

**Politische und ökonomische
Rahmenbedingungen der Pflege im
Krankenhaus:
Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft**

Prof. Dr. Michael Simon

**Vortrag auf dem Forum „Neue Wege wagen“
Forum Kirche-Wirtschaft-Arbeitswelt
Hannover, 10. Oktober 2022**

Einleitende Vorbemerkungen

- **Pflege im Krankenhaus ist in starkem Maße von den politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen abhängig, denen Krankenhäuser unterliegen.**
- **Diese Rahmenbedingungen haben sich in den letzten Jahrzehnten in starkem Maße verändert.**
- **Der Vortrag schlägt einen Bogen von den 1970er Jahren bis heute und geht darauf ein, wie sich die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser in dieser Zeit verändert haben und welche Bedeutung dies für die Pflege im Krankenhaus hatte und hat.**
- **Im Zentrum des Vortrags steht die These, dass es einen fundamentalen Wandel im Krankenhaus-Leitbild der Politik und des KH-Managements gegeben hat, der auch für die Arbeitsbedingungen der Pflege von großer Bedeutung ist**
- **In neuerer Zeit sind Anzeichen für Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der KH-Pflege feststellbar.**
- **Ob es zu einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegedienst kommen kann, hängt vor allem von der zukünftigen Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ab.**

Traditionelles Leitbild und KH-Finanzierung

- **Traditionelles KH-Leitbild**
 - Die Versorgung von Kranken als praktische soziale Solidarität
 - religiöse und lebensweltliche Verwurzelung
 - Nächstenliebe, moralische Pflicht zur Hilfe für Kranke
 - Krankenhaus als öffentliche Einrichtung sozialstaatlicher ›Daseinsvorsorge‹
- **Umsetzung im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972**
 - **Verpflichtung des Staates** zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung (,Sicherstellungsauftrag‘)
 - Verpflichtung des Staates (Länder) zur **staatlichen KH-Planung**
 - **Duale Finanzierung**: öffentliche (staatliche) Investitionsförderung und Betriebskostenfinanzierung durch Krankenkassen/PKV (Budget)
 - **Budgets** auf Grundlage der Selbstkosten eines »sparsam wirtschaftenden« KH (**Selbstkostendeckungsprinzip**)
 - KHS sollten ihre Kosten erstattet erhalten, nicht weniger aber auch nicht mehr (**keine Gewinne** machen)

KH-Bild des KHG 1972

- Krankenhäuser sind Teil der **sozialstaatlichen Infrastruktur**
- Krankenhäuser werden analog zur **öffentlichen Einrichtungen** durch **Jahresbudgets** finanziert
 - wie Feuerwehr, Schulen, Bibliotheken, Verwaltungsbehörden etc.
 - Es galt das **öffentliche Haushaltsrecht** (kameralistische Buchführung wie in öffentlichen und kirchlichen Verwaltungen)
 - Die Budgetvereinbarungen mussten vom Land genehmigt werden
- Vereinbarung der **Budgets** zwischen KH und Krankenkassen auf Grundlage der **voraussichtlichen Selbstkosten** des folgenden Jahres
 - *Bei Meinungsverschiedenheiten*: Wirtschaftlichkeitsprüfung durch ein unabhängiges externes Unternehmen => Schiedsstelle => gerichtliche Klärung

Traditionelles KH-Leitbild und Pflege

- **Traditionell christlich-europäisches Leitbild**
 - Die Versorgung Kranker ist **moralische Pflicht** der Menschen und der Gesellschaft
 - KHS sind Einrichtungen, die diese moralische Pflicht erfüllen
 - Menschen haben ein **Recht auf gute, bedarfsgerechte Versorgung** im KH
(sozialrechtlicher Rechtsanspruch, u.a. § 39, § 70 SGB V)
 - Dazu gehört untrennbar auch das **Recht auf eine bedarfsgerechte Pflege**
 - Bedarfsgerechte Pflege ist nur durch eine **bedarfsgerechte Personalbesetzung** zu erreichen
 - KHS sollten deshalb eine **bedarfsgerechte Besetzung mit Pflegekräften** vorhalten
 - Die **Kosten** der bedarfsgerechten Personalbesetzung hat die **Gesellschaft** zu tragen (vertreten durch die »Kostenträger« = Krankenkassen, PKV)

Traditionelles KH-Leitbild und Pflege

- **Logik der Finanzierung (KHG 1972)**
 - Ermittlung des **individuellen Pflegebedarfs** der Patienten
 - Auf dessen Grundlage: Ermittlung des **Personalbedarfs**
 - **Finanzierung** der bedarfsgerechten Personalbesetzung
 - *Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen KH und Kassen: externe Wirtschaftlichkeitsprüfung => Schiedsstelle => Gericht*
- **Grundlage der Personalbedarfsermittlung**
 - Bis 1992: Kennzahlen («Anhaltzahlen«)
 - 1993-1995: Pflege-Personalregelung (PPR)
 - Nur für den Tagdienst auf Normalstationen
 - Stellenzuwachs: +23.000 Vollkräfte
 - 1996: Aussetzung der PPR
 - 1997: Aufhebung der PPR
 - Seitdem gibt es kein verbindlich anzuwendendes Verfahren

Exkurs zum Selbstkostendeckungsprinzip

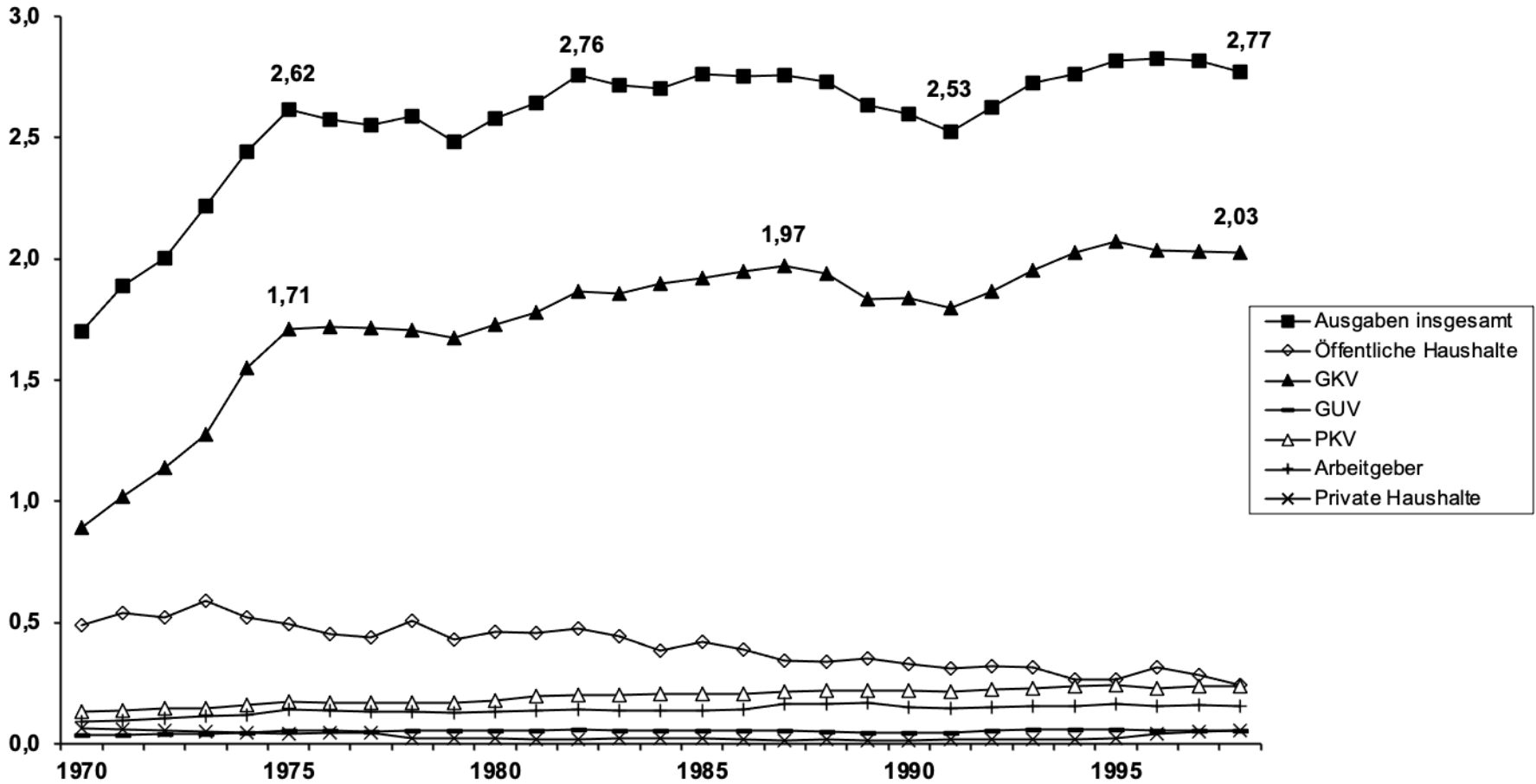
- Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde in den 1980er Jahren v.a. von Gesundheitsökonomen und Krankenkassen kritisiert
- Es habe zu Unwirtschaftlichkeiten und einer »Kostenexplosion« geführt
- Diese Argumentation bereitete den Wandel im KH-Leitbild vor und legitimierte ihn

Kritik der Kritik

- Es gab **keine wissenschaftlichen Beweise** für flächendeckende Unwirtschaftlichkeiten in Krankenhäusern
- Der **Anteil der Ausgaben für Krankenhäuser** am Bruttoinlandsprodukt (BIP) war seit 1975 **gleichgeblieben**

Ausgaben für Krankenhäuser in Prozent des Bruttoinlandsprodukts Alte BRD

% BIP



Quelle: Statistisches Bundesamt.

Das neue KH-Leitbild

- In den 1980er Jahren setzte ein Wandel zu einem **neoliberal-marktwirtschaftlichen Leitbild** ein
- **Zentrale Elemente**
 - Krankenhaus = **Unternehmen**
 - Vorbild: erwerbswirtschaftliche Unternehmen der Privatwirtschaft
 - Einführung von **Markt** und Wettbewerb in die KH-Versorgung
 - Abschaffung der staatlichen KH-Planung Umstellung auf eine marktanaloge »**Steuerung** des Leistungsgeschehens **über Preise**«
 - KHs sollten **Gewinne** und **Verluste** machen können
 - *deshalb*: **Abschaffung** des **Selbstkostendeckungsprinzips**
 - KHs, die zu den Preisen nicht produzieren können, sollen aus dem **Markt ausscheiden**
 - Umstellung der Finanzierung auf **Fallpauschalen**, die von den jeweiligen KH-Kosten unabhängig sind (Fallpauschalen = »**Preise**«)

Schritte der politischen Umsetzung

- **1985: Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG)**
 - Prospektive Budgets, pauschalisierte Sonderentgelte
- **1992: Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)**
 - Grundsatzentscheidung für eine schrittweise Umstellung auf Fallpauschalen
 - Budgetdeckelung
- **1996: Neues Entgeltsystem (neue BpflV)**
 - Gemischtes System aus Pflegesätzen und pauschalieren Entgelten
 - schrittweise Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem
 - PPR nicht mit Fallpauschalensystem vereinbar: deshalb **Abschaffung PPR**
- **2000: Grundsatzentscheidung für die Umstellung auf DRGs**
 - Ende des ›deutschen Sonderweges‹ + Übernahme eines DRG-Systems
- **2002: Fallpauschalengesetz**
 - Ab 2004: Verbindliche Abrechnung mit Fallpauschalen

Marktorientiertes KH-Leitbild und DRG-System

- **KH-Versorgung als Markt organisieren: Was bedeutet das?**
 - Auf einem Markt werden Waren gegen Geld (Preise) getauscht
 - KH-Behandlung als **Tauschgeschäft**
 - KH-Behandlung wird folglich zur (fiktiven) Ware
 - In einem Fallpauschalensystem wird der »Fall« zur »Ware«
 - Das KH erhält **Geld** nur im **Tausch** gegen seine »Waren« (**Fälle**)
- **Wichtige Unterschiede zwischen DRG-System und Markt**
 - die »Preise« sind **zentral vorgegeben** für alle KHs gleich
 - Das KH kann seine Preise nicht erhöhen
 - Die **DRGs** werden auf Grundlage **durchschnittlicher Ist-Kosten** kalkuliert
 - **unterdurchschnittliche Kosten** (Personalbesetzung) werden mit **Gewinnen** belohnt
 - **überdurchschnittliche Kosten** (Personalbesetzung) wird mit **Verlusten** bestraft

Bedeutung für KHs und Pflege

- Konsequenzen für das **Krankenhaus**
 - Verkauft das KH keine Waren (Fälle), erhält es kein Geld
 - Verkauft es weniger Waren (Fälle) als geplant, macht es Verluste
 - Macht es Verluste, droht ihm der Konkurs/die Schließung
 - Da es seine Preise nicht erhöhen kann, bleiben ihm als Strategien zur Vermeidung eines Konkurses nur
 - Fallzahlerhöhung
 - Kostensenkung
- Bedeutung für die **Pflege**
 - Pflegepersonal wird zur **Kostenbelastung** für das KH, die reduziert werden muss
 - Je niedriger die **Personalkosten**, desto geringer das **Verlustrisiko** bzw. desto höher die **Gewinnchancen**
 - Ansätze zur **Kostenreduzierung**: Stellenabbau, Tarifflicht, Änderung des Qualifikationsmix etc.

Entwicklung der Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der KHs

- **1993: Personalmehrbedarf gemäß PPR mehr als 50.000 VK (mehr als 20%)**
- **1993 Fehlbestand laut PPR: -50.000 VK (Tagdienst Normalstationen)**
- **1993-1996: +23.000 VK**
 - Lücke: -27.000 VK
- **1997-2001: -17.000 VK**
- **2002-2007: -33.000 VK**
- **2008-2018: +31.000 VK**
- **2019+2020: +32.000 VK**

- **Vergleich 1991/2020: +30.000 VK**

Politische Maßnahmen der letzten Jahre

- **2009-2011 + 2016-2018: Pflegestellenförderprogramme**
 - Nur geringe Verbesserungen
- **Seit 2020: Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen**
 - Finanzierung der Pflegepersonalkosten über ein gesondertes **Pflegebudget**
 - Grundlage des Pflegebudgets: Kosten des tatsächlich vorhandenen Pflegepersonals (**Selbstkostendeckungsprinzip**)
 - **Stellenzuwachs 2019 + 2020: ca. +32.000 Vollkräfte**
- **2019: Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PPuGV)**
 - Orientierung der Vorgaben an den **25% am schlechtesten besetzten KHs**
- **2021: Entscheidung für die Einführung eines verbindlich anzuwendenden Verfahrens zur Personalbedarfsermittlung**
 - § 137k SGB V
 - Entwicklung und Erprobung bis spätestens Ende 2024 (neu: 2025)

Aktuelle Entwicklung

- **Einführung einer PPR2.0 als Übergangslösung**
 - Koalitionsvertrag 2021
 - Entwurf »Krankenhauspflegeentlastungsgesetz« (KHPfIEG)
- **PPR2.0**
 - Weiterentwicklung der Pflege-Personalregelung (PPR) von 1992
 - Gemeinsamer Vorschlag des Deutschen Pflegerates (DPR), der Gewerkschaft ver.di und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
 - Bisher: nur als Übergangsregelung
- **Kontroverse Diskussion**
 - **Krankenkassen** lehnen die PPR2.0 ab und wollen ein Verfahren, das Grundlage für Pflege-Fallpauschalen werden kann (Nursing Related Groups, NRG)
 - **Koalitionsfraktionen** wollen PPR2.0 (Koalitionsvereinbarung)
 - **BMG** und Gesundheitsminister verzögerten bisher
 - Jetzt liegt ein **Gesetzentwurf** vor

Perspektiven

- Um die Ausgestaltung der anstehenden Neuregelungen gibt es gegenwärtig im politischen Raum ein **heftiges Ringen**
- Der **Ausgang** dieses ›politischen Kampfes‹ ist von zentraler Bedeutung für die **Zukunft der Pflege** im KH
- Eine **zentrale Frage** ist, ob die **PPR2.0** eingeführt und ob sie Grundlage der weiteren Regelungen sein soll
- Die Alternativen sind: **PPR2.0 oder Pflegefallpauschalen (NRG)**
- Dahinter steht die Frage: Soll die **Pflege** weiter **außerhalb des DRG-Systems** bleiben **oder** wieder **in das DRG-System zurückgeführt** werden

Fazit

- Die Auseinandersetzung um PPR2.0 oder Pflegefallpauschalen (NRG) ist im Kern ein Kampf zwischen den beiden KH-Leitbildern
- PPR2-0 wurzelt im traditionellen KH-Leitbild
 - Bedarfsgerechte Pflege ermitteln und finanzieren (Selbstkostendeckung)
- DRG und NRG entstammen dem neoliberal-marktwirtschaftlichen KH-Leitbild
 - Pflege als Ware, NRG als Preis der (fiktiven) Ware »Pflegeleistung«

Fazit

Von zentraler Bedeutung wird sein, ob der eingeschlagenen Weg
– Pflegebudgets, Selbstkostendeckungsprinzip,
Personalbedarfsermittlung –
fortgesetzt wird oder nicht.

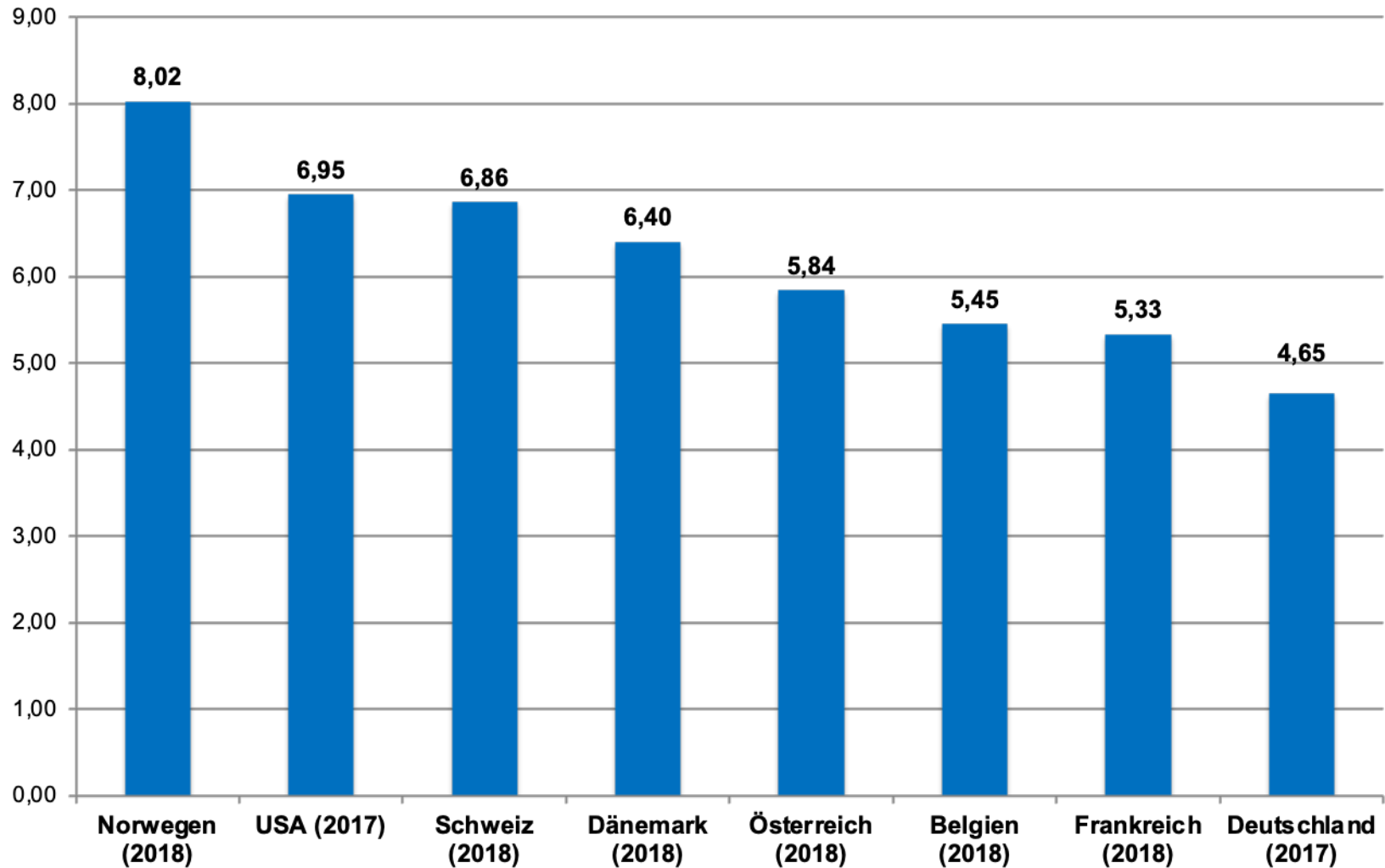
Bei einer Rückführung der Pflege in das DRG-System
sind dramatische Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen des
Pflegepersonals erwarten

Nachtrag

- In der politischen Diskussion wird v.a. von Kassenvertretern die Behauptung verbreitet, es gebe **in Deutschland** verglichen mit anderen Ländern **überdurchschnittlich viele Pflegekräfte** in KHs
 - In Deutschland gebe es laut OECD **12 Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner**, in der EU seien es nur ca. 8
- Das Problem sei **nicht ein Mangel an Pflegepersonal**, sondern ein Zuviel an KHs, KH-Betten und KH-Fällen.
 - Würde die Zahl der Betten und Fälle auf den internationalen Durchschnitt gesenkt, hätten wir genug oder sogar zu viel Pflegepersonal in KHs
- Dabei werden jedoch **falsche Daten** verwendet
- Bei der Zahl von **12 Pflegekräften je 1.000 Einwohner** handelt es sich um die **Zahl aller Pflegekräfte in allen Bereichen** (ambulante Pflege, Pflegeheime, KHs, MDK, Verwaltung etc.)

Internationaler Vergleich: Pflegepersonal in Krankenhäusern

Vollzeitäquivalente je 1.000 Einwohner



Quelle: OECD Health Statistics.

Relevanz der Zahlen

- Die Kennzahl »Vollkräfte je 1.000 Einwohner« ist vollkommen unabhängig von der Zahl der KH-Betten und KH-Fälle
- Selbst wenn die Zahl der KH-Betten und Fälle in Deutschland halbiert würde, bliebe die Kennzahl gleich
- Sollte die Personalausstattung deutscher KHs an die anderer Länder angepasst werden, müsste die Zahl der Pflegevollkräfte teilweise massiv erhöht werden

Anpassung an (Bestand Deutschland 2020: ca. 328.000 VK)

- Dänemark: +40% = ca. +130.000 VK
- Schweiz und USA: +50% = ca. +160.000 VK
- Norwegen: +70% = ca. +230.000 VK

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**