

Kochskämper, Susanna; Risius, Paula; Seyda, Susanne

Research Report

Fachkräfteengpass in der Krankenpflege: Wo liegt weiterer Reformbedarf?

IW-Report, No. 39/2018

Provided in Cooperation with:

German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Kochskämper, Susanna; Risius, Paula; Seyda, Susanne (2018) : Fachkräfteengpass in der Krankenpflege: Wo liegt weiterer Reformbedarf?, IW-Report, No. 39/2018, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/184682>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



IW-Report 39/18

Fachkräfteengpass in der Krankenpflege

Wo liegt weiterer Reformbedarf?

Susanna Kochskämper, Paula Risius, Susanne Seyda

Köln, 22.10.2018

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
2 Engpässe	4
3 Die Beschäftigungssituation im Pflegedienst	5
4 Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser	7
5 “Pflegepersonalstärkungsgesetz“ – sind Verbesserungen zu erwarten?	8
6 Fazit	11
Abstract	13
Tabellenverzeichnis	14
Abbildungsverzeichnis	14
Literaturverzeichnis	15

JEL-Klassifikation:

I18 – Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen

J44 – Markt beruflich qualifizierter Arbeitskräfte und Tätigkeiten

J60 – Allgemeines

Zusammenfassung

Die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist durch einen Anstieg der Teilzeitkräfte gestiegen. Parallel dazu ist die Verweildauer der Patienten gesunken und die Zahl der Patienten, die von einer Pflegekraft versorgt werden, ist ebenfalls gesunken. Dennoch bestehen in den Pflegeberufen bereits seit Jahren erhebliche Engpässe, so dass offene Stellen in Krankenhäusern nicht besetzt werden können. Der Gesetzesentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sieht finanzielle Sofortmaßnahmen vor, damit Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, mehr Personal einzustellen. Da dieses Personal aufgrund von Engpässen aber schwer zu finden sein dürfte, sind weitere Maßnahmen notwendig. Deshalb ist der Blick auch auf eine Re-Organisation von Pflegeprozessen in den Häusern und auf eine vermehrte Digitalisierung zu richten. Mittelfristig ist es hingegen sinnvoll, die Strukturen in der stationären – aber auch in der ambulanten – Versorgung zu überdenken und das Thema der Über- und Fehlversorgung konsequent anzugehen. Denn dann können auch bisher dort gebundene Pflegekräfte für Bereiche zur Verfügung stehen, in denen Personalknappheit besteht.

1 Einleitung

Engpässe im Pflegebereich werden bereits seit vielen Jahren diskutiert. Der vorliegende IW-Report analysiert, wie groß die Engpässe in den wichtigsten Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege aktuell sind und gibt einen Einblick, wie sich die Beschäftigungssituation im Pflegedienst der Krankenhäuser in den letzten Jahren entwickelt hat. Vor dem Hintergrund der Personalknappheit wird der Gesetzesentwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes diskutiert. Es wird geprüft, welchen Beitrag die vorgeschlagenen Maßnahmen zu einer Verbesserung der personellen Ausstattung der Krankenhäuser beitragen können und welche weiteren Maßnahmen langfristig ergriffen werden sollten.

2 Engpässe

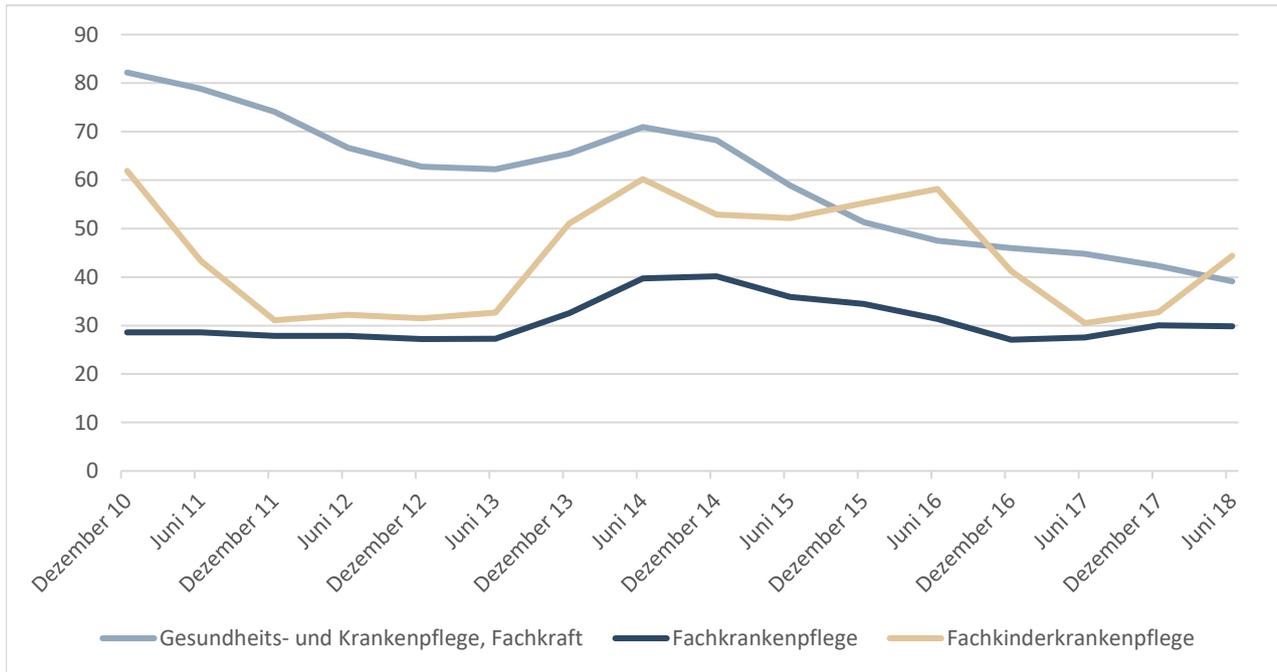
In der Krankenpflege bestehen schon seit längerem Arbeitskräfteengpässe. Betroffen sind folgende Berufsgattungen:

- Gesundheits- und Krankenpflege – Fachkraft: Diese Erwerbstätigen haben in der Regel eine dreijährige Berufsausbildung durchlaufen und sind für die Krankenpflege oder die Kinderkrankenpflege ausgebildet.
- Fachkrankenpflege – Spezialist: Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege können eine Aufstiegsfortbildung absolvieren, um sich für einen Bereich zu spezialisieren (beispielsweise Fachkrankenschwester/-pfleger – Operations-/Endoskopiedienst, Fachkrankenschwester/-pfleger Intensivpflege, Dialysefachkraft)
- Fachkinderkrankenpflege – Spezialist: Kinderkrankenschwestern/-pfleger können sich ebenfalls mittels einer Aufstiegsfortbildung spezialisieren (beispielsweise Fachkinderkrankenschwester/-pfleger – Intensivpflege/Anästhesie; Fachkinderkrankenschwester/-pfleger – Onkologie).

Eine Auswertung der Daten der Bundesagentur für Arbeit ergibt, dass gegenwärtig in allen drei genannten Berufsgattungen die Anzahl der gemeldeten offenen Stellen die der Arbeitslosen deutlich übersteigt und somit Engpässe vorliegen. Diese Engpässe bestehen schon seit längerem und haben sich verschärft (Abbildung 1): Im Jahr 2010 kamen bei Gesundheits- und Krankenpflegern 82 arbeitslose Fachkräfte auf 100 gemeldete offene Stelle; im Jahr 2018 waren es nur noch 39 Arbeitslose. Dabei nehmen Gesundheits- und Krankenpfleger innerhalb der Krankenpflegeberufe mit über 10.000 gemeldeten offenen Stellen im Jahr 2017 das größte Stellenvolumen ein. Auch in der Fachkinderkrankenpflege hat sich der Engpass von 62 Arbeitslosen auf 39 Arbeitslose je 100 gemeldete offene Stellen verschärft. In der Fachkrankenpflege finden sich die größten Engpässe, die bereits seit dem Jahr 2010 andauern – 100 gemeldeten offenen Stellen stehen lediglich 30 Arbeitslose gegenüber.

Abbildung 2-1: Zunehmende Engpässe in der Krankenpflege

Engpassrelation: Arbeitslose pro 100 gemeldete Stellen



Quellen: Sonderauswertungen der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern ist bisher kein Engpass festzustellen, im Jahr 2017 standen 369 Arbeitssuchende 100 gemeldeten Stellen gegenüber. Allerdings ist auch hier das Angebot an Arbeitskräften zurückgegangen, denn in 2010 kamen noch 890 Arbeitssuchenden auf 100 gemeldete Stellen.

Unterstellt man, dass offene Stellen in der Gesundheits- und Krankenpflege ähnlich häufig gemeldet werden wie der Durchschnitt aller Berufe, so sind die Engpässe weitaus höher als oben beschrieben. Auswertungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zeigen, dass in Deutschland nur etwa 50 Prozent der offenen Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden (Flake et al., 2018, S. 23). Es ist zudem denkbar, dass Krankenhäuser zwar weitere Pflegekräfte benötigen, aus Mangel an finanziellen Mitteln jedoch keine offenen Stellen aus-schreiben (können) (Schreyögg / Milstein, 2016, S. 15).

3 Die Beschäftigungssituation im Pflegedienst

Der Pflegenotstand in Krankenhäusern ist schon seit Jahren ein Thema in der öffentlichen Diskussion. Allerdings ist dieser mit einem ersten Blick auf verschiedene Indikatoren gar nicht so einfach erklärbar: Eine für einen Ausbildungsberuf vergleichsweise gute Bezahlung, eine gesunde Pflegebelastungszahl und eine relativ hohen Berufstreue (BIBB, 2013) kennzeichnen diesen Beruf.

Der Bruttomonatsverdienst von Fachkräften in der Krankenpflege liegt mit 3.239 Euro leicht oberhalb des Medians aller Beschäftigten (3.133 Euro) (Seibert/Carstensen/Wiethölter, 2018). Der Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit (2018) weist für diese Berufsgruppe sogar ein mittleres Entgelt von 3.337 Euro aus – und damit ein Gehalt oberhalb dessen eines/einer staatlichen anerkannten Erzieher/in (3.224 Euro) und deutlich oberhalb einer Fachkraft in der Altenpflege (2.744 Euro).

Ein Blick auf die Statistik zeigt, wie sich die Situation der Pflegekräfte, die im Pflegedienst der Krankenhäuser arbeiten, verändert hat. So hat sich seit den 1990er Jahren zwar die Beschäftigtenzahl im Pflegedienst insgesamt erhöht (Tabelle 1). Aufgrund einer Zunahme an Teilzeitbeschäftigung zeigt sich umgerechnet in Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Jahr 2017 allerdings eine ähnlich hohe Personalausstattung wie 1991 – mit einem zwischenzeitlichen Rückgang Anfang der 2000er Jahre.

Tabelle 3-1: Entwicklung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser seit 1991

	1991	2005	2017	Veränderung von 1991 zu 2017 in Prozent
Absolute Anzahl Personal im Pflegedienst	389.511	393.186	437.648	+ 12,4%
Personal im Pflegedienst, umgerechnet in Vollkräfte	326.072	302.346	328.327	+ 0,7%
Vollkräfte im Pflegedienst pro 1.000 Fälle	22,4	17,9	16,9	- 24,5%
Pflegebelastungszahl	8,5	6,5	5,9	- 31,3%

Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018; Statistisches Bundesamt, 2006, 2018; eigene Berechnungen

Bei annähernd konstanter Zahl an Vollkräften ist aber die Fallzahl, d.h. die Anzahl an Patienten, gestiegen. Dadurch hat sich das Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten verringert: Kamen 1991 noch 22 Vollkräfte in der Pflege auf 1.000 Fälle, waren es 2005 noch knapp 18 und 2017 knapp 17. Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zurückgegangen ist: Lag diese im Jahr 1991 noch bei durchschnittlich 14 Tagen, verblieben Patienten im Jahr 2005 im Durchschnitt 8,6 Tage und in 2017 nur 7,2 Tage im Krankenhaus. Daher ist die sogenannte Pflegebelastungszahl aussagekräftiger. Sie gibt an, wie viele Patienten eine Vollkraft pro Arbeitstag durchschnittlich zu betreuen hatte.¹ Waren dies 1991 noch 8,5 Patienten, ging sie bis 2005 auf 6,5 zurück und sank bis 2017 auf 5,9 ab.

¹ Die Berechnung folgt hier der Methode des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage der Jahresarbeitszeit: Die Personalbelastungszahl ergibt sich aus $(\text{Berechnungs-/Belegungstage} * 24\text{h}) / (\text{Vollkräfte} * 220 [\text{Arbeitstage im Jahr}] * 8\text{h})$.

Obwohl dieser Vergleich der Pflegebelastungszahlen eigentlich eine stetige Verbesserung der Arbeitssituation zeigt und die Beschäftigtenzahlen gestiegen sind, haben sich aber, wie oben gezeigt, die Engpässe in der Gesundheits- und Krankenpflege verschärft. Eine Erklärung kann sein, dass die Pflegebelastungszahl die Komplexität der Fälle und die Veränderung des pflegerischen Aufwands nicht erfasst.

Ohne dies umfassend empirisch zu untersuchen, werden hier einige Plausibilitätsüberlegungen zur Diskussion gestellt: Erstens bedeuten höhere Fallzahlen vermehrte Aufnahmen und Entlassungen, die unter anderem zusätzlichen Dokumentationsbedarf und damit einen erhöhten Arbeitsaufwand bedeuten – trotz einer insgesamt geringeren Verweildauer. Zweitens kann gerade in den ersten Tagen des Krankenhausaufenthalts der Pflegeaufwand besonders hoch sein. Drittens erfordert eine höhere Teilzeitbeschäftigung des Personals auch mehr Zeitaufwand bei den Übergaben. Die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung kann daher im Durchschnitt durchaus gestiegen sein.

4 Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser

Die Bewältigung der Fachkräfteengpässe bedarf einer umfassenden Strategie. Die Krankenhäuser bzw. deren Träger können durch folgende Maßnahmen zusätzliches Potenzial ausschöpfen:

- Das betriebliche Gesundheitsmanagement sollte ein besonderes Augenmerk auf die Resilienz der Beschäftigten legen, da eine Beschäftigung in der Pflege mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbunden sein kann. Ein entsprechendes Weiterbildungsangebot und Unterstützungsmaßnahmen wie Supervision können gestärkt werden.
- Personalpolitische Maßnahmen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern, könnten ausgebaut werden – z.B. lang laufende, sich wiederholende Schichtpläne.
- Gerade Jugendliche suchen nach sinnstiftenden Aufgaben, die in Pflegeberufen gegeben sind. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen haben damit ein wichtiges Asset, auf das sie bei der Ansprache potentieller Bewerber setzen können.
- Die Vielzahl von Weiterbildungsoptionen beispielsweise zur/zum Fach(Kinder-)krankenschwester/-pfleger, die der Entwicklung neuer fachlicher Kompetenzen dienen, die persönliche Entwicklung fördern oder zur Aufsichtskraft, die auf die Leitung einer Station oder einer Pflegeeinrichtung vorbereiten, sollten besser sichtbar gemacht werden.
- Pflegehelfer könnten zu Fachkräften weiterqualifiziert werden. Möglicherweise kann auch eine stärkere Werbung für eine Ausbildung in Teilzeit helfen, zusätzliche Fachkräfte zu gewinnen, da diese für einige die Vereinbarkeit zwischen Ausbildung und Familienpflichten erleichtert.
- Auch die Produktivität in Pflegeberufen ist eine wichtige Stellschraube. So bietet die Digitalisierung auch in der Gesundheitspflege Einsatzmöglichkeiten. Dabei geht es nicht um den

viel diskutierten Pflegeroboter, sondern in erster Linie darum, wie patientenferne Tätigkeiten digitalisiert werden können, um mehr Zeit für die Arbeit mit den Menschen zu schaffen.

Allerdings sind Krankenhäuser in Deutschland keineswegs vollkommen frei, finanzielle Ressourcen zu planen und Mittel flexibel einzusetzen. Denn ihre Investitionsmittel erhalten sie in der Regel in Form von Pauschalen von den Bundesländern, die auch die Verantwortung für die Krankenhausplanung haben. Die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser wiederum werden von den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungen vergütet. Es werden jedoch nicht die tatsächlichen laufenden Kosten eines Krankenhauses erstattet, sondern in der Regel fallbezogene Entgelte innerhalb des DRG-Systems² gewährt. Diese Fallpauschalen beinhalten auch Mittel für die Personalausstattung und –vergütung. Gleichzeitig sind so jedoch die Mittel begrenzt, die für personalpolitische Aufgaben eingesetzt werden können.

Diese duale Finanzierung durch Bundesländer einerseits und Krankenkassen und Versicherungen andererseits ist ein Teil des existierenden Problems: Zum einen sind die Investitionsmittel, die die Bundesländer bereitstellen, seit Jahren zurückgegangen. Wurden 1991 noch insgesamt Fördermittel in Höhe von 10 Prozent des damaligen Gesamtumsatzes aller Krankenhäuser gewährt, waren es 2013 noch 3,6 Prozent (Augursky, 2015, S. 239). Die Krankenhäuser tätigen deshalb auch Investitionen aus Betriebserlösen. Zum anderen besteht schon seit längerem die These, dass die deutsche Krankenhauslandschaft Überkapazitäten an Betten aufweist, die eng mit der Krankenhausplanung in Hand der Länder zu tun hat (beispielweise Augursky et al. 2016; Neubauer / Gmeiner, 2017; Herr et al., 2018). Denn es werden größtenteils bestehende Strukturen fortgeschrieben, viele Bundesländer orientieren sich zudem zu sehr an der Zahl der aufgestellten Planbetten (ein Krankenhaus, das ein Planbett abbaut verliert Geld). Dies führe nach Neubauer und Gmeiner (2015, S. 176) auch dazu, dass die Kostenträger – also insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen – Entgelte für die Krankenhäuser nur zögerlich anpassen und so einen Verdrängungswettbewerb initiieren. Denn die Krankenkassen müssen den Betrieb dieser Überkapazitäten finanzieren ohne Einfluss auf die Kapazitätsplanung zu haben. Diese duale Finanzierungsstrukturen sind damit auch ein Grund dafür, dass in der Vergangenheit nicht ausreichend in die Pflege investiert wurde.

5 “Pflegepersonalstärkungsgesetz“ – sind Verbesserungen zu erwarten?

Daher ist auch der Gesetzgeber gefragt, die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser kritisch zu überprüfen und sicherzustellen, dass die Krankenhäuser für die Herausforderungen, die der Fachkräfteengpass mit sich bringt, gerüstet sind. Hier wurden in der Vergangenheit bereits einige Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht – jüngst der Gesetzesentwurf zum Pflegepersonalstärkungsgesetz, in dem neben der Altenpflege auch die Pflege im Krankenhaus in den Fokus genommen wird. Von den Krankenkassen gewährt werden sollen unter anderem weiterhin Mittel für Sofortmaßnahmen, um kurzfristig Personal aufzustocken, höhere finanzielle Mittel für

² DRGs (Diagnosis Related Groups) fassen eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen- und Prozedurenkombinationen zu Gruppen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand zusammen.

die Gesundheitsförderung des Personals ebenso wie einmalige Zuschüsse für den Ausbau der Kinderbetreuung. Darüber hinaus soll die Vergütung für das Pflegepersonal mittelfristig aus dem bisherigen DRG-System herausgenommen werden und in einem eigenen System erfolgen. Als Basis soll die Fachkräftesituation in den Krankenhäusern dienen, die anhand von krankenhaushausindividuellen „Pflegepersonalquotienten“ erhoben wird. Diese beschreiben das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses. Vorgesehen sind zudem Personaluntergrenzen, deren Missachtung sanktioniert werden soll.

Wie ist dieses Gesetzesvorhaben zu bewerten? Zunächst einmal ist es sinnvoll, über Pflegepersonalquotienten einen Vergleichsmaßstab für die Pflege in Krankenhäusern zu entwickeln. So lässt sich nicht nur die Pflegepersonalausstattung zwischen Krankenhäusern vergleichen, sondern es zeigt sich auch, wo gegebenenfalls besonders dringender Handlungsbedarf besteht. Während dieses Prozesses ist es auch sinnvoll wie im Gesetzesentwurf vorgeschlagen, den Krankenhäusern weiterhin Sofortmaßnahmen zuzugestehen, um Personal aufzustocken und hierfür entsprechende Mittel bereitzustellen. Denn bislang ist unklar, ob und in welchem Umfang die Pflegequalität unter den Engpässen bei den Pflegekräften leidet. Bereits 2016 wurde innerhalb des Krankenhausstrukturgesetzes (KHS) ein „Pflegestellen-Förderprogramm“ eingerichtet, das bis 2018 Fördermittel bis zu 660 Millionen Euro bereitstellte, zusätzlich wurde ein Pflegezuschlag von insgesamt 500 Millionen Euro vorgesehen, der entsprechend der Personalkosten der Krankenhäuser verteilt wird.

Die Möglichkeit, mittels Sofortmaßnahmen neues Personal einstellen zu können, läuft jedoch ins Leere, wenn aufgrund der oben beschriebenen Engpässe auf dem Arbeitsmarkt keine ausreichende Anzahl an qualifizierten Fachkräften in der Krankenpflege zur Verfügung steht. Daher wäre es notwendig, auch im Zuge der Sofortmaßnahmen Flexibilität zu schaffen: Sollten Träger kein geeignetes Fachpersonal finden, sollte ihnen die Möglichkeit eingeräumt werden, über andere Maßnahmen Prozesse so umzustrukturieren, dass eine entsprechende Entlastung im Pflegebereich herbeigeführt werden kann – wie beispielsweise über den Personalausbau durch Pflegehelfer oder unter Zuhilfenahme geeigneter Digitalisierungsstrategien.

Die geplante Pflegepersonaluntergrenze stellt zwar einen Eingriff in die Autonomie der Krankenhäuser dar, ist kurzfristig aber eine Möglichkeit, die Qualität zu messen. Besser als die Pflegeuntergrenze festzulegen wäre es zwar, die Qualität der Pflege nicht über den Personalschlüssel sondern anhand des gesundheitlichen Wohlergehens der Patienten zu überprüfen. Auch eine Selbstverpflichtung zur Einhaltung sinnvoller Personaluntergrenzen seitens der Krankenhausträger oder Personalrichtlinien innerhalb des DRG-Systems können nur dann eine gewünschte Wirkung auf Wirtschaftlichkeit und Qualität entfalten, wenn die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistung gemessen wird. Durch die heute vorliegenden technischen Möglichkeiten der Datenerfassung wäre dies möglich. So könnten die weiteren Behandlungen im ambulanten (oder stationären) Bereich eines Patienten erfasst werden, die sich an einen stationären Aufenthalt anschließen, und mit den Daten anderer Patienten mit gleicher Indikation verglichen werden. Dadurch sind Folgekosten identifizierbar, die aus einer unzureichenden Qualität in der stationären Versorgung resultieren. Trotz vorhandener technischer Möglichkeiten

gibt es bisher jedoch kein solches System der Qualitätstransparenz beziehungsweise Qualitätskontrolle mit Sanktionsmechanismus, auch wenn dies ebenfalls mit dem KHSG künftig vorgesehen ist.

Die Personalausstattung der Krankenhausträger hat aber auch Auswirkungen auf die Kosten des Gesundheitswesens und damit auf die Beiträge der Versicherten. Krankenkassen sind nicht in der Lage, Verträge mit Krankenhausträgern einseitig zu kündigen, selbst wenn deren Personalpolitik und Behandlungsmethoden dauerhaft zu hohen Kosten der jeweiligen stationären Leistungen führt. Damit entfaltet eine Personaluntergrenze eine starke Wirkung in diesem System. Denn wird eine bestimmte (Mindest-)Ausstattung als ausreichend erachtet, um ein als akzeptabel angesehenes Qualitätsziel zu erreichen, wird mittelfristig ein Überschreiten der Pflegepersonalausstattung durch einzelne Einrichtungen gegenüber dem Kostenträger schwer zu rechtfertigen sein. Denn wird sich ausschließlich auf eine Personalbemessung konzentriert, die die Fallschwere nicht ausreichend berücksichtigt, kann folgender Eindruck entstehen: Patienten eines Krankenhauses mit einer hohen, und deshalb teureren Personalausstattung wird gegebenenfalls eine bessere Versorgung am Bett zugestanden als Patienten in Häusern mit der Mindest-Personalausstattung – bei gleichem Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenkasse. Zu rechtfertigen wäre dies aber nur, wenn tatsächlich in einem Haus ein höherer Pflegeaufwand anfällt als in einem anderen. Dieses Problem wird im Gesetzesentwurf nicht thematisiert. Vielmehr ist die künftige Finanzierung des Pflegepersonals so geplant, dass die krankenhausesindividuelle Pflegepersonalausstattung fortgeschrieben wird. Dies ist jedoch aus weiteren Gründen kritisch zu sehen:

- Wird die Pflegepersonalausstattung einfach fortgeschrieben, ist nicht zu erwarten, dass identifizierte Überkapazitäten im Personal, die gegebenenfalls in manchen Abteilungen existieren und die nicht mit einem zusätzlichen Pflegeaufwand zu rechtfertigen sind, abgebaut werden.
- Darüber hinaus haben die Träger einen Anreiz, ein vorab vereinbartes Pflegebudget auch auszuschöpfen, wenn ihr Budget des Folgejahres direkt von den Personalkosten des Vorjahres abhängt. Einsparungen sind daher nicht zu erwarten.
- Auch ist nicht zu erwarten, dass vermehrt in eine Verbesserung der Stationsabläufe und Stationsprozesse, beispielsweise durch die Nutzung digitaler Produkte, investiert wird. Denn laut Gesetzesentwurf wird die Einsparung von Personal nur in sehr geringem Umfang honoriert, letztendlich erhält das Krankenhaus weniger Geld für die Pflege und darf eingesparte Personalmittel nicht umwidmen. Da die Einführung neuer Produkte und die Veränderung von Prozesse häufig hohe Anfangsinvestitionen verursacht, ist fraglich, ob diese Honorierung ausreicht, um größeren Anstrengungen seitens der Träger in diesem Bereich zu erreichen.
- Ebenso wenig ermöglicht der Gesetzesentwurf innerbetrieblichen Spielraum für personalpolitische Maßnahmen, beispielsweise zusätzliche Angebote in der Kinderbetreuung oder im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen in diesem Bereich mögen zwar als Einmalmaßnahmen geeignet erscheinen. Eine

prospektiv ausgelegte Personalpolitik erfordert jedoch krankenhausesindividuelle Maßnahmen und gegebenenfalls häufigere Anpassungen. So mag in einem Haus mit einem im Durchschnitt eher älteren Personal Gesundheitsprävention und Unterstützungsangebote bei der Betreuung zu pflegender Angehöriger einen höheren Stellenwert einnehmen, als es bei einer jüngeren Beschäftigtenstruktur der Fall ist, wo beispielsweise die Fragen der Kinderbetreuung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtiger sind.

Sinnvoller wäre daher ein Element, das mehr Flexibilität schafft als die an Ist-Personalkosten orientierten Pflegeentgeltwerte. So könnte beispielsweise das Pflegebudget anhand der Personaluntergrenze errechnet, aber um einen festzulegenden Personal-Sollwert ergänzt werden. Die Verwendung der Differenz zwischen beiden könnte flexibel sein – entweder, um tatsächlich mehr Personal zu finanzieren, oder um personalpolitische Maßnahmen zu ergreifen sowie in pflegeunterstützende Technik zu investieren. Insgesamt sind die geplanten Maßnahmen nur geeignet, um kurzfristig akute Probleme zu beheben. Mittel- und langfristig drohen aber neue Ineffizienzen: Wird die tatsächliche Qualität der Leistungen – und hierbei die Ergebnisqualität – eines Krankenhauses nach wie vor nur bedingt überprüft, findet die Fallschwere in den Häusern keine ausreichende Berücksichtigung und werden Krankenhäusern die kompletten Personalkosten erstattet, ohne zu vergleichen, ob sie in der jeweiligen Höhe auch gerechtfertigt sind, bestehen wenig Anreize, in neue und innovative Prozesse zu investieren.

Die strukturellen Probleme in der medizinischen Versorgung werden zudem in dem Gesetzesvorhaben zwar thematisiert. So sollen (weiterhin) Konzentrationsvorhaben gefördert werden, zudem sollen die Bundesländer finanzielle Mittel erhalten, wenn sie Bettenzahlen reduzieren und wenn sie in bundesländerübergreifende Vorhaben investieren. Gleichzeitig sollen sie sich verpflichten, Investitionsmittel nicht weiter abzusenken. Eine grundsätzliche Reform der dualen Finanzierung ist jedoch nicht geplant. Dies erhält vor dem Hintergrund des gegebenen Personalengpasses aber neue Brisanz. Denn gesetzt den Fall, es existierten im deutschen Krankenhaussystem Überkapazitäten (sowie weiteres Potenzial für eine Ambulantisierung (beispielsweise Herr et. al., 2018)) und verhinderten gegenwärtige Finanzierungsstrukturen und -verantwortlichkeiten ihre sachgerechte Anpassung, dann verhindert das im Gesetzesentwurf stehende Maßnahmenpaket auch nicht, dass mancherorts Personal ineffizient gebunden ist, das an anderen Orten fehlt, wo Personalmangel offenkundig wird.

6 Fazit

Trotz gravierender Veränderungen im Pflegedienst der Krankenhäuser – Zunahme der Teilzeitbeschäftigung, Verkürzung der Verweildauer von Patienten und Verringerung der Pflegebelastungszahl – haben sich die Fachkräfteengpässe in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in den letzten Jahren verschärft.

Das geplante Pflegepersonal-Stärkungsgesetz soll diesen Engpass beheben. Es eignet sich jedoch ausschließlich, um kurzfristig Abhilfe zu schaffen. Denn aufgrund der bestehenden Engpässe auf dem Arbeitsmarkt sind jedoch weitere Maßnahmen notwendig, wie beispielsweise

der vermehrte Einsatz und die Höherqualifizierung von Pflegehelfern oder die Nutzung neuer digitaler Technologien. Um den Krankenhäusern hier Spielraum zu schaffen, damit sie individuell entscheiden können, ob sie vermehrt in Personal und/oder neue Technologien investieren, wären flexible Finanzierungsstrukturen sinnvoll - wenn die Qualität gesichert ist. Der Gesetzesentwurf sieht jedoch vor, dass die derzeitige krankenhausindividuelle Pflegepersonalausstattung fortgeschrieben wird. Damit werden aber keine Anreize für Einsparungen gesetzt, auch ein Umschichten von Personalmittel für personalentlastende Prozesse wird ebenfalls nicht honoriert.

Die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Personaluntergrenze ist allenfalls kurzfristig eine Möglichkeit zur Qualitätssicherung, die langfristig jedoch durch andere Maßzahlen, die das gesundheitliche Wohlergehen der Patienten besser erfassen, ergänzt werden sollte. Denn mittelfristig kann eine Personaluntergrenze dazu führen, dass unterschiedliche Pflegequalitäten bei gleichem „Preis“ für die Versicherten bestehen.

Die Finanzierungsstrukturen im Krankenhausbereich, die letztlich strukturelle Probleme hervorrufen wie beispielsweise das der Überkapazitäten an Betten, werden im Gesetzesentwurf nicht grundsätzlich angegangen.. Mit Blick auf die Fachkräfteengpässe wäre dies jedoch ein wichtiger Ansatzpunkt, damit es auf Dauer gelingt, Pflegekräfte in den Bereichen des Gesundheitssystem einzusetzen, in denen sie dringend benötigt werden.

Abstract

Skilled labour shortage in nursing - Where is further need for reform?

Skilled labour shortages in the health care sector have been discussed in Germany for many years. This report analyses the current size of shortages in the most important occupations of health care and nursing, and gives an insight into how the employment situation in nursing care for hospitals has developed in recent years. The number of nurses in hospitals has increased due to an increase in part-time workers. At the same time, patients' length of stay has decreased and the number of patients cared for by a caregiver has also fallen. Nevertheless, there have been considerable shortages in the nursing professions for years, so that vacancies in hospitals can not be filled. The draft law of the "Pflegepersonalstärkungsgesetz" (PpSG) provides for immediate financial measures to enable hospitals to hire more staff. However, as these staff are likely to be hard to find due to bottlenecks, further action is needed. Therefore, the focus should also be on a re-organization of nursing processes in the hospitals and on increased digitization. In the medium term, however, it makes sense to rethink the structures in inpatient care - but also in outpatient care - and tackle the subject of overcapacity consistently. Because then also tied there nurses can be available for areas where there is a shortage of staff.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Entwicklung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser seit 19916

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Zunehmende Engpässe in der Krankenpflege5

Literaturverzeichnis

Augursky, Boris, 2015, Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen, in: Klauber, Jürgen /Geraedts, Max / Friedrich, Jörg / Wasem, Jürgen (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel, Stuttgart.

BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013, Berufliche Flexibilitätsmatrix nach Berufsfeldern und –hauptfeldern im Jahr 2013, <https://www.bibb.de/de/12229.php> [abgerufen am 9.10.2018]

Bundesagentur für Arbeit, 2018, Entgeltatlas, https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/faces/index.jspx;jsessionid=L3dYM3_y5l00koCNI6ohV8dmgHd0V7Qb1Q-rJvjk7Zri0EJv9mNN!-898346810?_afLoop=4069542129108159&_afWindowMode=0&_afWindowId=null&_adf.ctrl-state=2w5nt8g08_1&beruf=Kinderkrankenschwester%2F-pfleger [abgerufen am 9.10.2018]

Flake, Regina / Kochskämper, Susanna / Risius, Paula / Seyda, Susanne, 2018, Fachkräfteengpass in der Altenpflege, in: IW-Trends, Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, Jg. 45 Nr. 3, S. 21-39.

Herr, David / Hohmann, Anja / Varabyova, Yauheniya / Schreyögg, Jonas, 2018, Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung, in: Klauber, Jürgen /Geraedts, Max / Friedrich, Jörg / Wasem, Jürgen (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Stuttgart.

Neubaer, Günter / Gmeiner, Andreas, 2015, Krankenhausplanung am Scheideweg, in: Klauber, Jürgen /Geraedts, Max / Friedrich, Jörg / Wasem, Jürgen (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel, Stuttgart.

Schreyögg, Jonas / Milstein, Ricarda, 2016, Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Seibert, Holger / Carstensen, Jeanette / Wiethölter, Doris, 2018, Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen, IAB-Forum, v. 16.1.2018, Nürnberg