

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung
zu den Änderungsanträgen
der CDU/CSU und SPD**

**im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu dem
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten
(Drucksache 18/10938)**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik.

Der Deutsche Pflegerat begrüßt die Gesetzesinitiative zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen, in denen es für die Patientensicherheit besonders notwendig ist. Dies kann einen Beitrag zur Sicherung und zum Ausbau der Versorgungsqualität leisten.

Als Mitglied Expertenkommission Pflegepersonal im Krankenhaus hat der DPR den bisherigen Prozess der Umsetzung der Vorgaben des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) aktiv konstruktiv begleitet.

Im Einzelnen nehmen wir zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und SPD wie folgt Stellung:

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Der Definition „pflegesensitiver Bereiche“ ist eine besonders hohe Bedeutung beizumessen. Hierbei ist zu bedenken, dass von einem pflegesensitiven Bereich dann auszugehen ist, wenn ein Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Qualitätssicherung besteht. Qualitätssicherung ist an dieser Stelle sowohl im Sinne einer Vermeidung von unerwünschten Ereignissen (z.B. Dekubitus) als auch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit der Patienten als Reaktion auf den jeweiligen Pflegebedarf zu verstehen. Aus diesen Anforderungen ergibt sich der Pflege- und somit Personalbedarf.

Eine zunehmende Verankerung der Zielsetzung einer Teilhabesicherung auch im Krankenhausbereich würde den begonnen Weg über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem zugehörigen Neuen Begutachtungsinstrument im Sinne einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung aufgreifen.

Aus Sicht des DPR und auch im Sinne des KHSG sind diesbezüglich der im KHSG empfohlenen Patientengruppen (demenz Erkrankte, pflegebedürftige oder behinderte Patienten) besondere Beachtung zu schenken, um einer Entkopplung der angestrebten Regelungen für Personaluntergrenzen von den bereits über die Weiterentwicklung des DRG-Systems für das Jahr 2017 parallel umgesetzten Regelungen zu vermeiden.

Gemäß den Schlussfolgerungen aus dem Bericht der Expertenkommission soll über die Einführung von Personaluntergrenzen dem allgemeinen Pflegebedarf besser Rechnung getragen werden. Eine Regelung für einige ausgewählte Fachabteilungen wird dieser Schlussfolgerung aber nicht im vollen Umfang gerecht.

Eine fachabteilungsbezogene Festsetzung von Personaluntergrenzen ist mit vielen Problemen verbunden, sodass einer Regelung auf Einrichtungsebene aus Sicht der des aktuellen Erkenntnisstandes vorzuziehen ist. Personalverlagerungseffekte sind bei einer fachabteilungsbezogenen Regelung kaum zu vermeiden, diese sind allein durch die natürliche Personalfuktuation bedingt und es ergeben sich bei der oft langwierigen Wiederbesetzung offener Stellen Abweichungen, so dass in Praxis eine Differenzierung von Personalverlagerung und diesen Wiederbesetzungsschwierigkeiten kaum möglich ist.

Zudem gibt es substanzielle methodische Bedenken, welche sowohl den gewählten bisherigen gutachterlichen Ansatz als auch die Datengrundlage für die Bewertung der „pflegesensitiven Bereiche“ betreffen. Diese Bedenken wurden bereits in der Expertenkommission durch verschiedene beteiligte Experten vorgetragen.

Mit der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurde im Zuge der Umsetzung des KHSG begonnen. Dieses fordert eine „qualitativ hochwertige“ und „patientengerechte“ Versorgung der Bevölkerung mit „qualitativ hochwertigen“ Krankenhäusern, wobei auch hier der Vermeidung einer Patientengefährdung eine wesentliche Bedeutung beigemessen wird.

Die angestoßene Entwicklung der Qualitätsindikatoren, weist darauf hin, dass diese offensichtlich noch nicht ausreichend sind, um eine Patientengefährdung maßgeblich zu vermeiden – und dieser Anspruch sollte insbesondere auch für pflegesensitive Bereiche gelten – deshalb sollte eine detaillierte Definition erst nach einer weiteren Etablierung erfolgen und zunächst einer allgemeinen Regelung auf Einrichtungsebene der Vorrang gegeben werden.

Die Formulierung „Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen sind alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen“ ist missverständlich, da mit Blick auf international bereits etablierte Personalbesetzungsvorgaben festzustellen ist, dass immer eine differenzierte Berücksichtigung aller Patient*innen in Abhängigkeit von deren Zustand bzw. aus dem Pflegebedarf abgeleiteten Aufwand erfolgt (Simon & Mehmecke, Nurse-to-Patient Ratios, Hans-Böckler-Stiftung, Working Paper Forschungsförderung, Nummer 027, Februar 2017). Bspw. ist es für die Beurteilung des pflegerische Behandlungs- und Versorgungsaufwandes bei Patient*innen mit einer hämatologischen Erkrankung - die auf einer entsprechenden Fachabteilung behandelt werden - von entscheidender Bedeutung, ob auch Stammzelltransplantation erfolgt oder nicht. Dies ist mit enormen Auswirkungen für die Personalbindung, bspw. durch Maßnahmen der Isolierung, Abstoßungsreaktionen (Graft-versus-Host Disease) oder anderen schwerwiegenden Nebenwirkungen der Therapie, verbunden.

Im KHSG ist formuliert, dass die Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm II „zur Stärkung der Pflege am Bett“ einzusetzen sind. Daher müssen Regelungen zur Festsetzung von Personaluntergrenzen getroffen werden, die einen tatsächlichen Anreiz zum Aufbau von Pflegepersonalstellen führen. Eine Orientierung an Angaben zur Personalausstattung in den Qualitätsberichten, die den bekannten Personalabbau und die unzureichende Personalausstattung widerspiegeln, erscheint mit Blick auf diese Zielsetzung durchaus kritisch. Es überrascht, dass in der Zeitschrift f&w Verhältniszahlen für eine Festsetzung von Personaluntergrenzen für Fachabteilungen aus einem unveröffentlichten Gutachten dargestellt werden. Vergleicht man diese Angaben mit den Mittel- bzw. Medianwerten der derzeit bestehenden Personalausstattungen (aus den gleichen Qualitätsberichten) zeigt sich, dass bei Umsetzung dieser Angaben für eine Pflegekraft eines durchschnittlich ausgestatteten Krankenhauses mit einer Personaluntergrenze auf bspw. einer Inneren Station von 11,44 oder 9,31 Patienten je Pflegekraft eine deutlich höhere Belastung zugemutet würde, als dies aktuell im Mittel mit 7,34 Patienten je Pflegekraft der Fall ist. Eine Orientierung an diesen veröffentlichten Verhältniszahlen würde einer Mehrbelastung von 33% oder 56% im Vergleich zur jetzigen Situation bedeuten. . Eine Regelung, die eine Untergrenze auf diese Art definiert, ist somit ungeeignet, eine allgemeine Verbesserung der Personalausstattung herbeizuführen. Im Gegenteil, die Krankenhäuser die bereits heute eine bessere Pflegepersonalausstattung aufweisen, müssten durch ergänzende Regelungen daran gehindert werden, diese Quote auf die neu etablierten Personaluntergrenzen abzusenken.

Deshalb sollte eine ergänzende Formulierung aufgenommen werden, die klar stellt, dass sich die Personaluntergrenzen an den Personalausstattungen orientieren sollen, die oberhalb der mittleren Ausstattung liegen.

In der Begründung zum vorliegenden Änderungsantrag wird ausgeführt, dass die Vorgaben zu Personaluntergrenzen als Verhältnis Pflegekraft pro Patient als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios“, darzustellen sind. Weiterhin wird ausgeführt: „Dazu zählen professionelle Pflegerinnen und Pfleger mit mindestens drei Jahren Berufsausbildung, zusätzlich können beispielsweise aber auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden“. Die zu treffenden Vorgaben sind um die Angaben für eine Mindestquote in Höhe von 75% für professionelle Pfleger*innen mit mindestens drei Jahren Ausbildung zu ergänzen.

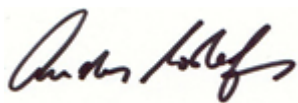
Die Dokumentation der Fallzahlen zur Bestimmung der tatsächlichen Personalbelastungszahlen sollte im Sinne einer praktikablen und unbürokratischen Umsetzung im Mittel über die jährliche Ausstattung erfolgen und nicht durch eine tagesbezogene Dokumentation wie bspw. in der G-BA Richtlinie Neonatologie gefordert.

Für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sind von den Vertragsparteien nach §11 des Krankenhausentgeltgesetzes insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen zu bestimmen. Hier sollte die Möglichkeit geschaffen werden, wenn es bspw. aufgrund der Arbeitsmarktsituation bei nachgewiesenen Bemühungen nicht möglich ist, die Personaluntergrenzen zu erfüllen, eine Vereinbarung zur Erhöhung von Ausbildungskapazitäten vereinbaren können.

Fazit

Die Einführung von Personaluntergrenzen ist ein wichtiger Schritt, um den allgemeinen Pflegebedarf in Krankenhäusern zukünftig besser gerecht werden zu können. Die Rahmenbedingen sind so auszugestalten, dass Anreize für einen tatsächlichen Personalaufbau in den Krankenhäusern gesetzt werden. Personalverlagerungseffekte und gar Personalstellenabbau müssen verhindert werden.

Berlin, Mai 2017



Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de