



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von
Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung [PpUGV])

Berlin, 30.09.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Grundlegende Bewertung des Referentenentwurfs.....	3
Stellungnahme im Einzelnen	4
1. Beschränkung der Verordnung auf pflegesensitive Bereiche (§ 1 Anwendungsbereich)	4
2. Beschränkung der Verordnung auf Pflegepersonal (§ 1 Anwendungsbereich).....	5
3. Personalbemessung (§ 4 Ermittlung des Pflegeaufwands).....	5
4. Pflegepersonaluntergrenzen (§ 6 Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen)	6
5. Anteil von Pflegehilfskräften (§ 6 Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen)	7
6. Maßnahmen gegen Personalverlagerungen (§ 9 Personalverlagerungen)	7

Grundlegende Bewertung des Referentenentwurfs

Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich, dass das BMG die hohe Relevanz und Gefahr einer unzureichenden Personalausstattung sowohl auf die Patientenversorgung und Patientensicherheit als auch auf die Gesundheit des Personals erkannt hat und eine Lösung anstrebt.

Aus Sicht der Bundesärztekammer kann eine gesetzliche Vorgabe von Personaluntergrenzen oder Mindestpersonalvorgaben jedoch nur eine Zwischenlösung sein. Die Erfahrungen mit der Einführung der PpUGV haben gezeigt, dass Untergrenzen in Zeiten der Kommerzialisierung und des Wettbewerbs sogar zu einem Stellenabbau führen, weil die Untergrenzen zum neuen Standard der Regelpersonalausstattung werden. Eine reguläre Besetzung am Rande einer Untergrenze bzw. mit einer Mindestausstattung bedeutet jedoch, dass für Aufgaben, die über die direkte, zwingend notwendige Patientenversorgung hinausgehen, nicht ausreichend Personal für eine medizinisch notwendige und würdige Versorgung zur Verfügung steht. Für die Patienten heißt dies, dass es in den Abläufen zu unvermeidbaren Wartezeiten (z. B. für Toilettengänge) kommt und zudem der für die Gesundung wichtige zwischenmenschliche Teil der Versorgung (ruhige und bedachte Ausführung von Tätigkeiten, Gespräche mit Patienten und Angehörigen, Zeit für Sorgen und Nöte, Patientenbeobachtung) vernachlässigt werden muss. Die Pflegekräfte werden dadurch gezwungen, Aufgaben zu priorisieren, auch wenn die Aufgaben gleich wichtig sind. Pflege darf keine Fließbandarbeit sein, sondern muss auf individuelle und komplexe Bedarfe schwerkranker Menschen eingehen können. Für das Personal kommt es durch die hohe körperliche Beanspruchung und durch ein Arbeiten, das objektiven und eigenen Qualitätsansprüchen nicht genügen kann, häufig zu gesundheitsschädlichen Arbeitsbelastungen bis hin zur Aufgabe des Berufes. Zudem müssen Tätigkeiten der indirekten Patientenversorgung (z. B. Ausbildung, Fortbildung, Team- und Mitarbeiterentwicklung) vernachlässigt werden. Vor allen Dingen im Hinblick auf die Einhaltung von Hygienestandards und die Vermeidung nosokomialer Infektionen ist eine ausreichende Personalausstattung unabdingbar. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass unter allen untersuchten Faktoren eine hohe Arbeitsdichte das größte Risiko für nosokomiale Infektionen darstellt und deren Inzidenz massiv erhöht. Ein Arbeiten an der Untergrenze bedingt auch, dass ein Unterschreiten dieser Grenze, beispielsweise bei akutem Ausfall einer Pflegekraft, zur sofortigen Notwendigkeit von Neuplanung führt und Pflegekräfte ungeplant Schichten übernehmen müssen, um den Ausfall zu kompensieren. Dies führt dazu, dass die Arbeitszeiten der Pflege nicht zuverlässig planbar sind. Die damit verbundene Unvereinbarkeit der beruflichen Tätigkeit mit dem Familien- und Privatleben ist mit einer hohen Demotivation der Pflegekräfte verbunden. Eine knappe Personalausstattung am Rande der Personaluntergrenzen führt zudem zu einem hohen Risiko, dass ohnehin knappe Versorgungskapazitäten für die Bevölkerung nicht zur Verfügung stehen, da bereits beim Ausfall einzelner Pflegekräfte Betten gesperrt werden müssen.

In dem Referentenentwurf sind Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungen vorgesehen. Da jedoch in Krankenhäusern keine Soll-Qualität vorgegeben ist, dürfte es in den Budgetverhandlungen schwierig sein, sich zu einigen, ob ein Personalabbau zu einer „Verschlechterung der Versorgungsqualität“ geführt hat. Es wird kaum möglich sein, den Begriff der Versorgungsqualität so zu operationalisieren, dass mithilfe bestimmter Indikatoren eindeutig eine Abnahme nachgewiesen werden kann.

Die Bundesärztekammer fordert aus diesen Gründen sowohl eine verbindliche Festlegung von patienten- und aufgabengerechten Personalvorgaben als auch ihre verbindliche

Festlegung in allen Krankenhausbereichen und für alle Berufsgruppen, die in der unmittelbaren Patientenbetreuung tätig sind.

In den tragenden Gründen wird zwar ausgeführt, das Ziel der Ersatzvornahme sei „ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch die Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung“. Es obliege den Krankenhäusern, „den konkreten Personalbedarf anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls zu ermitteln, etwa unter Berücksichtigung der jeweiligen Organisation, der Arbeitsabläufe, der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen, der baulichen Verhältnisse, der technischen Ausstattung, des jeweiligen Versorgungsbereichs und der Bedürfnisse der spezifischen Patientengruppen.“

Es ist dabei allerdings inkonsequent, den Krankenhäusern zwar nicht zuzutrauen für eine ausreichende Personalausstattung bis zu einem Mindeststandard sorgen zu können, die Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalausstattung dann aber eben diesen Krankenhäusern zu überlassen. Stattdessen wird mit erheblichem Bürokratieaufwand eine nicht an den Bedarf angepasste Personalausstattung vorgeschrieben, so dass zu befürchten ist, dass noch mehr Personal für unnötige Bürokratie aus der Versorgung abgezogen werden muss.

Mit Interesse verfolgt die Bundesärztekammer die gemeinsamen Aktivitäten von DKG, verdi und Deutschem Pflegerat, ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung zu entwickeln. Dieses Vorhaben findet die volle Unterstützung der Bundesärztekammer und wird auch für die übrigen Berufsgruppen der unmittelbaren Patientenversorgung in Krankenhäusern notwendig sein.

Stellungnahme im Einzelnen

1. Beschränkung der Verordnung auf pflegesensitive Bereiche (§ 1 Anwendungsbereich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung regelt die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Genügend und angemessen qualifiziertes Personal ist unabdingbare Voraussetzung für eine Versorgung nach medizinisch-wissenschaftlichen Standards in allen Bereichen im Krankenhaus. Aus diesem Grund ist eine Begrenzung der Personaluntergrenzen auf sogenannte „pflegesensitive“ Bereiche nicht sinnvoll.

Die Beschränkung auf einzelne Krankenhausbereiche birgt nicht nur die Gefahr von Personalverlagerungseffekten (Pflegekräfte werden aus den nicht geregelten Bereichen abgezogen, um eine ausreichende Besetzung der geregelten Bereiche zu gewährleisten), sondern auch die Gefahr von Patientenverschiebungen, zum Beispiel ein Ausbau von Monitorstationen zu Lasten von Intensivstationen (weil für erstere keine Personalvorgaben existieren), mit der Gefahr zu früher Verlegungen von der Intensivstation. Ein Mangel an Intensivbetten führt auch zu einem Verbleib von Intensivpatienten in Notaufnahmen oder Aufwächerräumen, der Mangel an geriatrischen Betten zu einem Verbleib geriatrischer Patienten im Akutbereich. Damit wird vulnerablen Patientengruppen sowohl ein angemessener Pflegeschlüssel als auch der notwendige fachliche Standard vorenthalten.

Diese Patientenverschiebungen stellen damit eine deutliche Gefahr für die Patientensicherheit dar.

2. Beschränkung der Verordnung auf Pflegepersonal (§ 1 Anwendungsbereich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung regelt die Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen ausschließlich für das Pflegepersonal.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die isolierte Festlegung von Personalvorgaben für nur eine der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen ist nicht sinnvoll, vielmehr muss eine aufgaben- und patientengerechte Personalstrukturqualität entwickelt werden, die sich nicht aus den Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen, sondern aus dem Versorgungsbedarf der Patienten inklusive aller zusätzlich notwendigen Aufgabengebiete ergibt.

Auch im ärztlichen Bereich ist eine gute Personalausstattung hochgradig qualitätsrelevant und die derzeitige Arbeitssituation der Beschäftigten besorgniserregend. Personalvorgaben müssen für alle wesentlichen, unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen gelten. Dies betrifft mindestens den pflegerischen und den ärztlichen Dienst sowie Pflegehilfskräfte als eigene Berufsgruppe. Im Tagdienst sollten auch weitere Berufsgruppen, wie z. B. Physio- oder Ergotherapeuten oder auch Psychologen, einbezogen werden, um bewerten zu können, inwieweit notwendige Versorgungsaufgaben abgedeckt sind. Als Beispiele können hier die Mobilisation von Patienten durch Physiotherapeuten oder Pflegepersonal sowie das Wundmanagement durch Pflegekräfte (nach ärztlicher Anordnung) oder durch Ärzte genannt werden.

Insbesondere der pflegerische und der ärztliche Bereich im Krankenhaus sind in hohem Maße voneinander abhängig. Ohne eine ausreichende pflegerische Personalausstattung ist in der Regel keine gute ärztliche Versorgung, und ohne ausreichende ärztliche Personalausstattung in der Regel keine gute pflegerische Versorgung möglich. Die jeweils unterbesetzte Berufsgruppe stellt dabei einen Flaschenhals dar, der die Arbeit der besser besetzten Berufsgruppe behindert. Ärztliche und pflegerische Leistungen sind so in ihrer Abfolge voneinander abhängig. Zur Gewährleistung der in der modernen Medizin unabdingbaren berufsgruppenübergreifenden arbeitsteiligen Kooperation dürfen in der Bemessung von Stellenplänen und Personalbudgets Angehörige der Pflegeberufe einerseits und Ärztinnen und Ärzte andererseits nicht in Konkurrenz gebracht werden. Vielmehr muss das Personalkonzept eines Krankenhauses auf der Kooperation der Berufsgruppen in der Patientenversorgung aufbauen.

3. Personalbemessung (§ 4 Ermittlung des Pflegeaufwands)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt standortbezogen den Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser auf der Grundlage des vom InEK entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands (Pflegebelast-Katalog des InEK).

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Das Konzept der „Pflegebelastung“ basiert auf einem rein monetären Prinzip, bei dem der Anteil der Pflegepersonalkosten an den einzelnen DRG-Fallpauschalen festgelegt wird. Es ist damit für eine Abbildung des individuellen Pflegebedarfs eines Patienten nicht geeignet.

Anzustreben ist eine die Ermittlung des patienten- und aufgabenbezogenen Solls nach medizinisch-pflegerischen Standards. Bei Nicht-Erreichen des Solls muss die Pflegebesetzung angepasst werden.

Mit Interesse verfolgt die Bundesärztekammer daher die gemeinsamen Aktivitäten von DKG, verdi und Deutschem Pflegerat, ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung zu entwickeln. Dieses Vorhaben findet die volle Unterstützung der Bundesärztekammer und wird auch für die übrigen Berufsgruppen der unmittelbaren Patientenversorgung in Krankenhäusern notwendig sein.

4. Pflegepersonaluntergrenzen (§ 6 Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für acht als „pflegesensitiv“ ausgewiesene Krankenhausbereiche werden in dem Verordnungsentwurf konkrete Personaluntergrenzen als Verhältnis Patient:Pflegekraft jeweils für die Tag- und für die Nachtschicht festgelegt. Die Verhältniszahlen basieren auf dem vom Hamburg Center for Health Economics (hche) eingeführten Perzentilen-Ansatz (Schreyögg et al. Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland; hche 2016). Ziel ist es, dass die Krankenhäuser mit einer Personalbesetzung unterhalb der 25. Perzentile ihren Personalbestand bis zur unteren Personalbesetzung der übrigen 75 % der Krankenhäuser aufstocken.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält die Perzentilen-Grenze für gefährlich, da sie suggeriert, dass Kliniken in den oberen Perzentilen eine ausreichende beziehungsweise besonders hohe Personalausstattung hätten. Dies verführt Krankenhäuser mit einer höheren Personalausstattung, insbesondere unter den vorherrschenden Wettbewerbsbedingungen, zu einem Stellenabbau zu Lasten der Patienten.

In dem Verordnungsentwurf wird als Ziel der Regelung ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung angeführt. Gleichwohl setzt das Prinzip der Perzentilen, bei dem die derzeitigen Besetzungssituationen in den Krankenhäusern als Datengrundlage verwendet werden, voraus, dass diese zumindest im Durchschnitt angemessen sind. Diese Aussage ist auch vor dem Hintergrund der verfügbaren internationalen Vergleiche, bei denen die Pflegepersonalbesetzung in Deutschland schlechter ist als in anderen vergleichbaren Ländern, nicht haltbar und mit den geltenden Hygienestandards unvereinbar („Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing“ (RN4CAST); Albrecht M et al. „Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus: Internationale Empirie und Status quo in Deutschland“, Bertelsmann-Stiftung 2017).

Aus Sicht der Bundesärztekammer sind zudem starre Personaluntergrenzen ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Pflegebedarfs der Patienten nicht geeignet, um die

Patientensicherheit und eine angemessene Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund der durch den demografischen Wandel und die Reduktion von Krankenhausbetten bedingten Zunahme von hoch-komplexen und multimorbiden Patienten in den Krankenhäusern.

Der Gesetzgeber sollte sich nicht darauf zurückziehen, dass für eine höhere Personalbemessung nicht ausreichend Personal auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sei. Mehr Pflegepersonal kann letztendlich nur durch die Einstellung von mehr Pflegepersonal rekrutiert werden. Erst mit einer angemessenen Besetzung, die es Pflegekräften ermöglicht, ihrem eigenen Anspruch an die Betreuung von Patienten nachkommen zu können, werden auch wieder Pflegekräfte in ihren Beruf zurückkehren.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Personalvorgaben müssen in Zusammenarbeit mit den relevanten Pflegeverbänden und den relevanten Fachgesellschaften auf ein aufgaben- und patientengerechtes Maß angehoben werden.

Bei der Erarbeitung der Personalvorgaben sowie der Konsequenzen bei der Nicht-Einhaltung soll die Fachkompetenz der Ärzteschaft, der Pflegenden und der weiteren Berufsgruppen mit einbezogen werden.

Sowohl DKG als auch Kostenträger sind durch unmittelbare finanzielle Auswirkungen einer Festlegung von Personaluntergrenzen betroffen. Im Vordergrund müssen aber neben der Anerkennung eines sorgfältigen Umgangs mit begrenzten Ressourcen die Bedürfnisse der Patienten und auch der Gesundheitsschutz des Personals stehen. Deswegen sind Bundesärztekammer und Deutscher Pflegerat in alle Verhandlungsrunden zu Personaluntergrenzen einzubeziehen.

5. Anteil von Pflegehilfskräften (§ 6 Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die acht als „pflegesensitiv“ ausgewiesenen Krankenhausbereiche wird in dem Verordnungsentwurf der konkrete Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte vorgegeben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Grundsätzlich kann es sinnvoll sein, Pflegehilfskräfte in Vorgaben für Personaluntergrenzen einzubeziehen, dann jedoch als eigene Personalgruppe und nach sauberer Abgrenzung der Tätigkeiten, die übernommen werden können. Krankenpflegehilfskräfte leisten einen relevanten Beitrag in der Patientenversorgung. Der Gesetzgeber sollte sich um eine Regelung bemühen, die eine Weiterqualifizierung von Pflegehilfskräften zu examinierten Krankenpflegekräften finanziell unterstützt.

6. Maßnahmen gegen Personalverlagerungen (§ 9 Personalverlagerungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Personalverlagerungen werden für unzulässig erklärt, „wenn sie mit einer Verschlechterung der Versorgungsqualität in den anderen Bereichen des Krankenhauses verbunden sind“ und

Maßnahmen zur Vermeidung eingeführt. Von einer Personalverlagerung wird ausgegangen, wenn die jahresdurchschnittliche Anzahl der Pflege-Vollkräfte oder das Verhältnis von Pflegevollkräften zu Belegungstagen in den übrigen Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung um mehr als 3% reduziert wird. Die Feststellung, ob eine unzulässige Personalverlagerung stattgefunden hat, erfolgt durch das InEK. In diesem Fall sollen in den Pflegebudgetverhandlungen Maßnahmen vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, es sei denn, das Krankenhaus kann nachweisen, dass die Reduzierung nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung in den anderen Bereichen geführt hat.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Da in Krankenhäusern keine Soll-Qualität vorgegeben ist, dürfte es in den Budgetverhandlungen schwierig sein, sich zu einigen, ob ein Personalabbau zu einer „Verschlechterung der Versorgungsqualität“ geführt hat. Es wird kaum möglich sein, den Begriff der Versorgungsqualität so zu operationalisieren, dass mithilfe bestimmter Indikatoren eindeutig eine Abnahme nachgewiesen werden kann.