

Personaluntergrenzen Pflege im Fokus

Es steht nicht alles zum Besten in der Pflege – weder in der Altenpflege noch in der Krankenhauspflege. Offenbar haben einige Krankenhausträger die Zahl der Pflegekräfte so weit heruntergefahren, dass patientengefährdende Situationen bedenklich zugenommen haben. Die Gesundheitspolitik hat nunmehr Maßnahmen beschlossen, damit die Pflege wieder in den Fokus des Krankenhausmanagements rückt.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber



Als erste Konsequenz hat die Große Koalition im Sommer 2017 die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt, verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung ab 1. Januar 2019 zu vereinbaren. Konkret wurde im Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten ein § 137i im SGB V verankert, der der Selbstverwaltung einen ambitionierten Verein-

barungsfahrplan vorschreibt – mit insgesamt sechs Einzelregelungen (Tabelle), die von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) zu schließen sind. Bei der Festsetzung der Grenzen sind zahlreiche Organisationen (Deutscher Gewerkschaftsbund, Verdi, Arbeitgeber, Pflegerat, Patientenvertreter, medizinische Fachgesellschaften, Verbraucherzentrale) zu beteiligen.

GKV-Spitzenverband und DKG haben seit Inkrafttreten einen eng getakteten Verhandlungsmarathon begonnen, der erwartungsgemäß nicht konfliktfrei ist. Der bisherige Diskussionsverlauf ist dem Zwischenbericht von Ende Januar 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu entnehmen (abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de).

Pflegepersonaluntergrenzen: Aufgaben und Fristen

Aufgabe	Frist	Konfliktlösung
Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen	30.06.2018	Ersatzvornahme durch das BMG
Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle
Vergütungsabschlüsse bei Nichteinhaltung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle
Mehrkostenvereinbarung	-	Schiedsstelle auf Antrag
Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG	31.07.2018	-
Vereinbarung zur Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag	31.10.2018	-

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung, 2018

Tab.

Nationale Datensammlung wider die empirische Wüste

Abgesehen von den grundsätzlichen Meinungsverschiedenheiten über den Detaillierungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen ist das Hauptproblem der Mangel an Daten. Pflege ist eine empirische Wüste. Wir wissen quasi nichts über den Pflegebedarf auf den einzelnen Stationen, wir wissen nichts über die Pflegepersonalbesetzung, und wir wissen nicht, wo die Fehler passieren. Eine der Herausforderungen ist es deshalb, eine Art nationale Datensammlung aufzubauen – ähnlich den Kalkulationsdaten des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) und den Qualitätsdaten des Qualitätssicherungsinstituts (IQTIG). Eine Ausschreibung für eine solche Datensammlung ist Anfang Februar 2018 erfolgt.

Schon in der Vorbereitung der Gesetzgebung war der Datenmangel eines der großen Themen in der Pflege-Expertenkommission. Schließlich erteilte das BMG dem Hamburger Institut hche (Prof. Dr. Jonas Schreyögg) den Auftrag, auf Basis bestehender Daten besonders problematische Bereiche zu identifizieren. Das hche tat genau das Richtige: Es setzte international übliche Pflegequalitätsindikatoren ins Verhältnis zum Personaleinsatz. Jene Abteilungen, für die ein statistischer Zusammenhang zwischen Pflegekraftausstattung und Pflegequalität nachweisbar war, wurden als „pflegesensitiv“ bezeichnet. Das Gesetz verlangte – quasi auf diesen Vorarbeiten aufbauend – die Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen für solche „pflegesensitiven“ Bereiche.

So richtig das Vorgehen auch war, so wenig überzeugend ist allerdings das Ergebnis. Die Datenbasis war letztlich

nicht brauchbar. Die Qualitätsindikatoren sind stark durch die jeweiligen Kodieranreize im DRG-System überlagert. So haben einige Krankenhausmanager offenbar die Anweisung gegeben, Harnwegsinfektionen nicht zu kodieren, weil diese keine zusätzliche DRG-Vergütung bringen. Fatal für eine seriöse statistische Analyse. Bei der Zahl der Pflegekräfte war das Hamburger Institut auf die Angaben in den Qualitätsberichten angewiesen, von denen bekannt ist, dass sie erstens nur Jahresdurchschnitte angeben und dass sie zweitens durchaus als geschönt oder zumindest frei gestaltet gelten können. Zum Beispiel hat der Helios-Konzern einfach für alle Abteilungen die gleiche Personalstärke angegeben, sodass diese Daten nicht berücksichtigt werden konnten.

Patientenschutz in jeder Schicht

Der Ansatz, mit Jahresdurchschnittswerten zu arbeiten, ist sowieso nicht geeignet, um das zu erreichen, was der Gesetzgeber will: Patientensicherheit. Patientensicherheit kann man nur erreichen, wenn man „schichtgenau“ hin-

schaut. Dem Patienten, der ein Wochenende ohne ausreichendes Pflegepersonal im Krankenhaus verbringt, ist wenig mit dem Hinweis geholfen, Montag hätte man dafür doppelte Personalstärke. Die DKG hat sich bislang noch nicht mit der Vorstellung arrangiert, dass Untergrenzen für jede Schicht einzuhalten sind. Immer wieder unternimmt sie in den Verhandlungen den Versuch, Durchschnittswerte zu vereinbaren. Natürlich kann es der Fall sein, dass in einer Schicht nicht ausreichend Pflegepersonal vor Ort ist, aber die Zahl solcher Vorfälle, in denen „die Latte gerissen“ wird, darf nicht zu hoch sein.

Unterschiedlichen Pflegebedarf berücksichtigen

In den vorbereitenden Diskussionen der Pflege-Expertenkommission nahm der erhöhte Pflegebedarf bestimmter Patientengruppen erheblichen Raum ein. Eine Folge dieser Diskussion war die Einführung von Zusatzentgelten für Patienten, die in der Pflegeversicherung mit einem Pflegegrad zwischen 3 und 5 eingestuft sind. Es wäre grotesk, wenn bei der Festlegung von



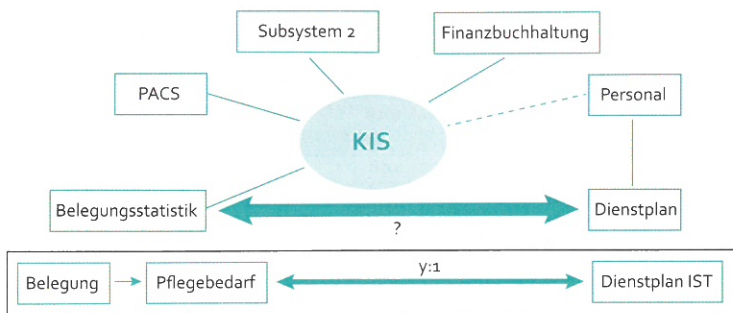
„Personalvorgaben und -untergrenzen – Gebot der Menschenwürde oder gewollte Strukturpolitik?“ lautet das Thema eines Workshops auf dem 17. Nationalen DRG-Forum am 15. und 16. März 2018 in Berlin.

Unter Moderation von Andrea Lemke, Deutscher Pflegerat, diskutieren

- Dr. Patrick Jahn, Mitglied der Expertenkommission Pflege
- Dr. Bernd Metzinger, DKG (angefragt)
- Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband
- Anke Wittrich, BV Geriatrie

Sichern Sie sich jetzt Ihren Platz: www.drg-forum.de

Dienstpläne und Belegungsstatistik



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung, 2018

Abb.

Pflegepersonaluntergrenzen der unterschiedliche Pflegebedarf nicht berücksichtigt würde. Es muss deshalb der systematisch höhere Bedarf der schwer pflegebedürftigen, demenzen oder frisch operierten Patienten Teil der Berechnungsmethodik sein. Auch das muss in jeder Schicht geschehen. Der organisatorische Aufwand darf dabei kein Hinderungsgrund sein. Schließlich wird eine Operation auch nur dann durchgeführt, wenn ein Anästhesist zur Stelle ist. Genauso wenig dürfen Operationen durchgeführt werden, wenn nicht genügend Pflegepersonal auf der Aufwachstation zur Verfügung steht.

Die tägliche Einstufung aller Patienten nach Schweregraden, wie dies in der Pflege-Personalregelung (PPR) oder in der Leistungserfassung in der Pflege (LEP) geschieht, wäre mit erheblichem zusätzlichen Aufwand verbunden. Die Selbstverwaltungspartner lassen deshalb vom InEK die „Pflege-last“ (gleichbedeutend mit dem relativen Pflegebedarf) aus den Kalkulationsdaten ermitteln. Es wird also in Abhängigkeit von den DRG, den Zusatzentgelten und weiteren Merkmalen eine Art tägliches Pflegebedarfsäquivalent berechnet. Dementsprechend würde dann die Pflegepersonaluntergrenze als ein Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegeäquivalenzen definiert.

Dienst- und Belegungspläne zusammenführen

Das Lamento vieler Krankenhausmanager, demzufolge die systematische

schichtgenaue Gegenüberstellung von Pflegekräften und Pflegebedarf einen nicht zu rechtfertigenden Aufwand bedeutete, hat etwas Erschreckendes. Ein Patient muss doch davon ausgehen können, dass genau dies der Kern des Pflegemanagements ist. In der Diskussion mit Krankenhaus- und Pflegedienstleitern stellt sich allerdings heraus, dass diese Gegenüberstellung in deutschen Krankenhäusern nicht überall routinemäßig erfolgt. Offenbar ist das Pflegemanagement vielerorts ein blinder Fleck.

Ursächlich ist ein Digitalisierungsdefizit. Es gibt zwar eine relativ zuverlässige Belegungsstatistik, die zeigt, wann welcher Patient auf welcher Station gewesen ist. Es gibt auch fast überall stationsgenau einen Personaleinsatzplan, aber beide Softwarekomponenten werden nicht systematisch zusammengespielt (Abbildung).

Wohlgemerkt: Es geht bei der schichtgenauen Abbildung nicht um einen zusätzlichen Erfassungsaufwand, es geht darum, Daten aussagekräftig zusammenspielen, die längst überall zusammengespielt sein sollten. Es gilt: Ein Krankenhausleiter, der nicht monatlich Pflegekräfteeinsatz und Pflegebedarf je Station und Schicht einem Ergebniscontrolling unterzieht, hat seinen Laden nicht im Griff. Es dürfte einer der wesentlichen Effekte von Pflegepersonaluntergrenzen sein, dass der bislang oft fehlende Fokus auf die Pflegeausstattung in deutschen Krankenhäusern alsbald der Vergangenheit angehört. Pflegemanagement muss genauso pro-

fessionell gehandhabt werden wie das Erlösmanagement seit der DRG-Einführung.

Gemischt belegte Stationen und andere Probleme

Um Pflegepersonaluntergrenzen mit Verstand festzulegen, sind einige weitere „technische“ Probleme zu lösen. Die Auswertungen des hche haben den Blick auf Abteilungen gelenkt, aber die konkrete Personaleinsatzplanung im Krankenhaus erfolgt in der Regel nach Stationen – ergänzt um Poolösungen und nicht stationsgebundene Dienstleistungen. Inzwischen gibt es auch zahlreiche gemischt belegte Stationen, also mit Patienten aus unterschiedlichen Fachabteilungen. Somit machen Pflegepersonaluntergrenzen für Abteilungen wenig Sinn. In solchen Fällen müssen Grenzen abteilungsübergreifend für Stationen definiert werden, die allerdings in jedem Krankenhaus anders festgelegt sein können. Der Ansatz, letztlich für alle Patienten Pflegebedarfsäquivalente zu definieren, dürfte die Lösung sein.

Erst in Ansätzen diskutiert ist auch die Frage der Pflegekraftqualifikation. Sollen die Pflegequoten für examinierte Pflegekräfte definiert werden oder für alle Pflegekräfte? Möglicherweise wird ein Qualifikationsmix vorgegeben sein, in dem examiniertes zu nicht examiniertem Pflegepersonal zu quotieren ist.

Nicht trivial ist auch die gesetzliche Vorgabe, Personalverschiebungen zu verhindern. Dies erfordert, dass auch die Personalausstattung jenseits der pflegesensitiven Bereiche, also letztlich das ganze Haus, ins Blickfeld genommen wird. Derzeit wird unter den Selbstverwaltungspartnern diskutiert, ob ein solcher Ganzhausansatz sogar als Interimslösung greifen könnte – dann nämlich, wenn es in der Kürze der Zeit nicht gelingen sollte, repräsentative stationsbezogene Daten zu erheben. Denkbar ist, die Zahl der Pflegevollkräfte dem Pflege-Case-Mix des Hauses gegenüberzustellen. Das garantiert nicht die „Pflegequalität Samstagnacht“, aber es wäre ein erster Schritt, für einen Aufbau der Pflege-

kapazität in jenen Häusern zu sorgen, die patientengefährdend Personal abgebaut haben.

Pflegepersonaluntergrenzen per Perzentilansatz festlegen

In Ermangelung überzeugender normativer Ansätze zur Bestimmung der Grenzen haben sich die Selbstverwaltungspartner auf einen Perzentilansatz geeinigt. Es wird eine Grenze gezogen (beispielsweise 20 Prozent), und alle Häuser unterhalb dieser Grenze sind aufgefordert, zusätzliches Personal einzustellen oder ihre Belegung entsprechend anzupassen. Über die Frage, in welcher Höhe eine solche Perzentilgrenze festgesetzt werden soll, ist noch keine Diskussion erfolgt. Klar ist aber, dass es eine ordentliche Datenbasis braucht, um das Perzentil festlegen zu können.

Dies alles deutet darauf hin, dass Pflegequalität eine neue, dritte Dimension der Krankenhausregulierung darstellt. Die wesentliche erste Dimension war die leistungsbezogene Vergütung mit DRG-Fallpauschalen. Das InEK entwickelt diese im Auftrag der Selbstverwaltungspartner jährlich fort. Es wurde jedoch schnell deutlich, dass ergänzend eine zweite Dimension, die Behandlungsqualität, hinzutreten musste – ein eigener Regulierungskreis beim IQTIG und beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Als dritte eigenständige Dimension tritt nun die Pflegequalität hinzu. Sie wird wahrscheinlich einen eigenständigen Datenfluss nach sich ziehen. Ob dies die Einrichtung eines dritten Instituts erfordert oder beim InEK anzusiedeln ist, bleibt zu entscheiden.

Es deutet sich an, dass die gesetzliche Vorgabe, für pflegesensitive Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen zu definieren, erweitert wird. Im Koalitionsvertrag haben die Partner der Großen Koalition Folgendes vereinbart: „Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.“

Das bedeutet, dass Pflegequalität und Pflegepersonaluntergrenzen keine „Übergangerscheinung“ sein werden. Vielmehr befinden wir uns am Anfang eines längeren Prozesses. Die Textpassage im Koalitionsvertrag, derzufolge die Pflege aus den DRG herausgerechnet werden soll, zeigt ebenfalls, dass die Pflege zu einem zentralen Gegenstand der Gesetzgebung in der kommenden Legislaturperiode werden dürfte. Dass dabei mal nebenbei das DRG-System aus den Angeln gehoben wird, lässt nicht vermuten, dass es sich um einen besonders rationalen Prozess handeln wird.

Krankenhauslandschaft neu ordnen

Bleibe noch über den Standardeinwand gegen Pflegepersonaluntergrenzen zu reden, die Behauptung nämlich, dass sowieso keine Pflegekräfte verfügbar sind. Nun, dann ist über Anpassung der Belegung zu reden, und es ist vor allem der Abbau von Überkapazitäten erneut in die Diskussion zu bringen – ein Thema, das möglicherweise erst nach der Landtagswahl in Bayern seinen adäquaten Platz in der Gesundheitspolitik bekommt. Schließungen von Krankenhäusern mit zweifelhafter Existenzberechtigung sorgen dafür, dass wieder genügend Pflegekräfte „am Markt“ verfügbar sind. Schnell zeigt sich: Die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen birgt eine ganze Menge Sprengstoff. Für die Krankenhausleitung gilt auf alle Fälle: Pflege muss – anders als bisher – im Fokus des Krankenhausmanagements stehen.

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Leiter der Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
E-Mail: wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de

Bibliomed CAMPUS

Probe gefällig?
Hygiene-E-Learning
von Bibliomed Campus -
jetzt **kostenlos testen.**



NEU:
Schnittstellenfrei
und trotzdem
rechtssicher

**Jetzt Testzugang
anfordern.**

Ansprechpartner: Michael Krämer
michael.kraemer@bibliomed.de
Tel.: 05661/7344-31

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
Stadtwaldpark 10 | 34212 Melsungen
www.bibliomed-campus.de