

## Risikoreduktion durch Personaluntergrenzen anstatt durch Ausstattungsuntergrenzen?

Martin L. Hansis

„Anzahl, Ausbildungsstand und Motivation des ärztlichen und pflegerischen Krankenhauspersonals gelten gemeinhin als Schlüsselemente der ... Qualität in der stationären Versorgung<sup>1</sup>“; das ist das Credo, dem das klinische Qualitätsmanagement seit Jahrzehnten folgt. Auf dieser Überzeugung fußt auch das im Juli 2017 beschlossene Gesetz (§ 137 i, SGB V), nach der ab Beginn des Jahres 2019 verbindliche Untergrenzen für die Ausstattung mit Pflegekräften in „pflegesensitiven Bereichen“ von Krankenhäusern gelten sollen. Über deren Definition, die Untergrenzen der Personalausstattung, die Gegenfinanzierung und etwaige Sanktionsmechanismen müssen sich die Vertragspartner (Spitzenverband Bund der GKV und Krankenhausgesellschaft) bis spätestens Mitte 2018 einigen. Welch hohe Bedeutung dieser Vorgabe beigemessen wird, ist daran abzulesen, dass nicht nur Ersatzmechanismen für den Fall der Nicht-Einigung (Schiedsstelle, Ersatzvornahme) vorgesehen sind sondern auch eine laufende Beteiligung des BMG am Beratungssachstand.

Die Intention ist evident: Erhöhtem Risiko soll durch eine ausreichende bzw. bessere Personalausstattung begegnet werden und diese soll gegebenenfalls durch zusätzliche Mittel finanziert werden. Wird das funktionieren? Ist „mehr Personal“ immer das prioritäre Mittel, angemessene Risikoprävention zu betreiben? Und weiter: Haben wir den in Krankenhäusern Arbeitenden nicht in den vergangenen Jahrzehnten insofern oft genug Unrecht getan, als wir deren intrinsische Motivation als preisgünstiges Ersatzmittel verwendeten – für den Ausgleich von Überstunden, als Ersatz für anständige Einsatz- und Schichtplanung und als Kompensation für eine unzureichende technische und bauliche Umgebung. Wir meinen, Personaluntergrenzen können nur dann ihre risikomindernde Wirkung voll entfalten, wenn ihnen auch Ausstattungs-Untergrenzen gegenüberstehen. – Einige Hinweise dazu:

- Wenn nach einer wegen zweier Unfallverletzten durchoperierten Nacht am nächsten Morgen die wohlbekannt Sequenz einsetzt: Siebe verbraucht / Re-Sterilisieren nötig / OP-Plan umstellen / alles verschieben / Programm dauert bis weit in den Nachmittag: Dann ist das nicht nur Alltag, es ist vor allem (organisatorisch) viel zu billig, (finanziell) viel zu teuer und verbraucht unnötig viel Mitarbeiter-Kapazität und Mitarbeiter-Goodwill. Es ist jedoch unter den heutigen Finanzierungsbedingungen fast zwangsläufig – weil nämlich zwei weitere „Großfragmentsiebe“ über Invest-Mittel hätten beschafft werden müssen; und diese bilden mit den Personalkosten keine kommunizierenden Röhren.
- Das selbe gilt, wenn aus zu engen Zimmern das dritte Bett nur herausgefahren werden kann, wenn die beiden anderen Betten vorübergehend auf den Flur geschoben werden. Und dies deshalb, weil die Vorgaben für Landesfördermittel zu geringe qm-Richtwerte für Pflegezimmer vorsehen.
- Ein damals sehr bekannter Hygieniker hat im Jahre 1990 geäußert: „Man kann auch in einer Waschküche steril operieren“. – Kann man schon. Die Idee jedoch, solches von einer Mitarbeitergruppe (auch nur virtuell) zu verlangen, kennzeichnet Rücksichtslosigkeit im Verzicht auf ordentliche Umgebungsbedingungen.
- Jenseits einer Auslastung von Normalpflegestationen von 92,5 % steigt (im Sinne eines Kippeffekts) die Mortalität rasch signifikant an <sup>2</sup>. In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass eine Auslastung des Krankenhauses sowie der Notaufnahme von mehr als 95 % zu einer signifikanten Steigerung der Krankenhausmortalität führt <sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Viethen G: Qualität im Krankenhaus. Schattauer Stuttgart 1995

<sup>2</sup> Kuntz, L., R. Mennicken, and S. Scholtes, Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals. *Manage Sci*, 2014. 61(4): p. 754-71.

<sup>3</sup> Sprivilis, P.C., et al., The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*, 2006. 184(5): p. 208-12.

- Wenn in Regelungen des GBA von „Strukturqualität“ die Rede ist, dann in einem weit übergeordneten Sinne – zum Beispiel die Wand an Wand angesiedelten eigenständigen Abteilungen und deren Geräteausstattung<sup>4</sup>. Das Feintuning baulicher Strukturqualität ist nach unserer Kenntnis bisher nicht Gegenstand von GBA-Festlegungen.
- Das Facility management unterscheidet bei Gebäuden zwischen „Instandhaltung“ (Maßnahmen, die erforderlich sind, um den ursprünglichen Zustand und die Funktionsfähigkeit eines Gebäudes aufrechtzuerhalten), „Instandsetzung“ (durch sie wird der ursprüngliche Zustand des Gebäudes wiederhergestellt) und „Verbesserung“ (Maßnahmen zur Wertsteigerung). – Ist es nur Zufall, dass die Bundes-Gesetzgebung zwar für die Instandhaltung die Pflegesätze zuständig sieht [§ 17 (4b) KHG] und für den Neubau die Länder [§ 9 KHG], dass jedoch bundesgesetzlich (zumindest begrifflich) weder für bauliche Instandsetzung noch für bauliche Verbesserung Zuständigkeiten genannt sind?
- Das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg sieht zwar vor, dass bei geförderten Einzelmaßnahmen deren Folgekosten zu berücksichtigen seien [§ 13 (1)] und dass „auf Verlangen die Wirtschaftlichkeit der Investition, die Folgekosten sowie die Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelnen“ darzulegen seien [§ 13 (5)]<sup>5</sup>. Wenn jedoch bei der Konzeption eines Krankenhausbaus mit einem Fördervolumen von über 200 Mio € keine Alternativbetrachtungen erfragt wurden (wie hoch sind die Folgekosten bei unterschiedlichen Varianten der Investition?), dann scheint die gedankliche Verbindung zwischen baulicher Qualität und nachfolgender Funktionalität für die Förderbehörde offenbar doch nicht wirklich ernsthaft eine Rolle zu spielen.

Was bedeutet das? Wir wissen, dass sich angemessene Umgebungsbedingungen im Krankenhaus (gute räumliche und technische Ausstattung) dreifach positiv auswirken: Sie fördern „stabile Prozeduren“ und wirken dadurch für die Patienten risikobegrenzend; sie sparen wertvolle Mitarbeiterzeit und wirken dadurch kostensenkend; und sie vermeiden Frustration und schonen damit unsere wertvollste Ressource – die Mitarbeitermotivation.

Vor allem aber muss die Zusatz-Aufmerksamkeit, die gute Mitarbeiter akut aufbringen können, für echte medizinische Notsituationen reserviert bleiben und darf nicht auf künstlich geschaffene organisatorische Notsituationen verschwendet werden. Mit anderen Worten: Der klinische Alltag ist so komplex und für die Mitarbeiter herausfordernd, dass er nur dann risikoarm bewältigt werden kann, wenn sich die Mitarbeiter nicht auch noch ständig Gedanken um eine dysfunktionale technische und bauliche Umgebung machen müssen.

Dann erst auch werden die vom Gesetzgeber intendierten zusätzlichen Pflegekräfte tatsächlich zusätzliche Qualität und Sicherheit für die Patienten bedeuten.

---

<sup>4</sup> Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene.

<sup>5</sup> <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/;jsessionid=4AB0F3568FD430EA4C374B6212505D99.jp91?quelle=jlink&query=KHG+BW&psml=b sbawueprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-KHGBW2008V2P10>