

**Personalbemessung im Pflegedienst der  
Krankenhäuser:  
Bisherige Entwicklung und aktuelle Vorhaben  
der großen Koalition**

**Prof. Dr. Michael Simon**

**Vortrag auf der Tagung „Krankenhaus statt Fabrik“  
Stuttgart, 20. Oktober 2018**

## Struktur des Vortrags

- **Grundfragen der Personalbesetzung von Krankenhäusern**
- **Entwicklung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser 1993-2016**
- **DRG-System und Personalbesetzung**
- **Aktuelle Entwicklungen**
  - **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)**
  - **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**
- **Fazit und Ausblick**

# **Grundfragen der Personalbesetzung in Krankenhäusern**

# Welches und wie viel Personal ist vorzuhalten?

- **Gesellschaftliche Erwartungen**
  - Wenn man in ein **Krankenhaus** geht oder eingeliefert wird, sollte **alles** gemacht werden, **was aus medizinischer und pflegfachlicher Sicht notwendig ist (bedarfsgerechte Versorgung)**
  - Dazu gehört vor allem eine zur Deckung des Behandlungs- und Pflegebedarfes **ausreichende Personalbesetzung**, was sowohl die **Anzahl** als auch die **Qualifikation** des Personals betrifft

# Gesetzliche Vorgaben

- **§ 1 KHG: Ziele staatlicher Krankenhauspolitik**
  - "Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und **bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung** mit leistungsfähigen, **qualitativ hochwertig** und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu **gewährleisten** und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen" (§ 1 Abs. 1 KHG).
- **SGB V: Pflichten der Krankenkassen und Leistungserbringer**
  - „Die **Krankenkassen** und die **Leistungserbringer** haben eine **bedarfsgerechte** und gleichmäßige, dem allgemein **anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse** **entsprechende Versorgung** der Versicherten zu **gewährleisten**“ (§ 70 Abs. 1 SGB V).
  - "Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des **Versorgungsauftrags** des Krankenhauses **alle Leistungen, die im Einzelfall** nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus **notwendig sind**" (§ 39 Abs. 1 SGB V).

# Professionelle Standards

- Ob eine **Personalbesetzung** ausreichend und bedarfsgerecht ist, kann nur unter Rückgriff auf **anerkannte professionelle Standards** festgestellt oder beantwortet werden
- Maßgeblich ist somit letztlich der **ärztliche oder pflegerische Sachverstand**
- **Beispiele**
  - DIVI-Empfehlung zur Personalbesetzung auf Intensivstationen
  - Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF)

## Positionen des BMG<sup>1</sup>

- Ziel der neuen Verordnung (PpUGV) und des PpSG (§ 137j SGBV) ist ausdrücklich **keine ausreichende und bedarfsgerechte Personalbesetzung**
- Zweck der Regelungen ist **nur** die Gewährleistung einer **'Minimalbesetzung'** auf dem Niveau der Grenze zu den 25% am **schlechtesten besetzten Krankenhäuser**
- **Quellen**
  - "Informationsvermerk" für die große Beratungsrunde nach § 137i SGB V
  - Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs im BMG auf eine parlamentarische Anfrage
  - Begründung des PpSG

1) zur Kritik der Positionen des BMG vgl. Simon (2018b, 2018d)

# Wie kann der Personalbedarf festgestellt werden?

- Einsatz eines geeigneten und fachlich anerkannten Verfahrens zur Personalbedarfsermittlung
  - Beispiele: PPR, Psych-PV, LEP etc.
- Grundprinzipien
  - Ausdifferenzierung des Tätigkeitsspektrums in **einzelne Tätigkeiten oder Tätigkeitskomplexe**
  - Hinterlegung dieser **Tätigkeiten** oder Tätigkeitskomplexe mit **Minutenwerten** (erforderliche Arbeitszeit)
  - Einschätzung des **individuellen Leistungsbedarfes jedes Patienten**: Welche Leistungen sind aus professioneller Sicht wie oft pro Tag oder Schicht notwendig?
  - **Personalbedarf = Addition** der für alle Patienten als notwendig festgestellten Leistungen und Zeiten
  - **Umrechnung in Stellen** = Berücksichtigung von **Ausfallzeiten** (Krankheit, Urlaub etc.)



## Wie ist die Finanzierung zu regeln?

- Wenn sowohl von den Krankenhäusern als auch den Krankenkassen eine **ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung** zu gewährleisten ist, dann **ist** diese auch **zu finanzieren**
- Beispiele PPR und Psych-PV
  - Grundsatz: Psych-PV/PPR-Minuten = Grundlage für Budgetvereinbarung
  - Psych-PV: Deckelung durch Obergrenze (§ 71 SGB V)
- **DRG-System** gewährleistet keine bedarfsgerechte Personalbesetzung

# **Entwicklung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser 1993-2016**

## Entwicklung der Personalbesetzung im Pflegedienst<sup>1</sup>

- „Pflegenotstand“ Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre
- 1993-1995: PPR
- **1993: Personalmehrbedarf** laut PPR = **mehr als 20%**
  - Ergebnis einer Hochrechnung der GKV-Spitzenverbände
- 1994-1996: Personalzuwachs durch PPR
- 1996: Aussetzen der PPR für die Budgetfindung
- 1997: Aufhebung der PPR
- 1997-2007: bundesweiter **Stellenabbau**
- Seit 2008: leichter **Stellenzuwachs**
  - v.a. durch die **Pflegeförderprogramme**

1) zu weiteren Informationen vgl. Simon (2018d)

## Entwicklung Soll-/Ist-Besetzung (Vollkräfte)

|           | <b>Soll-Ist-Vergleich<br/>ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung</b>             |          |
|-----------|--|----------|
| 1993      | Soll-Besetzung gemäß PPR   | 350.000  |
|           | Ist-Besetzung  | 289.000  |
|           | Soll-Ist-Differenz   | -61.000  |
| 1994-1996 | Stellenzuwachs   | +16.000  |
| 1997-2001 | Stellenabbau   | -14.000  |
| 2001      | Ist-Besetzung  | 291.000  |
|           | Differenz: Soll-Besetzung 1993/Ist-Besetzung 2001  | -59.000  |
| 2002-2007 | Stellenabbau   | -33.000  |
| 2007      | Ist-Besetzung  | 258.000  |
|           | Differenz: Soll-Besetzung 1993/Ist-Besetzung 2007  | -92.000  |
| 2008-2016 | Stellenzuwachs   | +19.000  |
| 2016      | Ist-Besetzung  | 277.000  |
|           | Differenz: Soll-Besetzung 1993/Ist-Besetzung 2016  | -73.000  |
|           | <b>Berücksichtigung eines erhöhten<br/>Personalbedarfs durch höheren Leistungsumfang</b> |          |
| +10 %     | Soll-Besetzung 1993  | 350.000  |
|           | 10 % höherer Personalbedarf durch Leistungszuwachs                                       | 35.000   |
|           | Erhöhte Soll-Besetzung   | 385.000  |
|           | Differenz zwischen Soll 1993 und Ist 2016  | -108.000 |
| +20 %     | Soll-Besetzung 1993  | 350.000  |
|           | 20 % höherer Personalbedarf durch Leistungszuwachs                                       | 70.000   |
|           | Erhöhte Soll-Besetzung   | 420.000  |
|           | Differenz zwischen Soll 1993 und Ist 2016  | -143.000 |

# **DRG-System und Personalbesetzung**

## DRG-Einführungsphase

- Das **DRG-System** wurde **ausgehend von einer Unterbesetzung** im Pflegedienst **eingeführt**
- In der Einführungsphase wurde **massiv Personal abgebaut**
- Um **Verluste zu vermeiden** oder die **Renditeerwartungen** der privaten Klinikketten zu befriedigen wurden **mehr Pflegestellen abgebaut als aufgrund der DRGs notwendig war**
  - **DRGs = primäre Ursache des Stellenabbaus**: Kostendurchschnitt wurde zur Obergrenze
  - Darüber hinaus wurden **intern Mittel zu Lasten der Pflege** zu anderen Zwecken **umverteilt** (Stichwort: soziale Ungleichheit)

# DRG-System und Personalbesetzung

- **Kalkulation** auf Grundlage der **Ist-Kosten** = Fortschreibung der Ist-Besetzung = **Fortschreibung von Unterbesetzung**
- Kalkulation auf Grundlage des **Kostendurchschnitts** = Durchschnitt **wird zur Obergrenze**
- **Kostenhomogenität**: DRGs sind **nur auf der Ebene der Gesamtfallkosten** 'kostenhomogen' - unterhalb und in den einzelnen Kostenarten (**Pflege**) weisen sie unbekannte und sicherlich auch sehr **hohe Kostenvarianzen** auf
- Der **individuelle Pflegebedarf** spielt **weder** bei der **Kostenermittlung** **noch** bei der **Zuordnung zu einer DRG** eine Rolle, folglich werden mit den **DRGs sehr unterschiedliche Pflegebedarfe** mit ein und derselben DRG vergütet

# **Aktuelle Entwicklung**



## Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i SGB V)<sup>1</sup>

- Beschluss kurz vor Ablauf der Legislaturperiode **Mitte 2017**
- **"Pflegepersonaluntergrenzen" für "pflegesensitive Bereiche"**
  - **pflegesensitive Bereiche:** Bereiche, in denen ein Zusammenhang zwischen Personalbesetzung und Komplikationen („unerwünschte Ereignisse“) besteht
- **Beauftragung des GKV-SV und der DKG**
- schnelle Einigung auf einen sogenannten **"Perzentilansatz"** (Untergrenze auf niedrigem Niveau)
- **Kritik** der an den Beratungen **zu beteiligenden Organisationen** (ver.di, DPR, PatV, AWMF, DGP) und Forderung nach Intervention der Politik
- **Scheitern der Verhandlungen** kurz vor Abschluss
- **Somit stand das BMG in der Pflicht**, eine Verordnung zu erlassen

1) zu weiteren Informationen vgl. Simon (2018a).

# Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

- **23.09.2018: Vorlage des Entwurfs<sup>1</sup>**
- **05.10.2018: Erlass der PpUGV**

1) zur Kritik des Referentenentwurfes für eine PpUGV vgl. Simon (2018c, 2018d)

## Inhalte der PpUGV (1)<sup>1</sup>

- **Sechs pflegesensitive Bereiche: Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie, Herzchirurgie**
- **Untergrenzen für vier Fachabteilungen**
  - **Intensivmedizin**
    - **Tagschicht: 1:2,5; Nachtschicht: 1:3,5**
  - **Geriatrie**
    - **Tagschicht: 1:10; Nachtschicht: 1:20**
  - **Unfallchirurgie**
    - **Tagschicht: 1:10; Nachtschicht: 1:20**
  - **Kardiologie**
    - **Tagschicht: 1:12; Nachtschicht: 24**
- **Begrenzung des Anteils der Pflegehilfskräfte (mind. einjährige Ausbildung): 8-40%**

1) zur Kritik des PpUGV-Referententwurfes vgl. Simon (2018d).

## Inhalte der PpUGV (2)

- **Einhaltung**
  - Vorgaben gelten für jede Schicht, es gibt allerdings **keine ausdrückliche Verpflichtung zur schichtgenauen Einhaltung**
  - Das **einzelne KH** muss die **Einhaltung lediglich anhand eines monatlichen Durchschnittswertes feststellen** und das Ergebnis einmal pro Quartal an das InEK und den Krankenkassen melden
  - Es ist **keinerlei externe Kontrolle** vorgesehen
  - **Sanktionen** bei **Nichteinhaltung** sollen GKV-SV und DKG vereinbaren
- **Außerkräfttreten**
  - An dem Tag, an dem sich GKV-SV und DKG auf eine Vereinbarung einigen, soll die PpUGV außer Kraft treten (frühestens zum 1.01.2020)

# Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)<sup>1</sup>

- **Gesetzentwurf liegt vor – Inkrafttreten zum 1.01.2019 geplant**
- **Wichtigste Vorhaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der KHs**
  - **Pflegebudget**
  - **Pflegepersonalkostenvergütung**
  - **Pflegelastkatalog**
  - **Pflegepersonalquotient**

1) zur Kritik des Regierungsentwurfes vgl. Simon (2018c, 2018d).

# Inhalte des PpSG (1)

- **Pflegebudget**
  - **Ausgliederung der Pflegepersonalkosten** aus den **DRG-Fallpauschalen**
  - Finanzierung der Personalkosten des Pflegedienstes ab 2020 über ein gesondertes **Pflegebudget**
  - Vereinbarung des Pflegebudgets auf Grundlage der **krankenhausindividuellen Personalkosten** (Selbstkostendeckung)
  - „Abzahlung“ des Pflegebudgets durch **tagesbezogenes Entgelt**
- **Pflegepersonalkostenvergütung**
  - Grundlage: **Pflegelast-Katalog** (tagesbezogene Bewertungsrelationen für die ausgegliederten Pflegepersonalkosten)
  - **Berechnung** der Pflegepersonalkostenvergütung: **Bewertungsrelationen** nach Pflegelastkatalog x krankenhausindividuellem „**Pflegeentgeltwert**“

## Inhalte des PpSG (2)

- **Pflegelast-Katalog**
  - Ausgliederte Teil-Bewertungsrelationen je DRG pro Tag
  - Grundlage: DRG-Kostenanteil für die Personalkosten des Pflegepersonals im Pflegedienst (Stationen)
  - **Behauptung des BMG:** Pflegelast-Katalog bilde den Pflegeaufwand ab
- **Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V)**
  - Quotient => Summe aller abgerechneten Bewertungsrelationen nach Pflegelast-Katalog/Vollkräfte im Jahresdurchschnitt
  - **Behauptung des BMG:** dadurch könne festgestellt werden, ob die vorgehaltene Personalbesetzung dem anfallenden Pflegeaufwand entspricht

## Kritik des geplanten Systems (1)

- **Pflegebudgets** auf Grundlage der krankenhausindividuellen Selbstkosten wären **hilfreich** für die Finanzierung zusätzlicher Stellen
  - **Die Selbstkostenerstattung soll aber offenbar nur wenige Jahre gelten**
- Der **Pflegelast-Katalog** bildet **weder** den **Pflegebedarf noch** den erbrachten **Pflegeaufwand** ab
- Der Pflegelast-Katalog ist nicht mehr als ein Katalog mit DRG-Teilbewertungsrelationen – er gibt nur Auskunft über den in die DRG-Kalkulation eingerechneten durchschnittlichen Personalkosten je DRG



## Kritik des geplanten Systems (2)

- Das gesamte System dient offenbar zur **Vorbereitung** der Einführung eines **Systems von bundesweit einheitlichen tagesbezogenen Pflegepauschalen**
- **Indizien**
  - **Pflegepersonalkostenvergütung** = krankenhausesindividueller Pflegeentgeltwert x Bewertungsrelation gemäß Pflegelastkatalog
    - = analog zu DRG-Fallpauschalen (Unterschiede: tagesbezogen statt fallbezogen, krankenhausesindividueller Pflegeentgeltwert statt Basisfallwert)
    - Umstellung auf bundesweit einheitliche Pauschalen => bundesweit geltender Pflegeentgelt werden
  - **Pflegepersonalquotient** => macht nur Sinn, wenn die Pflegepersonalkostenentgelte bundesweit einheitlich sind = durch bundesweit einheitlichen Pflegeentgeltwert

# Ausblick

## Fazit

- Auch **diese große Koalition verweigert** – wie alle Regierungskoalitionen seit 1996 – die **Gewährleistung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung** im Pflegedienst der Krankenhäuser
- Geplant ist offenbar die **Einführung eines Systems bundesweit einheitlicher tagesbezogener Pflegepauschalen**
- Sowohl das **BMG** als auch der **Gesundheitsminister** und die führenden **Gesundheitspolitiker** der Koalition **täuschen die Öffentlichkeit** über ihre wahren Absichten und verbreiten Unwahrheiten über den Inhalt der PpUGV und des geplanten PpSG

## Ausblick: PpUGV und PpSG

- **Notwendige Änderung PpUGV**
  - Grundlegende Umstellung
  - Verpflichtende Anwendung eines Instrumentes zur Pflege- und Personalbedarfsermittlung (z.B. PPR 2.0)
  - **Grundsatz:** die damit ermittelte Personalbesetzung ist vorzuhalten und zu finanzieren
- **Notwendige Änderung PpSG**
  - **Abzahlung des Pflegebudgets** durch **tagesgleiche Pflegesätze** auf Grundlage der krankenhausindividuellen Selbstkosten
  - **Keine** Einführung eines **Pflegepersonalquotienten** (Streichung § 137j GB V)
  - **Kein** Pflegelast-Katalog
- **Zentral: Einführung und Verteidigung der Selbstkostendeckung für die Pflegepersonalkosten (Pflegebudget)**

# Literatur

**Simon, Michael (2018a): Pflegepersonaluntergrenzen. Ad absurdum geführt. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 57, Heft 6, S. 72-75.**

**Simon, Michael (2018b): Pflegepersonaluntergrenzen. Die gesetzliche Verpflichtung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. In: Monitor Pflege, Jg. 4, Heft 2, S. 21-25.**

**Simon, Michael (2018c): Stellungnahme zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) Bundestagsdrucksache 19/4453 vom 24.09.2018. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 19(14)0036(23).**

**Online verfügbar unter:**

**[https://www.bundestag.de/blob/572204/9c65b3c294b3419acca0433a5b1438ee/19\\_14\\_0036-23-esv-simon\\_ppsg-data.pdf](https://www.bundestag.de/blob/572204/9c65b3c294b3419acca0433a5b1438ee/19_14_0036-23-esv-simon_ppsg-data.pdf) (12.10.2018).**

**Simon, Michael (2018d): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Nr. 096. Oktober 2018. Online verfügbar unter:**

**[https://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_096\\_2018.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_096_2018.pdf) (8.10.2018).**