

- Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie



Mindestausstattung für Pflegekräfte und Ärzte im Rahmen der Krankenhausplanung

Personalmindestausstattung in der Krankenhausversorgung -aktuelle Diskussion-

Status quo



KHSG:

- Verbesserungen im DRG-System
- Einführung Personaluntergrenzen in bestimmten Bereichen (Expertenkommission)
- Überführung der Mittel des Pflegestellenförderprogramms in den Pflegezuschlag

PsychVVG:

- Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben spielt zukünftig eine bedeutendere Rolle: bis 2019 Psych-PV, ab 2020 G-BA-Mindestpersonalvorgaben

Vorgaben des G-BA:

Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leitlinien der Fachgesellschaften und Verdi

Personalberechnung in der Pflege

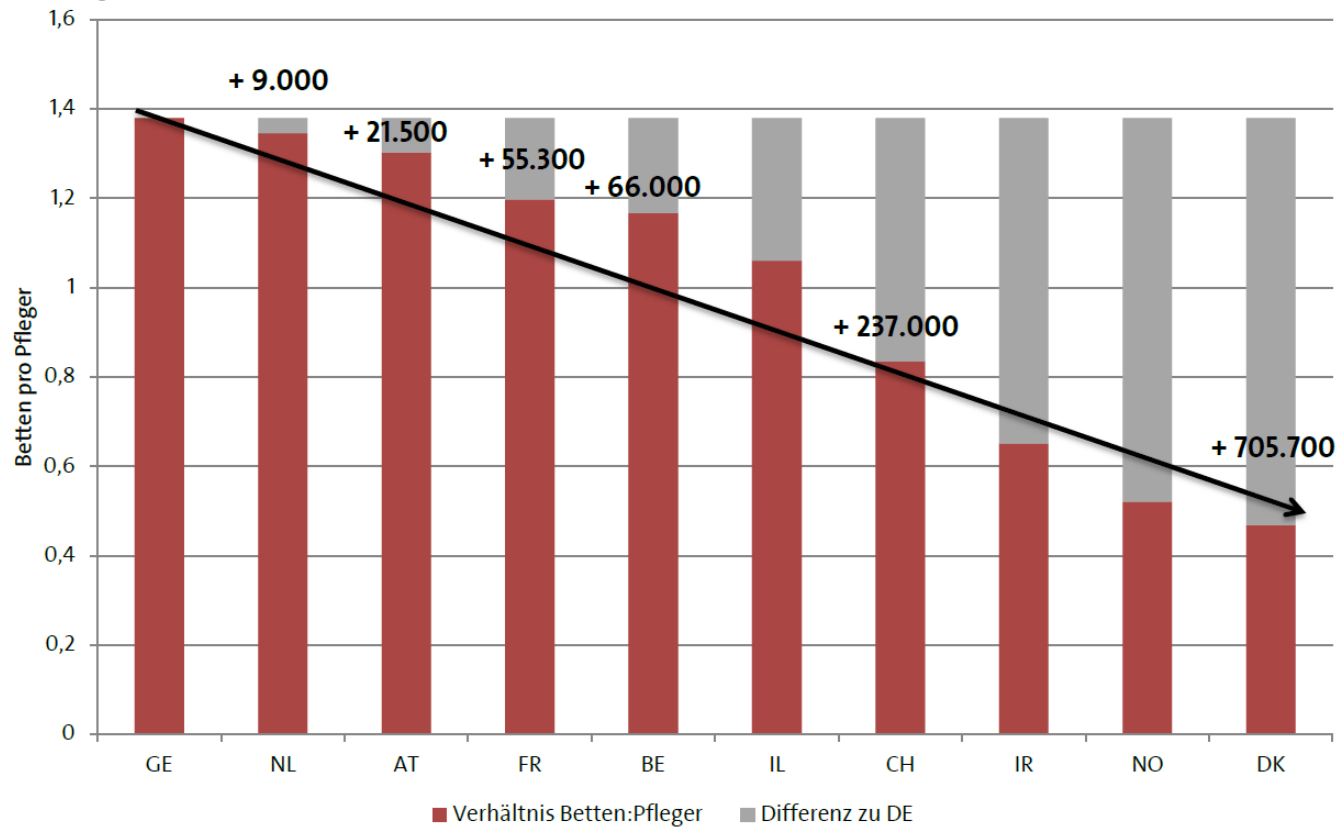
Bereits seit über 60 Jahren im Krankenhauswesen Thema:

- Bereits seit dem Jahr 1951 wird das Thema Personalausstattung immer wieder kontrovers diskutiert
- Im Bereich der Intensivpflege gab es bereits seit Anfang der 70er-Jahre Empfehlungen vom Berufsverband für Anästhesie und Intensivmedizin in Kooperation mit dem DKI (jedoch nur für allgemeine Krankenhäuser)
- Einzelne Bundesländer entwickelten hierzu bereits parallel eigenständige Richtwerte
- Mit der Einführung der DRG erhielt die Diskussion um Personalbemessung neuen Scheung

Aber: bis heute kein valides und anerkanntes Bemessungsinstrument vorhanden, Vereinbarungen in der Altenpflege teilweise konkreter als in der Krankenpflege. Weitestgehende Regelungen m.E. in der Jugendhilfe.

Personalberechnung in der Pflege

Betten pro Pfleger im Vergleich zu ausgewählten OECD-Mitgliedsstaaten



Quelle: Hamburg Center for Health Economics (2016)



Personalberechnung in der Pflege

Nurse-to-Patient-Ratios in 12 europäischen Ländern und den USA

Land	Patienten zu Pflegefachkräfte	Patienten zu Pflegegesamtpersonal*	Anzahl Krankenhäuser
Belgien	10,7 (2,2)	7,9 (1,7)	67
England	8,6 (1,5)	4,8 (0,6)	46
Finnland	8,3 (2,2)	5,3 (0,8)	32
Deutschland	13,0 (2,3)	10,5 (1,6)	49
Griechenland	10,2 (2,8)	6,2 (2,1)	24
Irland	6,9 (1,0)	5,0 (0,8)	30
Niederlande	7,0 (0,8)	5,0 (0,7)	28
Norwegen	5,4 (1,0)	3,3 (0,5)	35
Polen	10,5 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Spanien	12,6 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Schweden	7,7 (1,1)	4,2 (0,6)	79
Schweiz	7,9 (1,5)	5,0 (1,0)	35
USA	5,3 (1,4)	3,6 (2,0)	617

Quelle: PROFESSION PFLEGE (2017)

14.09.17

Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND



Personalberechnung in der Pflege

Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“:

„[...] Zur Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes sind [...] folgende Maßnahmen notwendig: Zur Sicherstellung der Qualität in der Krankenhausversorgung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV unter Beteiligung der PKV) gesetzlich beauftragt, geeignete Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen, unter Einbeziehung von Intensivstationen und der Besetzung im Nachtdienst, verbindlich festzulegen. Die Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene ist bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 zu treffen [...]“



Vorgaben in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer

14.09.17

Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND



Land	Vorgaben
Baden-Württemberg	keine echten Vorgaben, Empfehlung zur Orientierung an Zertifizierungsvorgaben Stroke Unit und Geriatrie (VK/Bett)
Bayern	Vorgaben zur Mindestbesetzung in Palliativ (Vorgabe VK/Bett) und Geriatrie (Empfehlung-Orientierung am Qualitätssiegel Geriatrie) für Ärzte und Pflege (VK/Bett)
Berlin	Vorgaben zur Mindestbesetzung aller Fachabteilungen mit grundsätzlich 2 VK Fachärzte der entsprechenden Fachqualifikation (kein Leistungsbezug). Darüber hinaus konkrete Vorgaben zur Umsetzung der Fachgesellschafts-Empfehlungen für Pflege (VK/Bett) auf Intensiv (gemäß DIVI) und Stroke Unit (gemäß DSG) , Empfehlung zur Umsetzung der Vorgaben QS Geriatrie (VK/Bett),
Brandenburg	keine Vorgaben
Bremen	keine Vorgaben
Hamburg	keine Vorgaben; im Rahmen der aktuellen Laufzeit sollen Kriterien und Vorgaben entwickelt werden
Hessen	keine Vorgaben
Mecklenburg-Vorpommern	keine Vorgaben
Niedersachsen	keine Vorgaben
Nordrhein-Westfalen	Aussagen zur Mindestausstattung fachliche Qualifikation von Ärzten ohne Leistungsbe- Weitergehende Aussagen zu Mindestbesetzungen indirekt über Verweis auf Zertifikate (Stroke, Geriatrie etc) (VK/Bett)
Rheinland-Pfalz	keine Vorgaben
Saarland	Aussagen zur Mindestausstattung fachliche Qualifikation (Anzahl, Art); Aussagen zur Mindestbesetzung indirekt über Verweis auf Zertifikate (Stroke, Geriatrie etc)
Sachsen	keine direkten Vorgaben, Empfehlung zur Umsetzung Vorgaben der Zertifizierungsstellen Palliativ, Stroke-Unit und Geriatrie (VK/Bett)
Sachsen-Anhalt	n.a.
Schleswig-Holstein	keine konkreten Vorgaben, indirekt über Vorgabe zur Orientierung an OPS-Vorgaben (Palliativ, Geriatrie) oder Verpflichtung zur Zertifizierung (Stroke-Unit)
Thüringen	Qualitätskriterien sollen Einfluss auf Versorgungsaufträge haben, Kriterien werden fortlaufend angepasst; Stroke Unit: Orientierung ans DSG-Zertifizierung (VK/Bett); ansonsten keine konkreten Vorgaben im KH-Plan aber zus: ThürQSVO nach §4 Abs 3 Thür KHG mit konkreten Vorgaben zur Mindestausstattung Ärzte, kein Leistungsbezug



Einführung von stationsbezogenen Personalmindestzahlen im Saarland

14.09.17

Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND



Der Auftrag

Pflegepakt Saarland

- Ziel: Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs
- Schaffung von 1.000 neuen refinanzierten Stellen in der Pflege
- Festlegung von Personalmindestzahlen für den medizinischen und pflegerischen Bereich

Der Koalitionsvertrag

- Festlegung von Qualitätsindikatoren und gutachterbasierten, stationsbezogenen Personalmindestzahlen
- Verknüpfung Investitionskostenförderung und Einhaltung Qualitätskriterien
- Einrichtung eines eigenen KHSF
- Bundesratsinitiative zur Verbesserung der Situation der Pflege in den Krankenhäusern



Die Umsetzung

Änderung des Saarländischen Krankenhausgesetzes

- Ermächtigung der Planungsbehörde zur Einführung landeseigener Qualitätskriterien in der Planung
- Ermächtigung zum Erlass einer Ressortverordnung zur Festlegung gutachterbasierter, stationsbezogener **Personalmindestzahlen**

Umsetzung durch Rechtsverordnung und Krankenhausplan

- Gutachten zur Ermittlung der Personalmindestzahlen wurde in Auftrag gegeben
- Ergebnisse des Gutachtens als Grundlage einer entsprechenden Verordnung



Was werden wir im Saarland in der KH Planung festlegen?

Ziele der Krankenhausplanung für die Jahre 2018-2025 im Saarland:

- Wohnortnahe und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung
- Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft und Angebotsstruktur
- Stärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und sektorenübergreifenden Versorgung
- Abbau von Doppelstrukturen
- Förderung von Neuausrichtungen und Spezialisierungen sowie bedarfsgerechte Ausweisung von Zentren
- Einführung von Personalmindestzahlen im medizinischen und pflegerischen Bereichen der Krankenhäuser auf der Grundlage eines Gutachtens
- Einführung landeseigener Qualitätsparameter und Umsetzung bundeseinheitlicher Vorgaben (bspw. Anwendung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren)



Herausforderungen bei der Einführung von Personalmindestzahlen

14.09.17

Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND





14.09.17

Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND



Was wird sich künftig für die Krankenhäuser im Saarland ändern?

- ➔ **Vor allem kleinere Krankenhäuser werden Probleme bei der Einhaltung haben, daher müssen Strukturveränderungen zwingend angegangen werden**
- ➔ **Aber: Finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser durch das Land durch einen eigenen KHSF**
- ➔ **Höhere Qualität der Patientenversorgung durch Anwendung der bundeseinheitlichen sowie landeseigenen Qualitäts- und Personalvorgaben**
- ➔ **Mehr Transparenz aufgrund vermehrter Qualitätskontrollen und Nachweisprüfungen**
- ➔ **Verbesserung der Arbeitssituation der Beschäftigten**



Welche Sanktionen sind bei Unterschreiten oder Verstößen möglich?

Von Seiten des Bundes vorgesehen:

- ➔ Vergütungsabschläge (insbes. § 137i Abs. 5 SGB V)
- ➔ Möglich aber auch Regelungen zur Entziehung oder Einschränkung des Versorgungsauftrags (bspw. § 8 KHG)

Planungsbehörden der Länder:

- ➔ Entziehung oder Einschränkung des Versorgungsauftrags nachbundesrechtlichen oder landeseigenen Vorgaben (Gesetz, KH-Plan bzw.Feststellungsbescheide)



Personalgewinnung: Werden wir auch die Mitarbeiter zur Verfügung haben, die wir vorschreiben?

- ➔ Die Zahl der Pflegebedürftigen wird von heute 2,4 Millionen auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 und 3,5 Millionen Menschen im Jahr 2030 steigen
- ➔ Alle Prognosen gehen daher von einem stark ansteigenden Bedarf an Pflegepersonal aus,
der die heutigen Beschäftigtenzahlen deutlich übersteigt
- ➔ Die vorliegenden Analysen weisen eine große Spannweite an künftig fehlenden Fachkräften aus. Grund dafür sind unterschiedliche Vorannahmen, unter anderem über die Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten. Ihnen zufolge ist binnen zehn bis 15 Jahren mit einer Lücke im Umfang von 100.000 bis 400.000 Pflegekräften zu rechnen, wenn keine wirksamen Gegenmaßnahmen ergriffen werden.



Imagekampagne „Wertvolles Pflegen“

Arbeit der AG III „Pflegepakt Saarland“



- **Kinospot (ca. 10 Sek.) mit begleitender Anzeige im Lesezirkel (Aufruf an Pflegekräfte zum Feedback)**
- **Großflächenplakatierung im Saarland mit 3 verschiedenen Motiven aus Kranken-, Kinder- und Altenpflege (über 100 Standorte)**
- **Kurzfilme mit Interviews und Making-Ofs des Fotoshootings der Pflegekräfte aus den Plakatmotiven zur Verbreitung via Social Media**



Weitere Maßnahmen zur Personalgewinnung

- ➔ **Gesetz zur Einführung einer Pflegeassistenten-Ausbildung**
- ➔ **„Erklärung zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und zur Förderung der Gesundheit von Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegefachberufen“**
- ➔ **Wiedereinstiegsprogramm für Berufsrückkehrer/innen**
- ➔ **Modellstudiengänge „Bachelor of Science Pflege**
- ➔ **Perspektivisch auch Fernstudiengang Pflege im Saarland**
- ➔ **Ehrung der Ausbildungsbeste**
- ➔ **Praxisanleiter-Verordnung (250 Praxisanleiter-Stunden innerhalb der 3-jährigen Ausbildung)**

Perspektiven – wo entwickelt sich die KH Planung der Länder hin?

Ausgangssituation:

Tiefgreifender Wandel der Krankenhauslandschaft

- ➔ Strukturveränderungen müssen angegangen werden
- ➔ Digitale Lösungen werden künftig bei der Planung eine Rolle spielen
- ➔ Entwicklung neuer, innovativer Versorgungskonzepte und Verbünde

Werden der G-BA oder die Länder die Vorgaben machen?

- ➔ bundeseinheitliche Vorgaben zur Wahrung der gleichwertigen Lebensverhältnisse in Deutschland
- ➔ Vermeidung der Abwanderung der Mitarbeiter in andere Bundesländer mit auskömmlicherer Personalsituation
- ➔ Sicherstellung der Refinanzierung durch den Bund
- ➔ Zustimmung der Länder zum Verfahren der Personaluntergrenzen nach § 137i SGB V



Werden alle Pläne künftig Personalvorgaben enthalten?

- ➔ Orientierung an den Personalvorgaben des Bundes
- ➔ Planrelevant insbesondere bei Sanktionen, bspw. bei Nichtaufnahme in den Plan oder Entziehung des Versorgungsauftrags oder eines Teils davon



- **Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie**



Fazit:

➡ **Personalmindestzahlen sind ein adäquates Mittel zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten**

➡ **Problematik der rechtssicheren Umsetzung von landeseigenen Vorgaben innerhalb der Krankenhausplanung der Länder sowie Problematik der Wahrung gleicher Lebensverhältnisse in den Ländern**

➡ **Der Bund ist gefordert, noch weitere Maßnahmen zu treffen:**

- **Entwicklung einer einheitlichen Methode zur Personalbemessung**
- **Kontinuierliche Weiterentwicklung der Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfs im DRG-System**
- **Festlegung weiterer Bereiche zur Vorgabe von Personalmindestzahlen**
- **Bessere Regelungen und Steuerung der Finanzierung**
- **Dauerhafter Einstieg des Bundes in die Krankenhausfinanzierung**

- Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

Fazit:

- ➔ **Die ständige Leistungsverdichtung, kontinuierlicher Fortschritt in der Medizin, zunehmende Begrenzung der finanziellen Ressourcen führen zu einer teilweise unzureichenden Personalausstattung resp. zu unter Qualitätsgesichtspunkten unzureichenden Patientenversorgung**
- ➔ **Mehrbedarf an refinanzierten Pflegestellen**
- ➔ **Bundesweit einheitliche GBA-Vorgaben notwendig (Wer sitzt im GBA?)**
- ➔ **Refinanzierung muss letztendlich auch von Beitragszahlen akzeptiert werden (Beitragsanhebungen Krankenversicherung)**
- ➔ **Pflegeberuf resp. Ausbildung in der Pflege muss an Attraktivität gewinnen, damit erforderliches Personal zur Verfügung steht**
- ➔ **Personaluntergrenze nicht per se ein Allheilmittel: Korrekter Schlüssel für alle Situationen ist in der Realität schwierig zu finden**

- Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!