

INTERVIEW MIT DR. PH KARL BLUM ZU PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN

# „Verbindliche Schlüssel stoßen an Grenzen“

Ab Januar 2019 sollen verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in besonders sensiblen Krankenhausbereichen eingeführt werden. Noch ist das gesamte Procedere im Fluss, doch aufstellen muss sich die Branche jetzt.

Dr. PH Karl Blum, Vorstand des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. (DKI), über Anforderungen und Fallen.

Wenn sich am 28. September in Düsseldorf (und am 16. November in Berlin) Führungskräfte und Mitarbeiter von Krankenhäusern sowie von Verbänden und weiteren Institutionen aus dem Krankenhaus- und Gesundheitswesen zu einer Konferenz des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. (DKI) treffen, wird es spannend: „Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus“ lautet das Thema. Dazu werden die Teilnehmer viele Fragen haben. Die Hauptfrage ist bisher jedoch eine andere: Schaffen es die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), sich auf eben diese Untergrößen (und für welche Bereiche) zu einigen? Darum nämlich soll es u.a. bei dieser Konferenz gehen – den Teilnehmern gezielte Auskünfte etwa zu Zahlen, Nachweispflicht, Organisation, Kosten und potenziellen Vergütungsabschlüssen im Falle der Nichteinhaltung zu geben. Der Streit rund um dieses Thema erhitzt schon seit April 2017 die Gemüter (*HCM* berichtete in Ausgabe 7-8/2018 auf Seite 54/55), als das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Einführung dieser Grenzen beschloss. Noch am 24. Juli 2018 teilte die DKG mit: „Der Vorstand der DKG hat in seiner gestrigen außerordentlichen Sitzung den mit dem GKV-Spitzenverband bislang erzielten Verhandlungsstand zur Einführung von Pflegepersonaluntergrößen in pflegesensitiven Bereichen als nicht akzeptabel zurückgewiesen.“ Wesentlicher Kritikpunkt war zu dem Zeitpunkt die vorgesehene Festlegung eines statistischen Grenzwertes

(Perzentilwertes) von 25 Prozent. Heißt: Die Grenze für ausreichende oder nicht ausreichende Personalbesetzung in Tages- und Nachtschichten solle immer und automatisch und ohne jegliche praktische Hinterfragung bei den „letzten“ 25 Prozent der ausgewerteten Kliniken gezogen werden. Die Personalausstattung des letzten Viertels würde danach als nicht ausreichend und damit als patientengefährdend markiert und gegebenenfalls sanktioniert, so die DKG. „Wir können keiner Vereinbarung zustimmen, die ohne ausreichende empirische Grundlage solch weitreichende Festlegungen zur Personalausstattung trifft“, betonte DKG-Präsident Dr. Gerald Gaß in derselben Pressemeldung.

In der Folge regte die DKG an, „für bestimmte Fachabteilungen im bislang vorgesehenen System zum 1. Januar 2019 auf der Grundlage der bisherigen Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband zunächst die Datenerhebungen in allen Kliniken durchzuführen, um dann auf gefestigten empirischen Erkenntnissen die Entscheidung über die Einführung im Jahr 2020 auf der Grundlage einer zehnpromigen Grenzziehung zu treffen.“

Gleichwohl: Veränderungen wird es geben, v.a. muss sich die Branche auf neue Konditionen einstellen. Zu den hochkarätigen Referenten der DKI-Konferenz gehört DKI-Vorstand Dr. PH Karl Blum. *HCM* sprach mit dem Public-Health-Fachmann über das „Minenfeld“ Pflegepersonaluntergrößen.

**HCM:** Herr Dr. Blum, seit spätestens anderthalb Jahren werden Pflegepersonaluntergrößen öffentlich diskutiert und es ist klar, dass sich u.a. die DKG und

der GKV einigen sollen. Warum ist das so kompliziert?

**Blum:** Dafür gibt es eine Reihe von Gründen. Es fehlt eine hinreichende Datengrundlage für die Festlegung von Personaluntergrößen. Auch das KPMG-Gutachten, das im Auftrag von GKV-Spitzenverband und DKG die Personalbesetzungen in sechs pflegesensitiven Bereichen ermitteln sollte, ist dem Vernehmen nach aus statistischen und methodischen Gründen kaum belastbar. Des Weiteren ist zu klären, inwieweit die Untergrößen eher nach statistischen Kriterien festgelegt werden sollen, also im Sinne eines bestimmten Perzentilwertes einer empirischen Verteilung, oder gemäß inhaltlicher Kriterien nach Maßgabe definierter Standards guter Pflege. Schließlich ist unter den Selbstverwaltungspartnern strittig, ob die Personaluntergrößen tagesbezogen – also im Prinzip für jede Schicht oder bei minimalen Abweichungen davon – oder im Durchschnitt eines bestimmten Zeitraums, etwa ein Quartal oder ein Jahr, erreicht werden sollen.

**HCM:** Und wie kompliziert sind die nahenden Vorgaben für die Häuser?

**Blum:** Nach jetzigem Stand sollen unterschiedliche Personaluntergrößen für verschiedene Fachabteilungen und dort differenziert nach Tag- und Nachtschicht gelten. Die Krankenhäuser sind daher gezwungen, den Personaleinsatz und die Belegung so zu steuern, dass die Untergrößen prinzipiell jederzeit eingehalten werden können. Wenn Mitarbeiter, etwa krankheitsbedingt, kurzfristig ausfallen oder mehr Notfälle eintreffen als üblich, können die Untergrößen ggf. nicht mehr



## PORTRÄT

### Dr. PH Karl Blum



- Karl Blum studierte Politikwissenschaften an der LMU München und Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Universität Bielefeld. Er promovierte in Bielefeld im Bereich Public Health.
- Seit 1994 ist er im Geschäftsbereich Forschung beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI) in Düsseldorf tätig, zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter, seit 2003 als Leiter dieses Geschäftsbereichs. Im Juli 2017 wurde er – neben Gabriele Gumbrich – in den DKI-Vorstand berufen.
- Umfassende Expertisen in der Durchführung empirischer Forschungsprojekte, vielfach als Projektleiter zeichnen Dr. PH Blums Werdegang aus. Zu seinen fachlichen Schwerpunkten zählen u.a. Krankenhausökonomie und -politik, Qualitäts- und Personalmanagement, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung.
- **Kontakt:** karl.blum@dki.de

erreicht werden. Die Häuser stehen dann vor dem Dilemma, die Untergrenzen anderweitig zu erreichen, z.B. über Springerpools, Abrufe aus dem Frei oder Terminverschiebungen bei den elektiven Fällen (Wartelisten) oder ein Unterschreiten der Personaluntergrenzen billigend in Kauf zu nehmen. Die entsprechende Personal- und Belegungssteuerung muss zudem tagesbezogen für alle Fachabteilungen erfolgen, sozusagen in Echtzeit, um kurzfristig reagieren zu können. Dies ist mit einem erheblichen administrativen und Kontrollaufwand verbunden. Ironischerweise steht das dafür erforderliche Personal nicht mehr für die Pflege am Patienten zur Verfügung.

**HCM: Die DBfK-Referentin Johanna Knüppel befürchtete im HCM-Interview der Ausgabe 7-8/2018, dass aufgrund der Untergrenzen „die Pflegepersonalbesetzung noch schlechter würde als sie heute ist“. Könnte es so kommen?**

**Blum:** So pauschal formuliert stimmt das sicherlich nicht. Nehmen wir das Beispiel Intensivpflege. Die Personaluntergrenzen, die auf Basis des KPMG-Gutachtens statistisch abgeleitet werden sollen, entsprechen in etwa den Personalschlüsseln für eine quantitativ gute Pflege von Fachgesellschaften wie der DIVI, teilweise sind sie sogar besser. Dies belegt zum einen, dass in bestimmten Fachbereichen die Personalbesetzungen schon heute im Mittel gut sind. Zum anderen veranschaulicht dies plastisch die Limitationen einer rein statistischen Ableitung von Personal-

untergrenzen, wenn sie besser ausfallen als die Normwerte von Fachgesellschaften. Untergrenzen sind schon terminologisch Mindestbesetzungen, die im Sinne einer noch ausreichenden Versorgung nicht unterschritten werden sollten. Sie sind aber keine optimalen Personalschlüssel im Sinne einer wie auch immer definierten bedarfsgerechten Pflege. Jedoch gibt es hier grundlegende Auffassungsunterschiede zum Status von Personaluntergrenzen.

Die Aussage von Frau Knüppel reflektiert die Befürchtung, dass Untergrenzen zu Normwerten für eine durchschnittliche Personalbesetzung im Pflegedienst mutieren könnten. Eine solche Entwicklung wäre fraglos nicht akzeptabel. Vor diesem Hintergrund aber deutlich höhere Personalschlüssel als Untergrenzen zu fordern, verkennt den Sinn dieses Instruments.

**HCM: Ist es eigentlich realistisch, in Zeiten eines anhaltenden Fachkräftemangels über verbindliche Zahlen bestimmen zu wollen?**

**Blum:** Laut jüngsten Untersuchungen des DKI haben aktuell 51 Prozent der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf den Normalstationen, in der Intensivpflege sind es 53 Prozent und in der OP-Pflege 44 Prozent. Verbindliche Personalschlüssel oder Untergrenzen stoßen somit an Grenzen, wenn das geforderte Personal nicht verfügbar ist. Unstrittig sollte die Personalausstattung in der Pflege deutlich ver-

bessert werden. Dies setzt aber eine ausreichende Anzahl an Pflegekräften voraus. Zu diesem Zweck sind v.a. die Ausbildungskapazitäten deutlich zu erhöhen. Daneben ist zu überlegen, wie man die relativ hohe Teilzeitquote in der Pflege reduzieren und die „stille Reserve“ der nicht mehr in der Pflege tätigen Fachkräfte heben kann. Auch verbesserte Arbeitsbedingungen, etwa durch betriebliches Gesundheitsmanagement und familien- oder altersgerechte Arbeitsmodelle, erhöhen die Attraktivität des Pflegeberufes. Die erfolgreiche Umsetzung entsprechender Maßnahmen schafft erst die Voraussetzungen für die Einhaltung von Personaluntergrenzen oder anderweitigen Personalschlüsseln. Nicht zu vergessen, es müssen eine verbesserte Personalausstattung in der Pflege, ein Ausbau der Ausbildungsplätze, Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements etc. refinanziert werden.

**HCM: Das BMG behielt sich im April 2017 vor, Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar 2019 im Zweifelsfall per Rechtsverordnung festzulegen. Ist damit seitens Jens Spahn zu rechnen?**

**Blum:** Stand heute für ausgewählte pflegesensitive Fachbereiche: ja. Darüber hinaus ist gemäß des Entwurfs des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes von August 2018 geplant, ab dem Jahr 2020 sogenannte Ganzhaus-Pflegepersonalquotienten für die Krankenhäuser einzuführen.

Die Fragen stellte Carolina Heske.