



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

Berlin, 11.06.2013

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0439(12)  
gel. VB zur öAnhörung am 12.06.  
13\_MPB  
11.06.2013

Stellungnahme  
der  
**Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)**  
zum

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg,  
Kathrin Senger-Schäfer, Diane Golze, weiterer  
Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

„Bessere Krankenhauspflege durch  
Mindestpersonalbemessung“

(BT-Drs. 17/12095)

## I. Personalsituation in Krankenhäusern

Betrachtet man die Personalentwicklung in der Pflege, so ist in der Tat ein Verlust von 9.300 Vollzeitkräften im Zeitraum 2003 bis 2011 zu verzeichnen. Eine differenzierte Analyse der Daten des Statistischen Bundesamtes<sup>1</sup> kommt jedoch auch zu folgenden Ergebnissen:

- Die Anzahl der Beschäftigten (Köpfe) in der Pflege ist im selben Zeitraum sogar leicht gestiegen (+ 4.000), bei den examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern sogar um + 6.000. Es ist aber eine erhöhte Teilzeitquote festzustellen, die zu einer geringeren Vollkräftezahl führt. Teilzeitarbeit hat allerdings aus arbeitsmarkt- und gesellschaftspolitischen Gründen durchaus positive Aspekte und ist für die Krankenhäuser häufig die einzige Möglichkeit, qualifiziertes Personal zu halten.
- Beim Pflegepersonal ist bezogen auf die Vollkräfte seit 2008 - nicht zuletzt durch das Pflegestellenförderprogramm - ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen.
- Die Anzahl des Pflegepersonals mit abgeschlossener Weiterbildung (z. B. Intensivpflege und Anästhesie, OP-Dienst und Psychiatrie) ist im selben Zeitraum stark angestiegen (+ 9.000 Vollkräfte).
- Der Personalbestand ist in anderen patientennahen Berufsgruppen wie dem Funktionsdienst (+ 11.000 Vollkräfte) und den Ärzten (+ 25.000 Vollkräfte) im selben Zeitraum stark angestiegen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Personalsituation in den Krankenhäusern angespannt ist. Hauptgrund hierfür sind jedoch vor allem die jahrelangen Kostendämpfungsmaßnahmen der Gesundheitspolitik und weniger die Einführung des DRG-Systems. Seit vielen Jahren liegt der mögliche Preiszuwachs über die Grundlohnrate unter den tarifbedingten Personalkostensteigerungen, was zu einer immer größeren Schere zwischen Erlös und Kosten führt. Diese Sparmaßnahmen haben unbestritten einen hoch effizienten Personaleinsatz, Rationalisierungsmaßnahmen und Arbeitsverdichtung zur Folge. Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass die Träger und die Geschäftsführungen ihre Verantwortung für eine dem Krankenhausbetrieb angemessene Personalausstattung wahrnehmen. Soweit gesetzliche Einsparvorgaben, die sich regelmäßig aus der Differenz von Vergütungspreiszuwächsen und Lohnkostensteigerungen ergeben, umzusetzen sind, weisen die Krankenhäuser seit Jahren darauf hin, dass die Rationalisierungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser

## II. Finanzierung des Pflegeaufwands im DRG-System

Aus Sicht der Krankenhausfinanzierung sind flächendeckende Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung der Krankenhäuser nicht mit dem aktuellen Finanzierungssystem vereinbar. Die Einführung von „Sollvorgaben“ für den Pflegebereich würde dem Sinn und Zweck der leistungsorientierten Fallpauschalen widersprechen und die Zielsetzung der DRG-Systemeinführung konterkarieren.

Das DRG-System ist mit dem Ziel eingeführt worden, die wettbewerblichen Elemente in der stationären Versorgung zu fördern und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu steigern. Dazu ist die Krankenhausfinanzierung auf eine leistungsbezogene, pauschalierende Vergütung umgestellt worden. Die krankenhausesindividuelle Kostensituation findet seitdem keinerlei Berücksichtigung mehr. Daher ist eine zwingende Voraussetzung für eine pauschalierende Vergütung nach wie vor, dass den Krankenhäusern die Möglichkeiten zur Verbesserung der Prozessabläufe und der Kostenstrukturen erhalten bleiben.

Die angespannte Personalsituation in den Krankenhäusern ist nicht primär auf die pauschalierende Vergütung, sondern auf die seit Jahren anhaltende Unterfinanzierung der Personalkosten zurückzuführen („Tarifschere“). Dabei sollte auch beachtet werden, dass sich der zunehmende finanzielle Druck und die Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern nicht nur auf das Pflegepersonal, sondern auf alle Beschäftigten auswirkt. Zur Verbesserung der Personalsituation wäre es sinnvoll, dass zumindest die tarifbedingten Personalkostensteigerungen in voller Höhe refinanziert werden.

Die Unvereinbarkeit von Vorschriften zur personellen Mindestbesetzung mit der aktuellen Krankenhausfinanzierung betrifft nicht nur die ordnungspolitischen Grundsätze und Ziele, sondern auch die methodische Umsetzung des DRG-Systems. Dabei sind sowohl die Kalkulation der Fallpauschalen als auch die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte zu beachten.

Das Grundprinzip der Kalkulation der Fallpauschalen besteht in einem Vollkostenansatz auf Ist-Kostenbasis. Somit werden auch die Ist-Kosten der Pflege vollständig erfasst. Das Ergebnis der Kalkulation wird als Bewertungsrelation im DRG-Katalog ausgewiesen. Bei der Entwicklung des Kataloges ist das oberste Ziel, Gruppen mit möglichst ähnlichen Fallkosten (Kostenhomogenität) zu erreichen. Daher können durchaus Patientengruppen mit unterschiedlichem pflegerischen Aufwand in einer Fallpauschale zusammengefasst werden.

Eine auf Anhaltszahlen ausgerichtete Finanzierung des pflegerischen Personalbedarfes ist in einem leistungsorientierten Fallpauschalensystem nicht möglich, ohne die Grundsätze und Ziele des gesamten Systems neu zu definieren. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Selbstverwaltung und das InEK die mit dem aktuellen System konformen Möglichkeiten zur besseren Abbildung der pflegerischen Leistungen mit den Zusatzentgelten für hoch-pflegeintensive Behandlungsfälle bereits umgesetzt haben und diese Entgelte kontinuierlich weiterentwickelt werden. Allerdings wird hier von den Krankenhäusern massivst die restriktive Haltung der Kostenträger bei der Anerkennung des erhöhten pflegerischen Aufwandes beklagt.

### III. Keine Problemlösung durch Personalbemessungsstandards

Obwohl die Personalsituation in den Kliniken angespannt ist – insbesondere im Pflegebereich – sind aus Sicht der DKG verbindliche Personalbemessungszahlen anzulehnen. Personalbemessungszahlen können aus mehreren Gründen die problematische Personalsituation in den Krankenhäusern nicht verbessern, vielmehr ist sogar mit negativen Folgen zu rechnen.

- Der konkrete Personalbedarf kann nur auf Ebene des Krankenhauses bzw. der einzelnen Abteilung vor Ort bestimmt werden. Hierbei spielen viele Faktoren eine Rolle. Neben den Gegebenheiten vor Ort (z. B. Größe des Krankenhauses, regionaler Bezug, Versorgungslevel, vorhandene Fachabteilungen usw.) steht der Patient als Individuum im Mittelpunkt. Die Pflege eines Patienten ist abhängig von vielen Faktoren, u. a. von der Grunderkrankung bis hin zur Multimorbidität, Alter, Vorerkrankungen, Kognition etc..
- Verbindliche Personalkennzahlen können vor diesem Hintergrund zu einer Fehlallokation des Pflegepersonals führen. Es besteht die Gefahr, dass aufgrund eines vorgegebenen Personalschlüssels Personal in Bereichen vorgehalten werden muss, wo es nicht benötigt wird, während es in anderen Bereichen nicht zur Verfügung steht. Viele Kliniken arbeiten deshalb z. B. auch mit sog. Springer-Pools, um kurzfristige Personalbedarfsschwankungen auch fachabteilungsübergreifend ausgleichen zu können. Insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Personalmangels in der Pflege wäre ein Eingriff in die Organisationshoheit des Krankenhauses auch für die Patientenversorgung kontraproduktiv.
- Auf Grund der individuellen Versorgung eines Patienten und seines Krankheitsbildes hilft eine Mindestpersonalbemessung nicht weiter, da es in der Pflege keine differenzierte Leistungsbemessung gibt. Die Einführung einer differenzierten Leistungserfassung zur Abbildung der benötigten Personalmenge und -qualifikation, würde in überbordende Bürokratie ausarten.
- Krankenhäuser befinden sich seit vielen Jahren in einem Prozess der Neuordnung von Aufgaben. Dies führt z. B. dazu, dass vormals ärztliche Aufgaben auf Pflegepersonal verlagert werden, während bestimmte Tätigkeiten des Pflegedienstes wiederum von anderen Berufsgruppen übernommen werden (Kaskadeneffekt). So werden z. B. Hol- und Bringendienste sowie andere (häufig einfachere) Tätigkeiten heutzutage von entsprechend qualifiziertem Servicepersonal übernommen. Ziel ist neben einer effizienten Prozessgestaltung dabei auch die Entlastung und Aufwertung der Pflegeberufe. Zudem sind im Zuge dieser Entwicklung eine Reihe neuer, erfolgreicher Berufsbilder entstanden, wie z. B. die Operationstechnischen Assistenten (OTA). Verbindliche Mindestpersonalstandards für die Pflege würden diese Entwicklungen kaum berücksichtigen können.

- Es gibt bereits einige Leistungsbereiche (z. B. Kinderonkologie, Früh- und Neugeborenenversorgung) für die der G-BA Personalstandards festgelegt hat bzw. derzeit dabei ist, festzulegen. Selbst in diesen abgegrenzten Leistungsbereichen führen verbindliche Personalschlüssel vor dem Hintergrund der Personalknappheit – insbesondere bei den fachweitergebildeten Pflegekräften – zu Schwierigkeiten bei der Personalbesetzung, ohne dass eine eindeutige Evidenz für solche Maßnahmen vorliegt.
- Zielführender als ungeeignete Personalbemessungsstandards ist vielmehr eine adäquate Refinanzierung der Personalkosten. Krankenhäusern muss es ermöglicht werden, in ausreichendem Maße Pflegekräfte zu beschäftigen und auch leistungsgerecht zu vergüten. Dies würde zudem maßgeblich die Attraktivität des Pflegeberufes positiv beeinflussen. Ansonsten werden Krankenhäuser vor dem Hintergrund des demografischen Wandels das Nachsehen im Wettbewerb um qualifiziertes Personal haben. Hier helfen dann auch keine Mindestpersonalstandards mehr.