

Bund-Länder-Vorschläge zum Pflegepersonal im Krankenhaus

Aus alten Fehlern lernen

Mehr Arbeit, weniger Kollegen: Die Belastung für Pflegekräfte in Kliniken steigt einer Umfrage der Hans-Böckler-Stiftung zufolge. So erlebt die Mehrheit der Pflegenden zunehmende Arbeitsverdichtung und Zeitknappheit. Als einen Grund dafür sehen die Forscher den Stellenabbau im Pflegedienst. Zudem erledigten Pflegekräfte viele Aufgaben, die abseits der Arbeit am Patienten liegen, wie Transporte oder Verwaltung. Doch wie viele Pflegekräfte braucht eine Klinik, um Kranke angemessen zu versorgen? Valide Daten dazu konnte die Forschung bislang nicht liefern. Auch lassen die Ergebnisse

der Qualitätssicherung keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegestellen und der Ergebnisqualität erkennen. Nun soll eine Expertenkommission diese Fragen klären. Vertreter der Ärzteschaft, der Kassen, Kliniken und Pflegeverbände sollen nach dem Willen von Bund und Ländern nach dauerhaften Lösungen für das Personalproblem suchen. Ein Knackpunkt wird dabei die Personalmindestausstattung sein. Die meisten Klinik- und Kassenvertreter lehnen eine Mindestbesetzung ab. Berufsverbände und Gewerkschaften fordern dagegen verbindliche Vorgaben.

Weil die Kommission nicht vor 2017 Ergebnisse präsentieren kann, schlagen Bund und Länder in den Eckpunkten zur Krankenhausreform ein neues Pflegestellenförderprogramm vor. In den nächsten drei Jahren sollen Kliniken insgesamt 660 Millionen Euro bekommen. Damit will die Politik bis zu 7.000 zusätzliche Stellen für die Pflege am Bett einrichten. Für den Deutschen Pflegerat reichen die Vorschläge mit Blick auf das dringend benötigte Pflegepersonal bei Weitem nicht aus. Seiner Ansicht nach würde sich die Lage deutlich verbessern, wenn Kliniken nachweisen müssten, ob sie die heute schon mit den Kassen vereinbarten Pauschalen tatsächlich für die Pflege ausgeben. Gleichzeitig warnen die Unikliniken und die Gewerkschaft Verdi in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe davor, die Fehler des Pflegesonderprogramms 2009 bis 2011 erneut zu begehen. Die damaligen Mitnahmeeffekte, die Zweckentfremdung der Mittel, das Konkterkarieren des Stellenaufbaus durch Mengenausweitung und der Stellenabbau nach Abschluss des Programms dürften sich nicht wiederholen.

Geldspritzen wirken nur kurzfristig

2009

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
Pflegesonderprogramm
Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen

2010

GKV-Änderungsgesetz
Nachverhandlung fehlender
Personalstellen in der Psychiatrie

2013

Beitragsschuldengesetz
Hygieneförderprogramm
Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen

Immer wieder versucht die Politik, mit kurzfristigen Finanzhilfen die Personalprobleme in Kliniken zu lösen – bislang jedoch ohne durchschlagenden Erfolg. Grafik: AOK-Bundesverband

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> Arbeitszeitmanagement in Ingolstadt

Markt und Meinung Seite 3

>> Große regionale Unterschiede bei Pflegegehältern

>> Charité-Chef spricht sich für Monistik aus

>> Sachkosten bieten Einsparpotenzial

>> Verdi: Personal an Bedarf anpassen

Versorgung und Service Seite 4

>> Neue Mitglieder im Sachverständigenrat

>> Branchentreff beim Deutschen Pflegetag 2015

>> Krankenhaus-Report 2015: Krebszentren weisen bessere Qualität auf

>> Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

>> Personalzahlen und Belegungstage entwickeln sich gegenläufig

„Es muss gesetzlich sichergestellt werden, dass die Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm ausschließlich für die pflegerische Versorgung und nicht zu Quersubventionen von defizitären Bereichen verwendet werden.“

Peter Bechtel, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Pflegemanagement

Ingolstädter Modell

Personal punktgenau einsetzen

Die richtigen Mitarbeiter mit den richtigen Qualifikationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort verfügbar zu machen – das ist das Ziel des Ingolstädter Modells. Mit flexiblen Arbeitszeiten und intelligenter Einsatzplanung will das Klinikum der bayerischen Industriestadt produktiv und wettbewerbsfähig bleiben.

Wenn es darum geht, Personalressourcen optimal zu nutzen, ist das Klinikum Ingolstadt einer der Vorreiter. Seit Mitte der 90er-Jahre plant und steuert das Unternehmen seine rund 1.500 Ärzte und Pflegekräfte bedarfsorientiert. Dazu ermittelt das Klinikum in regelmäßigen Abständen, wann wo welche Mitarbeiter benötigt werden und passt die Arbeitszeitmodelle entsprechend an. Die eigentliche medizinische und pflegerische Arbeit konzentriert sich auf zwölf bis 14 Stunden. In dieser Zeit, die Ingolstädter nennen sie Servicezeit, ist der größte Teil der Ärzte und Pflegekräfte anwesend, und zwar nach einem computergesteuerten Gleitzeitsystem. So sorgen vormittags und am Mittag, wenn die Belastung am höchsten ist, flexible Dienste für ausreichend Personal. Die Länge der Schichten variiert dabei zwischen vier und zehn

Stunden. Bereitschaftsdienste gibt es nur dann, wenn eine andere Lösung nicht zielführend ist. Flexible Schichtmodelle erlauben es den Mitarbeitern zudem, ihre Arbeitszeiten maßzuschneidern und damit Beruf und Familie besser unter einen Hut zu bringen. Mal mehr oder mal weniger Wochenstunden sind dabei möglich, dank der IT-gestützten Langzeitkonten. Sie lassen sich unbürokratisch verwalten und bieten zudem die Möglichkeit, schnell auf Veränderungen im Personalbedarf zu reagieren. Und das Konzept zahlt sich aus: Durch den punktgenauen Personaleinsatz sind die teuren Leerlaufzeiten und Überstunden zurückgegangen. Gleichzeitig stiegen die Mitarbeiterzufriedenheit und die Motivation. Das belegt nicht zuletzt die niedrige Fluktuation. Sie liegt im Klinikum Ingolstadt bei der Pflege unter drei Prozent.

STATEMENT

Arbeitszeitmodelle verschaffen Wettbewerbsvorteile

Der optimale und zielgerichtete Personaleinsatz in der Klinik verlangt eine exakte und kosten effektive Planung von verfügbaren Ressourcen. Gesetzliche Rahmenbedingungen sowie der wachsende Zeit- und Kostendruck sind dabei ständige Begleiter. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, bedarf es Ideen, die den administrativen Aufwand niedrig halten sowie Patienten-, Mitarbeiter- und Unternehmensinteressen einbeziehen. Flexible Arbeitszeitmodelle verschaffen hier Wettbewerbsvorteile. Sie ermöglichen längere Betriebs- und Servicezeiten, erlauben es, auf Auslastungsschwankungen rasch zu reagieren, senken die Kosten und bieten den Kliniken die Möglichkeit, Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt besser zu folgen.



Franz Damböck,
stellvertretender
Pflegedirektor am
Klinikum Ingolstadt

PRESSEECHO

Planen über Landesgrenzen

Bremen und Niedersachsen streben eine länderübergreifende Klinikplanung an. Auf einer gemeinsamen Kabinettsitzung haben sich Niedersachsens Ministerpräsident Stephan Weil und sein Bremer Amtskollege Jens Böhrnsen für eine bessere Verzahnung in der stationären Patientenversorgung ausgesprochen. Das gelte insbesondere für die Geburtshilfe.

Weser Kurier, 10.02.2015

Neuer Konzern in Südhessen

Das Klinikum Darmstadt hat das Marienhospital Darmstadt und das St. Rochus-Krankenhaus in Dieburg ersteigert. Das hat das kommunale Unternehmen bekannt gegeben. Der neue Konzern würde über fast 1.200 Betten und mehr als 2.200 Vollzeitkräfte verfügen. Der Übernahme müssen allerdings noch die Darmstädter Stadtverordnetenversammlung, die Kommunalaufsicht und die Kartellbehörde zustimmen.

Darmstädter Tagblatt, 04.02.2015

Charité feiert Richtfest

Die Berliner Charité hat das Richtfest des Neubaus für den zentralen OP, die Intensivmedizin und die Rettungsstelle gefeiert. Die Baukosten betragen nach Angaben der Uniklinik rund 70 Millionen Euro. Sie sind Teil des 202,5 Millionen Euro teuren Gesamtpakets, zu dem auch die Sanierung und Modernisierung des Bettenhochhauses gehört. Das Land Berlin finanziert das Bauprojekt im Rahmen des Masterplans Charité.

Berliner Morgenpost, 28.01.2015

Studie zu Entgelten in den Pflegeberufen Lohnlücke zwischen Ost und West

Die Verdienste in der Krankenpflege variieren stark je nach Region. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB). So verdienen Pflegekräfte in ostdeutschen Kliniken 13 Prozent weniger als ihre westlichen Kollegen. Die Studie zeigt zudem, dass jede zweite Pflegekraft im Krankenhaus in Teilzeit arbeitet. Viele, vor allem im Osten, tun das unfreiwillig, da keine Vollzeitstellen verfügbar seien. Eine Arbeitszeitausweitung könnte laut Studie gerade in Ostdeutschland dazu beitragen, die Arbeitskräfteknappheit zu lindern.

Große Spannweite bei Entgelten



Krankenpfleger in Mecklenburg-Vorpommern verdienen im Durchschnitt 2.636 Euro im Monat. Ihre Kollegen im Saarland bekommen ein Viertel mehr Lohn (3.293 Euro).
Quelle: IAB

Zukunft der Krankenhausfinanzierung Charité-Chef ist für Monistik

Die deutsche Krankenhauslandschaft leidet an zu vielen Kapazitäten, zu hohen Kosten und zu geringen Investitionen. Diese Diagnose stellt der Vorstandschef der Berliner Charité, Karl Max Einhäupl, in einem Interview mit dem „Handelsblatt“. Seine Therapieempfehlung ist die Krankenhausfinanzierung aus einer Hand, also die Monistik. Er schlägt vor, den Ländern ihre Verantwortung für die Kliniken wegzunehmen. Stattdessen sollen die Kassen für alles zuständig sein und neben den laufenden Kosten auch die Investitionen finanzieren. Dafür sollen sie gesondert Geld aus dem „Steuersäckel“ erhalten. Denn die Länder seien heute zum großen Teil nicht mehr in der Lage, die Investitionen zu leisten. Das führe dazu, dass Krankenhäuser an vielen Stellen in einem katastrophalen Zustand seien, so Einhäupl. Würden die Kassen die Investitionen übernehmen, würde das Geld nach Leistungsbedarf vergeben werden und nicht nach der Frage, ob sich ein Land die Investitionen leisten könne.

Analyse der Klinikkenzahlen Sachkosten bieten Sparpotenzial

Viele deutsche Kliniken sind in Not. Hauptgrund ist ein massiver Anstieg der Sachkosten. Das zeigt eine aktuelle Analyse der Beratungsgesellschaft Inverto, die die Finanzkennzahlen von 180 deutschen Kliniken untersucht hat. So sind die Krankenhauskosten von 2002 bis 2012 um 41 Prozent gestiegen. Besonders ins Gewicht fielen dabei die Sachkosten, etwa für Verbandmaterial, Desinfektionsmittel, Stromversorgung und Büromaterialien. Um wirtschaftlich zu bleiben, müssen Kliniken ihre Kosten senken. Personalabbau wäre dabei der falsche Weg, so die Studie. Stattdessen gebe es bei Sachkosten Einsparpotenzial. Laut Inverto schätzen die Klinikeinkäufer, dass sich bei rund der Hälfte der Sachbedarfe noch fünf bis neun Prozent sparen lassen, bei einem Drittel der Investitionsgüter sogar bis zu 14 Prozent.

KOMMENTAR



Herbert Weisbrod-Frey
ist Bereichsleiter Gesundheitspolitik
beim ver.di Bundesvorstand.

Personal an Bedarf anpassen

Viele Krankenhäuser haben Probleme, ihr Personal im Rahmen des DRG-Systems zu finanzieren. Dramatisch ist die Situation im Pflegebereich. Sichere Versorgung hilfebedürftiger Patienten ist oft nicht gewährleistet. Fallzahlen steigen – Pflege bleibt zurück. Trotz des Pflegesonderprogramms 2009 bis 2011 und des Versorgungszuschlags ab 2013 findet die Personalanpassung an den Bedarf nicht statt. In der Pflege fehlen immer noch 70.000 Vollkräfte.

Personalkosten werden im DRG-System nicht nach Bedarf, sondern aufgrund des vorhandenen Personals kalkuliert. Da rund zwei Drittel der Krankenhauskosten Personalausgaben sind, besteht im DRG-System der Anreiz zu überbordendem Personalabbau. Zu Recht hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Personalausstattung thematisiert. Das geplante Pflegestellenförderprogramm ist ein erster Schritt, reicht aber keinesfalls zur Problemlösung aus. Es darf nicht wie 2009 zur Mengenausweitung missbraucht werden, sondern muss Arbeitsentlastung bringen. Ein Pflege-Casemix, der erbrachte Pflegeleistungen in Relation zum vorhandenen Personal setzt, kann dabei zur Qualitätssicherung dienen. Den größten Sprung muss aber die geplante Expertenkommission vorbereiten. Verdi drängt darauf, dass deren Ergebnisse noch in dieser Legislatur in die Gesetzgebung einfließen.

Sachverständigenrat Gesundheit Neue Mitglieder berufen



(v. l.) Greiner, Haubitz, Gerlach, Thürmann, Wille, Meyer, Schreyögg, Gröhe

Quelle: BMG/Schinkel

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat sich neu konstituiert. Die Pflegewissenschaftlerin Gabriele Meyer (Universität Halle) und der Gesundheitsökonom Jonas Schreyögg (Universität Hamburg) sind neu dabei. Der Allgemeinmediziner Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt), der Gesundheitsökonom Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), die Internistin Marion Haubitz (Universität Hannover), die Pharmakologin Petra Thürmann (Universität Witten/Herdecke) und der Gesundheitsökonom Eberhard Wille (Universität Mannheim) bleiben weiter Mitglieder im SVR. Alle zwei Jahre erstellt der Rat ein Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung und ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen. 2015 wird er ein Sondergutachten zur Entwicklung des Krankengeldes vorlegen.

TERMINE

12. und 14. März 2015 in Berlin
Deutscher Pflergetag 2015

19. und 20. März 2015 in Berlin
14. Nationales DRG-Forum

25. und 26. März 2015 in Köln
Gesundheitskongress des Westens

24. und 25. April 2015 in Münster
Deutscher Fachpflegekongress

4. und 5. Mai 2015 in Potsdam
4. QMR-Kongress – Qualitätsmes-
sung und Qualitätsmanagement mit
Routinedaten

Deutscher Pflergetag 2015 Branchentreff in Berlin

Gemeinsam die Herausforderung der Pflege in der Zukunft angehen – das ist das Ziel des Deutschen Pflergetags 2015. Bei der Veranstaltung kommen zum zweiten Mal Vertreter aus Pflege, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zusammen, um über die Herausforderungen in der Pflege zu diskutieren. Der Pflergetag findet vom 12. bis 14. März 2015 im ehemaligen Flughafen Tempelhof in Berlin statt und richtet sich an professionell Pflegenden und branchennahe Aussteller.

>> www.deutscher-pflergetag.de

Krankenhaus-Report 2015 Zentren zeigen bessere Qualität

Die Krankenhausreform ist auf dem Weg. Eines der zentralen Anliegen ist der Umbau der Kliniklandschaft hin zu mehr Qualität und besserer Versorgung. Der Krankenhaus-Report 2015 mit dem Schwerpunkt Strukturwandel greift dieses Thema auf. Unter anderem geht der Report der Frage nach, inwieweit der Zusammenschluss einzelner Häuser zu zertifizierten Zentren die Behandlungsqualität beeinflusst. So zeigt das Beispiel Onkologie, dass die Patienten zu den Krebszentren zwar etwas länger fahren müssen, die Behandlung dort aber besser ist.

>> www.wido.de



PERSONALIA

Veit leitet das neue Qualitätsinstitut



Christof Veit hat die Leitung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übernommen. Das IQTIG wird künftig im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erarbeiten. Zuvor führte Veit die Geschäfte des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit.

Hauth ist DGPPN-Präsidentin



Iris Hauth ist neue Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Die Chefarztin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee will sich in den nächsten zwei Jahren für eine bessere ambulante und stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen engagieren.

Windeler bleibt IQWiG-Chef



Jürgen Windeler bleibt bis 2021 Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Der Arzt und Professor für Medizinische Biometrie und Klinische Epidemiologie übernahm 2010 das Amt von Peter Sawicki. Seitdem hat das IQWiG neue Aufgaben bekommen, darunter die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln.

>> Preis- und Erlösentwicklung

>> Krankenhausbudgets

>> Krankenhauskosten

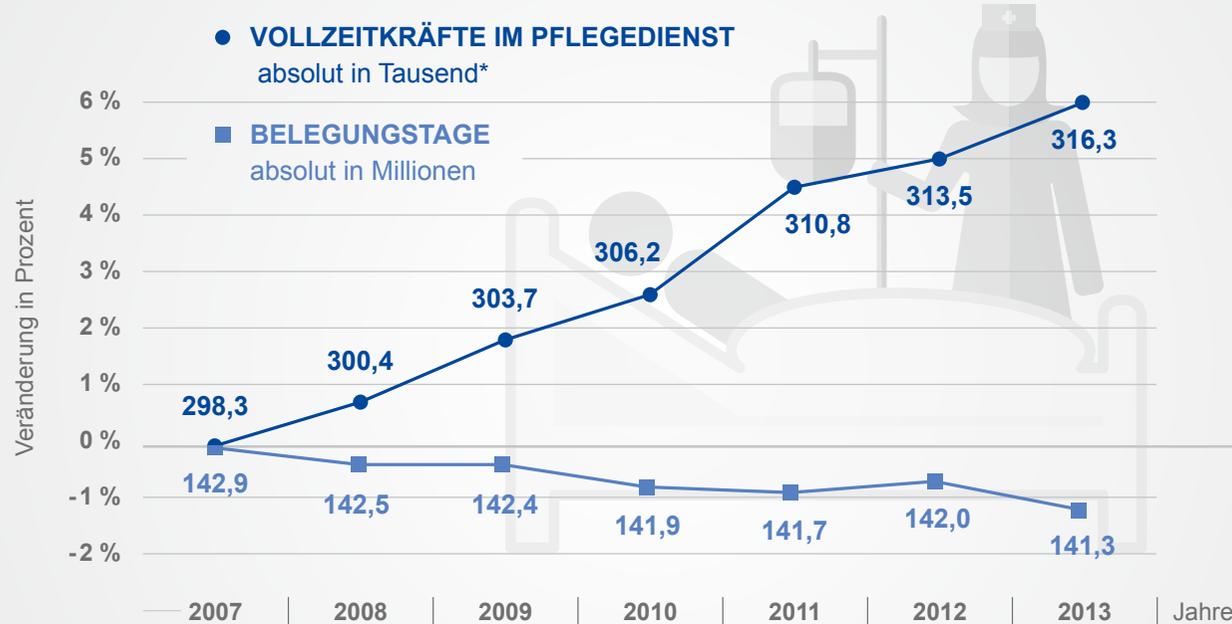
>> Krankenhausleistungen im Fokus

>> Jahresabschlüsse

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

>> **Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes**

Personalzahlen und Belegungstage entwickeln sich gegenläufig



*Vollzeitkräfte mit direktem Beschäftigungsverhältnis. Zusätzlich erfasst das Statistische Bundesamt auch Vollzeitkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis, zum Beispiel Leasingkräfte. In der Pflege stieg ihre Zahl zwischen 2009 und 2013 von 4.457 auf 6.846.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Fachserie 12 Reihe 6.1.1)

Illustration: Fotolia

Mehr Arbeit trotz sinkender Belastungszahlen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Zahl der Belegungstage im Krankenhaus von 2007 bis 2013 um 1,1 Prozent von 142,9 Millionen auf 141,3 Millionen zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der auf Vollzeit umgerechneten Stellen im Pflegedienst von 298.300 auf 316.300. Das ist ein Plus von sechs Prozent. Gemessen an den Belegungstagen ist die Pflegepersonalbelastung in den fünf Jahren rein rechnerisch um knapp sieben Prozent gesunken.

Trotzdem berichten viele Pflegekräfte über eine höhere Arbeitsdichte und steigenden Zeitdruck, wie aktuelle Studien zeigen. Eine Befragung der Universität Duisburg-Essen ergab, dass die verfügbare Zeit des Personals und eine dünne Personaldecke zur Rationierung von Krankenhausleistungen und zu Qualitätsverlust führen können. So waren nur 21 Prozent der befragten Pflegedienstleiter der Ansicht, dass das Pflegepersonal sämtliche erforderlichen Pflegeleistungen immer erbringen könne. Die Mehrheit antwortete, dass sie nicht ausschließen können, dass aufgrund einer zu hohen Arbeitsbelastung Mängel bei der Patientenversorgung aufgetreten seien.