

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)

Die deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) begrüßt die Initiative der Bundesregierung, die Situation der Pflege in den deutschen Krankenhäusern verbessern zu wollen. Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass eine zu niedrig bemessene Personalausstattung

1. Patienten mit hohem und höchstem Pflegebedarf und -aufwand nicht gerecht wird, was u.a. zu einer erhöhten Rate von unerwünschten Ereignissen und einer Kompromittierung der Patientensicherheit führt und dass darüber hinaus
2. die Berufszufriedenheit der Pflegenden darunter leidet, was zu einer Flucht aus dem Beruf und damit zu einer Verschärfung der ohnehin prekären Personalsituation in der Krankenpflege führt.

Daher wurden bereits in der letzten Legislaturperiode nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 Pflegepersonaluntergrenzen für festzulegende pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu vereinbaren.

Nachdem eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande gekommen ist, soll nunmehr die Ersatzvornahme per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgen. Der dazu vorgelegte Entwurf ist Gegenstand dieser Stellungnahme, der sich entsprechend des Kompetenzspektrums der DIVI im Wesentlichen auf intensivmedizinische Aspekte beschränkt.

Um es vorweg zu nehmen: Die Verordnung hat sehr gute Absichten, die aber nicht zielführend umgesetzt werden. Die Gründe sind weiter unten detailliert aufgeführt.

Zusammengefasst:

1. fehlt es an einer soliden Datengrundlage, an praxisnahen Definitionen der Pflege sensitivität und an Messinstrumenten, mit denen der Pflegeaufwand, bzw. die für pflegeaufwendige Patienten notwendige Personalausstattung ermitteln werden können.

2. Der Quartilansatz wird die Situation nicht verbessern, sondern eher weiter verschlimmern.
3. Das Kernproblem ist jedoch, dass das zur Erfüllung der Vorgaben notwendige Personal aktuell auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar ist. Daher bleibt den Krankenhäusern als Reaktion auf eine Unterschreitung der festgelegten Untergrenzen entweder die Schließung von Betten oder die Verlagerung von Personal. Beides kann nicht Ziel der Verordnung sein.
4. Aus diesen Gründen ist eine Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in dem von der Verordnung vorgesehenen Zeitrahmen nicht zielführend, sondern sollte erst dann erfolgen, wenn die unter 1. genannten offenen Fragen beantwortet sind, und zum anderen Maßnahmen zur Behebung des Pflegepersonalmangels greifen.

Allgemeine Vorbemerkungen

Zunächst ist festzuhalten, dass der Begriff "pflegesensitive Bereiche" vermutlich erst durch die Veröffentlichung des Gutachtens "Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland" von Schreyögg und Milstein (1) in den allgemeinen Sprachgebrauch übergegangen ist. Wie an anderer Stelle erwähnt (2), gibt es bislang keine adäquate Entsprechung für diesen Begriff in der internationalen Forschung.

Ohne zu sehr ins Detail gehen zu wollen, muss der Hinweis gestattet sein, dass es "pflegesensitive Bereiche" auch im Sinne des Gutachtens (1) nicht wirklich gibt, sondern nur Patienten, die aus zahlreichen Gründen einer besonderen Aufmerksamkeit und Unterstützung insbesondere der Pflegenden bedürfen.

Akzeptiert man den Begriff "pflegesensitive Bereiche", so ergibt sich als nächstes Problem, dass in Deutschland keine evaluierten Messinstrumente gibt, um diese Bereiche zu identifizieren.

Aber selbst wenn es diese Instrumente geben würde, können bei der momentanen Datenlage keine tragfähigen Aussagen zur angemessenen Ausstattung dieser Bereiche mit Pflegepersonal gemacht werden, und es gibt auch keine evaluierten Messinstrumente, die es erlauben würden, einen definierten Pflegeaufwand oder -bedarf einer bestimmten Personalausstattung zuzuordnen bzw. nachzuweisen, dass die Zahl der Pflegenden für eine Bewältigung ihrer Aufgabe ausreicht oder nicht.

Schließlich ist unbekannt, wie die Pflegeausstattung in den einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser tatsächlich ist, und wie diese organisiert sind, z.B. ob es fachbereichsbezogen oder -übergreifend Hilfspersonal gibt, dass die Pflegenden von bestimmten Aufgaben entlastet.

Damit entspricht die Verordnung aus ärztlicher Sicht einer Therapie ohne Diagnose, da es keine bekannten bzw. evaluierten diagnostischen Methoden gibt.

Stellungnahme zum Entwurf einer PpUGV

A. Problem und Ziel

Aus den Ausführungen ist ersichtlich, dass die Inhalte der geplanten Verordnung im wesentlichen auf 3 Gutachten fußen:

1. dem bereits erwähnten Gutachten "Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland" von Schreyögg und Milstein (1) vom November 2016
2. dem vom IGES Institut im März 2018 vorgelegte Gutachten "Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung. Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (3) und
3. den empirischen Auswertungen der KPMG AG zur derzeitigen Pflegepersonalausstattung und „Pflegelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, deren Inhalte bislang nicht öffentlich zugänglich sind.

ad 1.) Das unter 1. erwähnte Gutachten schließt die Intensivabteilung(en) mit den auf den Seiten 9 und 10 des Gutachtens aufgeführten Gründen von der Auswertung aus und steht damit als begründende Unterlage für die Verordnungstexte zur Intensivstation nicht zur Verfügung.

ad 2.) Das unter 2. aufgeführte Gutachten hat aus Sicht des Praktikers nachvollziehbare Ergebnisse erbracht. Es stellt sich allerdings aus wissenschaftlicher Sicht die Frage, welche Repräsentativität 71 Interviews mit 29 Pflegefachkräften, 30 Pflegedirektorinnen und -direktoren sowie mit 12 Pflegewissenschaftlerinnen oder -wissenschaftlern haben und ob diese ausreicht, als Grundlage einer Verordnung zu dienen, die für zahlreiche Beteiligte in der stationären Patientenversorgung erhebliche Auswirkungen haben wird.

ad 3.) Zum unter 3. aufgeführten Gutachten heißt es auf Seite 28 des Entwurfs zum PpUGV: "Die Ist-Erhebung der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, ..., hat explizit keine Empfehlungen zu möglichen Pflegepersonaluntergrenzen abgegeben und auch keine Berechnung zu möglichen Personalaufstockungen aufgrund festzulegender Pflegepersonaluntergrenzen durchgeführt." **Damit ist das Gutachten also als reine Ist-Analyse ausgelegt.**

Im KPMG Gutachten wurden 177 pflegesensitive Bereiche aus 139 Krankenhäusern in die Berechnung einbezogen. Die Repräsentativität gegenüber der Grundgesamtheit ist nach Darstellung der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft gegenüber der Grundgesamtheit für die einzelnen pflegesensitiven Bereiche insgesamt gegeben.

Da das Gutachten nicht öffentlich zugänglich ist, kann nicht nachvollzogen werden, wie die KPMG zu dieser Erkenntnis gelangt ist. Festzuhalten bleibt, dass es nach den Daten des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2016 insgesamt 2.018 Fachabteilungen gab, die in der PpUGV als pflegesensitiv erwähnt werden, nimmt man die Krankenhäuser hinzu, in denen die Intensivstationen nicht als eigene Fachabteilungen ausgewiesen haben, so erhöht sich die Gesamtzahl auf 2.761. Damit liegt die Erfassungsrate der KPMG Erhebungen für pflegesensitive Bereiche bei 8,8% bzw. 6,4%. Wie man dabei von einer Repräsentativität ausgehen kann, ist nicht erkennbar, so dass die Ergebnisse als Ist-Analyse kaum verwendbar sein dürften.

Damit ist die im Verordnungstext verwendete Datenlage für die Ist-Analyse so dürftig, dass sie als solche nicht sinnvoll verwendbar erscheint.

Immerhin finden sich in den Begründungen für den Allgemeinen Teil auf S.26 zwei sehr wichtige Sätze, die besser am Anfang des Verordnungstextes stehen sollten:

"Ziel der Regelung ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung.

Es obliegt 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."

Damit wird klargestellt, dass die in der PpUGV genannten Personalzahlen auf keinen Fall dem Standard entsprechen, sondern einem absoluten, eigentlich unerwünschten Minimum. Es wird aber nicht klargestellt, wie man verhindern will, dass die Pflegeper-

sonaluntergrenzen zum neuen Standard werden, so dass der Anreiz groß ist, dass genau dies passieren wird. Damit wäre das Gegenteil von dem erreicht, was diese Verordnung bezwecken soll.

B. Lösungsvorschläge der Verordnung

Hier werden die Vorschläge zur Lösung der zuvor genannten, letztlich auf einer mangelhaften Datenlage basierenden Probleme genannt. Diese umfassen u.a.:

1. Mit der Verordnung werden verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 festgelegt.
Diese gelten in der Einführungsphase für die pflegesensitiven Bereiche der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie
2. Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt.
3. Quartalsweise sind sämtliche Schichten anzuzeigen, in denen die Grenzen unterschritten wurden.
4. Die Sanktionen der Nichteinhaltung bestimmen die Selbstverwaltungspartner in ihrer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V, die insbesondere Vergütungsabschlüsse vorzusehen hat.

ad 1.) Die mit betrachteten Bereiche Neurologie und Herzchirurgie werden aufgrund der unzureichenden Datenlage des KPMG Gutachtens zunächst ohne Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen als pflegesensitive Bereiche bestimmt und damit vorerst keine Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt. Dies kann als Beweis einer insgesamt unzureichenden Datenlage des KPMG Gutachtens bewertet werden, wenn es nicht gelingt, für die mit 447 Fachabteilungen von allen betrachteten Fachabteilungen am häufigsten in deutschen Krankenhäusern vorhandene Fachdisziplin Neurologie repräsentative Daten zu erheben.

ad 2.) Der Quartilansatz, d.h. dass das von der Personalausstattung in den genannten Bereichen schlechteste Viertel der Krankenhäuser seine Personalausstattung erhöhen muss, damit es das Niveau der übrigen 75 Prozent der Versorgungsbereiche erreicht, kann die Situation nicht verbessern.

Eine unlängst publizierte Onlineumfrage unter 445 Weiterbildungsbefugten für Intensivmedizin zeigte im Ergebnis u.a. ein durchschnittliches Verhältnis zwischen Pflegekräften und Patienten in der Frühschicht von 1:2,5, in der Spätschicht von 1:2,6 und in der Nacht von 1:3,1 auf deutschen Intensivstationen (4). Damit werden also **im Durchschnitt** die im weiteren

Verlauf des Verordnungsentwurfs festgelegten Personaluntergrenzen für Intensivstationen nicht erreicht, d.h. selbst ein 50% Ansatz reicht nicht aus. Der Ansatz müsste also eher sein, die Personalausstattung der unteren 60% der Ausstattung der besten 40% anzugleichen.

Der Quartilansatz führt allenfalls zu einer marginalen Verbesserung bei 25% der Intensivstationen, vermutlich aber zu einer Verschlechterung bei den übrigen 75%. Es ist kein Messen an den Besten, sondern ein Angleichen an die Schlechtesten.

ad 3. und 4.) Unklar bzw. ohne Regelung bleibt die Frage, welche Konsequenzen es hat, wenn die Grenzen unterschritten werden. Weiter bleibt unklar, ab welcher zahlenmäßigen Grenze die Unterschreitung sanktioniert werden soll. Nur allein davon, dass man etwas zählt und meldet, wird die Situation nicht besser.

Zum Referentenentwurf im Detail

§2 - Begriffsbestimmungen

Absatz 1:

Zu Absatz 1 dieses Paragraphen wird im Begründungsteil auf S.29 ausgeführt: "Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein besonderer Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse, besteht. Zu solchen Ereignissen zählen beispielsweise der Dekubitus (Wundliegen), die Thrombose der Beinvene oder die Sepsis (Blutvergiftung)."

Diese unerwünschten Ereignisse sind aber abhängig von den Patienten und ihrem Risikoprofil und nicht dem Bereich in dem sie versorgt werden. Insofern wäre die **Definition eines pflegesensitiven Patienten wichtiger als der Versuch, pflegesensitive Bereiche** zu definieren. Zudem wird der Pflegeaufwand eines Patienten nicht allein durch das Auftreten von unerwünschten Ereignissen definiert, sondern vielmehr über den Aufwand und den Personalansatz, der notwendig ist, um diese Komplikationen zu verhindern. Weiter ist auch das Verhindern von unerwünschten Ereignissen nur ein Aspekt des Pflegeaufwands. So stellen z.B. Patienten, die aufgrund der Kolonisation oder Infektion mit mehrfach resistenten Keimen isolationspflichtig sind, genau so eine erhöhte Herausforderung dar, wie Patienten im Delir, mit Demenz oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit, um nur einige weitere Faktoren zu nennen, die den Pflegeaufwand erhöhen.

Absatz 3

In diesem Absatz werden Tag- und Nachtschicht definiert und darüber hinaus in den Begründungen auf S.30 ausgeführt, dass es "signifikante Unterschiede hinsichtlich der notwendigen Personaluntergrenzen nach § 5" zwischen Tag- und Nachtschicht gibt.

Die Signifikanz der Unterschiede bzw. die Evidenz, dass es solche Unterschiede gibt, ist für die Intensivmedizin nicht vorhanden. Was es gibt, ist die Evidenz, dass in manchen Kliniken die Nachtschicht auf Intensivstationen pflegerisch anders besetzt ist als die Tagschichten, was im Übrigen den auf S.35 des Entwurfs erwähnten Empfehlungen unserer Fachgesellschaft (6) widerspricht.

§3 - Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche

Diese Ermittlung ist im Fall der Intensivmedizin nicht trivial. Die beiden möglichen Kennzeichen der Intensivmedizin entweder 1. als Fachabteilung der Intensivmedizin oder 2. eines Bereiches, in dem der Anteil der in die Indikatoren-DRGs eingruppierten Fälle mindestens 40 Prozent der Gesamtfallzahl dieser Fachabteilung beträgt, können dazu führen, dass **die Intensivstationen unvollständig erfasst werden**. Zum einen geben nicht alle Krankenhäuser bei den §21 Daten die Fachabteilungsschlüssel 36xx an, u.a. auch deswegen, weil nur in 409 von 1.152 allgemeinen Krankenhäusern mit Intensivbetten eine Fachabteilung für Intensivmedizin ausgewiesen ist (7). Zum anderen ist zu prüfen, bzw. hoffentlich bereits geprüft worden, ob die in Anlage zu §3 aufgeführten intensivmedizinisch relevanten DRG (A05A (Herzchirurgie), B39A, B45Z, B70B (Neurologie), F06A, F07A, F36A, F36B (Herzchirurgie), F43A (Kardiologie), W36Z (Unfallchirurgie)) im Einzelfall 40% der Gesamt-DRG einer Intensivstation ausmachen.

§ 4 - Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands

Die Ermittlung des Pflegeaufwands in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser erfolgt standortbezogen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf der Grundlage des vom InEK entwickelten "Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands" in der Version 0.99 (5). Die dahinter stehenden Überlegungen werden auf Seite 32 erläutert. "Die in einem pflegesensitiven Krankenhausbereich zu versorgenden Patientinnen und Patienten benötigen abhängig von ihrer Erkrankungsschwere und den für die Behandlung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen pflegerische Betreuung in unterschiedlichem Umfang. Vor diesem Hintergrund kann sich der pflegerische Aufwand in den verschiedenen Versorgungseinheiten eines Krankenhauses erheblich unterscheiden.

Die vorgesehene Ermittlung des Pflegeaufwands für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche eines Krankenhauses (InEK Katalog V 0.99) ermöglicht in Verbindung mit der Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 Transparenz über den anfallenden Pflegeaufwand, der von dem dort vorgehaltenen Personal zu bewältigen ist. "

Damit wird suggeriert, dass mit dem InEK Katalog der Pflegeaufwand detailliert und Fachabteilungs-bezogen ermittelt werden kann. Dies trifft für die Intensivmedizin bzw. Intensivstationen nur zu einem möglicherweise geringen, in jeden Fall jedoch nicht klar quantifizierbaren Teil zu. Wie man den an gleicher Stelle im Internet verfügbaren Erläuterungen des InEK zum Katalog (5) entnehmen kann, werden der Kostenstellengruppe 2 "Intensivstation" folgende Kostenstellen zugerechnet:

1. Intensivbehandlung und Intensivüberwachung
2. Neonatologische Intensivstation
3. Kardiologische Wacheinheit
4. Intermediate Care (IMC)
5. Stroke Unit
6. Verbrennungen mit intensivmedizinischer Versorgung
7. Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte und Frührehabilitation bei intensivmedizinischer Versorgung

Damit handelt es sich bei der Intensivmedizin im Sinne des InEK Katalogs um eine heterogene Kostengruppe, in der nicht alle Elemente die Kriterien für eine intensivmedizinische Behandlung im engeren Sinne erfüllen, so dass die ermittelten Ergebnisse den Pflegeaufwand auf der Intensivstation nicht richtig wiedergeben.

Es gibt nicht unerwartet noch weitere Unzulänglichkeiten des Katalogs, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Allerdings darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Evaluation des Messinstruments InEK-Katalog noch aussteht, was die Ergebnisse, die noch dazu der Öffentlichkeit zugänglich sein werden, unter Vorbehalt stellt.

Zudem bleibt vollständig unerwähnt und ungelöst, mit welchem Personalansatz der ermittelte Pflegeaufwand in den jeweiligen Bereichen bewältigt werden soll, da ein Personalbemessungsinstrument nach wie vor fehlt.

Weiter bleibt die Rolle der Ermittlung des Pflegeaufwands im Kontext der Verordnung unklar, weil die Meldung der Krankenhäuser über die Einhaltung der Personaluntergrenzen sowie

deren Bewertung bzw. Sanktionierung anders, bzw. überhaupt noch nicht geregelt ist (siehe § 6).

§ 5 - Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten

In Absatz 1 und 2 werden die Fristen vorgegeben: Das InEK übermittelt das Ergebnis der Auswertung nach § 3 bis zum 15. November 2018 an die Krankenhäuser, bei denen ein oder mehrere pflegesensitive Krankenhausbereiche festgestellt werden. Die Krankenhäuser haben in der Folge 11 Arbeitstage Zeit, diese Ergebnisse zu kommentieren, das InEK in der Folge 10 Arbeitstage, um zu entscheiden, wie es mit den Kommentaren umgeht. **Dies ist sowohl für die Krankenhäuser als auch das InEK eine ambitionierte Zeitvorgabe, und es ist zu erwarten, dass die Vorgaben von vielen nicht eingehalten werden können.**

In Absatz 6 werden Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung der Meldepflichten erwähnt, wobei weder die Vergütungsabschläge noch die eine Sanktionierung auslösenden Tatbestände bislang beraten oder gar beschlossen wären. In den Begründungen auf S.34 wird immerhin konkretisiert, dass die Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten der Krankenhäuser im Hinblick auf ihre Sanktionierung der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gleichgestellt werden soll.

Damit bleibt die Verordnung an diesem nicht unwichtigen Punkt unvollständig.

§ 6 - Pflegepersonaluntergrenzen

In diesem Paragraphen werden die Pflegepersonaluntergrenzen für Pflegefachkräfte in Zahlen und für Pflegehilfskräfte in Prozent der Gesamtpersonalbesetzung aufgeführt. Die **Zahlen sind bis auf die Angaben für die Intensivmedizin arbiträr**, weil für Deutschland keine belastbaren Daten vorliegen, wie im Verordnungsentwurf richtigerweise auf S.34 erwähnt wird. Es wäre möglich gewesen, den Blick auf andere Länder zu richten, dies ist aber offensichtlich nicht geschehen oder nicht erwünscht, obwohl entsprechende Analysen vorhanden sind (8). Bei Normalstationen wurde in dieser Arbeit (8) der international erkennbare Grundstandard für die Besetzung mit Pflegefachkräften für den Tagdienst ungefähr bei einer Verhältniszahl von 1:4 bis 1:5 verortet und für den Nachtdienst bei 1:7 oder maximal 1:10. Diese Zahlen werden in der vorliegenden Verordnung auch nicht annähernd erreicht.

Die Anhaltszahlen für die Pflegekräfte auf der Intensivstation entsprechen in der Tagschicht der Vorgabe der Fachgesellschaft (6), nicht jedoch in der Nachtschicht. Wie bereits im Kom-

mentar zu § 2 Abs.3 erwähnt, gibt es keine Evidenz dafür, dass in der Nacht eine geringere Pflegeausstattung als am Tage ausreicht.

Es ist allerdings aufgrund der bereits erwähnten aktuellen Untersuchung (4) und sehr ähnlicher Ergebnisse aus der Herzchirurgie aus dem Jahre 2013 (9) davon auszugehen, dass diese Vorgaben von über der Hälfte der Intensivstationen aktuell nicht erreicht werden. Umso bedauerlicher insbesondere für die Patienten und das betroffene Pflegepersonal ist es, dass Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten aus anderen Krankenhausbereichen explizit nicht Gegenstand der Verordnung sind, da genau diese die Folge sein werden.

Unabhängig davon muss in dieser Frage eine Priorisierung stattfinden, ob man das Sinnvolle oder das Machbare will.

Gänzlich an der Praxis vorbei gehen die Prozentregelungen für die Pflegehilfskräfte. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Eine typische deutsche Intensivstation hat ca. 18 Betten. Die Mindest-Personalbesetzung beträgt im Sinne der Verordnung 9 Pflegekräfte in der Frühschicht, 9 Pflegekräfte in der Spätschicht und 6 Pflegekräfte in der Nachtschicht. Nach § 6 Abs. 2 darf der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte montags bis freitags in der Tagschicht 8,5 Prozent und in der Nachtschicht 5,9 Prozent, und samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 3,7 Prozent und in der Nachtschicht 7,2 Prozent betragen. Im gewählten Beispiel der Intensivstation mit 18 Intensivbetten könnten demnach in keiner Schicht Pflegehilfskräfte eingesetzt werden.

§ 7 - Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

Die Krankenhäuser müssen folgendes melden:

1. die monatlichen Durchschnittswerte der Personalbesetzung getrennt nach Tag/Nachtschicht und Wochentag/Wochenende
2. die Zahl der Schichten pro Monat, in denen die Personalgrenzen unterschritten wurden

Durch die erste Meldung soll vermieden werden, "dass etwa eine Unterschreitung einer Pflegepersonaluntergrenze am Wochenende in der Nacht durch eine überobligatorische Pflegepersonalausstattung an einem Wochentag kompensiert werden kann."

Der Bewertungsalgorithmus der Meldungen sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen werden, wie bereits erwähnt, im Verordnungstext nicht definiert. Dies ist

für eine Verordnung mit potentiell weit reichenden finanziellen Folgen für die einzelnen Krankenhäuser ungewöhnlich.

§ 8 - Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

In diesem Paragraphen werden die Ausnahmetatbestände zeitlich bzw. inhaltlich festgelegt. Dass bis zum 31. März 2019 keine Vergütungsabschläge erhoben werden, soll den Krankenhäusern die Möglichkeit geben, die für die Einhaltung der für sie geltenden Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Personalmaßnahmen zu ergreifen. Dies ist gut gemeint, geht aber an der momentanen Wirklichkeit des Arbeitsmarkts vorbei.

Solange die Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs, wie sie z.B. in der "Konzertierten Aktion Pflege" angedacht werden, nicht erfolgreich umgesetzt sind, und damit das benötigte Pflegepersonal tatsächlich auch zur Verfügung steht, bleiben alle Verordnungen und Sanktionen wirkungslos

Für die in Abs.2, Satz 1 erwähnten kurzfristigen unverschuldeten und unvorhersehbaren Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen, gilt, dass unklar bleibt, was unter Personalausfällen, die deutlich höher sind als in den Vorjahren und somit für das Krankenhaus nicht vorhersehbar waren, konkret zu verstehen ist. Überdies impliziert der Satz, dass es offensichtlich in Erwägung gezogen wird, dass Krankenhäuser für die Monate mit bekanntermaßen erhöhtem Aufkommen an Krankheitsfällen personelle Reserven vorhalten, ein interessanter Ansatz insbesondere für Zeitarbeitsfirmen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die als Referentenentwurf vorgelegte Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV soll aufgrund des immer wieder beklagten, aber kaum untersuchten und daher nicht ausreichend mit Daten zu belegenden Missverhältnisses zwischen Patienten mit hohem bis höchstem Pflegebedarf und -aufwand auf der einen Seite und einer (zu) niedrigen Personalausstattung bei den Pflegenden auf der anderen Seite durch Festlegung von Mindestpersonalzahlen dafür sorgen, dass die Sicherheit und die angemessene pflegerische Versorgung von Patienten in deutschen Krankenhäusern jederzeit sichergestellt sind und gleichzeitig das Pflegepersonal seine Berufszufriedenheit zurückgewinnt bzw. erhält.

Dies ist der Verordnung aus folgenden Gründen nicht gelungen:

1. Daten, die es erlauben, mit einer akzeptablen Evidenz Personaluntergrenzen festzulegen, sind für Deutschland so gut wie nicht vorhanden. Der Versuch, diese Daten durch ein Gutachten der KPMG zu erhalten, darf als gescheitert angesehen werden.
2. Die auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilsatzes“ festgelegten Zahlen verbessern die Situation allenfalls für 25% der Krankenhäuser, stellen aber gleichzeitig einen Anreiz für die verbleibenden 75% dar, die Personalausstattung zahlenmäßig nach unten zu korrigieren. Damit wird die prekäre Situation in der Patientenversorgung eher verschärft und die Berufszufriedenheit der Pflegenden eher verschlechtert als verbessert.
3. Wenngleich im Verordnungstext explizit erwähnt wird, dass die Personaluntergrenzen keineswegs einen Standard im Sinne einer angemessenen Personalausstattung definieren sollen, bleibt die Frage ungeklärt, wie verhindert werden soll, dass dies dennoch geschieht, was die unter 2. angesprochene Problematik weiter verschärft.
4. Die mit den genannten methodischen Mängeln festgelegten Personaluntergrenzen sind arbiträr und entsprechen im Einzelfall nicht den Forderungen der Fachgesellschaften.
5. Es fehlt weiterhin ein Messinstrument, mit dem die zur Bewältigung eines definierten Pflegeaufwands notwendige Personalstärke ermittelt werden kann.
6. Dem mehr als offensichtlichen Anreiz, zur Einhaltung der Vorgaben Personal zu verlagern, wird bewußt nicht begegnet.
7. Die Klärung der Frage, wie die Ergebnisse der Krankenhausmeldungen bewertet und ggf. sanktioniert werden, bleibt noch zu führenden Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner und damit möglicherweise einem ungewissen Schicksal überlassen.

Als Alternative würde sich folgendes Vorgehen anbieten:

1. Verpflichtende Einführung von Pflegebemessungsinstrumenten nach vorheriger Evaluation in den für diese Messinstrumente in Frage kommenden Bereichen auf ihre Eignung, Leistungserfassung in Pflegepersonalbemessung umzusetzen
2. Ermittlung des Personalbedarfs in allen Bereichen eines Krankenhauses anhand der Ergebnisse bei der Verwendung der Pflegebemessungsinstrumente.
3. Einführung von verpflichtenden Pflegepersonaluntergrenzen als Standard in allen Bereichen anhand des ermittelten Personalbedarfs

Da dies Vorgehen einen gewissen Zeitraum in Anspruch nehmen wird, der möglicherweise eine Legislaturperiode überschreitet, könnte mit einer gewissen Minimalevidenz die Intensivmedizin in den Blick genommen werden. Für diesen Bereich gibt es klare, evidenzbasierte Forderung der zuständigen Fachgesellschaft (6), sowie aktuelle Ergebnisse über die Wirklichkeit der täglichen Praxis (4).

Literatur

1. Schreyögg J, Milstein R (2016). Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf, letzter Zugriff am 27.08.2018
2. Simon M, (2017). Vorüberlegungen zu einem System zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Pflegepersonaluntergrenzen. http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2017__2_PUG-System_Konzept.pdf, letzter Zugriff am 27.08.2018
3. Näher AF, Sander M, Albrecht M (2018). Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung. Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23031/e23032/e23034/attr_objs23036/Befragung_Pflegepersonaluntergrenzen_032018_ger.pdf, letzter Zugriff am 28.08.2018
4. Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, Krakau M, Bein T, Janssens U. Intensivpflegemangel führt zu drohender Unterversorgung. Dtsch Arztebl 2018; 115: A 467–9
5. https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog, , letzter Zugriff am 29.08.2018
6. Jorch G, Kluge S, König F, Markewitz A, Notz K, Parvu V, Quintel M, Schneider D, Sybrecht GW, Waydhas C (2010). Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin/399-empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-langversion/file>
7. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile, letzter Zugriff am 30.08.2018
8. Simon M, Mehmecke S (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017 . http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf, letzter Zugriff am 27.08.2018
9. Markewitz A, Trummer G, Pilarczyk K, Beckmann A. Status of Cardiac Surgical Intensive Care Medicine in Germany during 2013: A Report on Behalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. Thorac Cardiovasc Surg 2014; 62: 536–542.