



**Verband der
Schwesternschaften
vom DRK e.V.**



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Berlin, 02.10.2018

Stellungnahme des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e.V. zu dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG)

Der Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. gehört zum ältesten Teil der Rotkreuzbewegung und ist als Mitgliedsverband des Deutschen Roten Kreuzes aktiver Teil eines Spitzenverbandes der Freien Wohlfahrtspflege mit dem Fokus Pflege und Gesundheit.

Der Verband vertritt als Dachorganisation bundesweit 31 DRK-Schwernschaften und rund 21.000 Rotkreuzschwestern und Berufsangehörige der DRK-Schwernschaften. Wir machen uns für ein Gesundheits- und Pflegesystem stark, das eine Verbindung von Qualität und Menschlichkeit in der Gesundheitsversorgung fördert und passgenaue Hilfen für kranke und hilfebedürftige Menschen ermöglicht. In diesem Zusammenhang tritt der Verband nicht nur als Dachorganisation auf, sondern auch als Fachverband für professionelle Pflege.

Die 31 DRK-Schwernschaften decken das gesamte Versorgungsspektrum der professionellen Pflege ab und sind kompetenter Partner für Gesundheit und Pflege. Als Träger oder Betreiber tragen die DRK-Schwernschaften Verantwortung in bzw. für

- 25 Krankenhäuser
- 22 stationäre Pflegeeinrichtungen
- 17 ambulante Pflegedienste
- 22 Kurzzeit- und Tagespflegezentren
- 9 Einrichtungen „Betreutes Wohnen“
- 4 Kindertagesstätten
- 3 Hospize
- 4.000 Ausbildungsplätze an 64 Pflegeschulen

**Verband der
Schwesternschaften
vom DRK e.V.**

Präsidentin
Generaloberin
Gabriele Müller-Stutzer

Verbandsoberrin
Meike Buchholz

Kontaktperson
Christian Hener
c.hener@drk.de

Carstennstraße 58-60
12205 Berlin
Tel. 030 85404-917
Fax 030 85404-933

www.rotkreuzschwestern.de
drk-schwernschaften@drk.de

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. nimmt zu dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals wie folgt Stellung. In unserer Stellungnahme beziehen wir uns ausschließlich auf die für uns relevanten Aspekte der Krankenhauspflege. In den übrigen Punkten schließen wir uns der Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes und der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) an.

Stellungnahme zu den einzelnen Paragraphen

§ 17b Absatz 4 KHG in Verbindung mit § 6a KHEntgG

Einführung einer Pflegepersonalkostenvergütung

Mit dieser Vorschrift sollen die Grundlagen für eine DRG-unabhängige Pflegepersonalkostenvergütung geschaffen werden, die laut Gesetzesbegründung „den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung“ berücksichtigt.

Diese Intention gilt es zu begrüßen, da sich die Logik des G-DRG-Systems – trotz einiger Nachbesserungen wie die OPS 9-20 für hochaufwendige Pflege nach dem Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) oder die OPS 9-984 bei vorliegender Pflegebedürftigkeit ab dem Pflegegrad 3 – immer noch vorrangig an ärztlichen Diagnosen und Prozeduren orientiert, worin sich der pflegerische Arbeitsaufwand nicht verursachungsgerecht abbilden lässt.

Zudem hat die Einführung des G-DRG-Systems zu verschiedenen Effekten, wie einer Reduzierung der Verweildauer, einer Erhöhung der Fallzahlen und einem Stellenabbau in der Pflege geführt – was de facto eine Arbeitsverdichtung im Pflegedienst bewirkt hat. Diese Arbeitsverdichtung ist einer der wesentlichen Gründe für eine Zuspitzung des Fachkräftemangels durch Berufsausstieg oder Reduzierung des Stellenanteils. Und stellt darüber hinaus eine wesentliche Einflussgröße für die Patientensicherheit und Versorgungsqualität dar.

Pflege bleibt Teil des G-DRG-Systems

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Pflegepersonalkosten, die im Rahmen der direkten Patientenversorgung entstehen, ab 2020 aus dem DRG System ausgegliedert – und in eine neue Pflegepersonalkostenvergütung überführt werden.

Die Bewertungsrelationen der Fallpauschalen und der Zusatzentgelte werden in Folge um die ausgegliederten Pflegepersonalkosten gemindert, indem die für die direkte Pflege als relevant befundenen Kosten herausgerechnet werden. Die aus den Fallpauschalen und Zusatzentgelten herausgerechneten Pflegepersonalkosten sollen anschließend in einem Pflegeerlöskatalog ausgewiesen werden, auf dessen Grundlage die Vergütung der Pflegepersonalkosten je voll- oder teilstationären Belegungstag erfolgt. Mutmaßlich könnte es sich bei dem Pflegeerlöskatalog um eine Weiterentwicklung des durch das InEK vorgestellten Pflegelastkatalogs handeln, worauf auch die Regelungsinhalte in § 137j SGB V hinweisen. Insofern beruht die tagesbezogene Vergütung der Pflegepersonalkosten also weiterhin auf dem G-DRG-System. Es wird lediglich die Abzahlung aus der Fallpauschale gelöst und in ein tagesbezogenes Pflegeentgelt überführt, während die Kalkulationsgrundlage der Pflegepersonalkosten identisch bleibt.

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. kritisiert daher die geplante Regelung, da die Kalkulationsgrundlage für die Pflegepersonalkostenvergütung weiterhin auf der Logik des primär an ärztlichen Leistungen orientierten G-DRG-Systems basiert, welches pflegerische Aufwände nicht verursachungsgerecht abbildet.

Zweckbindung des Pflegebudgets

Das Pflegeentgelt dient der Abzahlung des Pflegebudgets. Dieses wird zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern vereinbart und soll die Pflegepersonalkosten in der direkten Patientenversorgung finanzieren. Es wird für jedes Krankenhaus individuell vereinbart und unterliegt einer Zweckbindung.

Dies gilt es aus Sicht des Verbands der Schwesternschaften vom DRK e.V. zu begrüßen, da hierdurch sichergestellt wird, dass das Pflegebudget tatsächlich rein für die Personalausstattung des Pflegedienstes verwendet wird. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit den in den DRGs enthaltenen kalkulatorischen Pflegekosten in der Vergangenheit häufig andere Kostenarten subventioniert wurden, vor allem im Bereich der Investitionskosten.

Allerdings sollte sich der bürokratische Aufwand zum Nachweis der zweckgerechten Verwendung auf ein notwendiges Maß beschränken.

Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs in der Pflege

Knackpunkt der geplanten Regelung zur Pflegepersonalkostenvergütung ist jedoch die fehlende Personalbemessung. Das Pflegebudget wird zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern vereinbart. Zu diesem Zweck muss das Krankenhaus die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, gegliedert nach Berufsbezeichnungen und Pflegepersonalkosten, nachweisen.

In diesem Zusammenhang sind die jeweiligen Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, des laufenden Jahres und des Vereinbarungszeitraums vorzulegen. Analog zur G-DRG-Systematik findet also auch hier eine prospektive Budgetplanung statt. Allerdings bemessen sich die Stellenpläne des Pflegedienstes nach dieser Regelung rein nach den prospektiv geplanten Pflegepersonalkosten, die zudem zur Verhandlung stehen – und nicht auf der Grundlage des tatsächlichen Bedarfs an medizinisch-pflegerischer Versorgung durch den Pflegedienst.

Wir halten daher ein Personalbemessungsinstrument für erforderlich, welches den tatsächlichen medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarf im Pflegedienst verursachungsgerecht berücksichtigt und ebenfalls einen zielgerichteten Skill- und Grade-Mix widerspiegelt. In Zeiten, in denen im SGB XI Bereich verbindliche Personalbemessungsinstrumente zur Ermittlung des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs entwickelt werden, erscheint es fast grotesk, wenn im Krankenhausbereich nicht ebenfalls ein valides Personalbemessungsinstrument eingeführt wird.

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. fordert daher die Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen, bundesweit einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in der Krankenhauspflege analog zu § 113c SGB XI.

Im Rahmen einer Übergangszeit könnte hierzu bereits eine überarbeitete und weiterentwickelte Version der PPR (Pflegepersonal-Regelung) zur Anwendung kommen, die bereits heute von allen Krankenhäusern verwendet wird, die an den InEK-Kalkulationen teilnehmen.

Keine Schwächung anderer Versorgungsbereiche

Darüber hinaus begrüßen wir die zusätzliche Berücksichtigung der gegenüber dem Vorjahr zu erwartenden kostenwirksamen Veränderungen im Rahmen des Pflegebudgets, die sich, wie in der Gesetzesbegründung beschrieben, beispielsweise auf die Anzahl und Qualifikation der Pflegekräfte oder aber auch Tarifsteigerungen beziehen können.

Ebenso erachten wir es als positiv, dass die Obergrenze des Veränderungswertes nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG den Zuwachs des Pflegebudgets nicht begrenzt, da auf diese Weise ein dynamisch wachsendes Pflegebudget vereinbart werden kann. Beide Maßnahmen könnten daher die strukturellen Voraussetzungen für attraktive Rahmenbedingungen in der Krankenhauspflege schaffen.

Vor diesem Hintergrund weisen wir jedoch darauf hin, dass die Rahmenbedingungen in der stationären und ambulanten Pflege ebenfalls verbessert werden müssen, um diese Versorgungsbereiche nicht durch intersektorale Personalabwanderungen zu schwächen.

Kompetenzerweiterung für die Pflegefachberufe

Weiterhin begrüßen wir die Möglichkeit, dass pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden können und zwar in Höhe von 5% des Gesamtbudgetvolumens. Die in der Gesetzesbegründung genannten Prozessoptimierungen im Bereich der

Krankenhauspflege, sollten insbesondere auch einen zielgerichteten Skill- und Grade-Mix miteinschließen.

In diesem Zusammenhang gilt es ebenfalls eine Neuverteilung von Aufgaben im Krankenhaus ins Auge zu fassen, die perspektivisch auch mit einer Kompetenzerweiterung der Pflegefachberufe einhergehen sollte, insbesondere im Zusammenhang mit der Übertragung von Heilkunde nach § 63 Abs. 3c SGB V und der Heilkundeübertragungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Aktuell existiert dazu jedoch nur ein Modellprojekt – der Studiengang Evidenzbasierte Pflege an der Martin-Luther-Universität in Halle. Die Gründe dafür liegen vor allem in den hohen Zulassungsvoraussetzungen, die es so auszugestalten gilt, dass eine flächendeckende Umsetzung der Modellprojekte in allen Bereichen der Pflege möglich wird. Ferner ist eine Neuregelung des Berufsrechts, insbesondere die Ausübung von Heilkunde durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in Betracht zu ziehen.

Die Definition der vorbehaltenen Tätigkeiten im Rahmen des Pflegeberufegesetzes werten wir als einen ersten Schritt in die richtige Richtung.

Klarstellung und Differenzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen

Ebenso wäre eine Konkretisierung wünschenswert, welche Maßnahmen der Gesetzgeber als sinnvoll erachtet, um den Pflegedienst zu entlasten oder zu substituieren. Maßnahmen zur Prozessoptimierung, die unter der Prozessverantwortung von fachfremden Berufsgruppen durchgeführt werden, lehnt der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. jedoch entschieden ab. Ebenso sprechen wir uns ausdrücklich gegen den in der Gesetzesbegründung aufgeführten Ersatz von Pflegenden durch Robotik oder andere digitale Applikationen aus.

Grundsätzlich halten wir den Einsatz von digitaler Technik in der Krankenhauspflege für eine sinnvolle Möglichkeit, um zur Entlastung des Pflegedienstes, zu einer Aufwertung des Berufsbildes, und vor allem zu einer höheren Versorgungsqualität beizutragen. ***Der Einsatz von digitalen***

Applikationen in der Pflege sollte sich aus unserer Sicht jedoch ausschließlich auf das Unterstützen und nicht das Ersetzen von pflegerischen Dienstleistungen beziehen.

Darüber hinaus sollten die Möglichkeiten der sogenannten Pflege 4.0 nicht überschätzt werden, da sich viele Produkte, die für den direkten Einsatz am Patienten konzipiert wurden, mehr oder weniger im Prototypstatus befinden. Andere Produktgruppen, wie elektronische Pflegedokumentationssysteme, Telecare Lösungen oder technische Assistenzsysteme, die eine deutlich höhere Marktreife aufweisen, sollten allerdings unbedingt durch das Pflegebudget finanzierungsfähig sein.

Wir sprechen uns daher für eine Klarstellung und Differenzierung der im Rahmen des Pflegebudgets finanzierungsfähigen Maßnahmen in der Gesetzesbegründung aus.

Fortführung der finanziellen Mittel aus dem Pflegezuschlag

Infolge der Einführung der Pflegepersonalkostenvergütung soll der sogenannte Pflegezuschlag mit dem 01.01.2020 abgeschafft werden. Dies wird damit begründet, dass die Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2020 vollumfänglich durch das Pflegebudget abzugelten sind.

Der Pflegezuschlag wurde jedoch im Jahr 2017 eingeführt, um den ab 2013 geltenden Versorgungszuschlag zu ersetzen, der vorrangig für die Finanzierung der allgemeinen Personalkosten vorgesehen war. Der auf insgesamt 500 Millionen Euro bezifferte Pflegezuschlag sollte den Fokus des Versorgungszuschlags im Anschluss auf die Finanzierung der Pflegepersonalkosten richten.

Allerdings bestand weder für den Versorgungszuschlag noch für den Pflegezuschlag eine Zweckbindung, so dass die Krankenhäuser diese Finanzmittel frei bewegen konnten, was wir stets kritisiert haben. Auf diese Weise wurden beispielsweise auch Investitionskosten finanziert, da die defizitäre Funktionsweise des dualen Finanzierungssystems einen erheblichen Investitionsstau in den Krankenhäusern verursacht hat.

Im Rahmen des Pflegebudgets können demnach lediglich die Finanzmittel kompensiert werden, die von den Krankenhäusern auch tatsächlich zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten verwendet wurden. Die Finanzmittel, die bisher für andere Kostenbereiche eingesetzt worden sind, würden durch die Abschaffung des Pflegezuschlags jedoch fehlen.

Es droht also eine massive Finanzierungslücke im Gesamtbudget der Krankenhäuser, die nur durch Einsparungen geschlossen werden kann.

Vor dem Hintergrund des gesondert ausgewiesenen Pflegebudgets sind an dieser Stelle insbesondere Einsparungen in der nicht-pflegerischen Personalstruktur der Krankenhäuser zu befürchten, was sich indirekt auch negativ auf den Pflegedienst auswirken könnte.

So ist der Pflegedienst – als Teil der Gesamtorganisation Krankenhaus – in vielerlei Hinsicht von den Prozessen anderer Berufsgruppen, wie Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, MFA's oder MTRA's abhängig. Kommt es aufgrund von Personalengpässen hier zu Fehlsteuerungen können auch die Abläufe des Pflegedienstes nicht mehr zielgerichtet erfolgen.

Darüber hinaus könnte ein Personalabbau in pflegenahen Berufsgruppen mit einer Aufgabenverlagerung einhergehen, was zu einer erneuten Arbeitsverdichtung in der Pflege führen könnte, insbesondere wenn Stellen im Bereich der unterstützenden Dienste wie Krankentransport, Patientenservice oder Reinigung wegfallen würden.

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. spricht sich daher für die Fortführung der finanziellen Mittel aus dem Pflegezuschlag aus, beispielsweise durch eine Einrechnung in den Landesbasisfallwert.

Herauslösung des Pflegeentgeltwerts aus der Abrechnung

Eine weitere Komponente der Pflegepersonalkostenvergütung bildet der Pflegeentgeltwert, welcher der Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelten zugrunde gelegt werden soll. Der Pflegeentgeltwert wird ermittelt, indem das Pflegebudget durch die Summe der Bewertungsrelationen des Krankenhauses nach dem Pflegeerlöskatalog

dividiert wird. Er trifft daher eine Aussage zu dem Verhältnis zwischen den zur Finanzierung des Pflegedienstes zur Verfügung stehenden Ressourcen und dem pflegerischen Gesamtcasemix.

Dies entspricht der Berechnungssystematik des krankenhausindividuellen Basisfallwertes, der bei der Einführung des G-DRG-Systems zum Tragen kam. Es drängt sich daher die Frage auf, ob damit nicht der Gedanke verbunden ist, die krankenhausindividuellen Pflegebudgets langfristig in ein pauschaliertes Entgeltsystem zu überführen. Die Kalkulation des Pflegeentgelts erfolgt bereits auf der Grundlage des Pflegeerlöskatalogs. Die Einbeziehung des Pflegeentgeltwerts in die Abrechnung ist somit aus methodischer Sicht nicht erforderlich.

Wir sprechen uns daher dafür aus, den Pflegeentgeltwert aus der Abrechnung des Pflegeentgelts herauszulösen und ausschließlich als Instrument für das Benchmarking zu verwenden, wobei sich hierzu der Pflegepersonalquotient sicherlich besser eignen würde.

§ 4 Absätze 8 und 8a KHEntgG

Fortführung des Pflegestellenförderprogramms

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. begrüßt die Fortführung des Pflegestellenförderprogramms bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenvergütung im Jahr 2020. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass für das Jahr 2019 jede zusätzliche Neueinstellung oder Stellenaufstockung von Personen mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 KrPflG in der direkten Patientenversorgung vollständig – und ohne Budgetobergrenze – von den Kostenträgern refinanziert werden.

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sollte der Personenkreis der förderungsfähigen Pflegefachkräfte jedoch auch auf den Bereich der Altenpflege ausgedehnt werden. Altenpflegerinnen und Altenpfleger verfügen über hochgradig spezialisierte Kompetenzen in der Pflege älterer Menschen, die immer noch die größte Patientenpopulation im Krankenhaus bilden. Sie können hervorragend in Bereichen eingesetzt werden, in denen

altersassoziierte Erkrankungen und Pflegesituationen im Vordergrund stehen, wie die einschlägige Praxis bereits heute zeigt.

Darüber hinaus kann die stärker an der Lebenswelt orientierte Perspektive der Altenpflege die Krankenpflege bereichern, weshalb Altenpflegerinnen und Altenpfleger einen wertvollen Beitrag zu einem patientenzentrierten Skill- und Grade-Mix in der Pflege leisten können, insbesondere im Hinblick auf die psychosoziale Betreuung von Menschen mit Demenz.

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. regt daher an, dass neben Personen mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 KrPflG auch Personen mit einer Berufserlaubnis nach §1 AltPflG in das Pflegestellenförderprogramm aufgenommen werden.

Die Fortführung des Pflegestellenförderprogramms stellt einen ökonomischen Anreiz zur Aufstockung der Pflegepersonalschlüssel im Krankenhaus dar, was zu einer Entlastung der Pflegenden in der Praxis beitragen könnte. Eine Aufstockung der Pflegestellenpläne in den Krankenhäusern trägt gleichzeitig zu einer Attraktivitätssteigerung der Krankenhauspflege bei, wodurch sich der Wettbewerb um das Pflegepersonal nicht nur zwischen den Krankenhäusern, sondern auch zwischen den Versorgungssektoren intensivieren könnte.

Es gilt daher ebenfalls die Rahmenbedingungen in der stationären und ambulanten Pflege zu verbessern, um eine Personalabwanderung aus diesen Versorgungsbereichen zu verhindern.

§§ 137i und 137j SGB V

Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotient

Die ab 2019 gelten sollenden Pflegepersonaluntergrenzen wurden ursprünglich eingeführt, um das Risiko für unerwünschte Ereignisse durch eine zu gering bemessene Personalausstattung des Pflegedienstes zu reduzieren – und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. unterstützte diese Zielsetzung ausdrücklich.

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.

Perzentilansatz ist zur Erfüllung der Zielsetzung ungeeignet

Allerdings galt es zu befürchten, dass die Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Partner der Selbstverwaltung genau das Gegenteil der ursprünglichen Zielsetzung der Regelung nach § 137i SGB V bewirken könnte.

Ausschlaggebend dafür ist vor allem der sogenannte Perzentilansatz, nachdem die Pflegepersonaluntergrenzen durch die Krankenhäuser gebildet werden sollen, die entweder oberhalb des unteren Dezils ($> 10\%$) oder des unteren Quartils ($> 25\%$) liegen. Nach dieser Methode würde die Personalausstattung der am schlechtesten besetzten 10% bzw. 25% der Krankenhäuser zur Referenz für die Pflegepersonaluntergrenzen werden. Pflegepersonaluntergrenzen, die auf der Grundlage dieses Ansatzes festgelegt wurden, können daher nicht als evidenzbasierte Maßnahme zur Erhöhung der Patientensicherheit angesehen werden, da sie sich ausschließlich auf den Ist-Stand der schlechtesten 10% bzw. 25% der Krankenhäuser beziehen und somit keine Kausalität zwischen Personalausstattung und Patientensicherheit gegeben ist.

Angesichts der teilweise gravierenden Unterbesetzung in der Krankenhauspflege musste daher befürchtet werden, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nicht das halten können was sie versprechen, nämlich eine spürbare Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung. Im Gegenteil, es war sogar zu befürchten, dass die Krankenhäuser hierdurch einen Anreiz erhalten, Pflegepersonal abzubauen, wenn sie die Pflegepersonaluntergrenzen nicht als Untergrenze, sondern als

Mindestbesetzung begreifen. Vor diesem Hintergrund konnte die durch uns kritisierte Beschränkung der Pflegepersonaluntergrenzen auf zunächst sechs Fachabteilungen (Intensivmedizin, Geriatrie, Neurologie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie) fast schon begrüßt werden, da die übrigen Abteilungen vor dieser Art der Untergrenzen bewahrt bleiben würden.

Methodische Fragen zur Festsetzung der Untergrenzen durch das BMG

In Anbetracht dessen, dass die Partner der Selbstverwaltung keine fristgerechte Vereinbarung zur Festlegung der Untergrenzen getroffen haben, machte das Bundesministerium für Gesundheit von seinem Verordnungsrecht nach § 137i Abs. 3 SGB V Gebrauch.

Im Rahmen des Referentenentwurfs der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen sollen die Pflegepersonaluntergrenzen zunächst für das Jahr 2019 festgesetzt werden und auch nur für die pflegesensitiven Bereiche der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie. Die Partner der Selbstverwaltung sollen dadurch die Möglichkeit erhalten, die Pflegepersonaluntergrenzen in einem erneuten Anlauf für den Zeitraum ab dem Jahr 2020 festzulegen.

Die Festsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgte durch die bereits kritisierte Methode des Perzentilansatzes, wobei hier auf die Marke oberhalb des unteren Quartils abgestellt wurde. In Anbetracht der teilweise gravierenden Unterbesetzung des Pflegedienstes in den Krankenhäusern fallen die unter § 6 PpUGV ausgewiesenen Nurse-to-Patient-Ratios allerdings überraschend niedrig aus. Eine mögliche Erklärung lässt sich der Begründung entnehmen, wonach die Pflegepersonaluntergrenzen nur „grundsätzlich“ auf dem Perzentilansatz basieren.

Es ist daher fraglich, ob die in dieser Verordnung enthaltenen Nurse-to-Patient-Ratios tatsächlich die wahre Grenze oberhalb des unteren Quartils widerspiegeln. So variieren die in § 6 PpUGV genannten Nurse-to-Patient-Ratios für den Tagdienst der peripheren Abteilungen zwischen 1:10 und 1:13. Doch bereits die RN4Cast Studie hat eine mittlere Nurse-to-Patient-Ratio in

allen deutschen Krankenhäusern von rund 1:10 ergeben.¹ Auch wenn dies ein relativ grober Anhaltspunkt ist, wäre es somit durchaus denkbar, dass die in der vorliegenden Verordnung enthaltenen Pflegepersonaluntergrenzen mit einem gewissen „Ermessensspielraum“ festgesetzt wurden.

Andererseits könnten die angesichts der teilweise gravierenden Unterbesetzung in deutschen Krankenhäusern überraschend hohen Nurse-to-Patient-Ratios auch durch methodische Mängel der Studie zur Auswertung der derzeitigen Pflegepersonalausstattung in den pflegesensitiven Bereichen verursacht worden sein. So lässt sich aus der Begründung zu § 1 Abs. 2 PpUGV entnehmen, dass die „tatsächliche Personalausstattung“ erhoben wurde.

Vor dem Hintergrund der Festsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen durch den Perzentilansatz kann die alleinige Verwendung von Ist-Daten jedoch zu erheblichen Problemen führen. So können periodische Schwankungen in der Ist-Situation der Pflegepersonalbesetzung (z.B. durch Krankheitsausfälle) und/oder der Bettenauslastung (z.B. in der Ferienzeit) zum Erhebungszeitpunkt zu einer Unter- bzw. Überschätzung der wahren Nurse-to-Patient-Ratios führen.

Auch wenn Plandaten selbstverständlich ungeeignet sind, die tatsächliche Situation vor Ort abzubilden, verhalten sie sich dennoch stabil und spiegeln die durch das Krankenhaus vorgesehene Leistungsplanung wider. Um eine valide Erhebung zur Festlegung einer Pflegepersonaluntergrenze auf der Grundlage des Perzentilansatzes durchzuführen, müssten neben den Ist-Daten demnach auch die Plandaten berücksichtigt werden – zumindest um die erhobenen Ist-Daten relativieren zu können.

Darüber hinaus lässt die hohe Variabilität Zweifel an der Gültigkeit der Ergebnisse aufkommen. Beispielsweise scheint der plan- bzw. regelmäßige Einsatz von einer Pflegekraft für 14 Patienten im Nachtdienst einer geriatrischen Abteilung angesichts eines durch die DRG-Systematik bedingten Anreizes zur Kosteneffizienz als nicht plausibel, während das

¹ Busse, R. (2012). Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes. Ergebnisse der RN4Cast-Studie. Online im Internet: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf. [Abruf: 05.09.2018].

Verhältnis von einer Pflegekraft zu 37 Patienten sicher als Überbelegung interpretiert werden muss. Auch wenn in der Begründung an dieser Stelle von „Ausreißern“ die Rede ist, lassen sich diese doch nur schwer erklären, da die Rahmenbedingungen für alle Krankenhäuser annähernd gleich sind.

Weiterhin wird in der Begründung zu § 6 Abs. 1 PpUGV beschrieben, dass in die Berechnung der Marke oberhalb des unteren Quartils 177 pflegesensitive Bereiche aus 139 Krankenhäusern einbezogen wurden, was der Grundgesamtheit der einzelnen pflegesensitiven Bereichen gerecht werden würde. Dies gilt es jedoch hochgradig anzuzweifeln, denn im Verhältnis zu sechs pflegesensitiven Bereichen wären dies rechnerisch nur 30 Fachabteilungen pro pflegesensitiven Bereich. Auf Grundlage dieser geringen Stichprobe ist eine Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen, die für rund 2.000 Krankenhäuser gelten soll, mehr als fraglich.

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. gibt daher zu bedenken, dass die realitätsgetreue Anwendung des Perzentilansatzes ab dem Jahr 2020 deutlich höhere Nurse-to-Patient-Ratios hervorbringen könnte. Wir werten die in § 6 Abs. 1 PpUGV enthaltenen Ergebnisse somit nicht als Hinweis für die Eignung dieser Methode zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Begrenzung der Pflegepersonaluntergrenzen auf die pflegesensitiven Bereiche bergen die Nurse-to-Patient-Ratios nach § 6 PpUGV dazu das Risiko, dass Pflegepersonal aus anderen Krankenhausbereichen abgezogen wird, um es in den pflegesensitiven Bereichen einzusetzen. Zumal bisher keine Maßnahmen zur Vermeidung dieser Personalverlagerungseffekte getroffen wurden. Weiterhin ist auch die Erweiterung des Aufgabenspektrums des Pflegedienstes in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen denkbar, wodurch ein Mehr an Personal bereits aufgezehrt werden würde. Ebenso bedeutet die einseitige Aufwertung der pflegesensitiven Bereiche eine mangelnde Wertschätzung gegenüber den Pflegenden in den anderen Fachbereichen, die ebenfalls personelle Unterstützung verdient hätten – für den Fall, dass etwaige Untergrenzen unterschritten werden würden.

Darüber hinaus ist es fraglich, auf welcher methodischen Grundlage die unter § 6 Abs. 2 PpUGV ausgewiesenen prozentualen Anteile an Pflegehilfspersonen ermittelt und festgelegt wurden. In der Begründung der entsprechenden Vorschrift ist lediglich von einer „gutachterlichen Auswertung“ die Rede.

Pflegelast ist zur Differenzierung des Versorgungsbedarfs ungeeignet

Eine weitere Fehlentwicklung im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Selbstverwaltung betrifft die Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand, welche auf der Grundlage der Pflegelast pro Patient vorgenommen werden sollte. Hintergrund ist, dass eine einheitliche Pflegepersonaluntergrenze für alle Abteilungen eines medizinischen Fachgebiets unsachgemäß wäre, da auf diese Weise keine Unterschiede im Versorgungsbedarf berücksichtigt werden können. Dies ist aus Sicht des Verbands der Schwesternschaften vom DRK e.V. durchaus als sachgerecht zu bewerten, weshalb die Festlegung von verschiedenen Pflegepersonaluntergrenzen, die zwischen unterschiedlichen Bedarfskonstellationen differenzieren, inhaltlich nachvollzogen werden kann.

Allerdings soll die Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand anhand eines Pflegelastkatalogs erfolgen, der durch das InEK entwickelt wurde und nach § 4 PpUGV jährlich weiterentwickelt werden soll. Die sogenannte Pflegelast wird auf der Grundlage des Anteils der kalkulatorischen Pflegekosten an den einzelnen Fallpauschalen bemessen. Es handelt sich daher um eine rein monetäre Aussage, die keine Rückschlüsse auf den Pflegebedarf der Patienten zulässt, zumal pflegerische Aufwände innerhalb des primär an ärztlichen Diagnosen und Prozeduren orientierten G-DRG-Systems ohnehin nur unzureichend abgebildet werden. Die Pflegelast eignet sich daher nicht dazu, den Versorgungsbedarf der Patienten adäquat zu differenzieren.

In dem vorliegenden Referentenentwurf wird allerdings – vorerst – auf eine Ausdifferenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach den unterschiedlichen Bedarfskonstellationen der Patienten verzichtet. Gleichwohl wird in der Begründung zu den wesentlichen Inhalten des Entwurfs darauf hingewiesen, dass „eine Berücksichtigung unterschiedlicher

Pflegeaufwände“ als sachgerecht erscheint. Weshalb die „standortbezogene Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands“ bereits im Rahmen der Verordnung vorgesehen ist.

Es spricht also einiges dafür, dass der bisher eingeschlagene Weg zur Differenzierung des Pflegebedarfs anhand der monetär ausgerichteten Pflegelast fortgeführt werden soll. Dies gilt es aus Sicht des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e.V. abzulehnen.

Pflegepersonalquotient statt Pflegepersonaluntergrenzen

Laut Begründung des Gesetzesentwurfs zum PpSG soll der ab 2020 geltende Pflegepersonalquotient die Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern verbessern und gleichzeitig die Patientensicherheit gewährleisten.

Der Pflegepersonalquotient greift daher die ursprüngliche Intention der Pflegepersonaluntergrenzen auf und führt diese fort. Die Bundesregierung will damit offenbar ihr Versprechen aus dem KoaV einlösen, die Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen auszuweiten. Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. begrüßt dies außerordentlich, da sich das Risiko für unerwünschte Ereignisse aus den individuellen Patientenmerkmalen ableitet und weiterhin Personalverlagerungseffekte vermieden werden.

Die Regelung sieht vor, dass das InEK den Pflegepersonalquotienten jährlich für jedes Krankenhaus ermittelt. Die Kennzahl soll eine Aussage zu dem Verhältnis von Vollzeitkräften im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses treffen. Allerdings lässt der Gesetzestext darauf schließen, dass der Pflegeaufwand durch den Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 KHG (GesE PpSG) ermittelt werden soll. Der Pflegeerlöskatalog enthält jedoch lediglich die aus den Fallpauschalen ausgegliederten Pflegepersonalkosten, woraus keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Pflegebedarf gezogen werden können. Der Pflegepersonalquotient gibt daher das Verhältnis von Vollzeitkräften im Pflegedienst zu den

Pflegepersonalkosten eines Krankenhauses wieder und nicht etwa zu dem Pflegebedarf.

Wir geben daher zu bedenken, dass dieser Kennwert ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit widerspiegelt. Unter der Voraussetzung, dass dies bei der Interpretation des Pflegepersonalquotienten berücksichtigt wird, ist ein Benchmarking der Krankenhäuser jedoch durchaus denkbar.

Darüber hinaus wird das Bundesministerium für Gesundheit dazu ermächtigt durch eine Rechtsverordnung eine Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten festzulegen. Maßgeblich dafür soll das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand sein, bei dem widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist.

Auch dies entspricht der ursprünglichen Intention der Pflegepersonaluntergrenzen, welche der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. begrüßt. Gleichzeitig stellen sich in diesem Zusammenhang jedoch einige Fragen:

- Die Aussage des Pflegepersonalquotienten bezieht sich auf das Verhältnis der Vollzeitstellen im Pflegedienst zu den Pflegepersonalkosten des Krankenhauses und nicht auf den Pflegebedarf. Es ist daher fraglich, inwieweit aus diesem Kennwert Informationen zur Patientensicherheit hervorgehen bzw. abgeleitet werden können.
- Ebenso offen bleibt, wie vor dem Hintergrund der begrenzten Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten eine evidenzbasierte Entscheidung bezüglich einer Untergrenze getroffen werden kann. Nach den Erfahrungen im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen, die trotz einer begrüßenswerten Intention heute als gescheitert betrachtet werden müssen, raten wir dringend dazu, an diesem Prozess entsprechende Sachverständige aus der Pflege direkt zu beteiligen und nicht nur miteinzubeziehen.
- Vorausgesetzt die limitierte Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten wird akzeptiert, so bezieht sich der Kennwert immer nur auf das Krankenhaus als Ganzes. Hieraus

lassen sich jedoch keine Aussagen zu der Situation in den einzelnen Abteilungen bzw. Stationen ableiten. Wir sprechen uns daher dafür aus, dass das InEK den Pflegepersonalquotienten sowohl für das gesamte Krankenhaus, als auch für jede abgeschlossene bettenführende Einheit (Station) berechnet. Ebenso empfehlen wir die Festlegung einer Untergrenze für jeden dieser Bereiche. Nur so kann das Versprechen aus dem KoaV, die Pflegepersonaluntergrenzen auf alle Bereiche des Krankenhauses auszudehnen, wirklich erfüllt werden.

- Der Pflegepersonalquotient verfolgt ein ähnliches Ziel wie die Pflegepersonaluntergrenzen. Wie bei den Pflegepersonaluntergrenzen geht es nicht darum einen bedarfsgerechten Personalschlüssel festzulegen, sondern eine Untergrenze für eine nicht-patientengefährdende pflegerische Versorgung zu schaffen. Es stellt sich daher die Frage nach der Sinnhaftigkeit von zwei parallelen Instrumenten, die ein beinahe identisches Ziel verfolgen.
- Vor dem Hintergrund des sich immer weiter verschärfenden Fachkräftemangels in der Pflege bleibt es insgesamt offen, inwiefern Untergrenzen, sei es nach § 137i SGB V oder § 137j SGB V überhaupt besetzt und dementsprechend eingehalten werden können.

Im Vergleich zu den Pflegepersonaluntergrenzen, deren Ausgestaltungsprozess sich aus unserer Sicht in einer Sackgasse befindet, erscheint uns der Pflegepersonalquotient, trotz der hier aufgeführten Limitationen, in der Gesamtschau der geeigneterer Ansatz zur Festlegung von Untergrenzen zu sein. Ebenso ist zu erwarten, dass die Finanzierung einer verbesserten Pflegepersonalausstattung durch die Fortführung des Pflegestellen-Förderungsprogramms und der Einführung des Pflegebudgets zukünftig möglich ist.

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. spricht sich daher für eine Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V und eine Weiterentwicklung des Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V (GesE PpSG) aus. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten

medizinisch-pflegerischen Versorgung durch den Pflegedienst ist jedoch die Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen, bundesweit einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in der Krankenhauspflege analog zu § 113c SGB XI unabdingbar.

Im Rahmen einer Übergangszeit könnte hierzu bereits eine überarbeitete und weiterentwickelte Version der PPR (Pflegepersonal-Regelung) zur Anwendung kommen, die bereits heute von allen Krankenhäusern verwendet wird, die an den InEK-Kalkulationen teilnehmen.