



**DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum**

## Vor neuen Personalanhaltszahlen

Der Monat Februar wird für die Pflege noch einmal interessant. Für Mitte des Monats hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Expertenkommission eingeladen, die durch die Krankenhausreform ins Leben gerufen wurde. Ihre Aufgabe ist es, die sachgerechte Abbildung der Pflege von an Demenz erkrankten und behinderten Patienten im DRG-System sicherzustellen. Darüber hinaus soll vorgeschlagen werden, wie die Überführung der 330 Mio. € aus dem Pflegeförderprogramm ab 2019 erfolgen soll, damit die zweckgebundene Verwendung zur Finanzierung von Pflegepersonal dauerhaft gewährleistet ist. Über diese bereits im Gesetz beschriebenen Aufträge hat sich die aus Vertretern des Bundes, der Länder, der Selbstverwaltung und Experten aus Wissenschaft und Pflege zusammensetzende Kommission den Auftrag gegeben, über Personalanhaltszahlen in der Pflege nachzudenken.

Bereits zu Ende gedacht hat das Saarland. Das Land will Vorgaben für eine Mindestausstattung von Pflegekräften und Ärzten in sensitiven und normalen Bereichen der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung aufnehmen. Schon 2016 hatte die Charité einen Tarifvertrag mit Verdi geschlossen, der Mindestbesetzungen auf Intensivstationen für die Pflege vorsieht. Aber auch der G-BA ist in diesem Bereich dauernd aktiv. In der Januarsitzung wurden Pflegeanhaltszahlen für Knochenmarktransplantationen verabschiedet. In der Dezembersitzung wurden die Anhaltszahlen für die neonatologischen Intensivstationen überarbeitet. Es gibt weitere Strukturqualitätsvorgaben mit solchen Personalanhaltszahlen – und es wird auch in Zukunft weitere geben.

Ginge es nach den Gewerkschaften, müsste es für die gesamte Pflege in den Krankenhäusern Personalvorhaltungsvorgaben geben – Personalanhaltszahlen immer und überall. Auch das hatten wir schon. Die PPR mit aufwandsbezogenen Minutenwerten wurde in den 90er-Jahren als verpflichtende Personalvorhaltungsregelung eingeführt, wegen der nicht beherrschbaren Folgen aber gleich wieder abgeschafft.

Eigentlich müsste man doch annehmen, die Krankenhäuser wüssten selbst am besten, wie sie die Pflege sicherstellen können. Das tun sie auch. Die Fakten sprechen für sich. Die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern steigt seit Jahren. Laut

Bundesstatistik sinkt die Belastung der Pflegekräfte pro Patientenpflegetag ebenfalls seit Jahren. Tatsache ist aber auch, 6 000 bis 10 000 Stellen können derzeit aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit am Arbeitsmarkt nicht besetzt werden und führen zu erhöhten Belastungen, wo sie fehlen. Ansonsten ist der auf allen Krankenhäusern liegende Druck zum wirtschaftlichen Personaleinsatz gesetzlich vorgegeben.

Vieles spricht gegen generelle Personalbesetzungsvorgaben. Der Pflegepersonalbedarf ist nicht normierbar. Er hängt von baulichen Strukturen, der technischen Ausstattung und natürlich von Erkrankung und Alter der Patienten ab. Starre Vorgaben stehen einem flexiblen Personaleinsatz entgegen und behindern eine effizientere Arbeitsorganisation und Aufgabenverteilung. Mit dem DRG-Vergütungssystem sind sie ohnehin nicht zu vereinbaren. Denn das kann es nicht geben: Personalvorgaben, die die Häuser zu beachten haben auf der einen und DRG-Kalkulations- und Preisbildungsrestriktionen, die die tatsächlichen Personalkosten nicht gesichert decken, auf der anderen Seite. Erst unterfinanzieren und dann mit Sollvorgaben intervenieren, kann nicht der richtige Weg sein.

Natürlich verweigert sich kein Krankenhausträger, wenn die Politik Belastungsdruck abbauen will und die Personalausstattung weiter verbessern möchte. Wenn daraus eine gesetzliche Vorgabe zur Identifizierung pflegesensitiver Bereiche werden sollte, wird an der Entwicklung von Konzepten konstruktiv mitzuwirken sein. Solche bereichsspezifischen Anhaltszahlen müssen aber als Richtwerte mit Flexibilitätskorridoren für unterschiedliche medizinische Konzepte und unvermeidbare Personalschwankungen ausgestaltet sein. Probleme der arbeitsmarktbedingten Verfügbarkeit dürfen nicht Budgetkürzungen zur Folge haben und objektive Besetzungsunmöglichkeiten dürfen nicht zum Ausschluss aus der Versorgung führen. Konsistent ist das Ganze aber nur, wenn der Personalbestand und der Mehrbedarf gesichert ausfinanziert werden. Alles andere wäre politische Alibiveranstaltung.