

Vorsorge und Rehabilitation in Rheinland-Pfalz



Von Gerd Reh

Die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation hat angesichts der bestehenden Möglichkeiten zur Eingliederung Kranker und Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Nach Auffassung von Experten wird der Bedarf an Rehabilitationsleistungen zukünftig steigen. Diese Entwicklung wird – neben den erweiterten therapeutischen Möglichkeiten – unter anderem durch eine Zunahme chronischer Erkrankungen und die demografische Alterung gefördert. Aufgrund verschiedener Belastungsfaktoren in modernen Gesellschaften wird beispielsweise mit einer Zunahme psychischer Erkrankungen gerechnet. Abzusehen ist auch ein erhöhter Bedarf an geriatrischen Leistungen. In der medizinischen Rehabilitation wird zudem versucht, die klassische Trennung zwischen Akutmedizin und Rehabilitation aufzubrechen und beide Teile der Versorgungskette als integrierte Leistungskomplexe anzubieten. Parallel hierzu bemühen sich die Kurorte, ihre Attraktivität durch Schaffung von Freizeitangeboten zu erhöhen, um neben dem „klassischen“ Kurpatienten neue Zielgruppen erreichen zu können. Nachdem die Branche im vergangenen Jahrzehnt einem tief greifenden Strukturwandel ausgesetzt war, sprechen der Bedarf potenzieller Kunden und die Angebotsvielfalt für günstigere Zukunftsaussichten in diesem Wirtschaftsbereich.

„Kuren“ in Rheinland-Pfalz regional von Bedeutung

In landschaftlich reizvollen Regionen des Landes finden sich 5,1% der mehr als 1 340 deutschlandweit ansässigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. An den insgesamt vorgehaltenen Bettenkapazitäten haben die rheinland-pfälzischen Einrichtungen einen Anteil von 4,6%, das entspricht knapp dem Bevölkerungsanteil des Landes (4,9%) an der Gesamtbevölkerung aller Bundesländer.

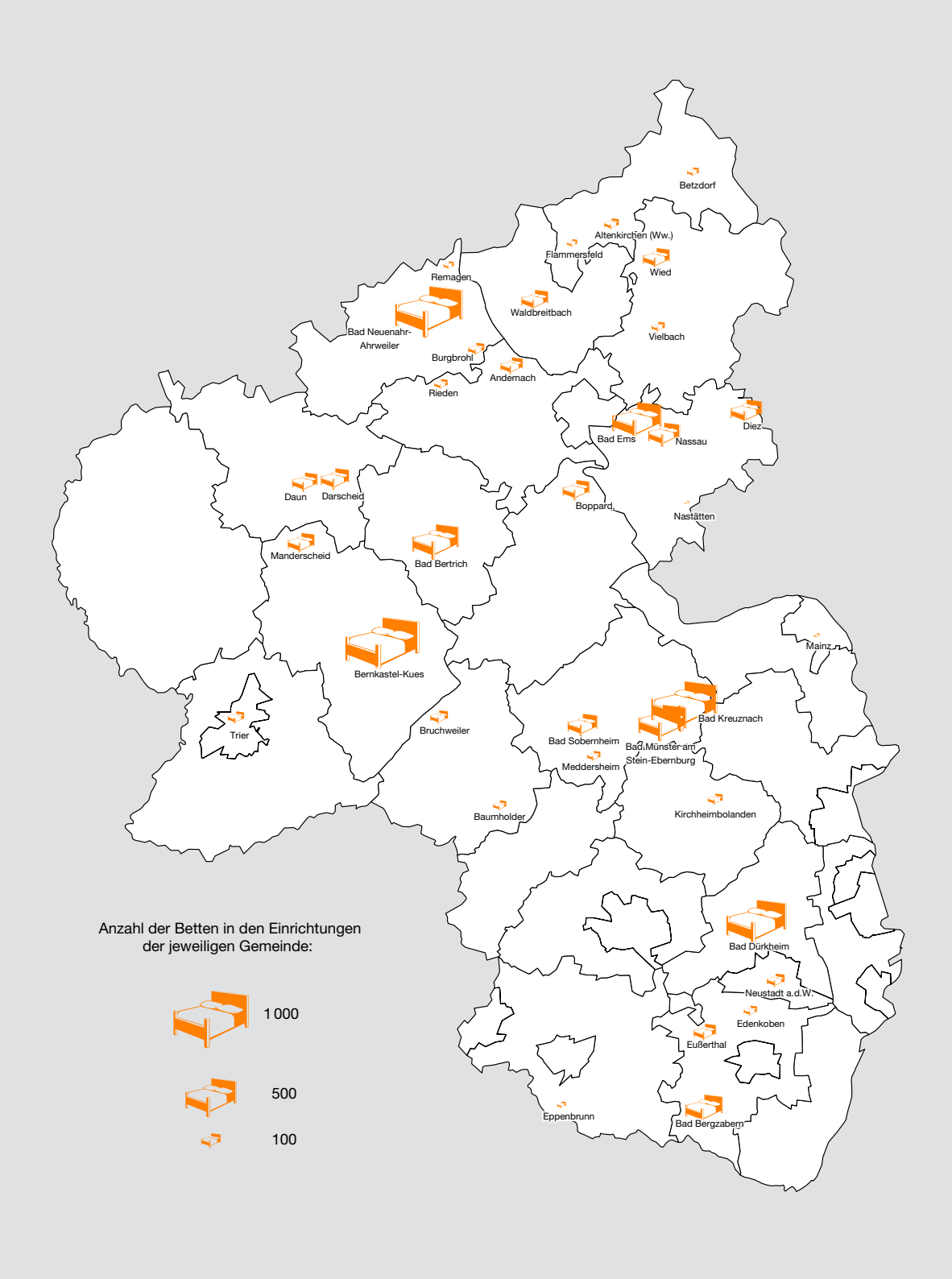
Die Branche ist in Rheinland-Pfalz, regional zwar begrenzt, ein nicht unbedeutender

Wirtschaftsfaktor. Die im Land betriebenen Einrichtungen finden sich konzentriert in wenigen Gemeinden. Hierzu zählen Orte in den Landkreisen Ahrweiler, Bad Dürkheim, Bad Kreuznach, Bernkastel-Wittlich, Cochem-Zell und Südliche Weinstraße sowie im Rhein-Lahn-Kreis.

Ende 2003 betrieben private, öffentliche und freigemeinnützige Träger in Rheinland-Pfalz 68 zur Krankenhausstatistik berichtspflichtige Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (zur Abgrenzung der Erhebungsbereiche in der Krankenhaus- bzw. der Beherbergungsstatistik siehe Kasten

Durchschnittliche Auslastung der landesweit 68 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag 2003 bei 82%

S 1 Bettenkapazitäten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2003



„Datenbasis“ auf Seite 262). In 8 403 aufgestellten Betten wurden im Laufe des Jahres 90 386 Patientinnen und Patienten versorgt. Diese verbrachten im Durchschnitt 27,8 Tage in den Einrichtungen. Somit wurden insgesamt 2 515 821 Pfl egetage erbracht. Die Häuser waren damit durchschnittlich zu 82% ausgelastet.

Einschnitte durch Kostendämpfung im Gesundheitswesen

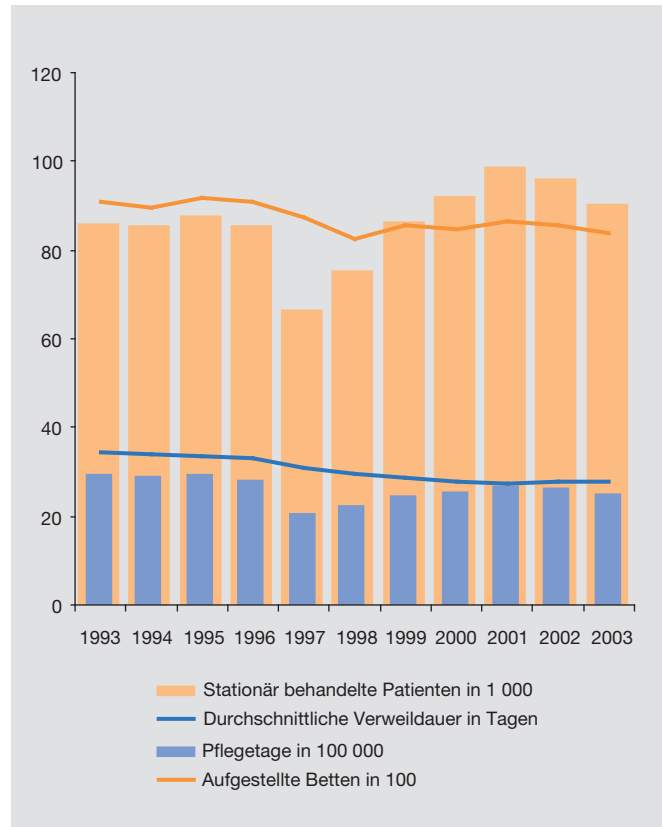
In den vergangenen Jahren haben sich im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation tief greifende Änderungen vollzogen. Die Zahl der Kliniken hat binnen eines Jahrzehnts um sieben Einrichtungen abgenommen (-9,3%). Im gleichen Zeitraum wurden Bettenkapazitäten im Umfang von 674 Einheiten abgebaut (-7,4%). Gegenüber dem Vergleichsjahr 1993 ist die Zahl der behandelten Patienten um 5,1% gestiegen. Da deren Verweildauer in den Einrichtungen in der Zwischenzeit sehr deutlich – um durchschnittlich 6,8 Tage, das heißt um 19,7% – gesunken ist, ging die Zahl der erbrachten Pfl egetage um 15,4% zurück. Die durchschnittliche Bettenauslastung, die noch Anfang der 1990er Jahre rund 90% betragen hatte, reduzierte sich – trotz des Kapazitätsabbaus – um etwa 8 Prozentpunkte.

Ungeachtet dessen ist die Auslastung der rheinland-pfälzischen Häuser nach wie vor höher als im Bundesdurchschnitt. Deutschlandweit liegt die Kapazitätsauslastung der Häuser seit Jahren deutlich unter 80%.

Die dargestellten Entwicklungen verliefen im Zeitablauf nicht kontinuierlich. Vielmehr

S 2

Entwicklung ausgewählter Merkmale im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation 1993-2003



weisen die Zeitreihen zum Teil tiefe Einschnitte um das Jahr 1997 auf. Diese sind auf gesetzgeberische Maßnahmen zurückzuführen, die darauf abzielten, auch die im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation deutlich gestiegenen Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz wurden in der gesetzlichen Rentenversicherung und mit dem Beitragsentlastungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung ab Januar 1997 die Leistungen für Rehabilitation spürbar reduziert. Unter anderem wurde der Kreis der potenziell Berechtigten eingeschränkt, der Abstand zwischen Rehabilitationsmaßnahmen von drei auf vier Jahre verlängert, die Regelkurdauer

Bettenauslastung nahm in zehn Jahren um 8 Prozentpunkte ab

Auslastung besser als im Bundesdurchschnitt

Leistungseinschränkungen durch gesetzliche Regelungen

von vier auf drei Wochen verkürzt und die von Patientinnen und Patienten zu entrichtende Zuzahlung deutlich erhöht. Infolge dieser Maßnahmen sanken zeitnah sowohl die Zahl der Anträge als auch die von den Kostenträgern bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen (siehe hierzu auch Kasten „Hintergrund“ auf Seite 277).

Reformjahr 1997 brachte spürbare Einschnitte: 22% weniger stationär behandelte Patienten

Entsprechend ging die Zahl der in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen stationär behandelten Patientinnen und Patienten von 1996 auf 1997 drastisch um mehr als 22% zurück. Bei gleichzeitig um insgesamt zwei Tage gesunkener Verweildauer in den Einrichtungen verminderte sich die Zahl der erbrachten Pflgetage binnen eines Jahres um annähernd 27%. Da nicht unmittelbar im gleichen Umfang Bettenkapazitäten abgebaut wurden, sank die Auslastung der Häuser um über 20 Prozentpunkte auf 64,8%.

Zahl der Pflgetage trotz inzwi- schen wieder gestiegener Patientenzahlen deutlich ge- sunken

In den Jahren nach 1997 beruhigte sich die Lage wieder: Die Patientenzahlen stiegen zunächst kontinuierlich bis zum Jahr 2001 auf annähernd 100 000 an und verblieben – trotz einer Abnahme in den beiden Folge- jahren – auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Bei einer weiter rückläufigen, sich aber inzwischen bei knapp 28 Tagen stabilisierenden durchschnittlichen Verweildauer liegt die Zahl der erbrachten Pflgetage im Jahr 2003 jedoch deutlich niedriger als Anfang der 1990er Jahre. Die Anbieter von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen reagierten auf diese Entwicklungen mit einer Anpassung der Bettenkapazitäten, so dass sich in der jüngeren Vergangenheit wieder eine Bettenauslastung von zum Teil deutlich über 80% ergibt.

Bettenkapazi- täten wurden angepasst

Strukturwandel hat keine gravieren- den Auswirkungen auf die Einrich- tungsgröße

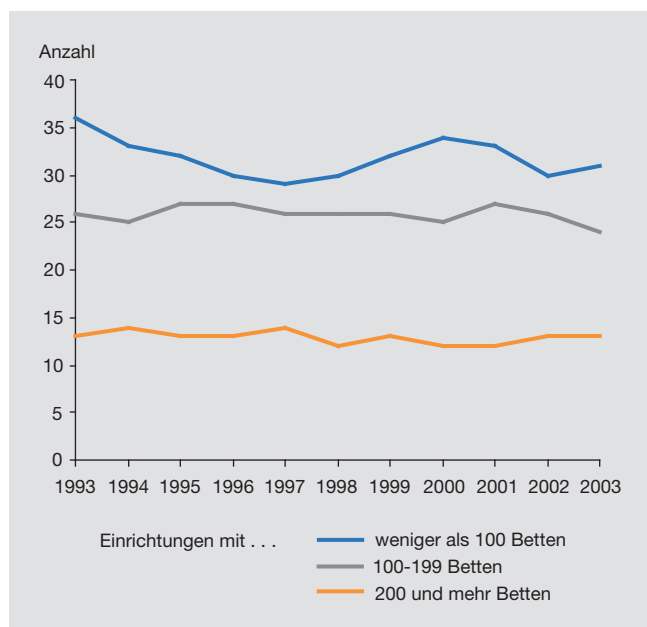
Der Strukturwandel hat keine tief greifen- den Auswirkungen hinsichtlich der Größen- struktur der Einrichtungen gebracht. Die Zahl der Großbetriebe mit über 200 Betten ist zwischen 1993 und 2003 mit 13 Häu- sern konstant geblieben. Die Zahl der mit- telgroßen Einrichtungen mit einer Bettenka- pazität von 100 bis 199 Betten hat sich im Vergleichszeitraum um zwei Häuser auf 24 reduziert. Die Zahl der kleineren Häuser mit weniger als 100 Betten schrumpfte demge- genüber merklich.

Zahl der großen Einrichtungen weitgehend konstant ge- blieben

Auch hier verlief die Entwicklung nicht kon- tinuierlich. Es zeigen sich bei den kleineren und mittelgroßen Einrichtungen deutliche Schwankungen. So ging die Zahl der klei- neren Häuser von 1993 bis 1997, dem Jahr

S 3

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1993-2003 nach der Größe der Einrichtung



Hintergrund

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation

Verschiedene Institutionen beteiligt

Das deutsche Sozialversicherungsrecht unterscheidet grundsätzlich Vorsorge, Behandlung (Kuration), Rehabilitation und Pflege. In diesen Bereichen gibt es ein vielfältig gegliedertes System von Trägern und Zuständigkeiten.

Für die Rehabilitation ist in erster Linie die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) zuständig; die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erhielt erst 1975 einen eigenen gesetzlichen Auftrag zur Rehabilitation. Beide Sozialversicherungsträger haben für die Bearbeitung von Reha-Anträgen und die anschließende Durchführung von Maßnahmen eigene Organisationsstrukturen aufgebaut. Dies führt dazu, dass die Leistungen weitgehend standardisiert sind und eine Verzahnung mit dem kurativen System fehlt.

Neben der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen auch die gesetzliche Unfallversicherung (GUV), die Kriegsopferversorgung und die Sozialhilfe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Ihr Anteil am Leistungsgeschehen ist aber gering.

Schon 1974 hatte der Gesetzgeber mit dem Reha-Angleichungsgesetz diese verschiedenen Träger zur Zusammenarbeit in einer Bundesarbeitsgemeinschaft verpflichtet und die Aufstellung von Reha-Gesamtplänen gefordert. Auch die Erweiterung und Präzisierung des Reha-Auftrags der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989 dienten dazu, die Koordination in diesem Bereich zu verbessern.

Medizinische Vorsorgeleistungen werden vor allem durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert.

Unterschiedliche Leistungsarten

In den Bereichen Vorsorge und medizinische Rehabilitation gilt es grundsätzlich zwischen den nachstehenden Leistungsarten zu unterscheiden:

– Medizinische Vorsorgeleistungen

Sie dienen dem Zweck, Gefährdungen oder Schwächungen der Gesundheit entgegenzuwirken und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Zu ihnen zählen die klassischen Bäderkuren, bei denen die Behandlungs- und Unterbringungskosten je nach gesundheitlicher Schwächung ganz oder teilweise übernommen werden. Sta-

tionäre Vorsorgemaßnahmen sind Reha-Leistungen rechtlich gleichgestellt.

Medizinische Vorsorgeleistungen werden vor allem von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

– Medizinische Reha-Leistungen

Sie können ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist laut Sozialgesetzbuch (SGB V) für Maßnahmen zuständig, die einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorbeugen oder eine bereits eingetretene Behinderung oder Pflegebedürftigkeit beseitigen, bessern oder daran hindern, sich zu verschlimmern.

Von der gesetzlichen Rentenversicherung getragene medizinische Rehabilitation erfolgt vornehmlich stationär und dient dazu, eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu vermeiden.

Darüber hinaus hat die gesetzliche Rentenversicherung einen Versorgungsauftrag für präventive und berufsfördernde Leistungen.

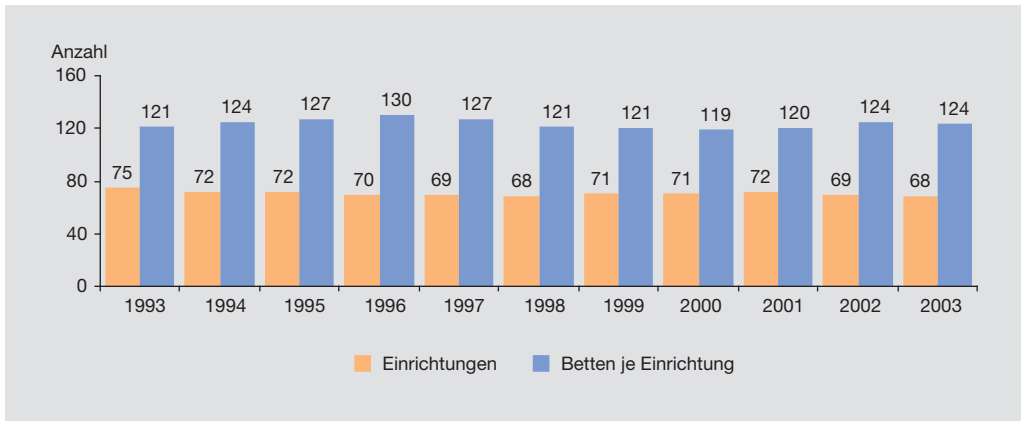
Die gesetzliche Unfallversicherung ist zuständig, wenn gesundheitliche und funktionelle Einschränkungen infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalls auftreten. Dies gilt nicht nur für die medizinische Rehabilitation, sondern auch für Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation.

– Anschlussheilbehandlungen und Frührehabilitation

Anschlussheilbehandlungen sind im Gesetz nicht explizit als spezielle Form der medizinischen Rehabilitation definiert. Sie schließen sich vielmehr unmittelbar an eine Akutbehandlung an und schlagen damit eine Brücke zwischen Kuration und Rehabilitation. Sie werden vorwiegend in Reha-Kliniken mit entsprechender fachlicher Spezialisierung durchgeführt. Es hat sich gezeigt, dass frühzeitig einsetzende rehabilitative Maßnahmen den Reha-Erfolg deutlich erhöhen; dies ist insbesondere bei speziellen Indikationsbereichen der Fall, wie z.B. nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland 1998.

S 4 Einrichtungen und Betten je Einrichtung 1993-2003

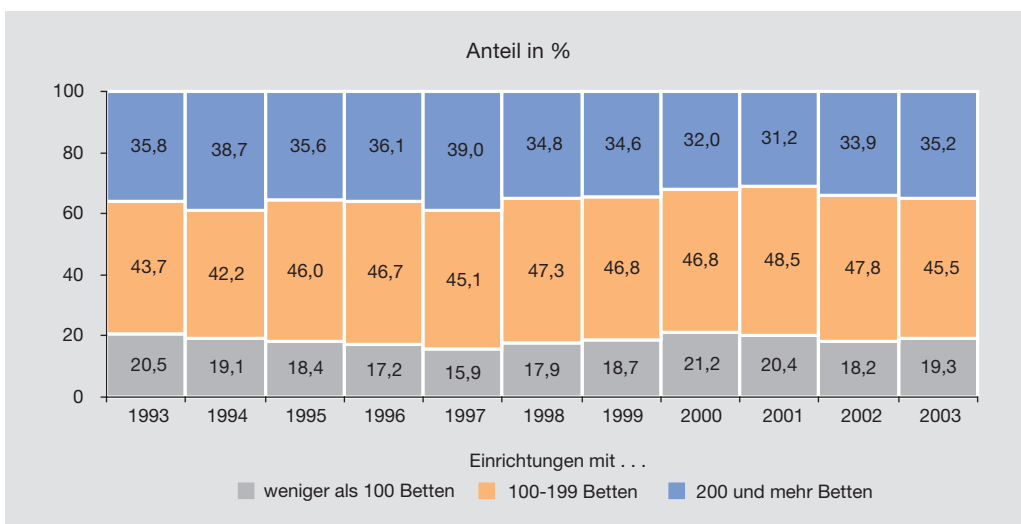


der „tiefen Einschnitte“, zunächst kontinuierlich zurück, um in den Folgejahren wieder kurzfristig anzusteigen. Diese Zunahme könnte darauf zurückzuführen sein, dass im Zuge der Reformen einzelne Häuser durch Bettenabbau in diese niedrigere Größenklasse „wechselten“. Ein Indiz hierfür kann darin gesehen werden, dass sich die Reihen der Einrichtungen mit weniger als 100 Betten und derjenigen mit 100 bis 199 Betten erkennbar gegenläufig entwickeln.

Über den Gesamtzeitraum gesehen erhöhte sich in den Jahren 1993 bis 1996 zunächst die durchschnittliche Bettenkapazität je Einrichtung. In den Folgejahren bis einschließlich 2000 kehrte sich dieser Trend um; die Einrichtungen bauten Betten ab. Für die Jahre nach 2000 ist dann wieder eine Entwicklung hin zu größeren Einrichtungen festzustellen. So stieg die Durchschnittsgröße der Häuser zwischen 2000 und 2003 von 119,1 auf 123,6 Betten.

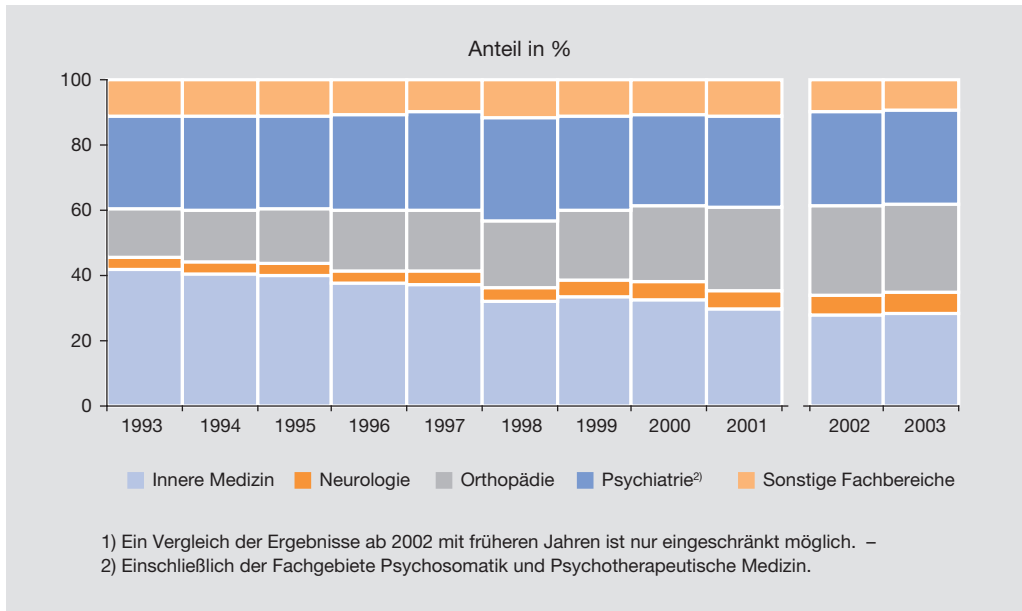
Kapazität derzeit bei durchschnittlich 124 Betten je Haus

S 5 Verteilung der Bettenkapazitäten nach der Größe der Einrichtungen 1993-2003



S 6

Verteilung der Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1993-2003 nach Fachbereichen¹⁾



Ursache der jüngeren Entwicklung kann sein, dass der Betrieb kleinerer Einrichtungen mit unterdurchschnittlicher Bettenkapazität aufgegeben wurde oder aber (auch kleinere) Einrichtungen ihre Kapazitäten wieder aufgestockt haben. Was letztendlich zutrifft, muss einer einzelbetrieblichen Betrachtung vorbehalten bleiben.

Deutliche Verschiebungen im Behandlungsspektrum

In den 68 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurden im Jahr 2003 insgesamt 88 Fachabteilungen geführt. Das Gros dieser Abteilungen entfiel auf die Bereiche Innere Medizin (24), Psychiatrie¹⁾ (23) und Orthopädie (19). Hinzu kamen sieben neurologische Fachabteilungen sowie 15 Organisationseinheiten, die keiner in der Statistik gängigen Untergliederung zugeordnet werden können und die deshalb statistisch unter „sonstige Fachbereiche“ subsumiert sind.

Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie dominieren das Behandlungsspektrum

Von den vorgehaltenen Betten entfiel jeweils deutlich mehr als ein Viertel auf die Bereiche Psychiatrie, Innere Medizin und Orthopädie. Annähernd 7% der Bettenkapazitäten waren in neurologischen und 9,2% in sonstigen Fachabteilungen aufgestellt.

Die meisten Plätze gibt es in Einrichtungen mit 100 bis 199 Betten

Im gesamten Beobachtungszeitraum wurden die meisten Plätze in Einrichtungen mit einer Größe zwischen 100 und 199 Betten vorgehalten; im Jahr 2003 waren dies 45,5% der Gesamtkapazität. 35,2% des Bettenvolumens entfielen zuletzt auf Einrichtungen mit 200 und mehr Plätzen. Diese Größenklasse stellte – über den Vergleichszeitraum gesehen – stets das zweitstärkste Potenzial. 19,3% der Bettenkapazitäten entfielen 2003 auf Anbieter mit weniger als 100 Plätzen.

1) Hier einschließlich der Fachgebiete Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin.

Im Verlauf der vergangenen Jahre haben sich deutliche Verschiebungen im Behandlungsspektrum ergeben. Diese Veränderungen lassen sich allerdings nur eingeschränkt bis in den aktuellen Zeitraum verfolgen. Aufgrund von Umstellungen in der statistischen Systematik werden die Fachabteilungen seit dem Jahr 2002 nicht mehr nach der Organisationsstruktur der Häuser erfasst, sondern entsprechend der Fachrichtung des jeweils leitenden Arztes nachgewiesen.

Bettenanteil des Bereichs Innere Medizin hat deutlich abgenommen

In der Zeitspanne zwischen 1993 und 2003 ist der Bettenanteil der Abteilungen der Inneren Medizin fast kontinuierlich von 41,8% auf zuletzt 28,4% gesunken. Der Anteil der Psychiatrie-Betten – die rund zur Hälfte für die therapeutische Behandlung von Suchtkrankheiten vorgehalten werden – blieb demgegenüber im Vergleichszeitraum annähernd konstant bei knapp 29%. Deutliche Zuwächse gab es in der Neurologie

und in der Orthopädie. Der Anteil neurologischer Behandlungsplätze nahm zwischen den Jahren 1993 und 2003 ausgehend von 3,8% sukzessive auf 6,7% zu. Ebenso deutlich gewachsen ist auch der Bettenanteil der Orthopädie. Er stieg von vormals 14,6% auf 27% im Jahr 2003.

Zur Verringerung der Gesamtbettenkapazitäten (-7,4%) hat die Innere Medizin mit einem Kapazitätsabbau von 37,2% überproportional beigetragen, wobei im gleichen Zeitraum die diesem Bereich zugeordneten spezifischen kardiologischen Angebote deutlich weniger zurückgenommen wurden (-7,3%). Der psychiatrische Fachbereich verlor 6,7% seiner Bettenkapazität von 1993. Deutlich ausgebaut wurden die Neurologie (+63,8%) und die Orthopädie (+70,8%).

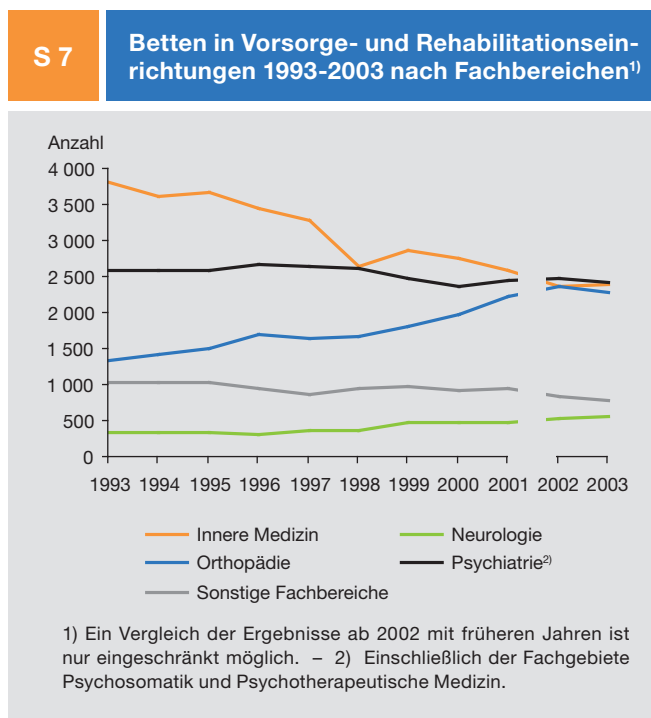
Orthopädie und Neurologie vergrößerten ihre Kapazitäten

Personalkapazitäten wurden an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst

Ende 2003 waren in den rheinland-pfälzischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 5 908 Personen beschäftigt, darunter 474 Ärztinnen und Ärzte.

Trotz rückläufiger Bettenkapazitäten und Pfl egetage wurde gegenüber 1993 wegen der seither deutlich gestiegenen Patientenzahlen sowohl mehr ärztliches Personal als auch mehr Pflegepersonal beschäftigt. Umgerechnet auf Vollzeitkräfte (Teilzeitbeschäftigte werden hierbei in Vollzeitäquivalenten dargestellt) wurde das ärztliche Personal zwischen 1993 und 2003 um 6,4%, das Pflegepersonal sogar um 13,3% verstärkt. Zuwächse waren auch beim medizinisch-technischen Dienst²⁾ (+2,8%), beim

Gestiegene Patientenzahlen erforderten insbesondere mehr ärztliches und pflegerisches Personal



Funktionsdienst³⁾ (+7,1%) und beim klinischen Hauspersonal (+10,2%) zu verzeichnen. Damit hat sich das Beschäftigungsvolumen der Personalgruppen erhöht, deren Aufgabe stärker durch die Zahl der im Laufe eines Jahres zu betreuenden Patienten als durch die Zahl der zu erbringenden Pflegetage bestimmt wird. Die starke Abhängigkeit dieser Personalgruppen von den Patientenfallzahlen schlägt sich statistisch in entsprechend hohen Korrelationen zwi-

schen diesen beiden Erhebungsmerkmalen nieder.

Deutlich abgebaut wurden Personalkapazitäten im technischen Dienst (-6,4%) sowie im Wirtschafts- und Versorgungsdienst (-38,4%). Zum letzteren Bereich zählt insbesondere das in Wäschereien und in Küchen eingesetzte Personal. Der starke Rückgang dürfte hier dadurch begünstigt worden sein, dass entsprechende Leistungen im Zuge des Outsourcing zunehmend an Fremdfirmen vergeben bzw. klinikübergreifend in zentralen Verbundeinrichtungen erbracht werden. Sowohl beim technischen Dienst als auch beim Wirtschafts- und Ver-

Technischer Dienst sowie Wirtschafts- und Versorgungsdienst mit verringerten Personalkapazitäten

2) Zu dieser Gruppe zählen insbesondere Krankengymnastinnen und -gymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen, medizinische Bademeister/-innen, Sozialarbeiter/-innen etc.

3) Im Funktionsdienst werden u. a. Arbeits- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie das Personal in der Funktionsdiagnostik nachgewiesen.

Im Blick

Belastungskennziffern als Indikatoren für die Personalausstattung in den Kliniken

Berechnung unterschiedlicher Belastungsziffern für einzelne Personalgruppen sinnvoll

Auf der Grundlage der in der Krankenhausstatistik bei Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erhobenen Daten lassen sich so genannte Belastungsziffern für die einzelnen Personalgruppen errechnen. Hierbei werden die jeweiligen Personalkapazitäten auf Patientenfallzahlen bzw. Pflegetage bezogen, wobei letztere als Maß für die Belastung durch die Bettenbelegung interpretiert werden können.¹⁾

Grundsätzlich zeigt sich eine deutlich stärkere Abhängigkeit der Beschäftigten im ärztlichen Dienst, Pflegedienst, medizinisch-technischen Dienst und Funktionsdienst wie auch des klinischen Hauspersonals von der Zahl der zu betreuenden Patienten als von der Zahl der Pflegetage. Daher ist es sinnvoll, für diese Personalgruppen die Belastungszif-

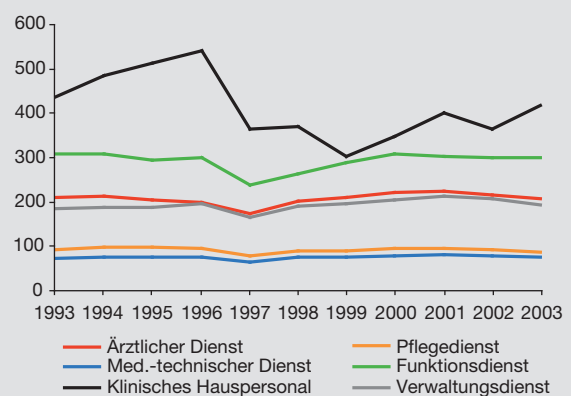
1) Die Belastungsziffern errechnen sich wie folgt:

- Bei der Belastung nach Fällen werden die in einem Jahr stationär behandelten Patientinnen und Patienten auf die Zahl der Vollzeitkräfte (Vollzeitäquivalente) bezogen.
- Die Belastung nach belegten Betten besagt, wie viele belegte Betten im Jahresdurchschnitt je Pflegetag auf eine Vollzeitkraft entfallen. Es gilt:

$$\frac{\text{Zahl der Pflegetage}}{\text{Zahl der Vollzeitkräfte (Vollzeitäquivalente)} \cdot 365 \text{ Tage}}$$

Belastung ausgewählter Personalgruppen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1993-2003 nach Fällen

Patientinnen und Patienten je Vollzeitkraft und Jahr (Anzahl)



Im Jahr 2003 versorgte eine ärztliche Vollzeitkraft im Durchschnitt 209 Patientinnen und Patienten. Im Pflegedienst entfielen 87, im medizinisch-technischen Dienst 75, im Funktionsdienst 301 und beim klinischen Hauspersonal 417 Patientinnen und Patienten auf jeweils eine Vollzeitkraft. Die Belastungsziffer für das Personal im Verwaltungsdienst lag bei 194 Patientinnen und Patienten je Vollzeitkraft.

fern nach Fällen zu berechnen, wohingegen bei den Personalkapazitäten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst wie auch im technischen Dienst die stärkere Abhängigkeit von der Zahl der Pfl egetage für die Bewertung der Belastung aufgrund der Bettenbelegung spricht.

Lediglich für den Personalstand im Verwaltungsdienst, der statistisch nachweislich in etwa gleich stark durch das Patienten- als auch das Pfl egetagevolumen beeinflusst wird, bietet es sich an, beide Kennziffern nachzuweisen.

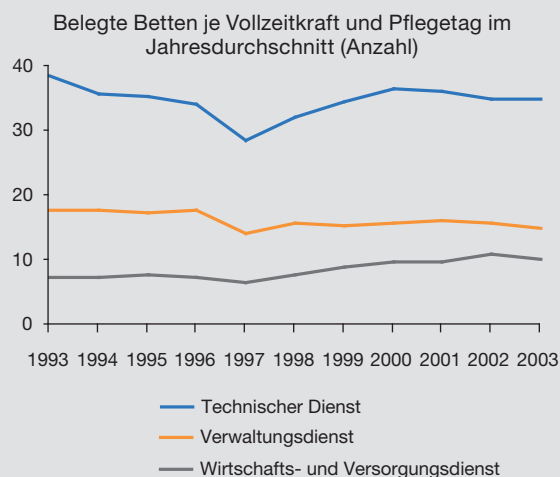
Belastungsziffern vorsichtig interpretieren

Für alle patientenabhängigen Personalgruppen mit Ausnahme des klinischen Hauspersonals hat sich die Belastung nach Fällen – abgesehen von dem mehr oder weniger starken Einschnitten im Reformjahr 1997 – im Zeitablauf kaum verändert. Der Einschnitt zeigt sich beim Pfl egedienst und beim medizinisch-technischen Dienst nur schwach, beim ärztlichen Dienst und beim Verwaltungsdienst etwas stärker, beim Funktionsdienst dagegen sehr deutlich. Wollte man daraus den Schluss ziehen, dass es in einzelnen Personalgruppen nur in eingeschränktem Umfang gelungen ist, den Personalstand kurzfristig an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, muss man allerdings berücksichtigen, dass für die einzelnen Gruppen unterschiedlich starke Beziehungen zur Patientenfallzahl bestehen. Bei vergleichsweise schwacher Korrelation – und dies ist zum Beispiel beim Funktionsdienst der Fall – können Zeitreihenschwankungen auftreten, die eine Tendenz zur Mehr- bzw. Minderbelastung des Personalkörpers in der Kennziffer nicht mehr deutlich erkennen lassen.

Die Auswirkungen einer geringen Korrelation zeigt sehr deutlich die Belastungsziffer beim klinischen Hauspersonal: Sie ist im Zeitablauf deutlichen Schwankungen unterworfen, die unabhängig von der Patientenzahl durch andere Einflüsse hervorgerufen werden. Hier korreliert die Zahl der Arbeitskräfte auch deutlich schwächer mit den Patientenzahlen, als dies beispielsweise für die Beschäftigten im ärztlichen, im Pfl ege- und im medizinisch-technischen Dienst der Fall ist.

Der gleiche Sachverhalt ergibt sich auch bei der Interpretation der Belastungsziffer, die den Personalstand zur Zahl der Pfl egetage in Beziehung setzt. Sie ist eine Messlatte dafür, wie viele belegte Betten je Pfl egetag im Jahresdurchschnitt auf eine Vollzeitkraft entfallen. Die so errechnete Bezugsgröße ist aufgrund des gegebenen Beziehungsgeflechts eine geeignete Messzahl für die Belastung des Personals im Wirtschafts- und Versorgungsdienst, im technischen Dienst und im Verwaltungsdienst.

Belastung ausgewählter Personalgruppen in
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
1993-2003 nach belegten Betten



Auf jede Vollzeitkraft im Wirtschafts- und Versorgungsdienst kamen im Jahr 2003 jahresdurchschnittlich zehn belegte Betten pro Tag. Für den technischen Dienst und den Verwaltungsdienst ergeben sich Beziehungszahlen von 34,8 bzw. 14,8 Betten je Vollzeitkraft.

Für den Wirtschafts- und Versorgungsdienst wie für den Verwaltungsdienst zeigen sich von 1993 bis 2003 – mit Ausnahme des Reformjahrs 1997, dass auch hier Spuren hinterlässt – ebenfalls kaum Veränderungen. Im Wirtschafts- und Versorgungsdienst ist die Kennziffer – gemessen an den belegten Betten – seit 1997 kontinuierlich gestiegen. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass sukzessive Leistungen wie Küchen- und Wäschereidienste ausgelagert wurden. Ein Ansteigen der Kennziffer lässt somit nicht automatisch auf eine höhere Belastung des verfügbaren Personals schließen. Die Belastungsziffer im Verwaltungsdienst konsolidierte sich demgegenüber nach 1997 auf etwas niedrigerem Niveau.

Die Belastung des Personals im technischen Dienst zeigt hier den am stärksten uneinheitlichen Verlauf. Der Einschnitt im Reformjahr – der zunächst auf eine vergleichsweise hohe Entlastung des Personalkörpers schließen lässt – fällt sehr kräftig aus. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Personalkapazitäten in diesem Bereich, der unter anderem Betriebsingenieure sowie Haustechniker umfasst, weniger stark von der Belegung der Häuser als vielmehr durch deren laufenden Betrieb bestimmt werden. Trifft dies zu, dann ist diese Ziffer keine geeignete Messlatte, um auf eine Mehr- bzw. Minderbelastung in dieser Personalgruppe zu schließen.

sorgungsdienst zeigt sich eine vergleichsweise starke Abhängigkeit von den erbrachten Leistungen, gemessen in Pflergetagen; der Einfluss der Patientenfallzahlen auf diese Personalgruppen ist eher gering.

Im Verwaltungsdienst – für den sich sowohl starke Abhängigkeiten zur Patientenzahl als auch zu den erbrachten Pflergetagen ergeben – wurde im Jahr 2003 ähnlich viel Personal beschäftigt wie zehn Jahre zuvor.

Inwieweit sich die aufgezeigten Entwicklungen in Mehr- oder Minderbelastungen der Beschäftigten niederschlagen, lässt sich statistisch in so genannten Personalbelastungszahlen ausdrücken. Diese globalen Kennziffern sind jedoch nur sehr eingeschränkt geeignet, die reale Belastung des Personals abzubilden. Auf diese Problematik wird in einer gesonderten Darstellung (siehe

Kasten „Im Blick: Belastungskennziffern als Indikatoren für Personal- und Kapazitätsausstattung in den Kliniken“) eingegangen. Die dort dargestellten Entwicklungen beziehen sich – wie die Darstellungen in diesem Beitrag – auf den Zehnjahreszeitraum 1993 bis 2003. Sie schließen damit das Jahr 1997 ein, das als ein Schicksalsjahr in die Annalen der Branche eingehen wird.

Gerd Reh, Diplom-Volkswirt, ist als Referent für die Bildungs-, Gesundheits- und Rechtspflegestatistiken zuständig.