

STANDPUNKT



„Die Einhaltung der Untergrenzen muss für jeden Tag und jede Schicht gelten.“

Christian Hener
Gemeinsamer Referent für Pflege für den DRK-Bundesverband
und den Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V.

Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern

VdS begrüßt geplante Einführung, weist aber auf Probleme bei jetzigen Regelungsinhalten hin

► Pflegende nehmen in Krankenhäusern eine bedeutsame Stellung ein, da sie über eine hohe Interaktionsdichte mit den Patienten verfügen. Zu ihren Aufgaben gehören nicht nur die Tätigkeiten der Grundpflege. Vielmehr führen sie Krankenbeobachtung, Assessments, Prophylaxen sowie Beratungen durch und integrieren aktivierende Konzepte in ihre Arbeit. Eine gute Krankenhausbehandlung ist daher nicht nur das Ergebnis ärztlicher Heilkunst – sondern auch von professioneller Pflege.

Einer Analyse des IGES-Instituts zufolge hat sich die Quote des Pflegedienstes am Personalmix im Krankenhaus zwischen den Jahren 2000 und 2015 von ursprünglich 39,1 % auf 36,1 % verringert (-3). Im gleichen Zeitraum wurde der ärztliche Dienst ausgebaut. Hier hat sich der Anteil von 13,2 % auf 18,2 % vergrößert (+5). Gleichzeitig ist die Arbeitsbelastung der Pflegenden gestiegen. Im Jahr 2003 betreute eine Vollzeitstelle 57,3 Behandlungsfälle, 2015 waren es 64,0.

Der Zusammenhang zwischen der Personalausstattung im Pflegedienst und der Versorgungsqualität in Krankenhäusern ist in einer Vielzahl internationaler Studien belegt. So führt eine bessere Personalausstattung zu weniger Todesfällen nach Komplikationen und einer geringeren Mortalität. Eine niedrige Personalausstattung ist dagegen mit höheren Raten an katheterassoziierten Harnwegsinfektionen, Pneumonien, Sepsis und nosokomialen Wundinfektionen verbunden. Darüber hinaus treten häufiger Dekubiti, Stürze und Medikationsfehler auf.

Aus diesem Grund hat die Bundesregierung für 2019 die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern beschlossen (§ 137i SGB V), die der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. (VdS) grundsätzlich begrüßt. Allerdings weisen die derzeitigen Regelungsinhalte einige Probleme und Gefahren auf.

Laut Gesetz sollten die Untergrenzen zunächst nur für pflegesensitive Bereiche gelten, welche die Selbstverwaltung wie folgt definierte: Geriatrie, Neurologie, Herzchirurgie, Intensivstationen, Kardiologie und Unfallchirurgie. Der VdS

sieht jedoch alle Krankenhausbereiche als pflegesensitiv an, da sich das Risiko für unerwünschte Ereignisse aus den individuellen Patientenmerkmalen ableitet. Sie können daher überall auftreten – unabhängig von der Pflegeintensität. Das ist inzwischen auch in der Politik angekommen. So wurde die Ausweitung der pflegesensitiven Bereiche auf alle bettenführenden Abteilungen in den Koalitionsvertrag mit aufgenommen.

„Die Quantifizierung der Pflegepersonaluntergrenzen sollte durch die international gebräuchliche Nurse-to-Patient-Ratio erfolgen.“

Die Quantifizierung der Pflegepersonaluntergrenzen sollte durch die international gebräuchliche Nurse-to-Patient-Ratio erfolgen, da eine Nurse-to-Bed-Ratio keine ausreichende Aussagekraft besitzt. Die Einhaltung der Untergrenzen muss für jeden Tag und jede Schicht gelten. Nur so kann die Sicherheit der Patienten wirklich verbessert werden. Bei der Kalkulation der Untergrenzen ist auch der Anteil der Pflegehilfspersonen zu bedenken, der in einem angemessenen Verhältnis zu den fachlichen Anforderungen stehen sollte.

Grundsätzlich gilt es jedoch festzuhalten, dass es sich bei den Personaluntergrenzen um Mindestvorgaben handelt, die keinen Anreiz bieten sollten, Pflegepersonal abzubauen. Um einen patientenorientierten, bedarfsgerechten Personaleinsatz zu gewährleisten, sollte daher ergänzend ein Personalbemessungsinstrument eingeführt werden, welches die tatsächliche pflegerische Fallschwere berücksichtigt. Es bleibt abzuwarten, wie sich die in dem Koalitionsvertrag vorgesehene, DRG-unabhängige Pflegepersonalvergütung darauf auswirken wird.