

Personalvorgaben für die Pflege

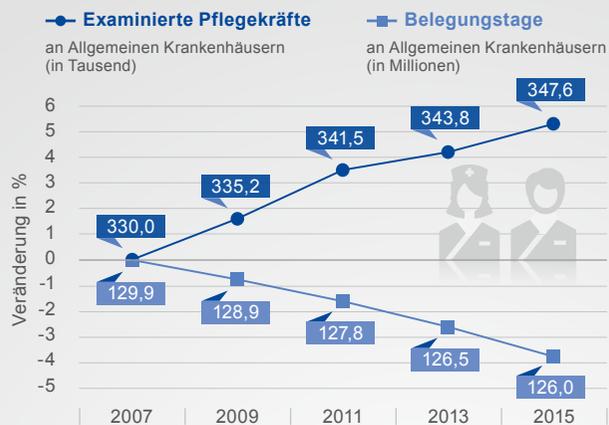
Verbindliche Lösung gesucht

Seit vielen Jahren investieren die Krankenkassen immer mehr Geld in die pflegerische Versorgung an Krankenhäusern, sowohl für die reguläre Vergütung als auch zur Förderung neuer Planstellen. Nach einem Tiefstand steigt seit Einführung von Fallpauschalen auch die Zahl der Pflegekräfte. Doch die Diskussion über Personalmangel, Arbeitsverdichtung und hohe Krankenstände reißt nicht ab. Gesundheitsminister Hermann Gröhe hat nun Regelungen auf den Weg

gebracht, um den Kliniken Mindeststandards für die personelle Besetzung der Pflege zu verordnen: Kliniken und Krankenkassen sollen sich auf Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus einigen. Nach dem Willen der von der Regierung eingesetzten Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ liegt ein besonderes Augenmerk auf Nachtdiensten und der Pflege auf Intensivstationen. Ab 2019 sollen zudem die Mittel des jüngsten Pflegestellen-Förderprogramms in den neuen Pflegezuschlag überführt werden – und damit in eine dauerhafte Finanzierung. Die Einhaltung der Personalvorgaben sollen Wirtschaftsprüfer bestätigen; werden Anforderungen nicht erfüllt, drohen Sanktionen. So will die Kommission dafür sorgen, dass die Gelder tatsächlich am Patientenbett ankommen. Das Echo ist geteilt. Befürworter wie die Dienstleistungsgewerkschaft Verdi betonen die Bedeutung einer guten Personalausstattung für die Versorgungsqualität und ihren Beitrag zur Attraktivität des Pflegeberufs. Eine von Verdi beauftragte Studie der Hochschule Fulda kommt zu dem Schluss, dass Personaluntergrenzen nicht nur die Pflegekräfte entlasten, sondern auch die Lage auf dem Arbeitsmarkt entspannen könnten. Kritik kommt dagegen von den Klinikvertretern, die Personalvorgaben als Einmischung in interne Abläufe der Arbeitsorganisation betrachten. Und auch die Kliniken verweisen auf den Arbeitsmarkt: Tausende von offenen Pflegestellen könnten derzeit nicht besetzt werden, weil die potenziellen Arbeitskräfte fehlten.

Zum 1. Januar 2019 sollen die Regelungen in Kraft treten. Die Vertragspartner haben bis Mitte 2018 Zeit, eine Vereinbarung zu treffen. Andernfalls entscheidet das Ministerium.

Gegenläufiger Trend: Mehr Pflegekräfte, weniger Belegungstage



Während die Zahl der Belegungstage sinkt, nimmt die Zahl der Pflegerinnen und Pfleger langsam, aber stetig zu.

Quelle: Destatis, Grafik: AOK-Bundesverband

Illustration: iStockphoto

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> Interview: „Ein klares Signal für die Pflege“

Markt und Meinung Seite 3

>> Gute Noten für hessische Geburtskliniken

>> Kostenausreißer verlieren an Bedeutung

>> Neue Klinikstrukturen in Baden-Württemberg

Versorgung und Service Seite 4

>> EU-Verordnung zu Medizinprodukten lässt Lücken im Patientenschutz

>> GBA-Richtlinien zur Qualitätssicherung: Finanzierung für Frühchenstationen geregelt

>> Vorpommern testet sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

>> Wie Förderprogramme und Fallpauschalen auf die Pflege im Krankenhaus einzahlen

„Eine Personaluntergrenze in der Pflege ist wichtig, darf aber nicht zum heimlichen Standard werden.“

Elisabeth Scharfenberg, MdB, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

Personalstandards in der Praxis

„Ein klares Signal für die Pflege“

Wie lassen sich Mindeststandards bei der Bemessung von Pflegepersonal umsetzen? Prof. Jonas Schreyögg, Mitglied der Expertenkommission Pflege, erklärt, wie die Regelungen in der Praxis aussehen könnten.

Personalvorgaben gibt es bereits in der Neonatologie und in der Psychiatrie, nun sind sie auch für die pflegerische Versorgung geplant. Werden die Probleme mit den Beschlüssen der Expertenkommission gelöst?

Schreyögg: Das Problem ist, dass eine bestimmte Anzahl an Krankenhäusern deutlich zu wenig Pflegepersonal beschäftigt. Viele andere Krankenhäuser besetzen ihre Pflegedienste auch nach internationalen Standards hinreichend gut. Wir wissen, dass zu geringe Verhältniszahlen die Versorgungsqualität negativ beeinflussen. Die Festlegung einer Personaluntergrenze ist daher ein wichtiger Schritt, der den Pflegeberuf aufwerten und gleichzeitig die Versorgungsqualität in Krankenhäusern verbessern wird.

Welchen Anteil haben pflegesensitive Bereiche an der Versorgung im Krankenhaus?

Schreyögg: In vielen Leistungsbereichen eines Krankenhauses besteht ein Zusammenhang zwischen der personellen Besetzung im Bereich der Pflege und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse. Mit solchen Ereignissen sind sogenannte pflegesensitive Ergebnisparameter gemeint, zum Beispiel postoperative Infektionen. Nach unseren Berechnungen haben pflegesensitive Bereiche einen Anteil von etwa zwei Dritteln an der gesamten Krankenhausversorgung.

Wie kann man Vorgaben zur Personalausstattung wirksam in eine gesetzliche Regelung übertragen?

Schreyögg: Hier gibt es bereits international gängige Regelungen. Länder wie zum Beispiel Australien oder der US-Bundesstaat Kalifornien haben dafür vorbildliche Lösungen entwickelt. Ähnliche Vorgaben sollten für Deutschland bun-

desweit einheitlich definiert und mit Sanktionen verbunden werden. Wichtig ist auch, dass die Regelungen möglichst einfach gehalten werden, damit sie keinen zu hohen administrativen Aufwand erzeugen. In der Regel wird eine Grenze von Fallzahlen pro Pflegekraft pro Schicht definiert, die nicht überschritten werden darf. Das heißt, man sollte mit Bezug auf Fachabteilungen oder Leistungsbereiche eine maximale Anzahl von Fällen definieren, die pro Schicht von einer Pflegekraft betreut werden darf. Nach dem Schema können Fachabteilungen mit vergleichbaren Strukturen zusammengefasst werden.

Kann eine Entlastung der Pflegekräfte dazu beitragen, wieder mehr Menschen für den Beruf zu interessieren?

Schreyögg: Die Regelung setzt insgesamt ein klares Signal zur Aufwertung des Pflegeberufs. Vor allem für die Pflegerinnen und Pfleger in den von den Personaluntergrenzen betroffenen Krankenhäusern wird sich die Arbeitssituation spürbar verbessern.

Professor Dr. Jonas Schreyögg
ist Inhaber des Lehrstuhls für
Management im Gesundheitswesen
an der Universität Hamburg und
Mitglied im Sachverständigenrat
Gesundheit.

**PRESSEECHO**

Klinikum München im Plus

Das Städtische Klinikum München (StKM) hat im Jahr 2016 schwarze Zahlen geschrieben. Mit einem Gewinn von 1,5 Millionen Euro legte der kommunale Klinikverbund erstmals seit seiner Gründung ein positives Ergebnis vor. Zum Unternehmen gehören fünf Kliniken mit insgesamt 60 Fachabteilungen. Die Stadt München und das Land Bayern investieren in den kommenden Jahren insgesamt eine Dreiecksmilliarde Euro in die Modernisierung der Häuser.

Merkur, 06.04.2017

Rekordergebnis in Dortmund

Das Klinikum Dortmund hat das Jahr 2016 mit einem Rekordergebnis von 5,6 Millionen Euro Überschuss abgeschlossen. Laut einer Mitteilung der kommunalen Verwaltung zum vorläufigen Jahresabschluss ist dies der beste Abschluss seit Gründung der GmbH im Jahr 2002. Das Klinikum habe rund 100 zusätzliche Mitarbeiter eingestellt, vor allem für den Ärztlichen Dienst und die Pflege.

Ruhr Nachrichten, 13.04.2017

Sana wächst weiter

Der private Klinikkonzern Sana hat im vergangenen Jahr ein Plus bei Umsatz und Gewinn erwirtschaftet. Bei 2,4 Milliarden Euro Umsatz übertraf der Gewinn von 90,1 Millionen Euro das Ergebnis vom Vorjahr um 26,3 Prozent. Zurzeit betreibt die Gruppe 49 Krankenhäuser, 25 Medizinische Versorgungszentren und sechs Seniorenheime.

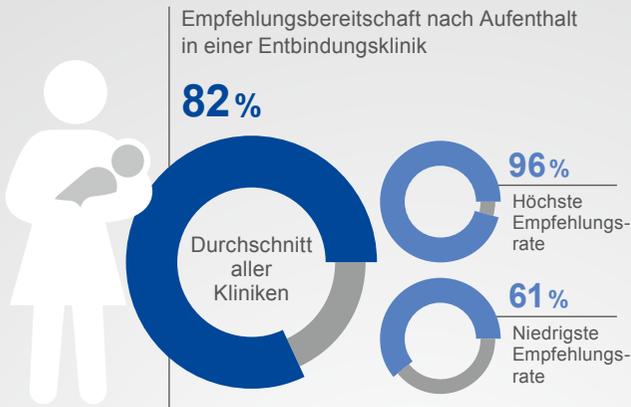
Handelsblatt, 28.03.2017

Patientenbefragung

Mütter mehrheitlich zufrieden

Die meisten Frauen, die in einer hessischen Geburtsklinik entbunden haben, waren mit ihrem Krankenhaus zufrieden. Das ergab eine anonyme Befragung von Patientinnen, die die Weisse Liste, AOK und Barmer 2014 bis Anfang 2017 unter ihren Versicherten durchführten. Von 34.000 befragten Müttern würden 82 Prozent die Klinik auch ihrer besten Freundin empfehlen. Allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse einzelner Häuser erheblich. Die durchschnittliche Weiterempfehlungsbereitschaft der Frauen schwankt je nach Klinik zwischen 61 und 96 Prozent. Die Befragung erfolgt auf Basis des sogenannten Patients' Experience Questionnaire (PEQ). Die Ergebnisse für die hessischen Kliniken finden sich unter >> www.aok.de/krankenhausnavigator.

Hessens Geburtskliniken schneiden im Urteil der Frauen gut ab



Die große Mehrheit der Mütter würde der besten Freundin ihre eigene Entbindungsklinik empfehlen, doch die Zufriedenheit schwankt erheblich.

Grafik: AOK-Bundesverband

Extremkostenbericht

Fallpauschalen immer genauer

Die finanzielle Belastung der Krankenhäuser durch Patienten mit atypischen Krankheitsverläufen ist 2015 weiter zurückgegangen. Die finanzielle Unterdeckung der Kliniken durch sogenannte Kostenausreißer sank auf 0,5 Millionen Euro. Das geht aus dem dritten Extremkostenbericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hervor. Pro Fall beträgt der Verlust durchschnittlich nur noch drei Euro. Der Bericht zeigt, wie gut die DRG-Fallpauschalen den Versorgungsaufwand der Kliniken widerspiegeln. Unterfinanzierung gehe noch immer auf Langlieger zurück, so das InEK. In diesem Bereich habe sich jedoch die Abbildung des Leistungsgeschehens in den DRGs deutlich verbessert. Das Gleiche gelte für die Pädiatrie. Dort sanken die Verluste durch ungewöhnlich aufwändige Behandlungen gegenüber dem Vorjahr um 61 Prozent auf vier Millionen Euro.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Finanzierung

Baden-Württemberg schafft neue Krankenhausstrukturen

Mit mehr als 500 Millionen Euro wird in diesem Jahr der Umbau der Kliniklandschaft in Baden-Württemberg gefördert. Für eine stärkere Konzentration medizinischer Leistungen bezuschusst das Land Um- und Neubauten von Klinikstandorten in Stuttgart, Freiburg, Karlsruhe, Reutlingen und Heilbronn sowie in Bad Mergentheim, Baden-Baden, Biberach an der Riss, Öhringen, Rastatt und Ravensburg. Knapp 64 Millionen Euro will das Land aus dem Strukturfonds abrufen. Die Mittel fließen unter anderem in die Schließung mehrerer kleinerer Häuser, so etwa die Sana-Kliniken in Laupheim und Riedingen. Von den Mittelbadener Kliniken werden der Standort Annaberg und die Geburtshilfe in Bühl geschlossen.

Illustration: iStockphoto

DREI FRAGEN AN ...

... Sabine Dittmar

MdB, Mitglied des Gesundheitsausschusses und stellvertretende gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion.



Foto: Die Hofphotografen

Mehr Anreize, mehr Kontrollen

Wie kann man sicherstellen, dass die Gelder zur Förderung der Pflege künftig tatsächlich in der pflegerischen Versorgung ankommen?

Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeit- auf Vollzeitstellen in der Pflege werden bis 2018 zu 90 Prozent gefördert. Das ist ein echter Anreiz, um neue Planstellen einzurichten. Gleichzeitig wurde hier eine Zweckbindung vereinbart. Die Kliniken müssen das zusätzliche Personal in der Patientenversorgung und ein besseres Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten in ihren Jahresabschlüssen nachweisen.

Wie wollen Sie die Personalvorgaben in den Ländern durchsetzen?

Ab 1. Januar 2019 ist genau geregelt, wie viel Pflegepersonal in Krankenhäusern mindestens vorhanden sein muss, um eine gute Versorgung sicherzustellen. Die Nichteinhaltung der Vorgaben wird sanktioniert.

Welche Konsequenzen sind für Sie vorstellbar, wenn die Quoten nicht eingehalten werden?

Die Unterschreitung der Personalvorgaben wird zu einem Abschlag in der Vergütung führen. Zudem werden die Landesbehörden unterrichtet, und die Zahlen werden der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. So wollen wir den Druck auf die Kliniken erhöhen, die Vorgaben zu erfüllen.

Patientensicherheit

Hochrisiko-Medizinprodukte weiter ohne zentrale Zulassung

Die Zertifizierung von Medizinprodukten in Europa verbleibt in der Hand von privatwirtschaftlich tätigen Benannten Stellen wie etwa dem TÜV. Der EU-Medizinprodukteverordnung hat das Europäische Parlament jetzt zugestimmt. Die Benannten Stellen werden stärker kontrolliert und müssen ihrerseits unangemeldete Kontrollen bei Herstellern durchführen. Neuartige Hochrisiko-Medizinprodukte werden zusätzlich durch ein Expertenkomitee überprüft; die Ergebnisse haben jedoch für die Benannten Stellen keine Verbindlichkeit. Zur Entschädigung von Patienten, die mit fehlerhaften Produkten versorgt wurden, sollen die Hersteller Rücklagen bilden. Die Höhe dieser Rücklagen lässt die Verordnung offen, auch ein Nachweis ist nicht erforderlich. Der überwiegende Teil der Regelungen gilt erst drei Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung.

>> www.aok-gesundheitsparter.de

Qualitätssicherung in Perinatalzentren

Mehrkostenregelung vereinbart

Die Finanzierung von Mehrkosten, die den Kliniken durch die Umsetzung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen, ist geregelt. Kli-

niken mit Perinatalzentren können für den Zeitraum von November 2015 bis Ende 2021 individuelle Zuschläge vereinbaren. Maßgeblich ist der Erfüllungsgrad der Anforderungen in der Intensivpflege. Der Zuschlag wird vorab für die vollständige Umsetzung der Richtlinie gezahlt. Er deckt Mehrkosten, die über die bereits mit der DRG-Vergütung abgegoltenen Aufwände hinausgehen. Anspruch auf den Zuschlag haben Kliniken, die auch ihre bisherigen Erlöse bereits für den Aufbau entsprechender Personalstrukturen verwenden. Bei einer weitgehenden, aber unvollständigen Umsetzung der Richtlinie ist eine anteilige Finanzierung möglich.

Versorgung im ländlichen Raum

Krankenhäuser und Ärzte testen engere Zusammenarbeit

In Uecker-Randow und Anklam (Vorpommern) haben sich zwei Krankenhäuser und 45 niedergelassene Ärzte zu einem sektorenübergreifenden Netzwerk zusammengeschlossen. Im Rahmen eines Projekts wollen sie erproben, ob sich die Versorgung in der Region durch intensivere Kooperation verbessern lässt. Dies vereinbarten das Ärztenetzwerk HaffNet, die Kassenärztliche Vereinigung des Landes (KVMV) und die AOK Nordost mit der Aneos Krankenhausgesellschaft. Im Mittelpunkt stehen die bedarfsgerechte Medikation nach ambulanten Standards und die Versorgung nach Krankenhausaufenthalten. Dabei erhalten Ärzte und Versicherte Unterstützung durch Fallmanager.

TERMINE**18. und 19. Mai 2017 in Berlin**

Kongress der SIQ! und des AOK-Bundesverbandes: „Qualität im Krankenhaus“

31. Mai 2017 in Berlin

AOK im Dialog: „Mindestmengen im Krankenhaus – wirksames Instrument oder Papiertiger?“

20. bis 22. Juni 2017 in Berlin

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit: „Qualität und nachhaltige Finanzierung“

PERSONALIA

Bovelet neu im IVKK-Vorstand



Joachim Bovelet, Hauptgeschäftsführer der Regiomed-Kliniken, ist neues Mitglied im Vorstand des Interessenverbandes Kommunaler Krankenhäuser e. V. (IVKK). Die Mitglieder wählten Bovelet Ende

Februar zum neuen Schatzmeister des Verbandes. Er vervollständigt damit den geschäftsführenden Vorstand um Bernhard Ziegler als Vorsitzenden und Dr. Susann Breßlein als stellvertretende Vorsitzende.

BDPK beruft De Meo zum zweiten Vizepräsidenten



Der Vorstand des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) wählte Dr. jur. Francesco De Meo zum zweiten Vizepräsidenten. Der Vorsitzende der Geschäftsführung der Helios-Kliniken ist bereits seit 2013 Mitglied des BDPK-Vorstandes.

Tenzer übernimmt den Vorsitz im Fachausschuss des VKA



Dr. Dirk Tenzer ist im Verband der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) zum Vorsitzenden des Gruppenausschusses für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gewählt worden. Der Vorstand des Klinikums Oldenburg tritt damit die Nachfolge von Joachim Finklenburg an. Mit seiner Wahl wird Tenzer auch Mitglied im Präsidium des VKA.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

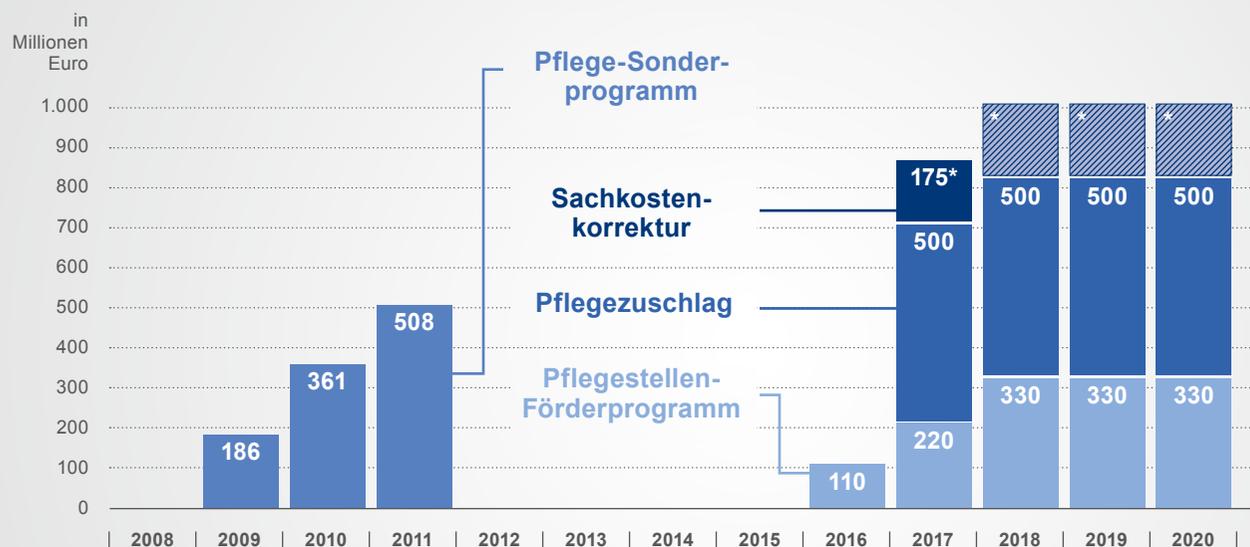
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Förderprogramme und Fallpauschalen zahlen verstärkt auf die Pflege ein



Seit 2012

Finanzierungsbeträge für das Pflege-Sonderprogramm fließen in die Landesbasisfallwerte und verbleiben damit dauerhaft im System

*Seit 2017

Abwertung der Sachkosten zugunsten der Personalkosten: Für die Vergütung hochaufwändiger Pflege stehen zusätzliche Gelder zur Verfügung, für 2017 etwa 175 Millionen Euro

Ab 2018

Einbezug eines Prozeduren-Codes für Pflegebedürftigkeit in die Fallpauschalen-Kalkulation

Grafik: AOK-Bundesverband

Wohin gehen die Zuschüsse?

Im Rahmen des Pflege-Sonderprogramms übernahmen die Krankenkassen von 2009 bis 2011 bis zu 90 Prozent der Kosten für die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte. 1.125 Krankenhäuser riefen 1,1 Milliarden Euro ab, Fördermittel für 15.300 zusätzliche Vollzeitstellen in der Pflege – von den Kliniken nachgewiesen wurden nur 13.600. Gleichzeitig bauten sie an anderen Stellen Pflegepersonal ab. So entstanden letztlich nur 9.200 Vollzeitstellen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde 2016 ein weiteres Pflege-Förderprogramm ins Leben gerufen. Erneut übernehmen die Kassen 90 Prozent der Kosten entsprechender Planstellen, die ausdrücklich zur „Stärkung der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ bestimmt sind. 2016 erhielten die Kliniken 110 Millionen Euro, 2017 fließen 220 Millionen und 2018 bis zu 330 Millionen Euro. Ab 2019 gehen diese Mittel in den Pflegezuschlag ein.

Dieser wurde 2017 eingeführt und ersetzt den seit 2013 geltenden Versorgungszuschlag. Bis auf Weiteres liegt der jährliche Förderbetrag bei 500 Millionen Euro. Hinzu kommt ab 2017 die Abwertung der Sachkosten zugunsten der Personalkosten. So stehen 2017 weitere 175 Millionen Euro für die Pflege zur Verfügung; der Wert in den Folgejahren wird auf ähnlichem Niveau liegen.

Illustration: Stockphoto