

Zum Instrument der Pflegepersonaluntergrenzen: Konzept und Umsetzung

*9. Hamburger Gesundheitstreff,
30. August, 2018 in Hamburg*

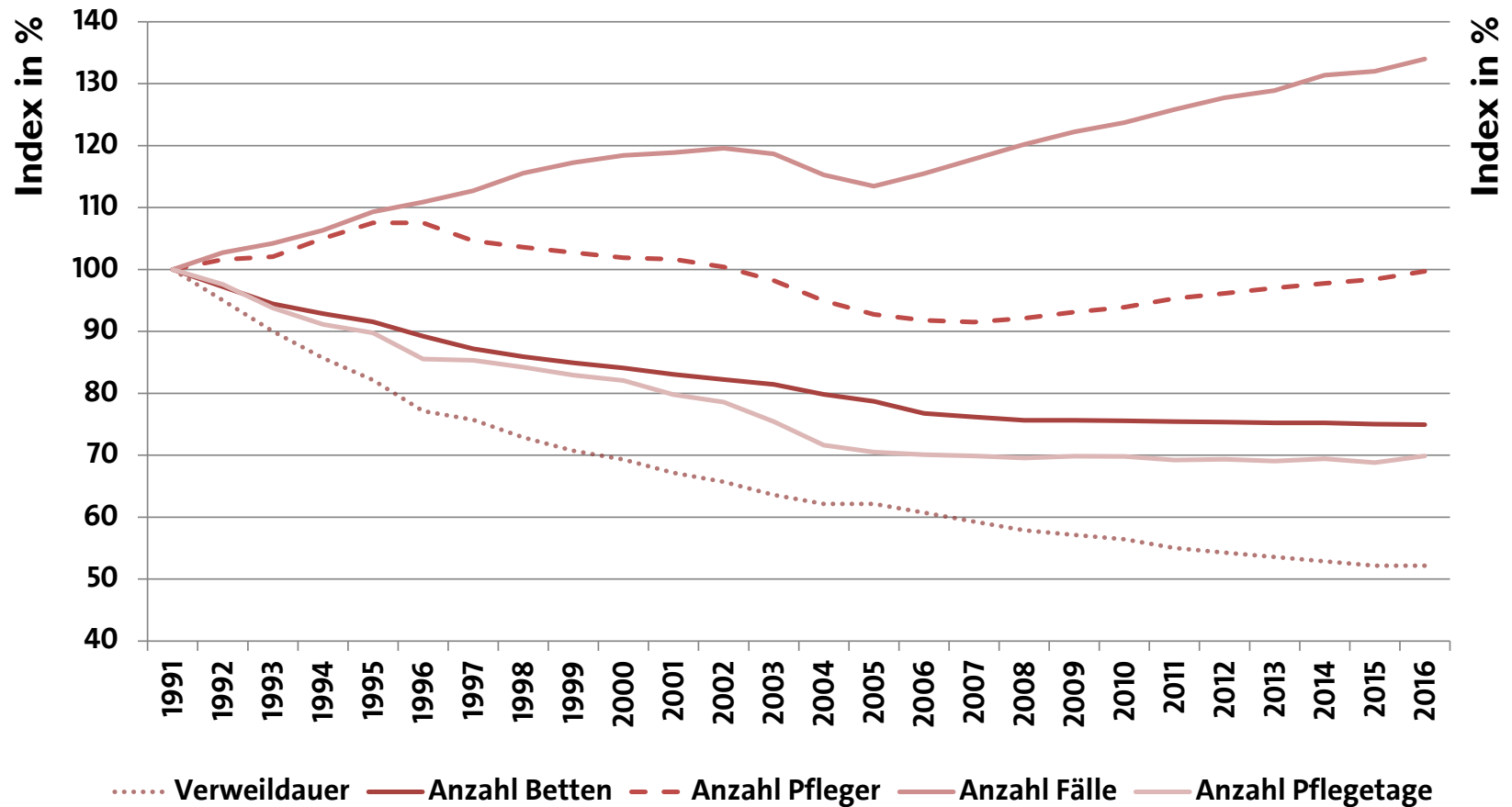
Professor Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg

Gliederung

1. Überblick über die Situation der Pflege im Krankenhaus
2. Konzept der Pflegepersonaluntergrenzen
3. Aktuelle Initiativen des Gesetzgebers

I. Überblick über die Situation der Pflege im Krankenhaus

Entwicklung der Kernindikatoren (1991=100)



Quelle: Statistisches Bundesamt (1992-2004, 2005-2017)

Bisherige Gesamtsituation der Pflege im Krankenhaus

- Bedarfsschätzungen: wenig zielführend
 - Fallzuwachs und Verweildauerreduktion neutralisieren sich, aber Zunahme der Arbeitsverdichtung (u.a. mehr Aufnahmen/Entlassungen)
 - Internationale Vergleiche nur sehr bedingt zielführend
 - Pauschale Bedarfsschätzungen nicht belastbar (z.B. 100.000)

- Das eigentliche Problem: hohe Heterogenität der Pflegepersonalbesetzung
 - Große Spanne zwischen sehr schwach und sehr gut besetzten Krankenhäusern
 - Besetzung auch innerhalb der Krankenhäuser sehr unterschiedlich

-> führt zu prekärer Situation in bestimmten FA für Pflege und Patienten

Bisherige Gesamtsituation der Pflege im Krankenhaus

- Der Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und Versorgungsqualität ist wissenschaftlich vielfach belegt
 - Veröffentlichung in besten medizinischen & gesundheitsökonomischen Fachzeitschriften
 - Erkenntnisse bereits in ausgewählten Bereichen (z.B. Neonatologie) und Landeskrankenhausplänen (u.a. HH) implementiert
 - Studie für Expertenkommission zu Deutschland (Schreyögg & Milstein, 2017)
- Zunehmender Arbeitskräftemangel u.a. auch infolge attraktiverer Alternativen ohne Schichtdienst

Ziele möglicher Maßnahmen

1. Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes, um auch zukünftig den Bedarf an PflegerInnen decken zu können
 - > Reduktion der Komplexität des Arbeitsalltags durch verbesserte Schichtbesetzung in Teilen der Krankenhäuser
2. Gewährleistung von Patientensicherheit/Versorgungsqualität durch ausreichende Schichtbesetzung
3. Zusätzliche Ressourcen sollten so verausgabt werden, dass sie den höchstmöglichen Nutzen im Sinne der PatientInnen stiften

2. Konzept der Pflegepersonaluntergrenzen

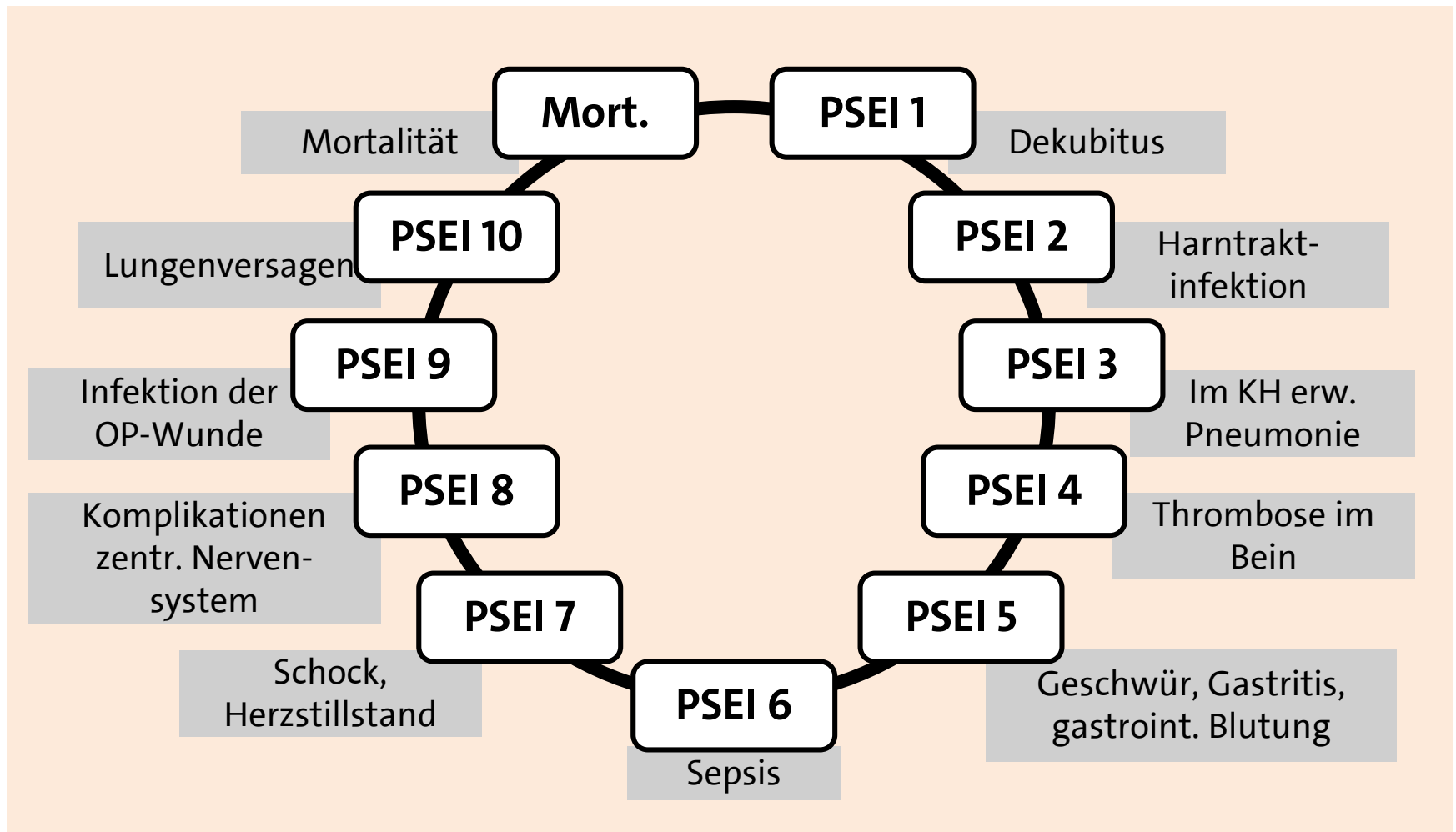
Einführung von Personaluntergrenzen

- Mindestverhältniszahl von PflegerIn pro Patienten (bzw. Betten), die in Abhängigkeit von der Tageszeit und der Fachabteilung/Bereich variiert
- Relativ grobes Instrument, das allerdings in anderen Staaten effektiv war
- Zielgruppe: Krankenhäuser mit deutlich zu wenig Pflegepersonal müssen aufwachsen
- Führt zu Homogenisierung der Personalbesetzung unter den Krankenhäusern/
Gewährleistung einer Mindeststrukturqualität

Studie zur Identifikation pflegesensitiver Fachabteilungen

- Zielstellung: Ermittlung von Fachabteilungen, die besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege sind
- Einfluss der Personalbelastungszahl (durchschnittliche Fallzahl pro PflegerIn pro Schicht) auf pflegesensitive Ergebnisparameter (PSEI)
- Für die Berechnungen wurde auf international seit 20 Jahren etablierte über die Zeit verfeinerte Indikatoren zur Definition von pflegesensitiven Ergebnisparametern (PSEI) zurückgegriffen (Daten aus § 21 KHEntgG)
- Verbunden mit Risikoadjustierung

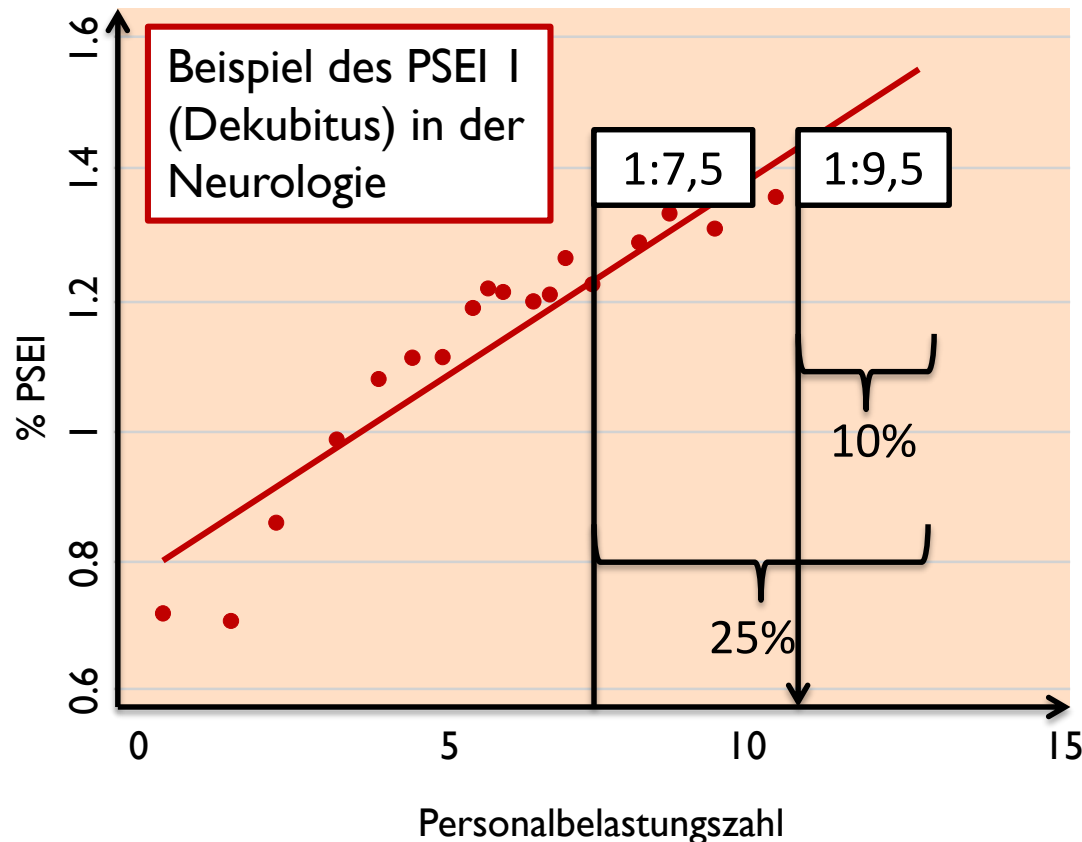
Pflegesensitive Ergebnisparameter (PSEI – Übersicht)



Ergebnisse

FA	PSEI1	PSEI2	PSEI3	PSEI4	PSEI5	PSEI6	PSEI7	PSEI8	PSEI9	PSEI10	Mort.
100 (Innere)	*		**	***	***	***	***	***	***	***	**
200 (Geriat.)	**	***		***	***	***	**		***	**	***
500 (Häma.)						**					*
700 (Gastro.)	**					*					*
1500 (Allg. C.)			*	**	**	***	***		***	**	***
1600 (Unfallc.)	*				***						**
1700 (Neuroc.)								*	*		
1800 (Gefäßc.)	*				*			*			
2100 (Herzc.)		*		***			**				**
2200 (Urol.)		***			*				***		
2300 (Ortho.)							*	**		***	
2800 (Neuro.)	**				***	***	***	***	***	**	***
3300 (Strahl.)				**	**	*	*		***		
3400 (Derma.)	**		***	**	**	*	**		***	***	**
3500 (Zahnh.)	*				***	**	*	*	*	**	**

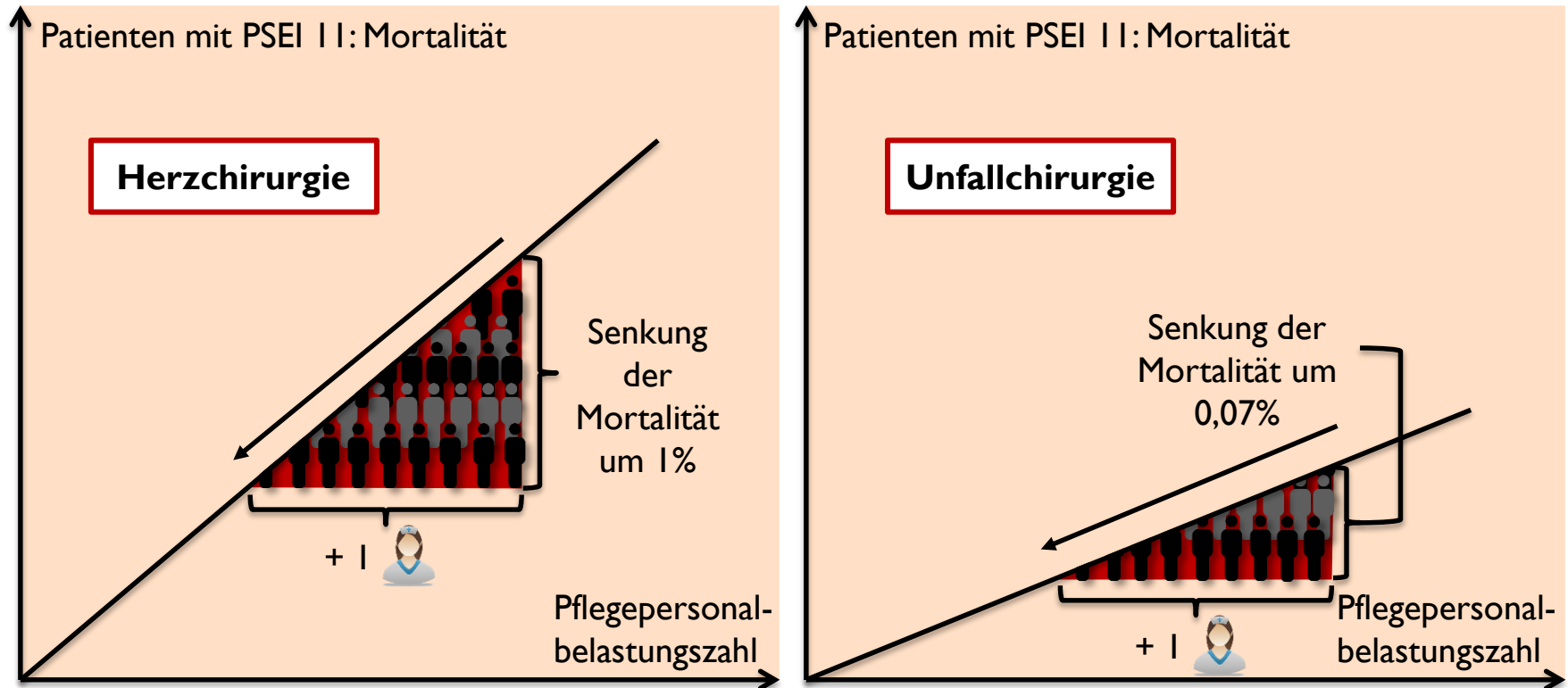
Funktionsweise Personaluntergrenzen



Grundprinzip

- Schwellwert wird definiert (untere 25% oder 10%)
- Krankenhäuser unterhalb eines Schwellwertes müssen aufwachsen
- Option: Im nächsten Jahr wird der Schwellwert an die neuen Zahlen angepasst
- Über Kalkulationskrankenhäuser auch Einfluss auf Vergütung

Eine zusätzliche PflegerIn pro Schicht hat - je nach Fachabteilung - sehr unterschiedliche Effekte auf die Qualität



Bei knappen Personalressourcen kommt es daher sehr darauf an, in welcher Fachabteilung eine zusätzliche PflegerIn tätig wird

Fazit: Konzept der Personaluntergrenzen

- Instrument verbessert den Arbeitsalltag der PflegerInnen, gerade in Krankenhäusern mit bisher schwacher Personalausstattung
 - Steigert Attraktivität des Berufes
 - Erhöhung der Bewerberzahlen und Rückkehr von Pflegekräften in Beruf
- Stellt Mindeststandard für Versorgungsqualität sicher
- Je nach Definition von Grenzen deutlicher Aufwuchs möglich
- Keine Evidenz aus anderen Ländern für Hypothese, dass Untergrenzen de facto Obergrenzen wirken
- Vor allem für Fachabteilungen wichtig, in denen der Zusammenhang zur Versorgungsqualität nachweisbar ist (pflegesensitive Fachabteilungen)

3. Aktuelle Initiativen des Gesetzgebers

Ersatzvornahme zu PPUG

- Ersatzvornahme konsequenter Schritt des BMG
- Beruht allerdings auf fragwürdiger Auswahl von FA durch Selbstverwaltung
- Intensivmedizin und Unfallchirurgie nachvollziehbar; aber warum Kardiologie zunächst vor Herzchirurgie?; und warum Geriatrie und nicht gleich Innere?
- Einführung in FA mit größtem Effekt auf Versorgungsqualität wäre wichtig, u.a. Herzchirurgie
- Durch geringe Anzahl FA, Gefahr von Ausweicheffekten hoch
- Sanktionen unklar, wären aber wichtig

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG

- Pflegeuntergrenzen künftig auch zusätzlich auf Gesamthausebene
- Reduziert Risiko von Ausweicheffekten in andere Fachabteilungen
- Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten wäre wichtig
- Im Sinne der Qualitätssicherung sollten allerdings weitere pflegesensitive Bereiche mit konkreten Personaluntergrenzen belegt werden (nicht nur 6)
- Angesichts der Personalknappheit schrittweise Einführung der Personaluntergrenzen auf FA Ebene empfehlenswert: zunächst in FA mit größtem Effekt auf Versorgungsqualität
 - erlaubt Markt genügend Zeit, auf Bedarf zu reagieren

Kontakt

Professor Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36 · 20354 Hamburg

Tel: +49 40 428 38 - 8041

Fax: +49 40 428 38 - 8043

jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de
www.hche.de

hche | Hamburg Center
for Health Economics

