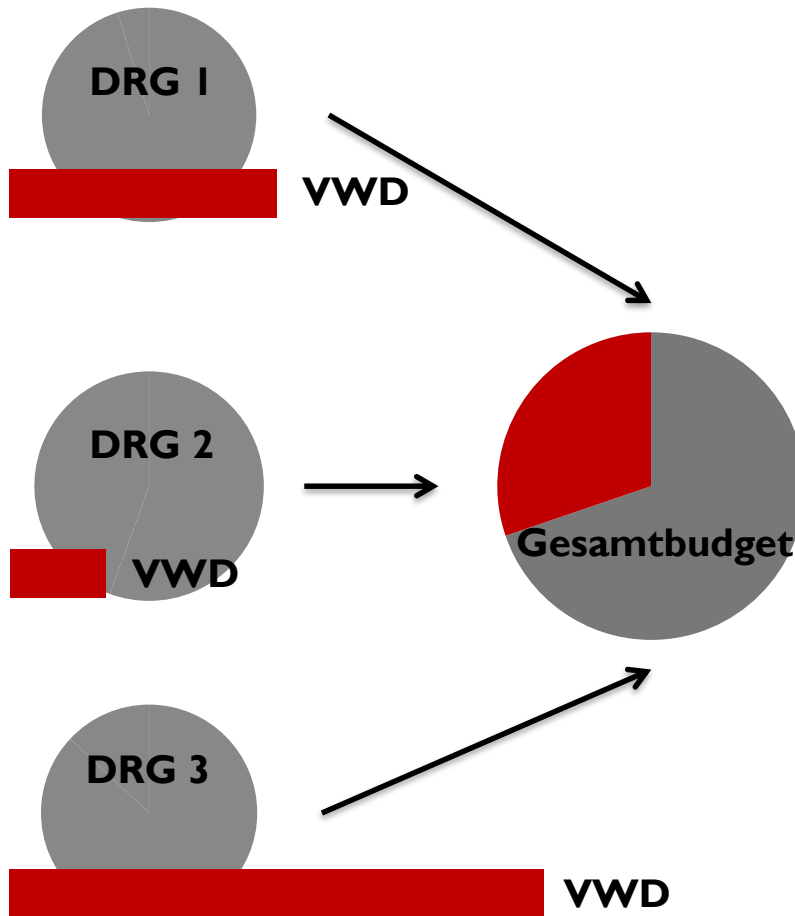
Die derzeitige Definition des Pflegebegriffs des InEK

Anlage 5		Personal-kosten ärztlicher Dienst	Personal-kosten Pflegedienst	Personal-kosten med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf			Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b ¹	5 ¹	6a	6b ¹	6c ¹	7	8
Normalstation	1	Pflegelage	PPR-Minuten ²	Pflegelage	PPR-Minuten ²	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten ²	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Pflegelage	Pflegelage
Intensivstation	2	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden

OP-Bereich	4	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit ⁴	nicht relevant	Zeit/HLM-Zeit mit Rüstzeit ⁴	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit ⁴	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit ⁴	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit ⁴	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit ⁴
Anästhesie	5	Anästhesiologiezeit und GZF ⁴	nicht relevant	Anästhesiologiezeit	Anästhesiologiezeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	nicht relevant	Anästhesiologiezeit	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Anästhesiologiezeit	Anästhesiologiezeit
Kreißsaal	6	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal	Aufenthaltszeit Patientin im Kreißsaal
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	Eingriffszeit ⁷	nicht relevant	Eingriffszeit ⁷	Eingriffszeit ⁷	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Eingriffszeit ⁷	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Eingriffszeit ⁷	Eingriffszeit ⁷
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung ⁹	Punkte lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Diagnostische Bereiche	11	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	nicht relevant	2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog
Therapeutische Verfahren	12	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	nicht relevant	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog
Patientenaufnahme	13	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	nicht relevant	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Ist-Verbrauch Einzelkostenzuordnung	nicht relevant	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog

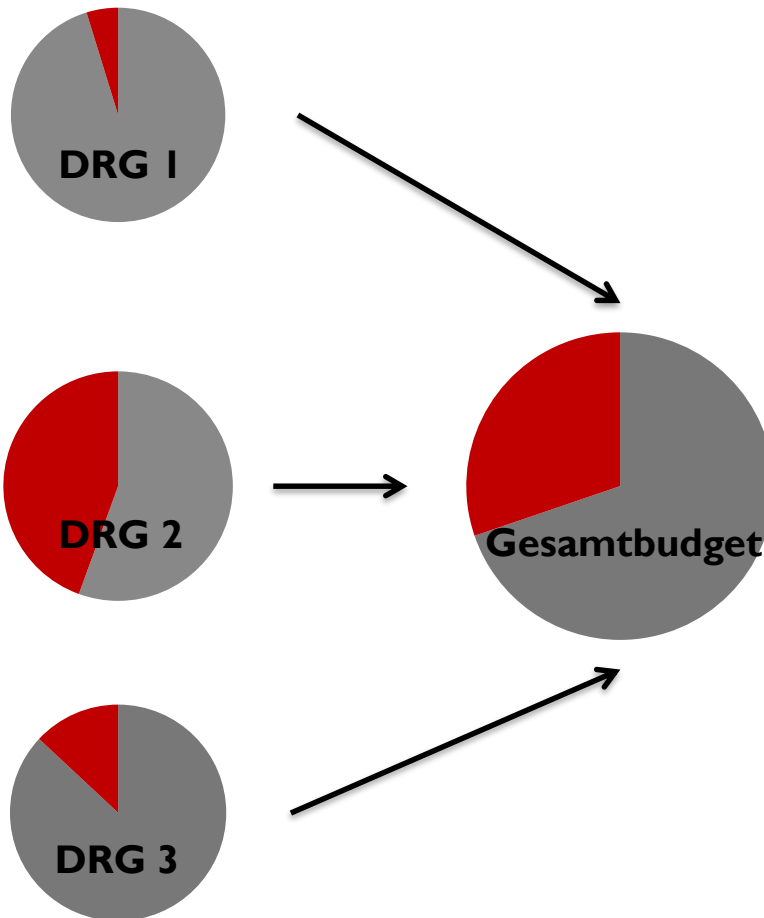
- Pflege Grundlage diverser Elemente der Kostenberechnung von Fallpauschalen
- Keine definitorischen Vorgaben (von Essensausgabe über Verblisterung bis zu Pflege am Patienten)
- Pflege durch PPR-Minuten oder Pflegelage abgebildet
→ als Bezugsgröße in weiteren Kostenarten enthalten

Tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung (ab 2020)



- Verweildauer des individuellen Falles wird berücksichtigt
- Pflegeanteil pro DRG wird pro Tag berechnet
- Dann Multiplikation mit individueller Verweildauer pro Fall
- Pflegeanteile gewichtet mit Verweildauern werden aufsummiert und in Finanzvolumina/ Stellenbesetzungen umgerechnet

Alternativmodell: Pflege hätte im DRG-System verbleiben können



- DRG-Systemimmanent
- Jeder DRG wird ein Pflegeanteil zugeordnet
- Die Pflegeanteile werden aufsummiert und in Finanzvolumen/ Stellenbesetzungen umgerechnet
- Die aus dem Pflegeanteil stammende Vergütung kann gesondert ausgewiesen werden
- Korridormodell: z.B. Pflegeanteil muss zu 100% ausgegeben werden. Bis 120% werden zusätzliche finanziert

Fazit: Krankenhausindividuelles Pflegebudget

- Wirkt Anreiz zu Kostenminimierung in der Pflege entgegen
- Führt zu größerer Transparenz und Bedarfsindividualität der Pflegekosten, da eigenes Pflegebudget
- Gefahr der Reintegration von patientenfernen Tätigkeiten, da Pflegehilfskräfte auch berücksichtigt, z.B. Administration, Logistik (Anreiz bestand bisher nicht)
→ Lösung: patientennahe Tätigkeiten müssen (für G-DRG System) klar definiert werden
- Prüferfordernisse nehmen zu
- Bei allen Optionen bleiben Pflegeuntergrenzen weiterhin erforderlich (Beispiel: ländliche Krankenhäuser)

Ausblick

- Pflegepersonaluntergrenzen und krankenhausesindividuelle Pflegebudgets sind gerade in der Kombination gut geeignet um einen Aufbau der Pflege zu beschleunigen
- Krankenhausindividuelles Pflegebudget dreht bisher bestehenden Anreiz zur Reduktion der Pflegekosten und unterstützt Aufwuchs an PflegerInnen
- Pflegepersonaluntergrenzen stellen sicher, dass genügend Personal an der richtigen Stelle zur Verfügung steht
- Instrumente sollten in den nächsten Jahren evaluiert und nachadjustiert werden, insbesondere auch hinsichtlich der Wirkung von Sanktionen

Kontakt

Professor Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36 · 20354 Hamburg

Tel: +49 40 428 38 - 8041

Fax: +49 40 428 38 - 8043

jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de
www.hche.de

hche | Hamburg Center
for Health Economics

