



## **Personalvorgaben, -untergrenzen und Gesundheitstarifverträge - Königsweg oder Sackgasse?**

Rudolf Mintrop

Vorsitzender der Geschäftsführung

Biersdorfer Krankenhausgespräche

14. September 2017



## Historische Vorläufer in den 90er Jahren

**PPR:** Einführung 1993; nach wenigen Jahren außer Kraft gesetzt – zu teuer. In einigen Kliniken noch als relative Orientierungsmarke in Nutzung.

**Psych-PV:** Einführung 1990; noch immer in Kraft. Instrument zur Stellenberechnung auf Basis von Minutenwerten für Patientenbehandlungen. Für alle Berufsgruppen. Nachweis in der Budgetverhandlung. – Tatsächlich nicht in Kraft, weil nur nominell fortgeschrieben.

Fehlende Tarifausfinanzierung ging zu Lasten der tatsächlichen Stellenbesetzung.



## Auftakt: QFR-RL / Neonatologie

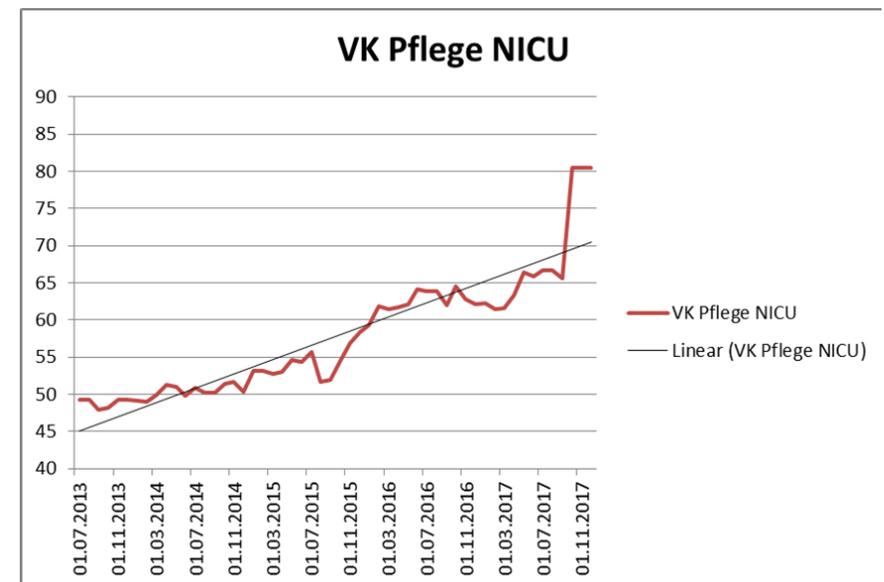
Personalvorgaben: Frühchen < 1.500 g, schichtgenau,  
1:1 bei ITS-Behandlung, 1:2 bei ITS-Überwachung  
> 1.500 g: „ausreichende Personalbemessung“

Reaktionszeit: max. 8 Stunden

Dokumentation: je Schicht je Patient je Mitarbeiter

Fachquote: 40%

Folge: + 30% Personal





## Auftakt: QFR-RL / Neonatologie

Zentralisierung der Perinatalzentren (gewünscht)

Steigende Fallzahlen im Klinikum Dortmund

→ >50% mehr Personal

Mehr Einstellungen verwässern die Fachquote.

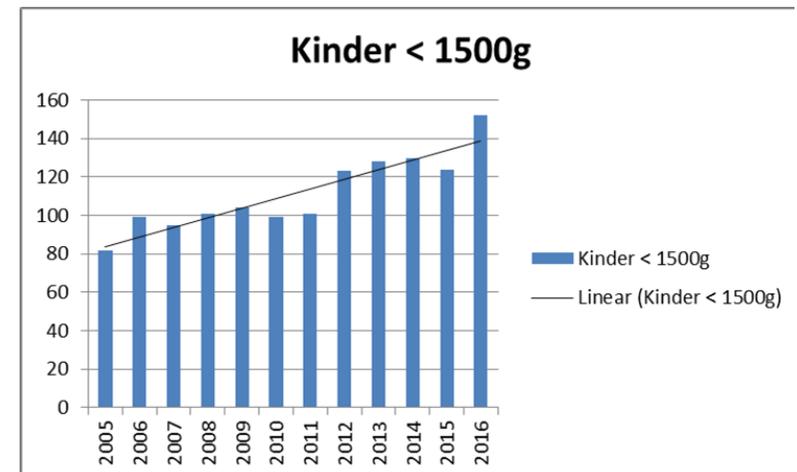
→ QFR-RL nicht erfüllbar. G-BA-Aussetzung am 19.12.2016 angekündigt, aber erst im März 2017 rechtswirksam.

→ Ab 1.1.2017: Annahmeverschulden vs. unterlassener Hilfeleistung?

→ Personalplanung 2017:  
Basis 2015 oder 2016?

→ Kapazitätsdeckelung!

→ Bei allen gleichzeitig!





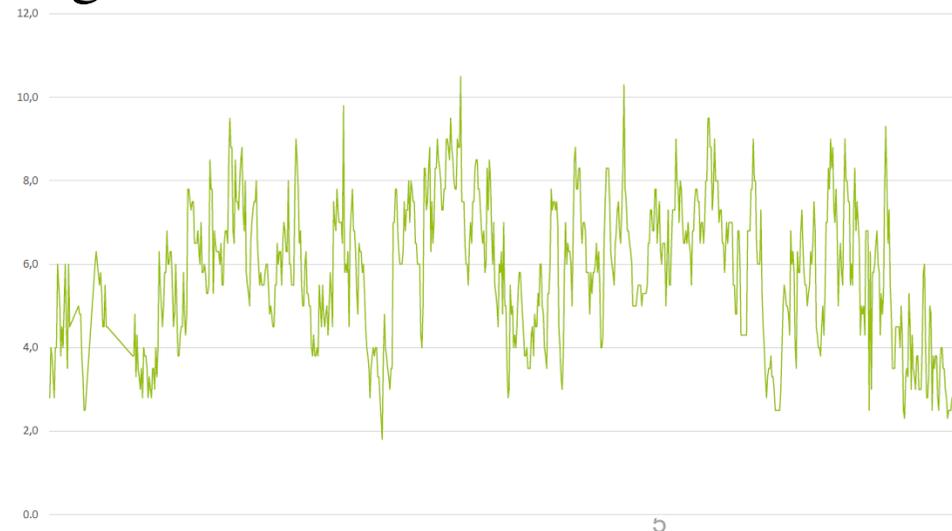
## An die Umsetzung hat der G-BA nicht gedacht

- Die „Fieberkurve“ des Personaleinsatzplans widerspricht jedem Tarif- und Arbeitszeitrecht.
- DO: 13 PflegeD. pro Schicht durchsch.; Schwankung 8-20
- Tägliche Schwankungen. 95% Erfüllungsquote
- RBD=Dienst auf Abruf oder BD mit Leerlauf
- Alternativ: Durchschnitt = Maximalbelegung
- 1:1 Personalschlüssel: Langeweile! (Auch Frühchen schlafen.)

### Absicht:

Leistungskonzentration,  
weniger Perinatalzentren

Ergebnis: Versorgung  
unklar; Beruf langweilig





## Auftakt + Schlussfolgerung

- Die bisherige Durchschnittsbelegung wird zur Maximalbelegung. Die Versorgungskapazitäten sinken.
- Leistungskonzentration nicht mehr möglich.
- Neonatologie-Versorgung wird abhängig vom Dienstplan, der rd. 8 Wochen im Voraus erstellt wird.
- Bei Vollbesetzung aller Stellen müssten ca. 20-30% aller Mitarbeiterinnen in RBD/auf Abruf verfügbar sein für Belegungsschwankungen.
- Entbindungszusage an die Eltern nicht mehr möglich.
- Zwangsweise Verlegung von Frühchen zur Anpassung an die Personalbesetzung – Qualitätsverbesserung?
- Unendliche Kontroll- und Abrechnungstreitigkeiten !



## Allgemeine Schlussfolgerungen

Früher galt: Unmögliches kann nicht verlangt werden.

Jetzt gilt: Unmögliches wird verlangt. Nichterfüllung wird sanktioniert. Sämtliche Risiken (Haftung, Finanzierung, Personal usw.) trägt die Klinik.

Früher galt: Die stationäre Versorgung wird durch die Kommune auf Basis des Krankenhausplans sichergestellt.

Jetzt gilt: Die stationäre Versorgung regelt sich nach der Personalverfügbarkeit, die die Kapazitäten steuert. Prognoseungewissheit senkt die Kapazitäten.

## **Personalvorgaben: Was sagt uns die Forschung?**

Zwei aktuelle Gutachten aus 2017 liegen vor:

- Schreyögg (Uni Hamburg, Nov. 2016)
- Augurzky (RWI Essen, 2017)

Sie kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Alle basieren auf angelsächsischen Studien von 2001-2015. Deutsche Untersuchungen gibt es nicht. Es gibt viel Querschnitt-, kaum Längsschnittuntersuchungen, was die Aussagekraft stark mindert. Verwendete Indikatoren sind seltene Ereignisse, was die Evidenz für Kausalität bzgl. Personaleinsatz drückt.



## Gutachten Schreyögg

„Mit einer ... durchschnittlichen Personalbelastungszahl von 6:1 im Jahr 2014 ist die Personalsituation in Deutschland gemäß der OECD-Daten ähnlich ausgeprägt wie in annähernd vergleichbaren Ländern.“ (z.B. Österreich, Niederlande, Frankreich, Skandinavien). Dabei ist zu beachten, dass die Fallschwere in deutschen Krankenhäusern wahrscheinlich leichter als in anderen OECD-Ländern (ist)“, weil hier stationär aufgenommen wird, wer anderswo ambulant behandelt wird. (S. 20)

Das Gutachten untersucht Handlungsbedarf auf der Ebene einzelner klinischer Fächer.

## **Gutachten Schreyögg: Analysemodell**

Risikoadjustierung nach effektivem CMI

Ausschluss von Pädiatrie, Neonatologie, Intensiv u.a.

Nur 3-jährig examiniertes Pflegepersonal

11 Pflegesensitive Erfolgsindikatoren (PSEI)

(z.B. Dekubitus, Harnwegsinfektion, erworbene Pneumonie, Thrombose, GI-Blutung, Sepsis, postop. Infektion)

Basis: Literaturlauswertung aus USA, GB, AUS (5 Metastudien)

**Ergebnis: Mehrbedarf von max. 6.043 Pflegekräften**

Das sind 4 pro Krankenhaus (ungewichtet).

Von Personalaufstockung überdurchschnittlich

betroffen sind Kliniken < 300 Betten.

Beispielergebnis Neurologie: Senkung der

Pflegebelastung um 1 Patienten = -0,03% Dekubitusrate

Statistisch signifikant?



## Gutachten Schreyögg: Limitationen

Keine belastbaren Untersuchungen vorhanden zu:

- Pädiatrie incl. Neonatologie
- Intensivstationen
- Tag- und Nachtverteilung

15 pflegesensitive Abteilungen (mit 68% aller Pat.)

Datenbasis: ausschließlich Qualitätsberichte (je Standort)  
davon nutzbar: 76% der Berichte für 69% der Abt.



## Gutachten Augurzky

„Von 2002-2014 sank die Zahl der Pflegekräfte um 4%, während sie im Zeitraum 2006-2014 um 5% stieg.“ Von 2002-2014 sind die Belegungstage um 11,7% gesunken, die Fallzahl um 11,8% gestiegen.

Ansatz: fallfixe und fallvariable Arbeit und Aufteilung 40:60, 50:50 oder 60:40. Dann ergibt sich +1%, -1,3% oder -3,6% (2002-2014). → d.h. sehr kleine Änderungen.

Gleichzeitig Verbesserung der Qualität: Dekubitusrate von 1,5% auf 0,9% gesunken. Postop. Infektion dito.

**„Derzeit kann kein akuter Handlungsbedarf in Bezug auf die Menge an Pflegedienst im Krankenhaus abgeleitet werden.“**

## **Gutachten Augurzky: Analyse**

Die Literaturlauswertung (USA, GB, AUS) ergibt: „Mit 95%iger Wahrscheinlichkeit korreliert eine 10%ige Erhöhung der Pflegepersonalausstattung mit einem Rückgang der Sterblichkeitsrate um nicht mehr als 0,11%.“ (S. 112)

Statistisch nicht signifikant → keine Evidenz.

Arbeiten aus Deutschland zum Thema gibt es nicht.

„Deutschland setzt relativ wenige Pflegekräfte pro Fall ein, aber nur leicht unterdurchschnittlich viele Pflegekräfte pro Einwohner.“ (Ärzte analog) (S. 129)

„Im Durchschnitt kommt die Auswertung zu dem Ergebnis, dass eine bessere Personalausstattung leicht vorteilhaft zu sein scheint.“ (S. 130)



## **DKI-Analyse zur Intensivmedizin**

DIVI-Richtlinie: 1:2 (Pflege : Patient)

IST-Besetzung: 1 : 2,2 (bei einer Fachquote von 44%)

Offene Stellen Intensivstationen derzeit bundesweit:  
3.150 (= 6%) Pflege und 600 Ärzte.

53% der Kliniken haben ITS-Besetzungsprobleme.  
Bis zu 63% der Kliniken könnten die geforderte  
Fachkraftquote (ohne Übergangsregelungen) nicht  
erfüllen.



## Positionen von ver.di

Nach Angaben der Gewerkschaft ver.di fehlen 70.000 Pflegekräfte in Deutschland. = ca. 4 VK pro Station  
= 4 Mrd € Zusatzkosten

Insgesamt sollen 160.000 Beschäftigte im Krankenhaus fehlen = 10 VK pro Station = >9 Mrd € Zusatzkosten

Bemessungsgrundlage: eigene Umfrage  
Evidenz?

verdi-Erhebung Nachtdienst 1:25 (Ist 2015)  
Infektion-Prävention-Initiative 1:25 (Empfehlung 2015)  
Studien zu diesem Thema gibt es nicht.



## Bewertung

Augurzky sieht keinen Handlungsbedarf.

Schreyögg berechnet im Maximum einen Mehrbedarf von rd. 6.000 Pflegestellen Allgemeinpflege. Das entspricht dem Pflegeförderprogramm plus Intensiv.

Wenn es zur umfassenden und kleinteiligen Nachweispflicht wie bei QFR-RL kommt, geht die Höherbesetzung für Bürokratie drauf.

Der Anteil der kapazitätsorientierten Personaleinsatzplanung (RBD/auf Abruf) wird zunehmen (vgl. QFR-RL), ebenso Nachtdienste.

Nachweis sollte nur über jahresdurchschnittliche Besetzung gehen. So wird auch kalkuliert.

Die Attraktivität des Pflegeberufes wird nicht steigen.

Unser größtes Problem ist und bleibt der Arbeitsmarkt (s. 3.000 unbesetzte Intensivstellen), auf dem Lande schlimmer als in den Ballungsräumen.



## **Interprofessionelle Arbeitsteilung bleibt unberücksichtigt**

In den Studien (USA, GB, AUS) blieb unberücksichtigt:

- Die Arbeitsteilung zwischen Pflege und Ärzten
- Die Arbeitsteilung zwischen Pflege und Therapeuten
- Die Arbeitsteilung zwischen Pflege und Serviceberufen

Dazu gibt es keinerlei Studien und Untersuchungen, auch keine Berücksichtigung bei den genutzten Studien.

Das hat schon einmal zu mächtigen Fehlschlüssen geführt.<sup>(QFR-RL)</sup>

## Zugang zum Problem

Gesetzgeber: vor allem über den G-BA und seine Richtlinien (QFR-RL<sub>(Neonatologie)</sub>, QBAA-RL<sub>(Bauchaortenaneurysma)</sub>, MHI-RL<sub>(Minimalinvasive Herzklappenintervention)</sub>, KiHe-RL<sub>(Kinderherzchirurgie)</sub>)  
Tarifverträge: über Gewerkschaften, v.a. ver.di (TV Entlastung, TV der Charité usw.)  
Qualitätsverträge: seitens der Kassen. Vorstoß der TK (und des vdek?) zur Zeit bei Strukturqualitätsvorgaben bei Cochlea-Implantaten

Dieses Vorgehen ist für die Krankenhäuser nicht kalkulierbar und nicht durchführbar.



## Warum das Ganze?

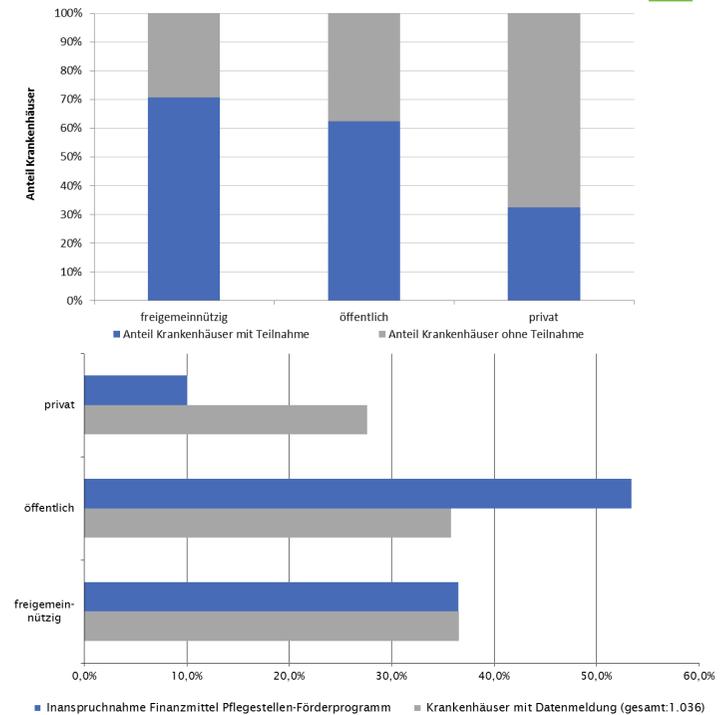
Hintergrund ist die Erfahrung, dass die Pflegeförderprogramme (2009 und 2016) nur bei den non-profit-, nicht bei den for-profit-Kliniken ankommen.

Mehr Geld ins System hebt die Rendite bei den Privaten, hilft aber nicht den dort Beschäftigten.

Daher die kleinteiligen administrativen Vorgaben und Kontrollen.

Aber warum für alle?

14.09.17



### Rückbesinnung auf das Krankenhaus

Das Krankenhaus ist ein wertebasiertes Unternehmen

Von Rudolf Mitterop



## **Personalgewinnung, nicht Personaluntergrenzen sind das Problem**

Die Forderungsattitüde des G-BA schafft Probleme:

- Massenhafte, auch unfreiwillige Schließungen von Geburtshilfe (1991: 1.200 Geburtshilfeabtt., jetzt 700) wg. fehlenden Hebammen + Ärzten.
- Schließungen oder Kapazitätsreduzierungen in der Intensivmedizin wegen Personalmangel.
- Anteil der nicht-deutsch sprechenden Ärzte ist v.a. in kleinen Kliniken (zu) hoch.
- Freelancer in Mangelberufen haben Konjunktur.
- 24/7/365 ist ein großes Attraktivitätsproblem. Und jetzt noch zusätzliche Nachtdienste + RBD?
- Nachwuchsmangel ist/wird/bleibt das große Thema.



## Fazit

**Mehr Personal** im Krankenhaus ist zu begrüßen.

Es ist derzeit politisch opportun. (Cave: Diff. Faktor 10)

Finanzierung und **Aus-/Weiterbildung** muss gesichert sein.

Wenn die **Finanzierung** nicht dauerhaft gesichert ist, bleibt es bei einem Strohfeuer (wie 2009-12).

Vor allem bei den **for-profit-Kliniken** wird es Umgehungsstrategien geben. Wieviel Doku/Kontrollen usw.?

Werden Personaluntergrenzen über den **G-BA** geregelt, wird es eine Quelle unendlichen Streits auslösen:

Maximalforderungen ohne Umsetzungsprüfung/Finanzierung!

Der **Arbeitsmarkt** ist/wird der alles begrenzende Faktor.

Die **Auswirkungen auf die Versorgung** sind nicht prognostizierbar, erhöhen die Unsicherheit für Patienten.



BVB und Klinikum sind im Umsatz fast 1:1, bei Beschäftigten 1:10, beim Überschuss 10:1.  
 Öffentliche Aufmerksamkeit 10:1, bei Patienten 1:10.  
 Von Anfang bis Ende schwarz-gelb geht.

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**



14.09.17

### BORUSSIA verbindet Generationen

Einem der Förderschwerpunkte der BVB-Stiftung "leuchte auf" ist die Säule Zukunft. Doch dabei geht es nicht nur um die Förderung von Kindern. Angesichts des demographischen Wandels rücken auch ältere Menschen immer stärker in den Fokus. Nun wurde im Klinikum Dortmund gemeinsam mit BVB-Ikone Sigi Held ein schwarzgelber Therapieraum eröffnet.

Insbesondere an Demenz erkrankte Menschen werden in der geriatrischen Abteilung des Klinikums Dortmund behandelt. Die Folgen dieser Erkrankung sind bekannt. Betroffene haben kaum noch Erinnerungen an Erlebtes. Und genau hier setzt ein neues Projekt der BVB-Stiftung "leuchte auf" an.

**leuchte auf**  
DIE BVB-STIFTUNG

Echte Liebe sieht echt aus!

Zum Film →

Informationen unter:  
[www.bvb.de/stiftung](http://www.bvb.de/stiftung)

3x2 VIP-TICKETS ABSTAUBEN