



Prof. Dr. Stefan Greß
Prof. Dr. Klaus Stegmüller

Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung

Gutachterliche Stellungnahme
für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

ver.di - Konferenzzentrum
Berlin, 18. November 2014



1. Hintergrund / Rahmenbedingungen
2. Personalausstattung und Qualität
3. Maßnahmenpaket
 - a. Wiedereinführung PPR
 - b. „Pakt für gute Pflege“
 - c. Neues Instrument zur Personalbemessung
 - d. Personalbemessung und Attraktivität des Pflegeberufs



- Anstieg der Fallzahlen
2005: 16,5 Mio. 2013: 18,8 Mio. / +13,6%
- Rückgang der Verweildauern
2005: 8,7 Tage 2013: 7,5 Tage / -13,8%
- Personalausstattung 2005 bis 2013
 - Ärzte + 21,0 %
 - Pflege + 4,5 %
- Personalaufwuchs in der Pflege reicht nicht, die zusätzlichen Anforderungen auffangen zu können
- Zahlreiche Befragungen unterstreichen Arbeitsverdichtung, schlechte Arbeitsbedingungen, mangelnde Wertschätzung der Pflege und in deren Folge Unterlassung von Leistungen / Auftreten von Pflegefehlern
- Aktuelle finanzielle Rahmenbedingungen der Krankenhäuser setzen ungenügende Anreize für adäquate Personalausstattung in der Pflege



- Enger Zusammenhang zwischen guter Personalausstattung und qualitativ hochwertiger Versorgung in internationalen Studien inzwischen gut belegt
- NICE-Reviews (National Institut of Health and Care Excellence - GB) vom Juli 2014 (Griffith et al. 2014; Cookson/McGovern 2014; Simon et al. 2014)
- Personalausstattung (Anzahl) / Qualifikationsmix (Anteil Fachkräfte) und patientenseitige Outcomes (Indikatoren):
 - Mortalität
 - Infektionen
 - Stürze
 - Dekubiti
 - Medikationsfehler
 - Verweildauer
 - Wiedereinweisungen
 - ...

Personalausstattung und Qualität (2)



Bei steigender Personalausstattung ...

Indikatoren		Anzahl Studien	Sinkt		Neutral	Steigt	
			Signifikant	Nicht signifikant		Signifikant	Nicht signifikant
Mortalität	Allgemein	9	4	1	1	-	3
	Failure to rescue	7	2	2	1	-	2
Infektionen	Kathederinduziert	5	-	3	2	-	-
	Pneumonie	4	1	2	-	1	-
	Sonstige	9	3	3	-	-	3
Stürze		12	3	5	2	-	2
Dekubiti		12	3	2	1	2	4
Medikationsfehler		9	3	3	1	1	1
Unterversorgung		7	4	3	-	-	-
Verweildauer		6	4	-	2	-	-
Wiedereinweisungen		1	1	-	-	-	-

Personalausstattung und Qualität (3)



Bei steigender Fachkraftquote ...

Indikatoren		Anzahl Studien	Sinkt		Neutral	Steigt	
			Signifikant	Nicht signifikant		Signifikant	Nicht signifikant
Mortalität	Allgemein	6	2	1	1	2	-
	Failure to rescue	2	1	-	-	-	1
Infektionen	Kathederinduziert	2	-	1	-	-	1
	Pneumonie	3	1	-	1	1	-
	Sonstige	8	2	4	1	-	1
Stürze		10	4	2	2	-	2
Dekubiti		7	3	4	-	-	-
Medikationsfehler		11	5	4	1	1	-
Unterversorgung		6	-	3	3	-	-
Verweildauer		3	1	-	1	-	1



Studie von Aiken et al. 2014

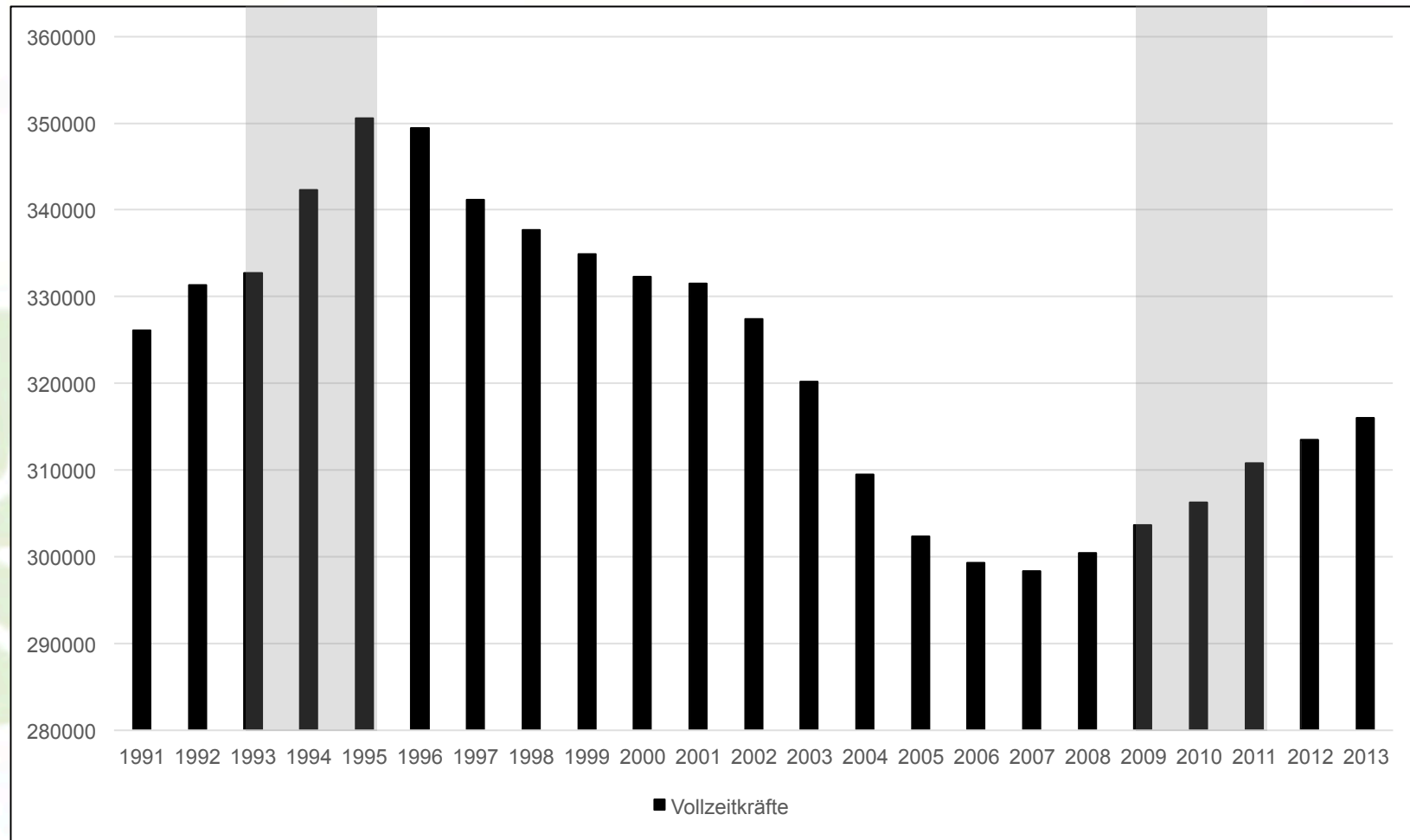
- Daten aus neun europäischen Ländern (ohne Deutschland)
- erste Studie für Europa mit quantitativen Aussagen über Zusammenhang von Personalausstattung/Qualifikationsmix und Mortalität für das stationäre Setting

Ergebnis:

- mit jedem zusätzlichen zu betreuenden operierten Patienten steigt die Wahrscheinlichkeit um 7%, dass ein operierter Patient innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme verstirbt
- die Wahrscheinlichkeit sinkt um 7%, dass ein operierter Patient innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme stirbt, wenn der Anteil der Pflegekräfte mit Bachelor-Abschluss um 10% steigt



Pflegekräfte an deutschen Akutkrankenhäusern 1991 bis 2013





- Zwischen 1995 und 2007 rund 52.000 VZ-Stellen in der Pflege abgebaut
- Auch Pflegeförderprogramm von 2009 bis 2011 konnte Trend nicht entscheidend aufhalten
- 2013 lag Personalausstattung um etwa 34.000 Stellen unter dem Stand von 1995
- auch Koalitionsvereinbarung der GroKo sieht Handlungsbedarf



a) Kurzfristige Maßnahme: Vorübergehende Wiedereinführung der Pflegepersonal-Regelung (PPR)

- verbindliche Einführung für Übergangszeitraum von drei Jahren zur kurzfristigen Verbesserung der Personalsituation
- erlaubt Berechnung des SOLL-Personalbedarfs auf der Basis des individuellen Pflegebedarfs der behandelten Patient/innen
- 1993 bis 1995 wirksam, 1996 ausgesetzt, 1997 abgeschafft – „vereinbarte Zielzahlen erreicht“
- aktuell noch in wenigen Krankenhäusern verwendet zur internen Verrechnung / Kalkulation des IST-Personalbestands



Finanzierungsbedarf zur Wiederherstellung der Personalausstattung des Jahres 1995 (Untergrenze) bei rund 1,8 Mrd. Euro

		Zusätzlicher Personalbedarf (Vollzeitkräfte)	Finanzierungsbedarf pro Jahr (in Mrd. €)
2015	Obergrenze	24.000	1,2
	Untergrenze	12.000	0,6
2016	Obergrenze	47.000	2,4
	Untergrenze	23.000	1,2
2017	Obergrenze	70.000	3,6
	Untergrenze	34.000	1,8



b) Pakt für gute Pflege

- Bundesländer tragen ein Drittel des Finanzierungsbedarfs über entsprechende Erhöhung der Investitionen 2015 bis 2017 und überwachen Einführung / Einhaltung PPR; Verrechnung mit bisherigen Investitionen
- Kostenträger finanzieren ein weiteres Drittel über Erhöhung der Landesbasisfallwerte; Überwachung der Mittelverwendung für Pflegepersonal durch Bundesländer
- Verbleibendes Drittel finanzieren Kliniken im Rahmen von internen Umschichtungen bzw. Effizienzsteigerungen; Kliniken mit bisher bedarfsgerechter Personalausstattung sind ausgenommen



c) Entwicklung eines optimierten Instruments zur Personalbemessung

- Übergangszeit nutzen für Entwicklung eines neuen Instruments
- dauerhaft, nachhaltig und verbindlich für alle Akutkrankenhäuser; PPR keine Dauerlösung
- inhaltliche Konkretisierung durch Expertengremium mit Repräsentanten aller entsprechenden Disziplinen – Federführung Pflegewissenschaften
- Erkenntnisse aus Studien / Evidenzen sind zugrunde gelegt
- Zustimmung durch Bund und Bundesländer



d) Attraktivität des Pflegeberufes erhöhen

- Personalausstattung ist notwendig, keine hinreichende Voraussetzung zur Verbesserung der Versorgungsqualität
- Qualifikation als zentraler Parameter berücksichtigen (Fachkräfteanteil / Qualifikationsmix)
- Bedeutung sog. Umgebungsfaktoren mit Wirkung auf objektive Arbeitsbedingungen und subjektiv empfundene Arbeitszufriedenheit
 - Organisation des Pflegeprozesses (Funktions-/Bereichspflege)
 - interprofessionelle Wertschätzung
 - kollegiale Zusammenarbeit
 - Teambildung / Organisationskultur
 - ...



Literatur

Aiken, L. H./D. M. Sloane/L. Bruyneel/K. Van den Heede/P. Griffiths/R. Busse/M. Diomidous/J. Kinnunen/M. Kózka/E. Lesaffre/M. D. McHugh/M. T. Moreno-Casbas/A. M. Rafferty/R. Schwendimann/P. A. Scott/C. Tishelman/T. van Achterberg/W. Sermeus (2014). "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study." The Lancet 383(9931): 1824-30.

Cookson, G./A. McGovern (2014). The Cost-Effectiveness of Nurse Staffing and Skill Mix on Nurse Sensitive Outcomes. A Report for The National Institute for Health and Care Excellence. University of Surrey.

Griffiths, P./J. Ball/J. Drennan/L. James/J. Jones/A. Recio-Saucedo/M. Simon (2014). The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. University of Southampton.

NICE (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals. Safe staffing guideline 1, National Institute for Health and Care Excellence.

Simon, M./J. Ball/J. Drennan/J. Jones/A. Recio-Saucedo/P. Griffiths (2014). Effectiveness of management approaches and organisational factors on nurse staffing sensitive outcomes. University of Southampton.



**Danke für Ihre Aufmerksamkeit,
ich freue mich auf die Diskussion !**