

# Kostendruck – Personalnot – Überlastung

## Fakten und Argumente 6

Seit den 70er Jahren zielen Reformen der Krankenhausfinanzierung darauf ab, Kosten zu senken. Das Prinzip einer kostendeckenden Vergütung von Krankenhausleistungen wurde seitdem schrittweise durch Pauschalentgelte ersetzt. Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen, der DRGs, werden bestimmte Behandlungsprozeduren seit 2003 durch eine feste Pauschale vergütet, auch wenn die Kosten im einzelnen Fall oder Krankenhaus höher sind. Diese Pauschalen sind häufig knapp bemessen und setzen die Krankenhäuser unter Kostendruck. Da die Personalkosten ihr größter Ausgabenblock sind, sparen sie vor allem dort, insbesondere am Pflegepersonal und den Service-Beschäftigten. Dadurch entfällt immer mehr Arbeit auf weniger Personal. Überlastung und eine Verschlechterung der Versorgungsqualität sind die Folge. Um diese Entwicklung umzukehren, fordern wir mittelfristig eine Personalbemessung, die das Verhältnis von Pflegekräften zu PatientInnen festschreibt. Langfristig kann jedoch nur eine Rückkehr zur kostendeckenden Vergütung gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und damit eine gute Versorgung der PatientInnen gewährleisten.

### ► Von der Kostendeckung zur Pauschalvergütung

Mit dem 1972 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde das Selbstkostendeckungsprinzip als Grundsatz für die Vergütung von Kranken-

hausleistungen festgeschrieben. Selbstkostendeckungsprinzip bedeutet, dass am Jahresende die tatsächlichen Kosten (»Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden leistungsfähigen Krankenhauses« – § 17 Abs. 1 KHG) abgerechnet und auch vergütet wurden. Unterjährig erfolgte die Vergütung nach Tagespauschalen als Abrechnungseinheit. Am Jahresende wurden Überschüsse bzw. Verluste ausgeglichen (Wanek 1994: 145 ff., Simon 2000: 69 ff.). Gewinne waren gesetzlich verboten.

In den 80er Jahren wurde dieses Verfahren durch das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) von 1984 und die Novellierung der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) von 1986 geändert. Die Verbände der Krankenkassen schlossen auf Grundlage einer bestimmten Bettenbelegung und des damit verbundenen Pfl egetagevolumens eine Budgetvereinbarung mit den Krankenhausträgern. Das Budget konnte von den Krankenhäusern flexibel eingesetzt werden und ließ erstmals Gewinne und Verluste zu. Wenn ein Krankenhaus durch eine niedrigere Bettenbelegung als ursprünglich angenommen Mindereinnahmen erzielte, ersetzte die Krankenkasse diese nur zu 75 Prozent. Bei Mehreinnahmen konnte ein Krankenhaus hingegen 25 Prozent der Einnahmen einbehalten (Gerlinger/Schönwälder 2012). Zusätzlich wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 ein »Budgetdeckel« verordnet und die Tagespauschalen um Fallpauschalen und Sonderentgelte ergänzt.

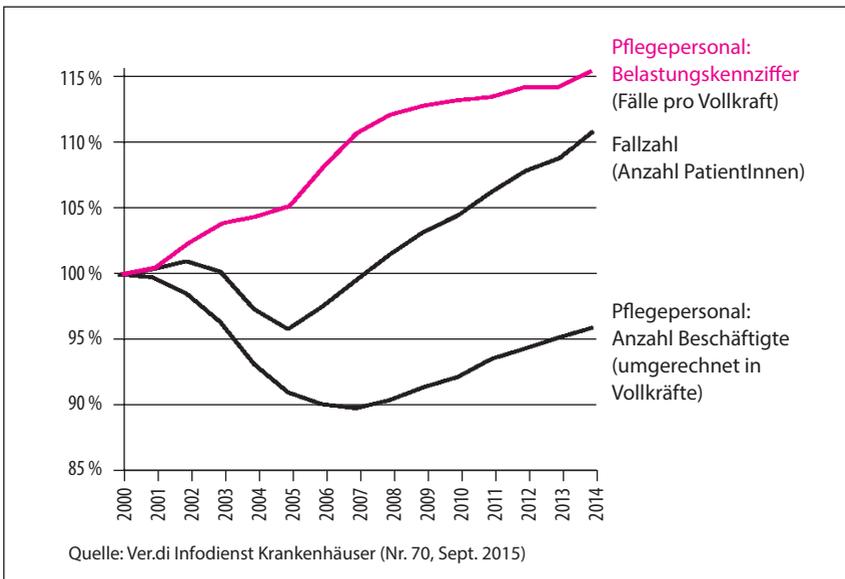
Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 verallgemeinerte die Vergütung nach Fallpauschalen zum 1. Januar 2003 und führte die Vergütung sämtlicher Krankenhausleistungen mit Ausnahme der Psychiatrie und Psychosomatik auf der Grundlage diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis-Related Groups – DRGs) ein (§ 17b Abs. 1 KHG). Seitdem werden Krankenhausleistungen nicht mehr nach ihren tatsächlichen Kosten vergütet, sondern nach festgelegten Preisen für unterschiedliche Fallgruppen, die nach betriebswirtschaftlicher Kostenkalkulation vergleichbar sind. Die Definition und Festsetzung der relativen Fallgewichte (z.B. Blinddarmoperation bei unkomplizierter Blinddarmentzündung: Fallgewicht 0,819) wird seither vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) vorgenommen, einer gemeinsamen Einrichtung der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) (Gerlinger/Schönwälder 2012). Der Preis für das Fallgewicht 1 wird in Verhandlungen auf Landesebene zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft festgelegt.

## ► Personaleinsparungen aufgrund von Kostendruck

Wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass die DRG-Vergütung eine Reihe von problematischen, unerwünschten Wirkungen mit sich bringt. Viele Krankenhäuser können ihre Leistungen nicht zum Preis der knapp bemessenen Fallpauschalen erbringen, was einen immensen Kostendruck erzeugt. Dieser Kostendruck veranlasst die Krankenhausträger zu Personaleinsparungen. Mit dem Personalabbau geht eine starke Erhöhung der Arbeitsdichte einher, insbesondere für das Pflegepersonal. Mehr PatientInnen müssen mit weniger Personal in kürzerer Zeit behandelt werden. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hat wiederum negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (Braun et al. 2009; Braun et al. 2010).

→ siehe Abb. 9 – und Tabelle 4 auf Seite 53

Abb. 9: Anstieg der Belastung des Pflegepersonals seit 2000



Tab. 4: Zunahme der Arbeitsbelastung im Pflegedienst seit 1996

	Patientenzahl	Verweildauer	Beschäftigte	Pflegekräfte	Fälle pro Pflegekraft
1996	14.921.393	10,8	827.225	322.417	46,3
2013	18.177.116	7,0	790.972	287.444	63,2
Veränderung	3.255.723	- 3,8	- 36.253	- 34.973	16,9
Veränderung	11,5 %	- 26,9 %	- 4,4 %	- 10,8 %	<b>36,5 %</b>

(Quelle Destatis, eigene Berechnung)

### ► Abnehmende Versorgungsqualität durch Personaleinsparungen

So wurde in zahlreichen internationalen Studien ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Patientengesundheit festgestellt. »Eine nicht ausreichende Personalbesetzung führt nicht nur zu »typischen« Pflegefehlern, wie beispielsweise Druckgeschwüren, sondern erhöht für Patienten auch das Risiko, dass Komplikationen zu spät erkannt werden und die betroffenen Patienten dadurch dauerhafte Gesundheitsschäden erleiden oder nicht mehr gerettet werden können und an der Komplikation versterben.« (Simon 2015: 3) Seit Jahren geben Pflegekräfte in der Umfrage »Pflege-Thermometer« des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) an, dass sich die Probleme in der Patientenversorgung verschärfen. So gaben über 90 Prozent der befragten Pflegekräfte 2015 an, dass sie innerhalb der letzten sieben Arbeitstage eine angemessene Überwachung von demenzkranken PatientInnen nicht sicherstellen konnten (DIP 2014). Ebenso gaben 2012 etwa 50 Prozent der Pflegekräfte unter anderem an, dass es in den letzten sieben Tagen Probleme bei der eigenen Handhygiene, notwendigen Körperpflege und Sicherstellung der Nahrungsaufnahme bei PatientInnen gegeben hat. Besonders problematisch scheinen Maßnahmen der emotionalen Unterstützung zu sein, die 89 Prozent der Pflegekräfte als regelmäßiges Problem nannten (DIP 2012). Den Ergebnissen zufolge stellen Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar (DIP 2010).

Besonders drastisch verdeutlichen die Ergebnisse der Studie der Pflegewissenschaftlerin Linda H. Aiken (Center for Health Outcomes and Policy Research at University of Pennsylvania) die Folgen für die PatientInnen: Eine Erhöhung der Arbeitsbelastung einer Pflegekraft um eine Patientin erhöht die Wahrscheinlichkeit einer stationären Patientin, innerhalb der ersten 30 Tage nach Aufnahme im Krankenhaus zu sterben, um 7 Prozent (Aiken 2014). Beim Verhältnis von Pflegekräften zu PatientInnen bildet Deutschland im europäischen Vergleich zusammen mit Polen klar das Schlusslicht. Während in Deutschland 2010 eine Pflegefachkraft für 9,9 PatientInnen zuständig war, waren es in England nur 7,3 PatientInnen, 4,8 in den Niederlanden und 3,7 in Norwegen (Aiken et al. 2012, Simon 2015: 40).

## ► Politische Forderungen

Diese Zahlen machen deutlich, dass eine Anhebung der Personalbesetzung im Krankenhausssektor nötig ist. Diese könnte kurzfristig durch die gesetzliche oder tarifliche Festsetzung des Verhältnisses von Pflegekräften zu PatientInnen erfolgen. Eine solche Personalbemessung würde die Einsparung von Kosten zu Lasten von Pflegekräften und PatientInnen eindämmen. Langfristig wird aber nur eine Abkehr von der Vergütung durch Fallpauschalen eine Versorgung sicherstellen, die sich nicht an wirtschaftlichen Kriterien, sondern am Wohl der PatientInnen orientiert und es Pflegekräften erlaubt, ihre Arbeit fachgerecht zu erbringen.

## ■ Literatur

Aiken, L.H.; Sloane, D.M.; Bruyneel, L.; Van den Heede, K.; Sermeus, W. 2012: Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 50, Issue 2, S. 143-153.

Aiken, L.H 2014: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study, *The Lancet*, Volume 383, No. 9931, S. 1824–1830.

Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. 2009: Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität. In: Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven*, Stuttgart 2009, S. 61-73

Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.

Gerlinger, T./Burkhardt, W. 2012: Das Gesundheitswesen in Deutschland – Ein Überblick. [www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72547/gesundheitswesen-im-ueberblick?p=all](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72547/gesundheitswesen-im-ueberblick?p=all) (9.2.2016)

Gerlinger, T./Schönwälder, T. 2012: Die stationäre Versorgung. [www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72897/stationaere-versorgung?p=all](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72897/stationaere-versorgung?p=all) (9.2.2016)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) 2010: Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_Pflege-Thermometer\\_2009.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf) (9.2.2016)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) 2012: Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2012.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2012.pdf) (9.2.2016)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) 2014: Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (9.2.2016)

Simon, M. 2000: Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen/Wiesbaden

Simon, M. 2015: Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser: Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. [www.verdi.de/++file++55e956fcbdf98d1a0200001d/download/Simon\\_\\_2015\\_\\_Unterbesetzung\\_und\\_Personalmehrbedarf\\_im\\_Pflegedienst.pdf](http://www.verdi.de/++file++55e956fcbdf98d1a0200001d/download/Simon__2015__Unterbesetzung_und_Personalmehrbedarf_im_Pflegedienst.pdf) (9.2.2016)

Verante Dienstleistungsgewerkschaft 2015: Editorial. In: Ver.di Infodienst Krankenhäuser Nr. 70, September 2015, S. 2. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++55d1a5426f684446c90005c5/download/KID%2070%20low.pdf> (9.2.2016)

Wanek, V. 1994: Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Frankfurt am Main