



Prof. Dr. Stefan Greß

**DRGs:  
Ein Auslaufmodell für Deutschland?**

Vortrag beim 8. DRG Forum Schweiz – Deutschland am  
24. Januar 2019 in Bern

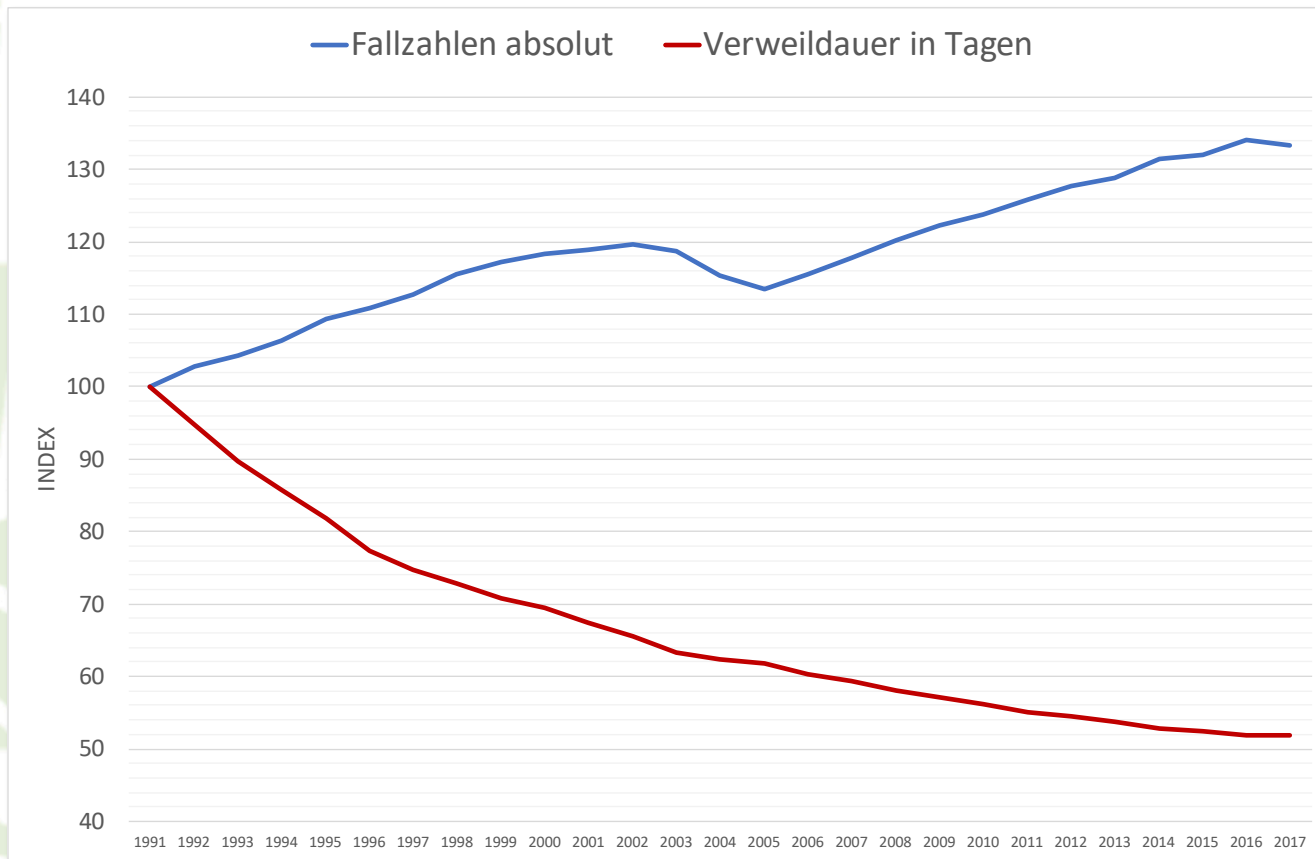


## Hintergrund

- Personalmangel in Akutpflege und Langzeitpflege
- Physische und psychische Belastungen für Beschäftigte
- Gefahr für Pflegequalität
- Zentrales gesundheitspolitisches Thema im letzten Bundestagswahlkampf 2017 und darüber hinaus
- Kombination von Maßnahmen
  - Herausnahme der Pflegekosten aus Fallpauschalen
  - Refinanzierung von Tarifabschlüssen durch Krankenkassen
  - Verordnung von Personaluntergrenzen



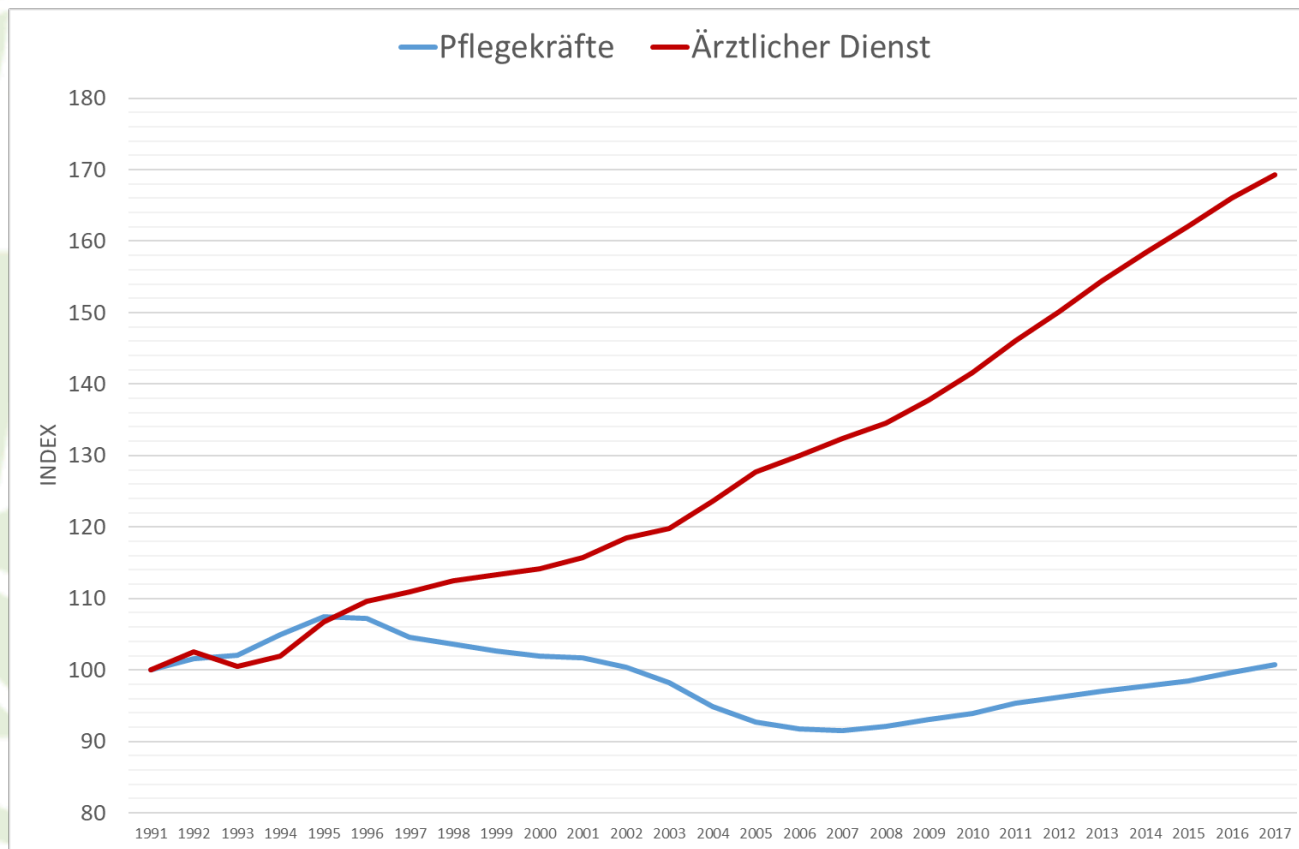
# Steigende Anforderungen für Pflegekräfte



Quelle:  
Statistisches Bundesamt,  
Fachserie 12, Reihe 6.1.1



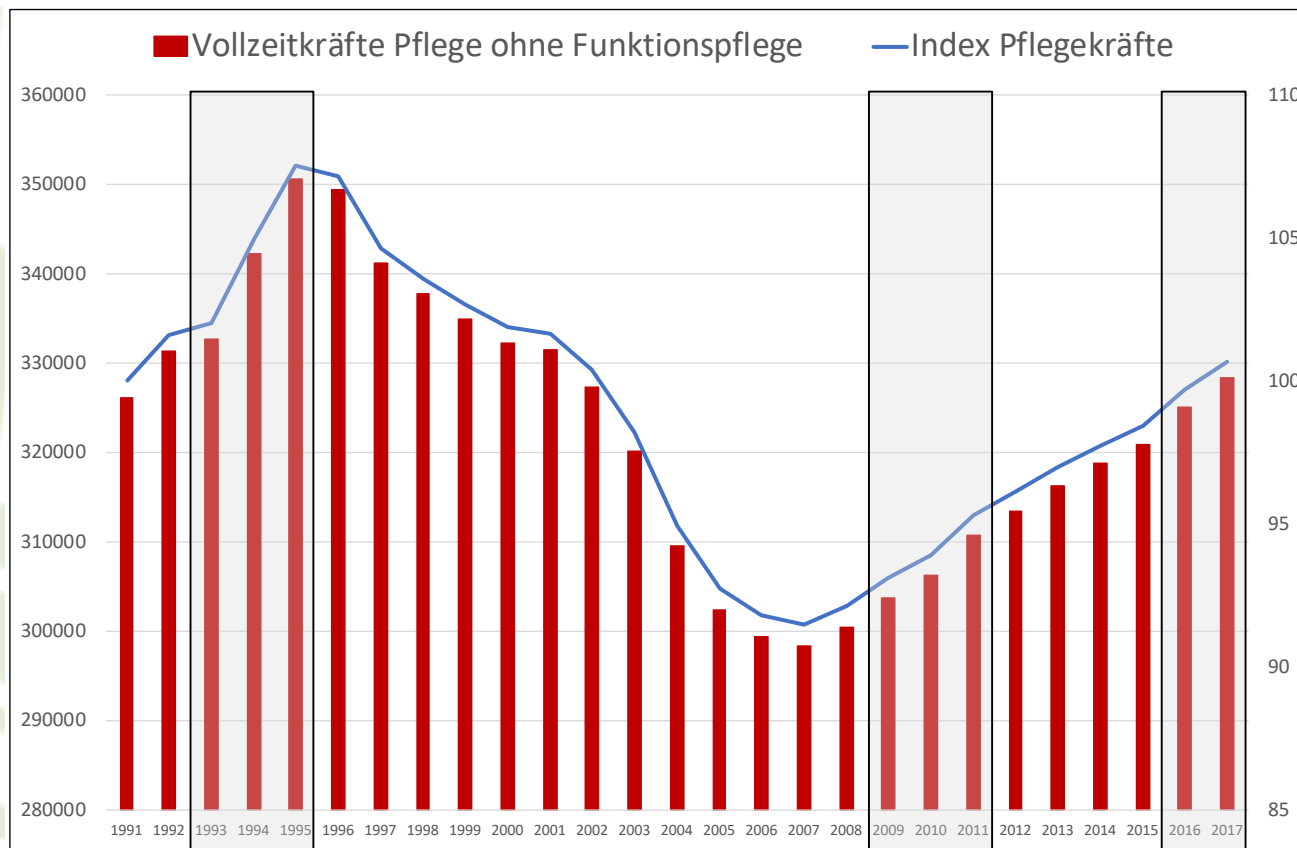
# Viel mehr Ärzte, kein Ausbau Pflegekräfte



Quelle:  
Statistisches Bundesamt,  
Fachserie 12, Reihe 6.1.1



# Interventionen der Politik I



Quelle:  
Statistisches Bundesamt,  
Fachserie 12, Reihe 6.1.1

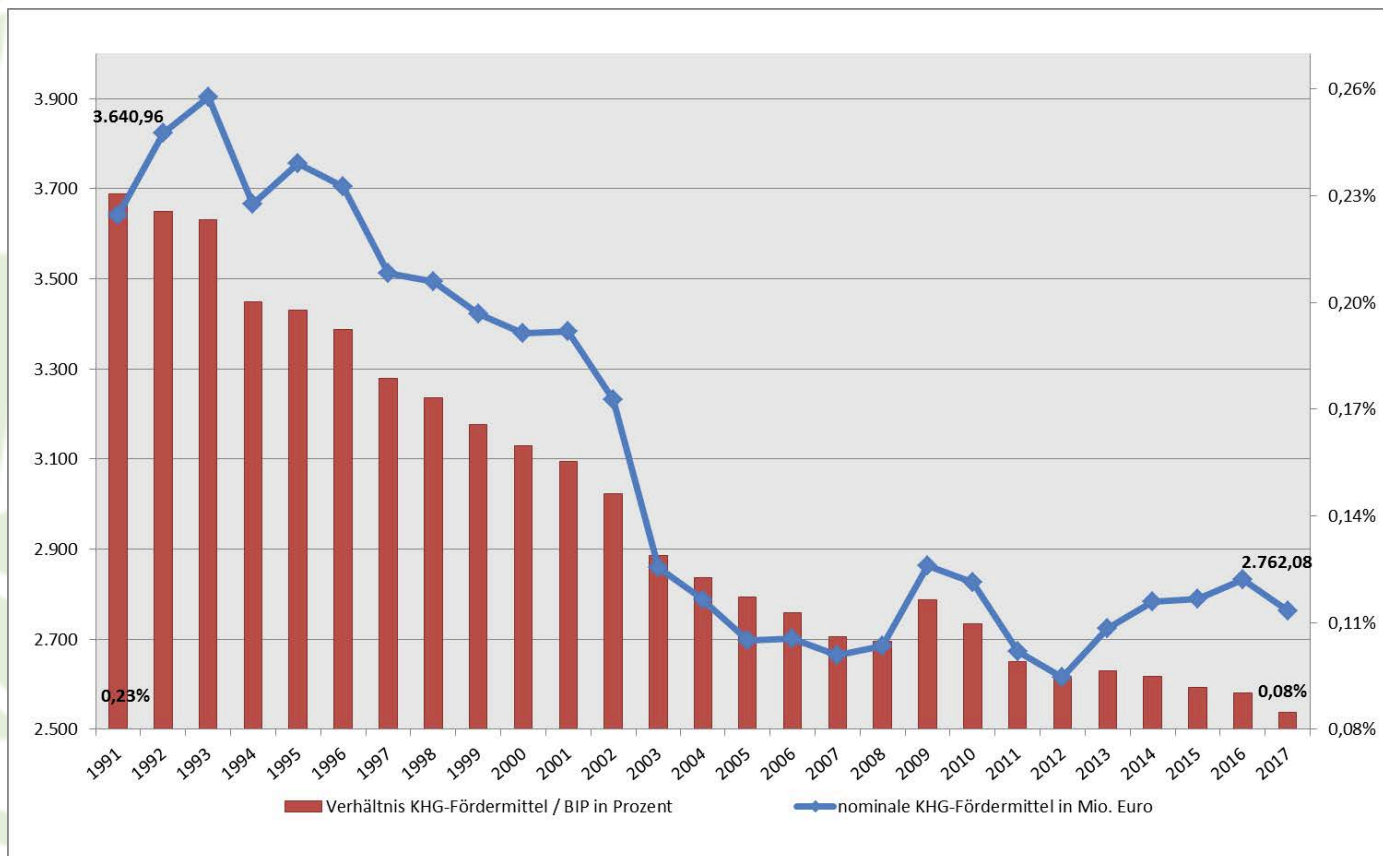


## Interventionen der Politik II

- 1993 bis 1995: Pflegepersonal-Regelung
  - Empirisch abgeleiteter Personalbedarf
  - 21.000 zusätzliche Vollzeitstellen in der Krankenpflege
  - Keine weitere Finanzierung
- 2009 bis 2011: Pflegestellenförderprogramm
  - Geplante Einstellung von 17.000 zusätzlichen Vollzeitstellen
  - Krankenhausstatistik weist 8.200 zusätzliche Stellen aus
  - Keine Zweckbindung der Mittel für „Pflege am Bett“
- 2016 bis 2018: Pflegestellenförderprogramm
  - Geplante Einstellung von 6.300 zusätzlichen Vollzeitstellen
  - Bis Ende 2017: Etwa 2.500 zusätzliche Stellen finanziert



# Sinkende Investitionsmittel Bundesländer



Quelle:  
DKG, Bestandsaufnahme zur  
Krankenhausplanung und  
Investitionsfinanzierung in den  
Bundesländern, Juni 2018



## **Aktuelle Reform: Personaluntergrenzen**

- Festlegung von Mindestpersonalausstattung in pflegesensitiven Bereichen ab 1.1.2019
- Aufstockung bei Kliniken im untersten Viertel
- Langwierig Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ohne Einigung
- Letztendlich Verordnung des Gesundheitsministers





## Personaluntergrenzen Pflegekräfte

- Intensivmedizin
  - Montags bis freitags Tagschicht 2:1/Nachtschicht 3:1
  - Gleiche Regelung an Wochenenden und Feiertagen
- Geriatrie
  - Montags bis freitags Tagschicht 10:1/Nachtschicht 24:1
  - Wochenenden und Feiertage: Tagschicht 11:1/Nachtschicht 24:1
- Unfallchirurgie
  - Montags bis freitags Tagschicht 10:1/Nachtschicht 20:1
  - Wochenenden und Feiertage: Tagschicht 11:1/Nachtschicht 21:1
- Kardiologie
  - Montags bis freitags Tagschicht 11:1/Nachtschicht 24:1
  - Wochenenden und Feiertage: Tagschicht 13:1/Nachtschicht 23:1



## **Bewertung Personaluntergrenzen**

- **Beschränkung auf „pflegesensitive“ Bereiche**
  - Personaluntergrenzen nur in vier Fachabteilungen
  - Pflegeabhängige Komplikationen (Stürze, Druckgeschwüre, Vermeidung von Infektionen) auch in anderen Fachabteilungen
- **Versorgungsminimum vs. Bedarfsorientierung**
  - Heranführung des am schlechtesten besetzten Quartils der Fachabteilungen an die Quartilsgrenze
  - Keine Zusammenhang zwischen Personalbesetzung und dem Auftreten bzw. Vermeiden von pflegeabhängigen Komplikationen
  - Keine Differenzierung nach Pflegebedarf



# Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der Systematik der Fallpauschalen ab 2020
  - Bereinigung der Bewertungsrelationen um Pflegekosten
  - Finanzierung der Pflegekosten über Pflegebudget
- Ausgleich der durch Tariferhöhungen verursachten Steigerungen von Personalkosten
  - Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich
  - Gilt ausschließlich für den Pflegedienst
- Weiterführung Pflegestellenförderprogramm



## **Bewertung Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

- Grundlegende Anreizumkehr für Krankenhäuser
  - Personalaufbau in der Pflege ab 2020 vollständig refinanziert
  - Kein ökonomischer Vorteil mehr durch Personalabbau
  - Maßnahmen zum Personalaufbau nur teilweise erfolgreich
- „Freibier für die Pflege“?
  - Zweckgebundenes Pflegebudget wird nicht einseitig durch Krankenhäuser festgelegt, sondern mit Krankenkassen vereinbart
  - Umfangreiche Nachweispflichten für die Krankenhäuser
- Kurzfristige Effekte nicht überschätzen
  - Keine Pflicht zum Vorhalten ausreichender Personalausstattung
  - Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt



## Mittelfristige „Re-Pauschalisierung“?

- Abschlagszahlungen für das Pflegebudget
- Multiplikation der Pflegelast mit dem Pflegeentgeltwert
- Pflegelast-Katalog
  - Ausgegliederte Bewertungsrelationen für Pflegekosten
  - Bundesweit einheitlich
- Pflegeentgeltwert
  - Pflegepersonalkosten
  - Krankenhausindividuell
- Konvergenz des Pflegeentgeltwerts?



## **DRGs – Ein Auslaufmodell?**

- Systematik der Finanzierung über Fallpauschalen nicht grundsätzlich in Frage gestellt
- Finanzielle Anreizumkehr ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Personalaufbau in der Pflege
  - Verbesserung der Arbeitsbedingungen
  - Verbesserung der Vergütung
- Kostendruck im Krankenhaus wird in andere Bereiche verlagert (Finanzierung von Investitionen)
- Anreize zur Fallzahlmaximierung fast unverändert
- Fallpauschalen sind Grundlage für Marktberreinigung ohne politische Steuerungsverantwortung



**Ich danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit!**

[stefan.gress@pg.hs-fulda.de](mailto:stefan.gress@pg.hs-fulda.de)