

## Erfolgsfaktor Pflege im Krankenhaus

# WAS MÜSSEN UNIVERSITÄTSKLINIKEN TUN, DAMIT DAS SO BLEIBT?

**Torsten Rantzsch, MBA**

Pflegedirektor und Vorstand am Universitätsklinikum Düsseldorf

Vorstandsvorsitzender des Verbands der Pflegedirektoren und -direktorinnen an den Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU e.V.)

# Darüber sprechen wir heute

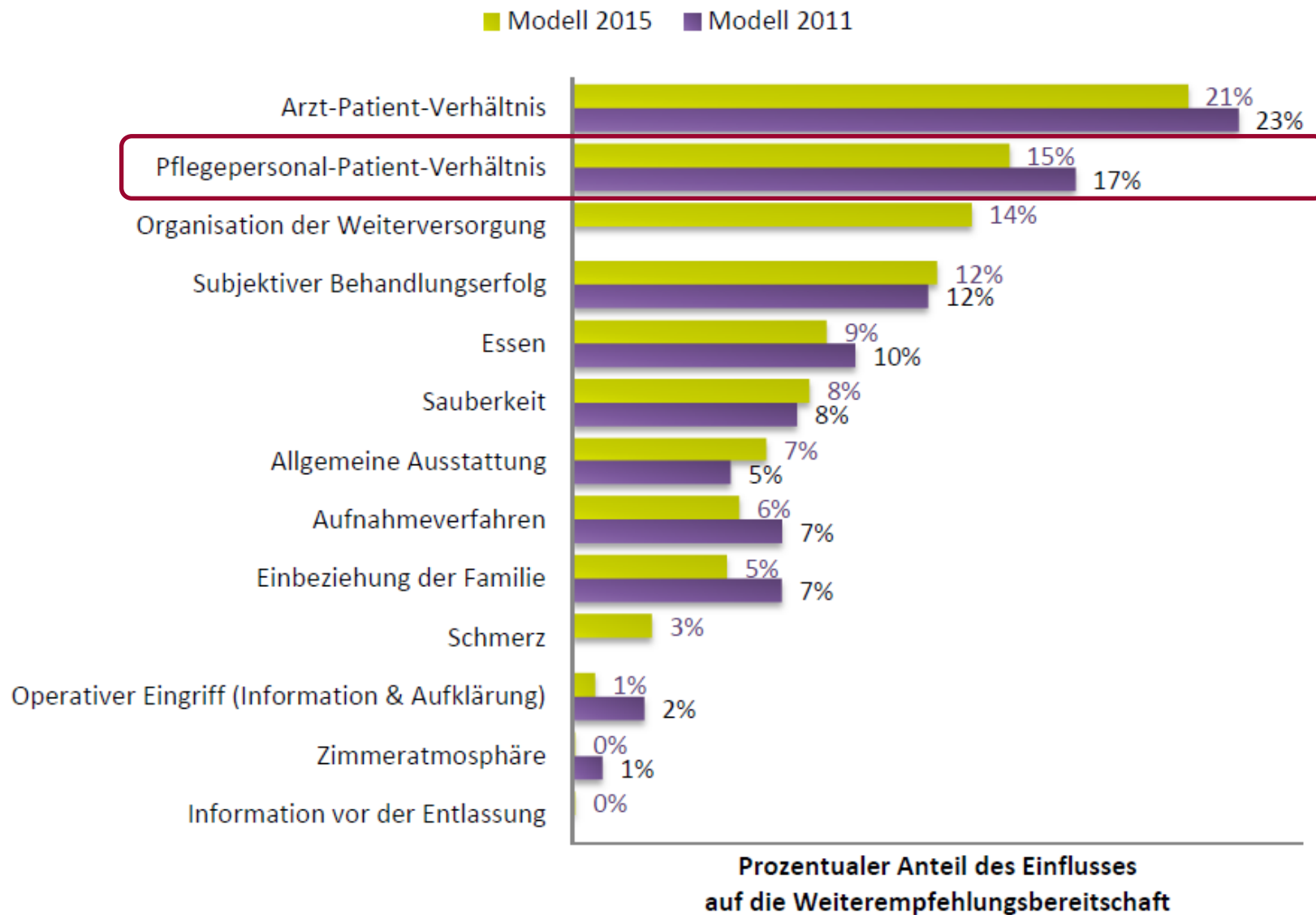
- 1 Erfolgsfaktor Pflege? Erfolgsfaktor Pflege!
- 2 Personalausstattung: Bedeutung
- 3 Qualität: Akademisierung und neue Organisationsmodelle
- 4 Finanzierung
- 5 Digitalisierung
- 6 Quiz

## Seit der Wahlarena 2017 hat sich viel geändert

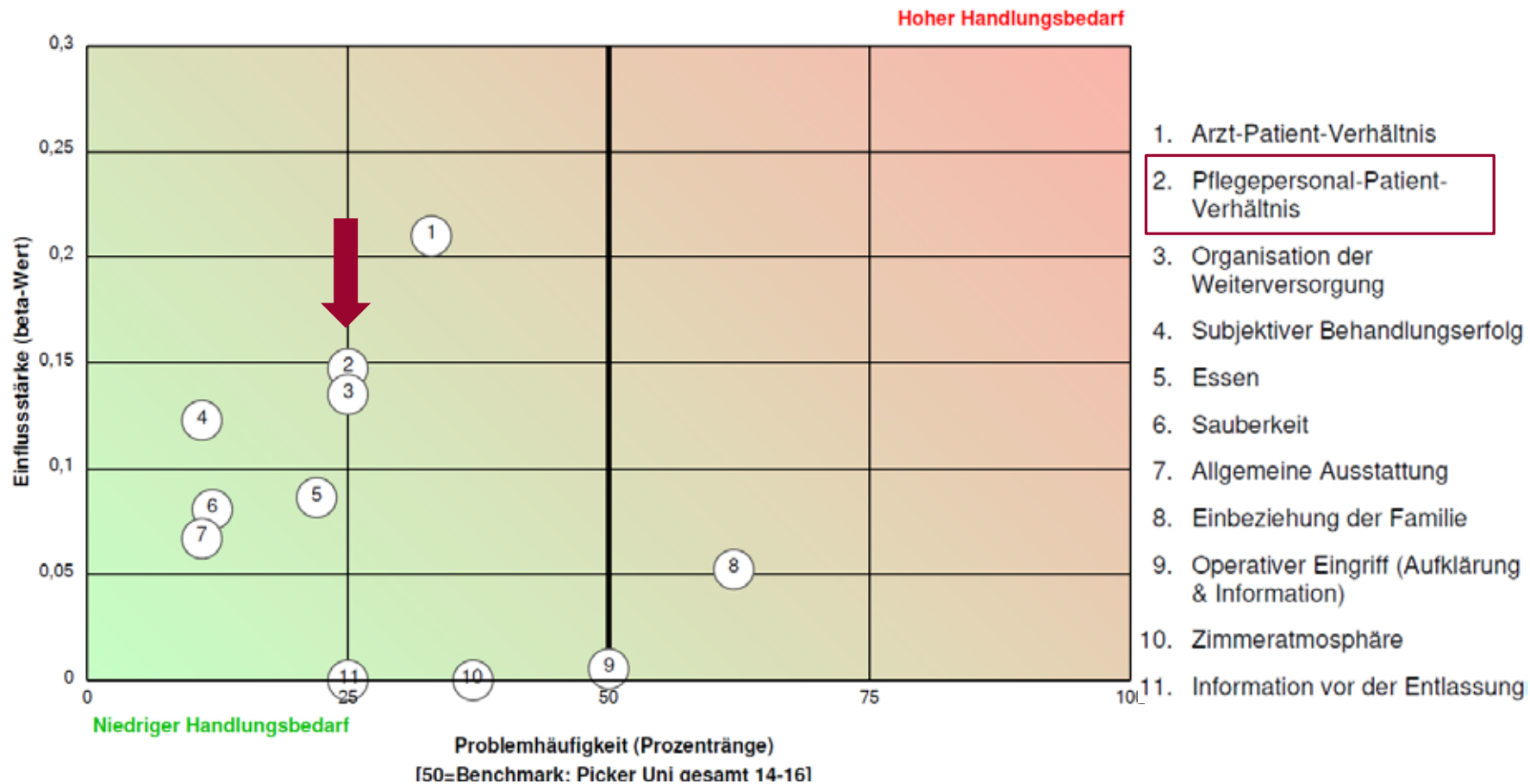


**Pflege wird nicht mehr nur als Kosten-, sondern als ERFOLGSFAKTOR  
wahrgenommen. Endlich!**

# Patientenbefragung Picker (I/II)



# Patientenbefragung Picker (II/II)



N = 9

# RN4Cast – Personalsituation in Deutschland

	1995*	2000*	2010*	2015*	Veränderung in % (1995 – 2015)
Aufgestellte Betten (x 1000)	609.1	559.7	502.7	499.4	- 18%
Fallzahl (x 1.000.000)	15.9	17.3	18	19.2	+ 21%
Ø Verweildauer (in Tagen)	11.5	9.7	7.9	7.3	- 37 %
Ärzte (x 1000)	116	122	149	174	+ 50 %
VZÄ Ärzte (x 1000)	102	109	135	154	+ 51 %
Fallzahl/Arzt	137.1	141.8	120.8	110.3	- 20 %
Fallzahl /VZÄ Arzt	155.9	158.7	133.3	124.6	- 20 %
Pflegekräfte (x 1000)	429	414	406	427	-0,5 %
VZÄ Pflegekräfte (x 1000)	351	332	306	321	- 9%
Fallzahl/Pflegekraft	37.1	41.8	44.3	45.1	+ 22 %
Fallzahl /VZÄ Pflegekraft	45.3	52.1	58.8	59.9	+ 32 %
Verhältnis Pflegekraft - Arzt	3.7 : 1	3.4 : 1	2.7 : 1	2.4 : 1	- 35 %
Verhältnis VZÄ Pflegekraft – VZÄ Arzt	3.4 : 1	3.0 : 1	2.3 : 1	2.1 : 1	- 38 %

\*im Jahr der Befragung

## RN4Cast – Deutschland liegt vorn

Land	Patienten pro Pflegefachperson	Patienten pro Pflegekraft*
Deutschland	13	10,5
Schweiz	7,9	5,0
Schweden	7,7	4,2
Niederlande	7,0	5,0
USA	5,3	3,6
England	8,6	4,8
Belgien	10,7	7,9
Finnland	8,3	5,3
Griechenland	10,2	6,2
Irland	6,9	5,0
Norwegen	5,4	3,3
Polen	10,5	7,1
Spanien	12,6	6,8

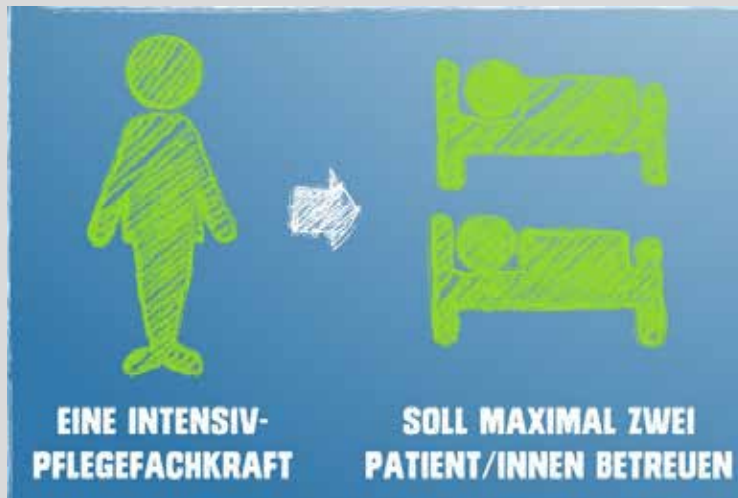
\*Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte

\*Quelle: RN4CAST-Studie; eigene Darstellung nach Aiken et al., 2012

# Beispiel – Situation Intensivpflege

## Bedarfsgerecht

Empfehlung Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI):



Grafik: ver.di

## Realität


Ergebnis Intensivpflegebefragung 2017\*

- § Personalschlüssel Tag: 1:3
- § Personalschlüssel Nacht:
  - § 1 : 3 (> 46 %)
  - § 1 : 4 oder mehr (> 40 %)


\* Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP)



# Kausalität: Personalausstattung – Mortalität

- 
- § **2007:** Kane et.al. liefern anhand einer Metaanalyse eine starke Evidenz dafür, dass die Personalausstattung das Risiko unerwünschter Ereignisse, Morbidität und Mortalität beeinflusst
  - § **2010:** Schilling et al. weisen den direkten Zusammenhang zwischen der Personalausstattung (Pfleger) auf und dem Mortalitätsrisiko nach
  - § **2011:** Nedelman et al. zeigen anhand einer US-amerikanischen Klinik, dass die Patientenmortalität steigt, wenn die Personalausstattung eine Mindestgrenze unterschreitet
  - § **2014:** Kunz et al. zeigen, dass das Mortalitätsrisiko in deutschen Akutkrankenhäusern signifikant steigt, wenn die Belastung des Personals den sogenannten „Safety tipping Point“ überschreitet
  - § **2015:** Twigg et al. weisen einen direkten Zusammenhang zwischen der Personalausstattung (Pfleger) und unterschiedlichen pflegesensitiven Outcomes (z.B. Infektionen, Medikamentenfehler etc.) nach

# Kausalität: Personalausstattung – Zufriedenheit und Arbeitsleistung

- 
- § **2002:** Aiken et al. beschreiben den negativen Einfluss einer dauerhaften Personalunterbesetzung auf Gesundheit und Zufriedenheit des Personals (Anstieg Burnoutrate)
  - § **2013:** Green et. al kommen in einer Studie in einer Notaufnahme (USA) zu dem Ergebnis, dass eine unzureichende Personalausstattung bei gleichzeitig erhöhter Arbeitsbelastung die Fehlzeitenquote des Pflegepersonal kontinuierlich erhöht
  - § **2017:** Nitzsche et al. finden in Untersuchungen auf Intensivstationen heraus, dass eine permanent hohe Arbeitsbelastung negative Auswirkungen auf Arbeits- und Privatleben hat und damit einen Risikofaktor für Gesundheit, Zufriedenheit und Arbeitsleistung darstellt

## Fazit

- Eine unzureichende Personalausstattung wirkt sich unmittelbar negativ auf Patienten- und mitarbeiterbezogene Outcomes aus.
- Wir müssen sinnvolle Grenzwerte festlegen.
- Konkrete Daten für eine optimale Personalausstattung in der Pflege lassen sich aus den Studien allein nicht ableiten.
- Wir brauchen neue Instrumente für die Personalbedarfsbemessung

## Sprechen wir über Qualität

- § Eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung OHNE hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen ist undenkbar.
- § Pflegekräfte müssen heute mehr und andere Dinge können als noch vor einigen Jahren. Der Beruf wird anspruchsvoller, vielfältiger und zunehmend akademisch.

### **Rolle der Universitätskliniken**

- § Aufgrund der zahlreichen praktischen Möglichkeiten und dem theoretischen Fachwissen ist eine akademische pflegerische Ausbildung nirgendwo besser aufgehoben als an den Universitätskliniken

# Bachelors am Bett?! Unbedingt!

Case- und Care-  
Management,  
Schnittstellen-  
management

demografischer  
Wandel – mehr  
alte Patienten

mehr chronische  
Erkrankungen und  
Multimorbidität

Halbierung der  
Verweildauer seit  
Einführung der DRG,  
zugleich Zunahme  
der Multimorbidität



medizinischer und  
pflegewissenschaftl.  
Fortschritt

komplexe, inter-  
disziplinäre Versor-  
gungsprozesse

Kostendruck/  
„pay for  
performance“

Fachkräfte- und  
Nachwuchsmangel,  
Abwanderung  
erfahrener  
Mitarbeiter

# Neue Organisationsmodelle am UKD



# Organisationsmodell Magnet – das Konzept

## § „Magnet-Krankenhäuser“

- § wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser, die Pflegepersonal und Patienten „wie Magneten“ anziehen

## § Zentrale Themen

- § konsequente Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten
- § Mut zur Veränderung bestehender Systeme und Strukturen
- § eine wertschätzende Führungskultur, die Mitarbeiter zur Übernahme von Verantwortung motiviert

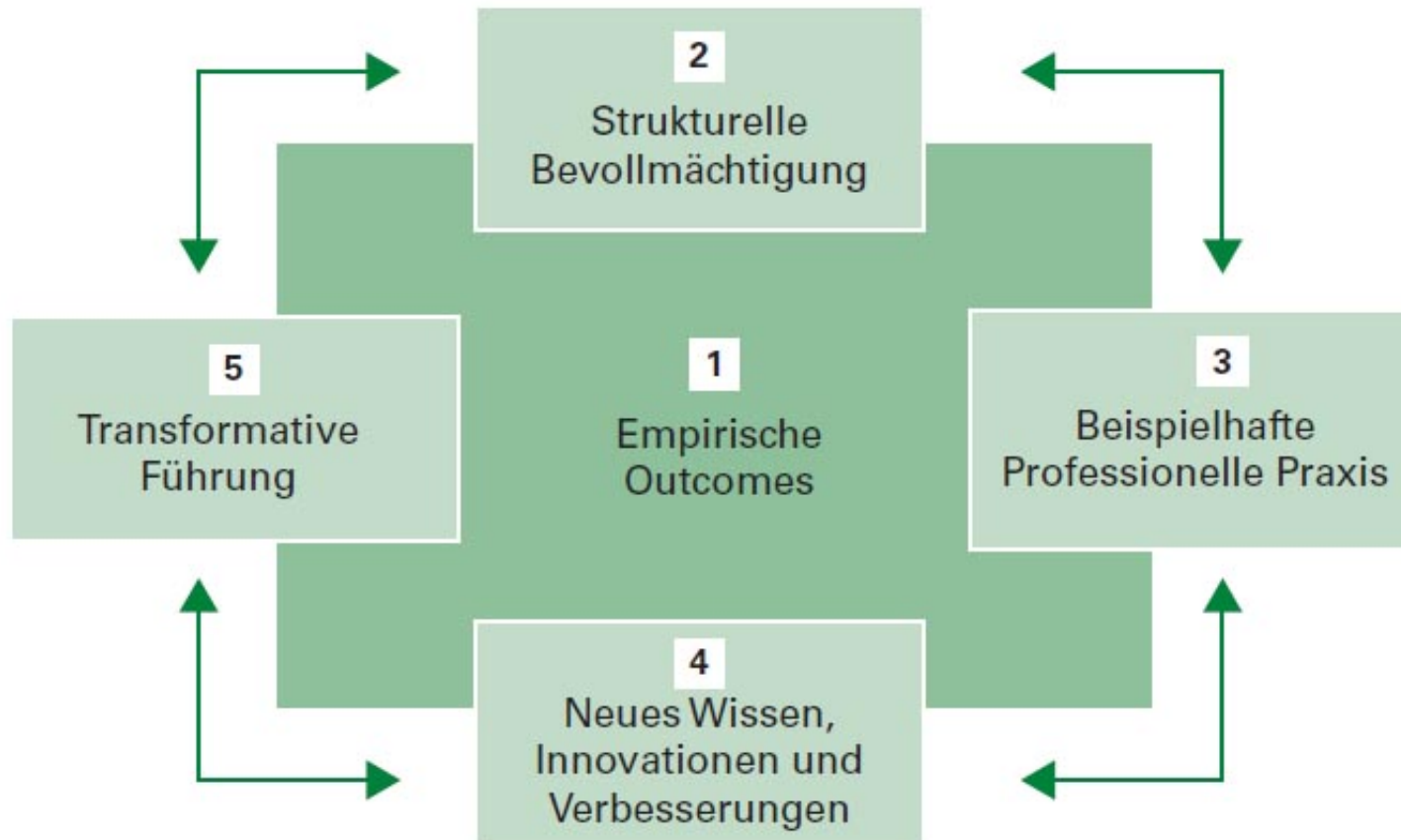
## § Vorteile

- § Überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit von Patienten und Pflegepersonal
- § Bewertung der interdisziplinären Zusammenarbeit als kollegial und konstruktiv
- § weniger Komplikationen als an Krankenhäusern ohne Magnet-Status



# Magnet-Krankenhaus: Zentrale Merkmale

## 6 Globale Themen in Pflege und Gesundheitsversorgung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Magnetmodell, ANCC, S. 2014, S. 3



# Reden wir über Geld



## Herr Baum sprach es bereits an ...

Krankenhausvergütung ab 2020:

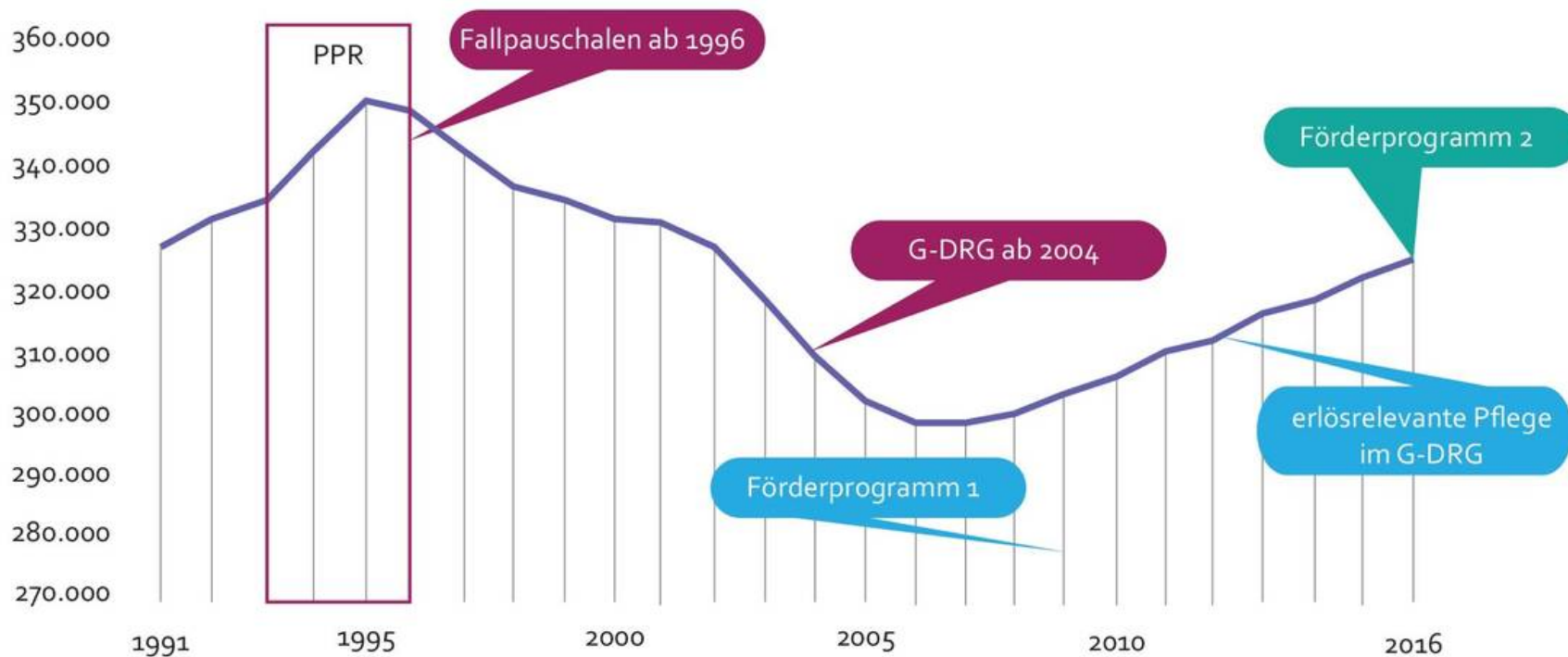
- § Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung
- § Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung
- § Bereinigung der DRG um die Pflegepersonalkosten



# DRGs – Bedeutung für die Pflege



# DRGs – Bedeutung für die Pflege



Bölte, U. & Graf, T. (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. Retrieved from [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile) (Accessed: 18.12.2014). UND Statistisches Bundesamt (Destatis) (Ed.). (2017). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Retrieved from [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile) (Accessed: 23.07.2016).

## DRGs ohne Pflegepersonalkosten – CAVE!

- § Wegfall der Grundlage für nachhaltige Pflegepersonalbudgetverhandlungen (ICD-10 und OPS-Codes), dadurch Erschweren der Verhandlungen
- § Erhöhtes Risiko für Kürzungen, z.B. beim Aussetzen von Fördermaßnahmen
- § Erschweren der Förderung bedarfsorientierter Pflege, insbesondere von hochaufwendigen Patienten
- § Mangels Erlösanreize Wegfall bzw. starke Reduzierung der Förderung von evidenzbasierter Pflege und aktivierend-therapeutischen Pflegekonzepten
- § Blockierung sinnvoller Prozesse zur Entbürokratisierung sowie Digitalisierung der Pflegedokumentation



# Digitalisierung – kein Selbstzweck



**Jetzt sind Sie dran**



**Preisfrage: Was ist ein Universitätsklinikum ohne Pflegekräfte?**



**Richtig: Ein Haus mit leeren Betten.**





**LASSEN SIE UNS DISKUTIEREN!**