Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0259(17)
gel. ESV zur öAnhörung am 17.5.
2017_Pflegepersonaluntergrenzen
17.5.2017

Stellungnahme zum Änderungsantrag 18(14)249.2 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

Bundestags-Drucksache 18/10938

Prof. Dr. Michael Simon
Hannover

vorgelegt zur
Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit
am 17. Mai 2017

1 Vorbemerkungen

Im Interesse sowohl der zukünftigen Krankenhauspatienten als auch des Pflegepersonals im Pflegedienst der Krankenhäuser ist es sehr zu begrüßen, dass sich die gegenwärtige Regierungskoalition entschlossen hat, die Einführung verbindlich einzuhaltender Personaluntergrenzen für den Pflegedienst im Krankenhaus auf den Weg zu bringen.
Der vorliegende Änderungsantrag weist zwar in weiten Teilen m.E. in eine grundsätzlich richtige Richtung, enthält aber leider auch Vorschriften und Passagen, die für die Erreichung des erklärten Zieles wenig hilfreich sind oder sogar hinderlich sein dürften.

2 Zum Problemhintergrund

Auch wenn der Problemhintergrund allgemein bekannt ist bzw. sein müsste, so erscheint es doch sinnvoll, ihn noch einmal in Erinnerung zu rufen, da über das Ausmaß des Problems offensichtlich sehr unterschiedliche Auffassungen nicht nur in der Koalition, sondern insbesondere auch bei den Akteuren bestehen, die mit der Vereinbarung von Personaluntergrenzen beauftragt werden sollen.
Im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser besteht seit mehr als zwei Jahrzehnten eine erhebliche Unterbesetzung. Bereits Ende der 1980er Jahre wurde in Westdeutschland in der Öffentlichkeit über einen »Pflegenotstand« in Krankenhäusern diskutiert und Anfang der 1990er Jahre machten Pflegekräfte mit zahlreichen Aktionen auf diesen Notstand aufmerksam. Die damalige Bundesregierung erkannte die Notlage an und ließ durch Expertengruppen zwei Regelungen für die Ermittlung des Personalbedarfs in der stationären Psychiatrie und für somatische Normalstationen entwickeln, die 1991 als Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und 1993 als Pflege-Personalregelung (PPR) in Kraft gesetzt wurden.
Auf Grundlage der von allen zugelassenen Krankenhäusern bundesweit erhobenen PPR-Daten kamen die Spitzenverbände der GKV 1993 zu dem Ergebnis, dass im Tagdienst der Normalstationen ein Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 % bestand (GKV 1993). Dies entsprach einer Soll-Besetzung auf Normalstationen im Jahr 1993 in Höhe von ca. 310.000 Vollkräften. Zwanzig Jahre später (2013) lag die tatsächliche Personalbesetzung auf Normalstationen um mehr als 80.000 Vollkräfte darunter (Simon 2015). Und dies, obwohl in der Zwischenzeit nicht nur mehr Fälle pro Jahr vollstationär behandelt werden, sondern auch die Zahl der vor- und nachstationären sowie der teilstationären Fälle und ambulanten Operationen erheblich zugenommen hat und der Anteil der alten und vor allem auch hochbetagten Patienten weit über dem des Jahres 1993 liegt. Es erscheint angesichts dieser Entwicklungen angebracht davon auszugehen, dass der Pflegedienst insgesamt (nicht nur im Tagdienst der Normalstationen, sondern auch einschließlich der Intensivstationen) trotz der Stellenzuwächse der letzten Jahre um mehr als 100.000 Vollkräfte unterbesetzt ist.

Bei solchen Zahlen kann es nicht um exakte Berechnungen, sondern nur um grobe Schätzungen gehen, weil zuverlässige Daten über den tatsächlichen Pflege- und Personalbedarf nicht verfügbar sind. Die zitierte Schätzung soll hier auch nur eines verdeutlichen: Unterbesetzung ist nicht das Problem einiger weniger randständiger Bereiche im Pflegedienst der Krankenhäuser. Es muss von einer gravierenden und den weit überwiegenden Teil der Krankenhäuser und Abteilungen betreffenden Unterbesetzung ausgegangen werden. Es ist darum auch nicht mit einigen wenigen Personaluntergrenzen für eine Handvoll Stationen zu lösen. Es ist dringend notwendig, Personaluntergrenzen für den gesamten Pflegedienst oder zumindest den weit überwiegenden Teil der Stationen vorzugeben.

Die Politik steht in der Verantwortung, endlich für eine ausreichende und bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu sorgen. Sie ist es dem existenziellen Bedürfnis der Menschen geschuldet, im Falle schwerer Krankheit oder nach einem schweren Unfall im Krankenhaus so gut versorgt zu werden, wie es der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ermöglicht. Und dazu gehört unerlässlich auch eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im qualifiziertem Pflegepersonal, und zwar nicht, weil dadurch mehr ‚menschliche Zuwendung' möglich ist, sondern weil qualifiziertes Pflegepersonal lebensnotwendige Leistungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung erbringt, beispielsweise eine qualifizierte und lückenlose Krankenüberwachung durch die die Entstehung schwerer Komplikationen nach einer Operation frühzeitig erkannt werden kann und Schädigungen der Patientengesundheit infolge zu spät erkannter Komplikationen verhindert werden können.

3 Pflegepersonaluntergrenzen

Der Begriff „Pflegepersonaluntergrenzen" wird mit der geplanten Änderung des SGB V neu in das Sozialrecht eingefügt und bedarf einer hinreichend eindeutigen Definition, insbesondere auch, weil er in der Fachdiskussion weder üblich noch mit einer eindeutigen Definition belegt ist. Eine eindeutige Definition ist bislang im Gesetzentwurf jedoch nicht vorgesehen.

Lediglich im Begründungsteil wird näher spezifiziert, was ‚der Gesetzgeber' damit offenbar meint. Insbesondere die nachfolgend zitierten Passagen enthalten entsprechende Konkretisierungen:

> „Von der Vereinbarung ist insbesondere Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu erfassen (vgl. § 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG). 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 im Verhältnis Pflegekraft pro Patient als Personalbelastungs-zahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios", darzustellen" (Begründung zu § 137i Abs. 1 SGB V).

„Verhältniszahlen, die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden“ (Begründung zu § 137i Abs. 1 SGB V).

„zusätzlich können beispielsweise aber auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden“ (Begründung zu § 137i Abs. 1 SGB V).

Folgende Merkmale der angestrebten Vorgaben sind den zitierten Passagen zu entnehmen:

- Die Vorgaben sollen für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gelten
- sie sollen Vorgaben zur Zahl der Pflegefachkräfte machen (mindestens dreijährig ausgebildete Pflegekräfte)
- aber auch Pflegehilfskräfte zusätzlich berücksichtigen können und
- sie sollen als Verhältniszahl festgelegt werden, die angibt wie viele Patienten eine Pflegekraft pro Schicht maximal zu versorgen haben darf.

Der Begründung zufolge sollen die geplanten „Pflegepersonaluntergrenzen“ offensichtlich Vorgaben nach Art der international verbreiteten Nurse-to-Patient Ratios sein. Dies ist sehr zu begrüßen, da es sich dabei um eine Art von Vorgaben handelt, die – verglichen mit anderen möglichen Kennzahlen – vergleichsweise gut geeignet sind, die Patientengesundheit zu schützen und Ziele der Qualitätssicherung zu erreichen. Sehr zentral ist dabei, dass Vorgaben zur Personalbesetzung »pro Schicht« gemacht werden und zwar in Form einer nicht zu überschreitenden Zahl an Patienten pro Pflegekraft.

Die zitierten Passagen enthalten aber leider gerade bei diesem sehr zentralen Punkt einen Fehler: Bei Nurse-to-Patient Ratios handelt es sich nicht um die Angabe eines Verhältnisses „Pflegekraft pro Patient“, sondern umgekehrt: Patienten pro Pflegekraft. Dies sollte unbedingt korrigiert werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

Laut Begründungsteil sollen die zu vereinbarenden Personaluntergrenzen „zusätzlich“ auch Pflegehilfskräfte „berücksichtigen“ können. Hier sollte präzisiert werden, wie dies gemeint ist. Staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung in den USA und Australien, die Nurse-to-Patient Ratios nutzen, geben üblicherweise vor, dass die in der Regulierung genannte Zahl an Pflegekräften durch so genannte »Registered Nurses« zu erfüllen sind, deren Qualifikationsniveau weitgehend dem der deutschen Pflegefachkräfte (dreijährige Ausbildung) entspricht. Wenn Pflegekräfte mit einer niedrigeren Qualifikation auf die Erfüllung der Verhältniszahl angerechnet werden dürfen (z.B. in Kalifornien), ist üblicherweise festgelegt, wie hoch deren Anteil an der Erfüllung der Verhältniszahl maximal sein darf (Simon/Mehmecke 2017). Dies ist von erheblicher Bedeutung für die Erreichung der mit solchen Regelungen angestrebten Ziele. Erfolgt keine solche Begrenzung, birgt dies das Risiko, dass in hohe Maße oder sogar überwiegend Hilfskräfte eingesetzt werden. Zudem ist die Verwendung des Begriffs „Pflegehelferinnen und Pflegehelfer“ zu ungenau. Es gibt Pflegehilfskräfte mit einer Pflegehilfeausbildung und solche ohne jegliche pflegerische Qualifikation. Wird die angesprochen Klarstellung nicht vorgenommen, wäre es zulässig, die

Vorgaben auch überwiegend oder vollständig durch Hilfskräfte ohne jegliche pflegerische Ausbildung erfüllen zu lassen.

Empfehlung

Wegen der zentralen Bedeutung des Begriffs „Pflegepersonaluntergrenzen“ erscheint es dringend geboten, ihn im Gesetz zu definieren. Sofern dies dem Willen der Regierungskoalition entspricht, dürfte es hilfreich sein den Begriff der „Nurse-to-Patient Ratios“ als Hinweis zum Verständnis der Definition einzufügen, ähnlich wie dies im Begründungsteil bereits geschehen ist.

Wird auf eine explizite Definition im Gesetzestext verzichtet, erhöht dies unter anderem das Risiko, dass die beauftragten Verhandlungspartner sich auf etwas einigen, das nicht den Intentionen entspricht, die der gesetzlichen Regelung zugrunde liegen, oder diesen sogar zuwiderlaufen. Hierzu würde auch eine Vereinbarung zu rechnen sein, die lediglich Vorgaben zu der im Jahresdurchschnitt vorzuhaltenden Vollkräfte enthält.

4 Pflegesensitive Bereiche

Personaluntergrenzen sollen nur für „pflegesensitive Bereiche“ eingeführt werden. Welche Bereiche als pflegesensitiv zu gelten haben, soll von den Spitzenverbänden vereinbart werden. Für das Verfahren zur Festlegung der pflegesensitiven Bereiche soll die „Wissenschaftlichkeit“ sichergestellt werden, insbesondere durch die Beauftragung fachlich unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen oder Sachverständiger (§ 137i Abs. 1 SGB V). Welche Bereiche als „pflegesensitiv“ zu gelten haben, ist im Begründungsteil näher ausgeführt:

> „Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse besonders evident ist. Dies bedeutet, dass pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse besonders anfällig sind, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt“ (Begründung zu § 137i Abs. 1 SGB V).

Die Begriffe „pflegesensitiv“ und „pflegesensitive Bereiche“ sind ein sprachlich misslungener Versuch der Umschreibung der offenbar gemeinten Bereiche. Der Duden[1] nennt als Bedeutung des Wortes »sensitiv«: „von übersteigerter Feinfühligkeit, überempfindlich“; und als Synonyme: dünnhäutig, zartbesaitet, mimosenhaft etc. Angesichts dieses Bedeutungshintergrundes erscheint es dringend angeraten, »pflegesensitiv« durch einen anderen, passenderen Begriff zu ersetzen oder – vermutlich besser – durch eine Formulierung, ähnlich der im Begründungsteil bereits enthaltenen.

---

[1] vgl. http://www.duden.de/suchen/dudenonline/sensitiv

Ausgangspunkt dieser missglückten Begriffskonstruktion ist offensichtlich das Vorhaben, Personaluntertrenzen nur für einen Teil, und vermutlich nur einen kleinen Teil der Stationen und Fachabteilungen einzuführen. Die jetzige Fassung des Änderungsantrages legt die Vermutung nahe, dass auch langfristig nur für einige wenige Bereiche Personaluntergrenzen eingeführt werden sollen. Wie in den Vorbemerkungen dargelegt, stünde eine solche Beschränkung in eklatantem Gegensatz zur dramatischen Situation in einer Vielzahl von Krankenhäusern.

Sollte es politische Absicht sein, Personaluntergrenzen schrittweise einzuführen und nach und nach immer mehr Bereiche einzubeziehen, müsste dies auch eindeutig und im Gesetz zum Ausdruck gemacht werden. Es müsste das langfristige Ziel genannt werden (wie viele Bereiche bis wann) und es müssten konkrete Angaben zu den einzelnen Schritten gemacht werden. Dies alles vollständig den Spitzenverbänden zu überlassen, wird der politischen Verantwortung des Gesetzgebers nicht gerecht.

5 Verfahren zur Ermittlung „pflegesensitiver Bereiche“ und Festlegung von „Pflegepersonaluntergrenzen“

Die Formulierungen des Änderungsantrages deuten darauf hin, dass die Festlegung sowohl der „pflegesensitiven Bereiche“ als auch der „Pflegepersonaluntergrenzen“ mittels wissenschaftlicher Analysen und Gutachten geschehen soll. Hierzu hatte das BMG 2016 bereits ein Gutachten zur Unterstützung der Expertenkommission in Auftrag gegeben, das die Frage klären sollte, welche Bereiche als „pflegesensitiv“ gelten können und wo mögliche „Personaluntergrenzen“ anzusetzen sein könnten.

Das daraufhin erstellte Gutachten enthielt Berechnungen auf Grundlage der DRG-Daten (§ 21 KHEntgG) und der Angaben der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Schreyögg/Milstein 2016). Beide Datenbestände sind jedoch für derartige Analysen nicht geeignet. Die Gründe im Detail darzulegen, würde hier zu weit führen. Es sollen darum nur ausgewählte Punkte kurz angesprochen werden.

Bei den DRG-Daten handelt es sich um Abrechnungsdaten, sie bieten weder Angaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst noch hinreichend zuverlässige Daten über Haupt- und Nebendiagnosen. Zuverlässige Daten zu Haupt- und Nebendiagnosen sind aber zentrale Voraussetzung für die Berechnung eines Zusammenhanges zwischen Personalbesetzung und so genannten »unverwünschten Ereignissen« (Komplikationen). Die fehlende Zuverlässigkeit der Diagnosedaten wird auch für den medizinischen Laien bereits daran erkennbar, dass die Richtigkeit der Kodierung von Diagnosen seit Jahren Streitpunkt zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist; ein Streit, mit dem sich auch der Gesetzgeber bereits mehrfach beschäftigen musste. Zudem ist »Nebendiagnose« in den Kodierrichtlinien so definiert, dass auch bereits bei Krankenhausaufnahme bestehende gesundheitliche Probleme erfasst werden. Verwendet man diese Daten für entsprechende Analysen, hätte dies zur Folge, dass

nicht bekannt ist, welche Nebendiagnosen bereits vor der Krankenhausaufnahme bestanden und welche erst im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes entstanden. Für Berechnungen zum Zusammenhang von Komplikationen und Personalbesetzung dürften aber nur Nebendiagnosen verwendet werden, die erst während des Krankenhausaufenthaltes entstanden sind. Werden alle kodierten Nebendiagnosen verwendet, würden gesundheitliche Probleme, die bereits vor der Krankenhausaufnahme bestanden, der Personalbesetzung im Pflegedienst des Krankenhauses zugerechnet.
Auch die Angaben in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser bieten keine zuverlässige Datengrundlage für eine datenbasierte Bestimmung ‚pflegesensitiver' Bereiche oder Pflegepersonaluntergrenzen:

- Die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Fachabteilungen erfolgt nicht in allen Krankenhäusern nach denselben Kriterien, die in den Qualitätsberichten genannten Fachabteilungsschlüssel werden nicht einheitlich angewendet.
- In den Qualitätsberichten wird die Zahl der Vollkräfte im Pflegebereich nur für die Abteilungsebene angegeben und folglich nicht für die einzelnen Stationen. Somit kann die Personalbesetzung weder für Normal- noch für Intensivstationen identifiziert werden. Zudem handelt es sich um Selbstberichte, deren Richtigkeit nicht von unabhängiger externer Stelle überprüft wird.

Ein weiteres für ein solches Vorhaben zentrales Problem ist das Fehlen zuverlässiger Daten zum Pflegebedarf der Patienten. Weder die DRG-Daten noch die Angaben in den Qualitätsberichten enthalten verwertbare Daten zum Pflegebedarf. Der Pflegebedarf wird nicht bundesweit erhoben. Lediglich während der Geltungsdauer der PPR (1993 bis 1995) wurde bundesweit mit einem einheitlichen Instrument der Pflegebedarf erhoben. Seit dem 1.01.1996 geschieht dies nicht mehr.
Den Pflegebedarf aus anderen Kennzahlen wie bspw. dem Casemix-Index ableiten zu wollen, wäre vollkommen verfehlt, denn die dem Casemix-Index zugrunde liegenden Bewertungsrelationen drücken das »Kostengewicht« aus und lassen keinerlei Rückschluss auf den Pflegebedarf zu. Auch von den kodierten Diagnosen und Nebendiagnosen kann nicht auf den Pflegebedarf geschlossen werden, da es sich fast ausschließlich um ärztlich-medizinische Diagnosen nach ICD handelt.
Es muss folglich in aller Deutlichkeit festgestellt werden: Es gibt gegenwärtig keine validen bundesweit verfügbaren Daten, auf deren Grundlage sich „pflegesensitive Bereiche" identifizieren oder „Pflegepersonaluntergrenzen" festlegen lassen.

Empfehlung
Es ist dringend zu empfehlen, von der Vorstellung einer ‚objektiven', wissenschaftlichen Bestimmung „pflegesensitiver Bereiche" oder Ableitung von „Pflegepersonaluntergrenzen" Abstand zu nehmen.

Deutschland sollte dem Beispiel des US-Bundesstaats Kalifornien oder des australischen Bundesstaates Victoria folgen, die ihre staatlichen Vorgaben auf Grundlage der Befragung von Expertinnen und Experten, vor allem aus der Pflege, und mehreren öffentlichen Anhörungen entwickelten, zu denen neben Gewerkschaften, Pflegeverbänden und Krankenhausverbänden auch Pflegekräfte aus der Praxis eingeladen wurden (Simon/Mehmecke 2017). Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass sowohl die Psych-PV als auch die Pflege-Personalregelung von Expertenkommissionen entwickelt wurden, die vor allem mit Expertinnen und Experten aus der Praxis besetzt waren.

Zudem ist festzustellen, dass Intensivstationen ohne jeden Zweifel zu den Stationen zu rechnen sind, auf denen die Gesundheit und das Leben von Patienten durch eine Unterbesetzung im Pflegedienst in besonderem Maße gefährdet wird. Wenn ein schrittweises Vorgehen politisch gewollt ist, dann haben Intensivstationen – und zwar alle – unbedingt zu den ersten Bereichen zu gehören, für die Personaluntergrenzen vorgegeben werden. Nicht von ungefähr wurden die ersten Vorgaben nach Art der Nurse-to-Patient Ratios in Deutschland vom G-BA für neonatologische Intensivstationen beschlossen.

Auch der Nachtdienst ist in deutschen Kliniken offenbar in weiten Bereichen eklatant zu gering mit Pflegepersonal besetzt. Dies zeigt nicht nur die bislang einzige hierzu in Deutschland durchgeführte Befragung (ver.di 2017).[2] Auch der Vergleich mit Kalifornien und den Regelungen für australische Bundesstaaten lässt vermuten, dass in deutschen Krankenhäusern insbesondere in der Nacht die Pflege in vielen Bereichen unterbesetzt ist und Patienten in besonderem Maße gefährdet sind (Simon/Mehmecke 2017).

6 Beauftragung der DKG und des GKV-Spitzenverbandes

Das geplante Vorgehen, die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene mit der Festlegung von Personaluntergrenzen zu beauftragen, entspricht zwar der seit langem üblichen Praxis, ist in diesem Fall jedoch hoch problematisch. Zum einen sind beide Verbände mit eigenen wirtschaftlichen Interessen massiv in die Thematik verwoben. Zum anderen haben sich beide Verbände in der Vergangenheit gegenüber der Politik kritisch bis ablehnend zu Vorgaben geäußert, wie sie sie nun vereinbaren sollen. Wenn der GKV-Spitzenverband seine frühere Position – die Vorhaltung einer ausreichenden Personalbesetzung liege in der Verantwortung des jeweiligen Krankenhausmanagements und dessen Handlungsspielräume sollten nicht eingeengt werden – nun geändert hat, ist dies zu begrüßen. Die Stellungnahme der DKG zum vorliegenden Änderungsantrag ist

[2] Gegen die von der Gewerkschaft ver.di durchgeführte Befragung kann eingewendet werden, dass sie nicht von Wissenschaftlern und nicht mit einer streng wissenschaftlichen Methodik durchgeführt wurde. Es ist aber gegenwärtig die einzige Untersuchung zu dieser Thematik und insofern – zumindest solange wie keine methodisch bessere gibt – der einzige verfügbare Referenzpunkt.

hingegen sehr eindeutig: „Globale Vorgaben zu Personaluntergrenzen“ werden „strikt abgelehnt“.

Auch wenn die Spitzenverbände die vom Gesetz geforderten Verhandlungen führen, bleibt ein grundlegendes Problem bestehen, das mit den von den beiden Verbänden zu vertretenden wirtschaftlichen Interessen verbunden ist. Wenn die Einführung von Personaluntergrenzen mit der Möglichkeit verbunden wird, dass Krankenhäuser zusätzliche Vergütungen oder Zuschläge einfordern können, steigt mit der Zahl der Bereiche, für die Vorgaben vereinbart werden, auch das Risiko von möglicherweise nicht ausreichend kontrollierbaren Mehrausgaben der GKV. Insofern ist es nachvollziehbar, wenn der GKV-Spitzenverband für ein stufenweises Vorgehen plädiert und in der ersten Stufe nur einen einzigen Bereich regeln möchte. Grundsätzlich müsste er – um Mehrausgaben in relevantem Umfang zu vermeiden – ein Interesse daran haben, die Zahl der geregelten Bereiche möglichst niedrig zu halten.

Aus Sicht der Krankenhausträger schränken Vorgaben zur Personalbesetzung den Handlungsspielraum des Krankenhausmanagements ein und sind von daher „strikt“ abzulehnen. Wenn Personaluntergrenzen nicht oder nicht ausreichend von den Kostenträgern ausfinanziert werden, stellen sie zudem ein finanzielles Risiko für Krankenhäuser dar, da sie zu Mehrkosten zwingen, die nicht oder nicht ausreichend gegenfinanziert sind. Das Risiko einer Kostenunterdeckung würde zudem noch erhöht, wenn die Verlagerung von Personal aus nicht geregelten Bereichen erfolgreich unterbunden wird.

So betrachtet bestehen zwar Interessengegensätze zwischen DKG und GKV, aber auch eine mögliche Interessenkongruenz, und zwar dann, wenn man sich darauf einigt, es bei Personaluntergrenzen nur für sehr wenige Bereiche zu belassen.

Offensichtlich ist das Vertrauen der Regierungskoalition in die das Verhandlungsmodell nicht besonders ausgeprägt, wie sonst wären die zahlreichen Sicherungen zu erklären, die für den Fall eingebaut werden sollen, dass sich die Spitzenverbände nicht einigen. Was aber, wenn sich die Spitzenverbände sehr wohl einigen, aber auf einen Minimalkompromiss, der weit hinter den Zielvorstellungen des Gesetzgebers zurückbleibt? Die Ermächtigung für eine Ersatzvornahme durch das BMG ist bislang nur für den Fall vorgesehen, dass eine Vereinbarung nicht oder nur teilweise zustande kommt. Kommt hingegen eine Vereinbarung zustande, wäre das BMG nicht ermächtigt, eine nicht zufriedenstellende Vereinbarung durch eine Rechtsverordnung zu ersetzen.

Empfehlung

Angesichts dieser bereits heute erkennbaren Risiken wäre eigentlich es angebracht, auf eine Beauftragung der Spitzenverbände zu verzichten und die gewünschten Regelungen direkt durch staatliches Recht auf dem Verordnungsweg einzuführen. Dies hätte auch den nicht zu unterschätzenden Vorzug, dass das Verfahren für Außenstehende und Betroffene

transparenter gestaltet werden könnte (öffentliche Anhörungen etc.) und weit besser der Kontrolle und dem korrigierenden Zugriff des Parlaments zugänglich wäre.

7 Literatur

GKV, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (1993): GKV-Umsetzungshinweise zum GSG. In: Das Krankenhaus, Jg. 2, Heft, S. Redaktionsbeilage.

Schreyögg, Jonas; Milstein, Ricarda (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (15.05.2017).

Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2015__Unterbesetzung_im_Pflegedienst__2._Auflage_.pdf (11.03.2016).

Simon, Michael; Mehmecke, Sandra (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. Online verfügbar unter: http://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/106575_107296.htm (9.02.2017).

ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2017): Nachdienst-Report. Personalmangel und Versorgungsprobleme in deutschen Krankenhäusern. Online verfügbar unter: http://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++58cbd19ae58deb02e1da95e3/download/verdi-Nachdienst-Report FINAL.pdf (31.03.2017).