
2.1 Krankenhaus/Klinik

2.1.1 Zielgruppe des Bellheimer Verfahrens

► „Krankenhäuser sind Einrichtungen, die der Krankenbehandlung oder Geburtshilfe dienen und in denen Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Sie stehen fachlich-medizinisch unter ärztlicher Leitung und sind darauf ausgerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten“ (Ostwald et al. [2010](#), S. 43).

Diese Definition eines Krankenhauses liegt der Studie „Fachkräftemangel, stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“ im Auftrag der Unternehmensberatung PricewaterhouseCoopers zugrunde.

Das Wirtschaftslexikon von Gabler definiert ein Krankenhaus als:

► „Einrichtung, in der durch jederzeit verfügbare ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen durch Unfallschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in der die zu versorgenden Patienten untergebracht und gepflegt werden. Die medizinisch-technische Ausstattung ist an den Bedarf der Patienten anzupassen. Krankenhäuser sind Leistungserbringer der sozialen Sicherung und des Gesundheitswesens“ (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon [2014b](#)).

Hieraus werden folgende drei Merkmale eines Krankenhauses abgeleitet:

- Es handelt sich um stationäre Einrichtungen, in denen Personen untergebracht und gepflegt werden können.
- Sie dienen der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallschäden oder leisten Geburtshilfe.
- Es sind jederzeit ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen verfügbar.

Das Bellheimer Verfahren wurde ausschließlich für Einrichtungen entwickelt, die oben genannte Kriterien vollständig erfüllen. Es ist also nicht für ambulante Institutionen, wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste sowie das komplette Sozialwesen, zum Beispiel Alten- und Pflegeheime, anwendbar. Selbstverständlich kann das Verfahren hier Anhaltspunkte und Impulse geben, so dass auf dieser Basis auch für diese Einrichtungen eine Personalrisikoeinschätzung vorgenommen werden kann.

► Die Brockhaus Enzyklopädie definiert eine Klinik als eine „öffentliche oder private Krankenanstalt“ (Brockhaus Enzyklopädie 1970, S. 270).

Eine Klinik war ursprünglich ein Stadtkrankenhaus, das an eine medizinische Universität angeschlossen war. Die Hauptaufgabe der Klinik bestand in der Ausbildung von Ärzten und Krankenpflegepersonal. Da hierfür ein alltäglicher Krankenhausbetrieb notwendig war, hatte eine Klinik auch immer die Aufgaben eines normalen Krankenhauses. Heute bilden auch Krankenhäuser ohne Universitätsanschluss medizinisches Personal aus, so dass in diesem Buch keine Differenzierung vorgenommen wird. Die Begriffe „Krankenhaus“, „Klinik“ oder „Klinikum“ werden synonym verwendet.

2.1.2 Aufbau und Finanzierung des stationären Gesundheitssystems in Deutschland

Im Jahr 2011 beliefen sich die Ausgaben für Gesundheit auf ca. 294 Mrd. €. Das entspricht ca. 11,3 % des Bruttoinlandsproduktes (Statistisches Bundesamt 2013a). Des Weiteren waren im Jahr 2011 mehr als elf Prozent aller Erwerbstätigen in der Gesundheitsbranche beschäftigt. Das entspricht jedem Neunten (Statistisches Bundesamt 2013b). Etwa ein Viertel hiervon entfällt auf das stationäre Gesundheitssystem (vgl. Siebers 2009, S. 19). Hieran ist deutlich zu erkennen, welche hohe wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitssektor bereits heute für die Bundesrepublik Deutschland hat.

Im Jahr 2012 gab es in Deutschland 2017 Krankenhäuser. Davon waren 601 in einer öffentlichen Trägerschaft, 719 hatten einen freigemeinnützigen Träger und 697 Häuser wurden in privater Hand geführt. Die Auslastung der insgesamt 501.489 Betten blieb gegenüber 2009, 2010 und 2011 mit 77,4 % nahezu unverändert. Die Verweildauer hingegen sank im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr erneut um ein Prozent auf durchschnittlich 7,6 Tage je Patient. Im Jahr 2009 waren es noch 7,9 Tage. Die Fallzahlen stiegen ebenfalls merklich um 1,5 % auf 18.620.595 Patienten an (siehe Tab. 2.1).

Tab. 2.1 Eckdaten der Krankenhäuser 2012^a. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2012; Vorläufige Ergebnisse der Krankenhausstatistik 2012; Oeder, S., in Anlehnung an: <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreVer-aenderung.html>, Zugriff am 03.01.2014, 11:20 Uhr.)

Gegenstand der Nachweisung	Einheit	Träger			
		Insgesamt	öffentlich	freigemeinnützig	privat
Krankenhäuser	Anzahl	2.017	601	719	697
Betten	Anzahl	501.489	240.275	171.170	90.044
<i>Patientenbewegung</i>					
Berechnungs-/Belegungstage	Anzahl	142.011.775	69.374.375	47.566.173	25.071.227
Patienten (Fallzahl)	Anzahl	18.620.595	9.093.059	6.407.225	3.120.312
Durchschnittliche Bettenauslastung	Prozent	77,4	78,9	75,9	76,1
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	7,6	7,6	7,4	8,0
<i>Personal (Vollkräfte)</i>					
Ärztliches Personal	Anzahl	142.803	79.022	41.873	21.908
Nichtärztliches Personal	Anzahl	709.041	387.717	213.921	107.404
darunter: Pflegepersonal	Anzahl	312.962	161.591	101.010	50.362
<i>Veränderungen gegenüber 2011</i>					
Krankenhäuser	Prozent	-1,4	-3,2	-3,6	2,8
Betten	Prozent	-0,1	-1,0	-0,6	3,5
<i>Patientenbewegung</i>					
Berechnungs-/Belegungstage	Prozent	0,2	-0,5	0,0	2,8
Patienten (Fallzahl)	Prozent	1,5	0,4	1,6	4,6
Durchschnittliche Bettenauslastung	Prozent	0,1	0,3	0,4	-0,9
Durchschnittliche Verweildauer	Prozent	-1,3	-0,9	-1,5	-1,8
<i>Personal (Vollkräfte)</i>					
Ärztliches Personal	Prozent	2,7	1,6	3,7	5,0
Nichtärztliches Personal	Prozent	3,3	2,6	3,0	6,7
darunter: Pflegepersonal	Prozent	0,7	-0,2	0,4	4,3

^a Vorläufige Ergebnisse der Krankenhausstatistik 2012

Mit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahr 1972 wurde die Finanzierung der Krankenhäuser von einem monistischen Finanzierungsansatz auf ein duales System umgestellt. Das bedeutet, dass die Investitionskosten (zum Beispiel Umbau, Renovierung, Anschaffung neuer Geräte) durch Fördermittel des Bundes und des jeweiligen Bundeslandes getragen werden. Die laufenden Betriebskosten (zum Beispiel Sachaufwand, Personalkosten, Kommunikationskosten) werden durch die Kostenträger (zum Beispiel Krankenkassen, Beihilfe, Heilfürsorge, etc.) finanziert (vgl. Hensen und Roeder 2009, S. 15). Die Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen erfolgt durch das im Jahr 2003 eingeführte Fallpauschalensystem German-Diagnosis Related Groups-System (G-DRG-System). Danach wird jeder Patient, welcher einem Abrechnungsfall entspricht, einer von 1.196 (Stand: 2014; vgl. GKV-Spitzenverband 2014) Fallpauschalen zugeordnet, welcher wiederum ein entsprechendes Kostengewicht hinterlegt ist. Die Abrechnung der Krankenhauskosten erfolgt über eine pauschale Vergütung, die das Krankenhaus für die Gesamtbehandlung des Patienten vom Kostenträger des Patienten bekommt. Tab. 2.2 zeigt ein Beispiel.

Beispiel

Für einen akuten Herzinfarkt ohne Begleiterscheinungen und ohne Komplikationen erhält das Krankenhaus 84,6 % des Basisfallwerts (Für Baden-Württemberg: 3.121,04 €), wenn der Patient zwischen einem Tag und 15 Tagen im Krankenhaus verweilt. Wird diese Dauer überschritten, fallen Kosten an, die nicht vergütet werden. Am wirtschaftlichsten für ein Krankenhaus ist eine Verweildauer zwischen der unteren Grenze und der mittleren Verweildauer.

DRG	Bewertungsrelation	UGVD (untere Grenze Verweildauer)	MVD (mittlere Verweildauer)	OGVD (obere Grenze Verweildauer)	Erlös
F60B	0,846	1	7,1	15	2.640,40 €

Hierbei wird das in den G-DRG hinterlegte Kostengewicht mit dem sogenannten (Landes-)Basisfallwert multipliziert. Grundlage für die Festlegung der Vergütungshöhe sind statistische Auswertungen über durchschnittliche Behandlungs- und Verweildauerkosten, die jährlich neu vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert werden. Besonders seltene und sehr teure Behandlungen sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) können zusätzlich als Zusatzentgelt abgerechnet werden. Bezogen auf die Zusatzentgelte werden für 2014 159 Maßnahmen definiert. Die NUBs sind jährlich von den Krankenhäusern bei den Kostenträgern im Antragsverfahren einzureichen. Ziel dieses Systems ist es, das Kostenbewusstsein auf den Leistungserbringer, also die Ärzte bzw. Krankenhäuser zu übertragen. Fehl- und Überbehandlungen sollen vermieden werden. Um Gewinne zu erzielen, müssen die Einrichtungen ihre Behandlungen so anlegen, dass die Kosten unter der pauschalen Vergütung bleiben (vgl. Siebers 2009, S. 20). Dies erzeugt einen hohen Kostendruck für die Einrichtungen und zwingt das Management zu Rationalisierungen und Prozessoptimierungen (s. hierzu Tab. 2.3).

Tab. 2.2 Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog. (Quelle: Oeder S., in Anlehnung an: InEK 2014)

Fallpauschalen-Katalog										
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen										
DRG	Einzel-DRG	Bezeichnung ^{a)}	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabteilung	Minimale Verweildauer ^{b)}	Letzter Tag mit Auscharge ^{c)}	Letzter Tag mit Auscharge ^{d)}	Öffentl. Gesamterwartungsdauer ^{e)}	Öffentl. Gesamterwartungsdauer ^{f)}	Auscharge von Wiederaufnahme ^{g)}
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
F60A	M	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit akutem schweren CC	1,627		12,0	3	0,354	24	0,092	0,121
F60B	M	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik außerst schwere CC						0,846		
7,1										
Koronararterielle Koronararterien										
F61A	M	Herzinsuffizienz und Schock mit akutem schweren CC, mit Diagnose oder koronarer Diagnose	2,171		16,5	5	0,347	32	0,087	0,117
F61B	M	Herzinsuffizienz und Schock mit akutem schweren CC oder ohne Diagnose, ohne koronare Diagnose	1,895		11,7	2	0,290	16	0,070	0,090
F61C	M	Herzinsuffizienz mit akutem schweren CC	1,297		8,2	3	0,133	22	0,079	0,103
F61D	M	Herzinsuffizienz ohne akutem schweren CC	0,640		6,1	1	0,031	13	0,071	0,087
F61E	M	Herzinsuffizienz bei koronaren Erkrankungen	0,520		9,5	2	0,054	19	0,067	0,087
F61F	M	Periphere Gefäßkrankheiten mit koronarer Diagnose und akutem schweren CC	1,690		14,3	4	0,329	26	0,090	0,107
F61G	M	Periphere Gefäßkrankheiten ohne koronare Diagnose oder ohne akutem schweren CC	0,793		6,5	1	0,045	16	0,078	0,097
F61H	M	Koronararteriosklerose mit akutem schweren CC	1,684		13,0	3	0,378	23	0,081	0,107
F61I	M	Koronararteriosklerose ohne akutem schweren CC	0,484		4,3	1	0,050	10	0,077	0,089
F61J	M	Hypertonie mit akutem schweren CC	1,259		11,2	3	0,308	24	0,077	0,101
F61K	M	Hypertonie mit koronarer Diagnose oder schwerer CC	0,705		6,7	1	0,059	14	0,071	0,089
F61L	M	Hypertonie ohne koronare Diagnose, ohne akutem schweren CC	0,566		3,6	1	0,032	6	0,109	0,122
F61M	M	Hypertonie ohne koronare Diagnose, ohne akutem schweren oder schweren CC, Alter < 15 Jahre	0,475		4,6	1	0,032	10	0,071	0,084
F61N	M	Angiokoronäre Herzkrankheit, Alter < 15 Jahre	1,023		5,1	1	0,071	13	0,134	0,160
F61O	M	Angiokoronäre Herzkrankheit, Alter < 5 Jahre	0,753		4,1	1	0,026	10	0,100	0,136
F61P	M	Herzklappenerkrankungen mit akutem schweren oder schweren CC	1,276		11,3	3	0,303	22	0,079	0,096
F61Q	M	Herzklappenerkrankungen ohne akutem schweren oder schweren CC	0,597		5,6	1	0,043	13	0,073	0,089
F61R	M	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit akutem schweren CC	1,850		11,4	3	0,448	25	0,111	0,145
F61S	M	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne akutem schweren CC	0,696		5,0	1	0,033	12	0,087	0,106
F61T	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsstörungen mit akutem schweren CC oder kardialgeleiteter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens	1,137		8,9	2	0,324	19	0,076	0,096
F61U	M	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsstörungen ohne akutem schweren CC ohne kardialgeleitete elektrophysiologische Untersuchung des Herzens	0,503		4,6	1	0,034	10	0,075	0,088
F61V	M	Invasive Angioplastie mit akutem schweren CC	1,096		9,3	2	0,365	19	0,080	0,103
F61W	M	Invasive Angioplastie ohne akutem schweren CC	0,510		4,4	1	0,112	10	0,082	0,095
F61X	M	Synkope und Kollaps	0,525		4,4	1	0,038	10	0,082	0,096

Tab. 2.3 Pressemitteilung und Kosten der Krankenhäuser 2012. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013c; Oeder, S., in Anlehnung an: http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/11/PD13_392_231.html, Zugriff am 03.01.2014, 12:39 Uhr.)

Land	Kranken- häuser	Fallzahl	Brutto- kosten ^a insgesamt	darunter		Bereinigte Kosten ^b	Kosten je Fall ^c
				Personal- kosten	Sachkos- ten		
	Anzahl		in Mrd. €				in €
Deutsch- land	2.017	18.620.442	86,8	51,9	32,6	75,6	4.060
Baden- Württem- berg	276	2.074.015	10,9	6,7	3,9	9,0	4.350
Bayern	369	2.856.218	13,3	8,0	4,9	11,8	4.140
Berlin	81	782.745	4,1	2,3	1,7	3,5	4.413
Branden- burg	54	548.334	2,1	1,2	0,8	2,0	3.617
Bremen	14	203.629	1,0	0,5	0,4	0,9	4.550
Hamburg	51	470.915	2,7	1,5	1,2	2,2	4.718
Hessen	172	1.318.641	6,1	3,5	2,4	5,5	4.183
Mecklen- burg-Vor- pommern	38	408.442	1,8	1,1	0,7	1,5	3.767
Nieder- sachsen	198	1.638.213	7,6	4,6	2,8	6,5	3.947
Nordrhein- Westfalen	385	4.379.355	20,4	12,3	7,5	17,4	3.979
Rheinland- Pfalz	91	908.228	4,0	2,5	1,3	3,6	3.917
Saarland	21	268.867	1,3	0,8	0,5	1,1	4.257
Sachsen	78	998.855	4,0	2,3	1,7	3,7	3.751
Sachsen- Anhalt	49	602.741	2,4	1,5	0,9	2,2	3.689
Schleswig- Holstein	95	587.710	2,8	1,6	1,1	2,4	4.102
Thüringen	45	573.536	2,4	1,5	0,9	2,1	3.714

^a Gesamtsumme der Krankenhauskosten bestehend aus Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sowie Steuern inklusive Kosten der Ausbildungsstätten und Aufwendungen für den Ausbildungsfonds

^b Bruttokosten abzüglich nicht stationärer Kosten (zum Beispiel Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre)

^c Basierend auf bereinigten Kosten

Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 21.11.2013

WIESBADEN – Die Gesamtkosten der Krankenhäuser beliefen sich im Jahr 2012 auf 86,8 Mrd. € (2011: 83,4 Mrd. €). Umgerechnet auf rund 18,6 Mio. Patientinnen und Patienten, die 2012 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, betrugen die stationären Krankenhauskosten je Fall im Jahr 2012 durchschnittlich 4060 €. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, waren das im Bundesdurchschnitt 2,5 % mehr als im Jahr zuvor, als die Kosten je Behandlungsfall noch bei 3960 € gelegen hatten.

Die Kosten der Krankenhäuser setzten sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 51,9 Mrd. € (+4,8 % gegenüber 2011), den Sachkosten von 32,6 Mrd. € (+2,9 %) sowie den Aufwendungen für den Ausbildungsfonds von 1,1 Mrd. € (+2,7 %) zusammen. Weitere 1,3 Mrd. € entfielen auf Steuern, Zinsen und ähnliche Aufwendungen und auf Kosten der Ausbildungsstätten.

In den Gesamtkosten waren Ausgaben für nichtstationäre Leistungen in Höhe von 11,2 Mrd. € enthalten. Dazu gehören unter anderem Kosten für die Ambulanz sowie für wissenschaftliche Forschung und Lehre. Die Kosten der rein stationären Krankenhausversorgung lagen bei rund 75,6 Mrd. € (2011: 72,6 Mrd. €).

Die durchschnittlichen Kosten je Fall waren in Brandenburg mit 3617 € am niedrigsten und in Hamburg mit 4.718 € am höchsten. Diese regionalen Unterschiede sind strukturell bedingt: Sie werden vom Versorgungsangebot sowie von der Art und Schwere der behandelten Erkrankungen beeinflusst. Die stärkste Kostensteigerung je Fall im Vergleich zum Vorjahr gab es in „Mecklenburg-Vorpommern mit +5,4 %, den geringsten Anstieg hatte Sachsen-Anhalt mit +1,2 %.“

Diese Dualistik ist in Politik und Wirtschaft stark umstritten, da sich inzwischen aufgrund der knappen Ressourcen auf Landesebene ein deutlicher Investitionsstau gebildet hat. Krankenhäuser müssen mitunter bis zu zehn Jahre auf die Finanzierung von Umbaumaßnahmen oder neuer Geräte warten, was die durch die Einführung der Fallpauschalen gewünschte Rationalisierung bremst. Den Krankenhäusern bleibt häufig nur der Weg, Investitionen aus eigener Kraft zu finanzieren bzw. sich Drittfinanzierer zu suchen (vgl. Hensen und Roeder 2009, S. 15). Auch die Finanzierung mittels des Fallpauschalensystems ist stellenweise problematisch. Da die Erlöse für eine Behandlung im Vorhinein klar gedeckelt sind, ist der Gewinn für den Leistungserbringer nur über die Senkung der Kosten/Ausgaben zu erhöhen. Deshalb ist das Krankenhaus bestrebt, die Behandlung eines Patienten so schnell und so kostengünstig wie möglich durchzuführen (vgl. Siebers 2009, S. 20). Ein Arzt muss deshalb ständig die Qualität der medizinischen Behandlung gegen den ökonomischen Erfolg abwägen, was zu Lasten der Gesundheit des Patienten gehen kann.

2.1.3 Derzeitige Situation in deutschen Kliniken

„Jede zweite Klinik macht Verluste“ (Mihm 2013), so beschrieb die FAZ am 20.11.2013 die Ergebnisse einer Studie des Deutschen Krankenhaus Instituts für 2012. Der Anstieg ist dramatisch, in 2011 war es nur jedes dritte Krankenhaus. Nur noch jedes achte Krankenhaus schätzt seine wirtschaftliche Lage als „gut“ ein. Für 2014 erwarten 40 % der Befragten eine weitere Verschlechterung der Ergebnisse. Die wirtschaftliche Lage vieler kommunaler Kliniken ist angespannt und droht, sich, den Erwartungen zufolge, zukünftig weiter zu verschlechtern (Mihm 2013; s. hierzu Abb. 2.1).

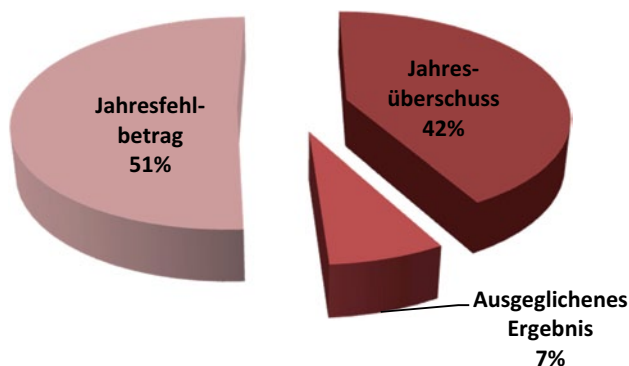


Abb. 2.1 Jahresergebnis 2012 – Krankenhäuser in Prozent. (Quelle: Oeder, S., in Anlehnung an: Blum et al. 2013, S. 100)

Zwar könnte man vermuten, dass der in Abschn. 2.1.2 beschriebene Kostendruck für die schlechten Ergebnisse der Kliniken verantwortlich ist, die Unternehmensberatung PricewaterhouseCoopers bewies jedoch in einer 2010 veröffentlichten Studie, dass der zunehmende Personalmangel Hauptursache für die schlechten Ergebnisse ist (vgl. Ostwald et al. 2010, S. 10).

In einigen Krankenhäusern ist es bereits so dramatisch, dass „[...]es schon bei Ausfall einer Person immer wieder zum Zusammenbruch des geordneten Betriebs komme“ (Hutter 2011), andernorts heißt es: „Wir wissen nicht, wie wir die Stationen besetzen sollen“ (Knüppel 2011, S. 3), so zitiert Johanna Knüppel vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe eine Pflegedirektorin. Nicht ausreichend besetzbare Stationen und fehlendes Personal in Funktionsbereichen von Krankenhäusern sind die Ursache dafür, dass Betten nicht mehr belegt werden können und Operationssäle geschlossen werden müssen. Dies führt schnell dazu, dass die Auslastung der Klinik sinkt und die benötigten Erlöse ausbleiben, um die Fixkosten zu decken. Ein negatives Betriebsergebnis ist die Folge.

Vor diesem Hintergrund wird im Bellheimer Verfahren die personelle Situation der Kliniken beleuchtet. Hierfür werden die Pflegeberufe und der ärztliche Dienst getrennt betrachtet. Andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Controller, Personalreferenten oder Mitarbeiter der Buchhaltung gehören nicht zum branchentypischen, und damit risikorelevanten, Fachpersonal und bleiben bei der gesamten Betrachtung außen vor. Zunächst werden jeweils die Entwicklung der vergangenen Jahre dargestellt. Für die Berechnung des aktuellen Fachkräftemangels und der Ableitung einer verlässlichen Zukunftsprognose steht leider kein bundesweit umfassendes und verlässliches Datenmaterial zur Verfügung, daher werden die aktuelle Situation sowie eine Prognose für die Zukunft anhand der Auswertung verschiedener Studien erläutert. Diese Studien nutzen unterschiedliche methodische Herangehensweisen, so dass in der Summe eine gute Einschätzung über die derzeitige Lage und die zukünftige Entwicklung entsteht.

Im Jahr 1996 entfiel die Pflegepersonalregelung, mit welcher bis dato der Personalbedarf im Pflegebereich in Krankenhäusern berechnet wurde. Dies ermöglichte einen über-

wiegend wirtschaftlich getriebenen Stellenabbau im Bereich der Pflege bis zum Jahr 2006. Zuerst waren Budgetkürzungen, später die Einführung der Fallpauschalen der Grund für den Personalabbau (vgl. Simon 2012, S. 35). Eingespartes Geld wurde häufig für Tarifsteigerungen bei den Ärzten verwendet (vgl. Knüppel 2011, S. 3). In den Jahren von 2000 bis 2008 sank die Zahl der Auszubildenden in Pflegeberufen um zehn Prozent (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 8). Die Folgen der demografischen Entwicklung, nämlich die Überalterung der Bevölkerung, waren jedoch bereits in den 2000ern zu spüren. Die Nachfrage nach Pflegepersonal in Krankenhäusern stieg. So herrschte im Jahr 2008 zum ersten Mal Vollbeschäftigung in den Pflegeberufen (Arbeitslosenquote unter einem Prozent) (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 8). Erst zum Ausbildungsjahr 2009/2010 stieg die Zahl der Auszubildenden in der Krankenpflege wieder deutlich an (vgl. Simon 2012, S. 45). Schließt man, wie beim Krankenhaus Barometer 2012, von einer repräsentativen Stichprobe auf die Grundgesamtheit, so haben bereits 34 % der Krankenhäuser Probleme, offene Stellen in der Pflege zeitnah zu besetzen. Besonders schwierig ist die Besetzung von Funktionsstellen, wie zum Beispiel der OP-, Anästhesie- oder der Intensivpflege, sowie bei Kinderkrankenpflegern (vgl. Blum et al. 2013, S. 18).

Bundesweit sind das 2.300 Vollzeitstellen, die nicht besetzt werden konnten. Dies bedeutet eine Steigerung gegenüber dem Jahr 2009 (= 1.250) um 184 %. Die hohe Steigerung innerhalb der vergangenen vier Jahre lässt auf eine weitere Verschärfung der Situation schließen (vgl. Blum et al. 2013, S. 20). Die Unternehmensberatung PricewaterhouseCoopers hat durch die Auswertung zahlreicher Statistiken einen Personalmangel im Pflegebereich von 134.000 Vollzeitkräften im Jahr 2020 und fast 348.000 im Jahr 2030 errechnet (siehe Abb. 2.2; vgl. Ostwald et al. 2010, S. 45).

Da in der Vergangenheit häufig jüngeres Krankenpflegepersonal entlassen bzw. nach der Ausbildung nicht übernommen wurde, liegt der Altersdurchschnitt in der Pflege über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 6). Das bedeutet, dass die Personaldecke zukünftig durch altersbedingt höhere Fehlzeiten und häufigere Erwerbsminderungsberatungen überdurchschnittlich stark belastet wird (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 6).

Ein weiteres Problem ist die generelle Überforderung des Pflegepersonals. Trotz der verkürzten Verweildauer der Patienten steigt das Pflegekraft-Patienten-Verhältnis kontinuierlich an (in einem Jahr um 2,5 Patienten je Pflegekraft) (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 5). Diese Arbeitsverdichtung führt zu einer höheren Arbeitsgeschwindigkeit, kürzeren Pausen, die kaum mehr zur Erholung dienen und immer häufigeres Einspringen und ungeplante Zusatzschichten für das Personal. Dieser Belastung halten viele, sowohl physisch als auch psychisch, nicht bis zum Rentenalter stand (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 43). Teilzeitbeschäftigungen, Branchenwechsel und verfrühte Erwerbsminderungsberatung sind die Folgen (jeder zweite von 14.000 Befragten glaubt, den Beruf nicht bis zum Rentenalter ausüben zu können, weil er zu anstrengend ist) (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 43). Dies wiederum reduziert erneut den zur Verfügung stehenden Personalbestand bei steigendem Bedarf und wird die Situation zusätzlich verschärfen.

Nicht verwunderlich ist daher ein verstärkter Trend zu Teilzeitarbeit: Im Pflege Thermometer 2009 wurde für 2008 bereits eine Teilzeitquote von 45,57 % gemessen (vgl. Isfort

und Weidner 2010, S. 24). Der Deutsche Pflegerat kommt in einer Studie zu dem Ergebnis, dass sich die Teilzeitarbeit zwischen 1999 und 2009 um 60 % erhöht hat (vgl. Simon 2012, S. 3). Die Gründe sind in allen Erhebungen, trotz unterschiedlicher Methodik, identisch: Zum einen sind sie arbeitnehmerinitiiert, um der starken physischen und psychischen Belastung des Arbeitsalltags entgegen zu wirken. Zum anderen sind sie arbeitgeberinitiiert, da Teilzeitkräfte häufig für ganze Schichten eingeteilt werden, um Arbeitsspitzen flexibler abzufangen. Das bedeutet aber gleichzeitig, dass die Teilzeitkräfte weniger regelmäßig arbeiten und häufiger Ruhephasen nicht zur Erholung nutzen können, was die Überarbeitung stärker fördert (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 6, 24 und Simon 2012, S. 4, 51).

Positiv zu werten ist die Tatsache, dass 68,4 % der Pflegekräfte über eine dreijährige Berufsausbildung verfügen. Damit ist kein Trend zur Dequalifizierung erkennbar, was die Qualität der medizinischen Leistungen auf einem hohen Niveau hält (vgl. Simon 2012, S. 33, 38). Außerdem schätzt die Mehrzahl der durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung Befragten die persönlichen Entwicklungschancen als gut ein. Insbesondere bei den unter 20jährigen waren die Umfrageergebnisse gut, so dass man davon ausgehen kann, dass der Beruf nach wie vor attraktiv ist, was für die Akquisition von Nachwuchskräften genutzt werden kann (vgl. Isfort und Weidner 2010, S. 42).

Fazit

Zusammenfassend sind folgende Punkte im Bereich der Pflege festzuhalten:

- Ein Mangel an Pflegefachkräften ist derzeit schon akut und wird zukünftig überproportional zunehmen (siehe Abb. 2.2 und 2.3).

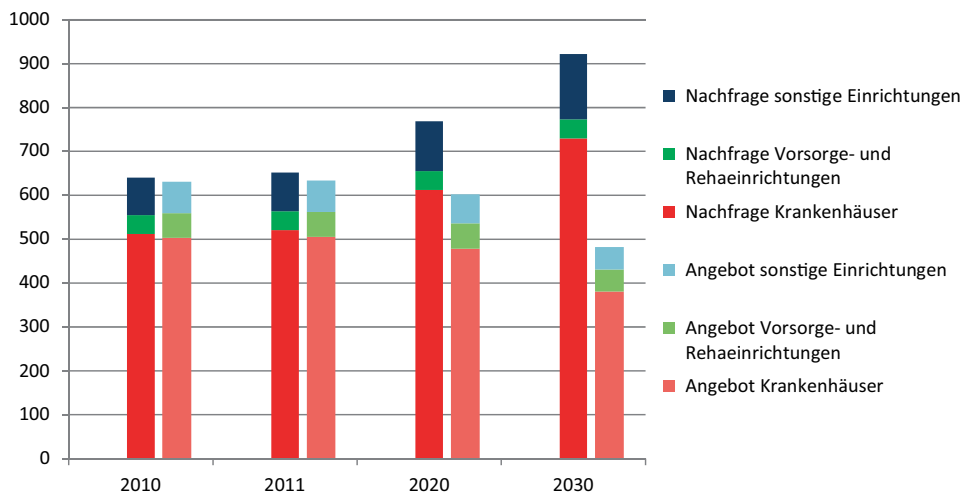


Abb. 2.2 Personalangebot und –nachfrage nicht-ärztlicher Fachkräfte in den stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens. (Quelle: Oeder, S., in Anlehnung an: Ostwald et al. 2010, S. 45)

Personelle Risiken messen mit dem Bellheimer
Verfahren

Eine innovative Methode für Krankenhäuser

Steenberg, K.

2015, XX, 150 S. 50 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-05631-5