

Stellungnahme im Vorfeld der öffentlichen Anhörung für Einzelsach verständige im Ausschuss für Gesundheit am 18. April 2018

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Grundlage: BT-Drucksachen 19/30, 19/79, 19/446 und 19/447; Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode; Berichte/Publikationen

1. Setting Krankenhaus

In BT 19/30 lautet die zentrale Forderung, die verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchzusetzen. Arbeitsverdichtung und Personalmangel würden zu einer Überbelastung und pflegerischer Unterversorgung bis hin zu „gefährlicher Pflege“ führen. Dies würde die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährden sowie die körperliche und seelische Gesundheit der Pflegekräfte. In BT 19/447 wird zudem die im internationalen Vergleich sehr hohe Personalbelastung in deutschen Krankenhäusern betont, die schnelle Maßnahmen verlangen würden.

Kommentar: Es ist gerechtfertigt und geboten, den Korpus der umfangreichen internationalen wissenschaftlichen Befunde ernst zu nehmen und einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattungsmerkmalen von Abteilungen und entscheidenden Outcomes der Versorgungs- und Ergebnisqualität in deutschen Krankenhäusern argumentativ zugrunde zu legen.

Bedauerlicherweise ist es in Deutschland bisher versäumt worden, einschlägige wissenschaftliche Untersuchungen diesbezüglich zu initiieren. Mit Nachdruck sind hier nationale Untersuchungen zu fordern zwischen Pflegepersonaleinsatz und pflegesensitiven Outcomes.

Es ist ferner richtig, das besonders ungünstige Patienten-Pflegekraft-Verhältnis in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern anzuführen. Dies zeigt u. a. die RN4Cast Studie (3). Hier hatten 49 Krankenhäuser und 1508 Pflegende aus Deutschland teilgenommen. Im Vergleich zu den anderen teilnehmenden elf europäischen Ländern und den USA wurde das ungünstigste Patienten-Pflegekraft-Verhältnis ermittelt mit im Mittel 13 ($\pm 2,3$) Patienten pro examinierter dreijährig ausgebildeter Pflegefachkraft und 10,5 ($\pm 1,6$) pro Pflegendem jeglicher Qualifikation. Im Vergleich der europäischen Partner schneidet Norwegen hingegen am besten ab mit einem Patienten-Pflegekraft-Verhältnis von 5,4 ($\pm 1,0$) und 3,3 ($\pm 0,5$).

Trotz vieler Unsicherheiten eines Vergleichs internationaler Merkmale der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern – wie im OECD Vergleich – darf davon ausgegangen werden, dass Deutschland deutlich unterdurchschnittlich abschneidet und zwar unabhängig von der gewählten Bezugsgröße, d. h. ob Fälle, Belegungstage, Betten oder Einwohner als Bezug gewählt werden (4). Auch hinsichtlich der beiden Hauptbelastungsindikatoren wurde gezeigt, dass die Situation des Pflegepersonals im Krankenhaus im internationalen Vergleich besonders schlecht abschneidet. Mit 2,4 VK pro 1000 Belegungstage ist dies das schlechteste Verhältnis in den untersuchten Ländern. Österreich liegt im Vergleich bei 3,3 VK oder Frankreich gar bei 5,7 VK. Hinsichtlich des Verhältnisses von VK je 1000 Behandlungsfälle zeigt sich mit 17,4 VK je 1000 Behandlungsfälle ein ähnlich schlechtes Bild, im Vergleich zu Österreich mit 20,9 VK oder Frankreich mit 28,9 VK (5).

Auch wenn der Vergleich im Zeitverlauf weniger eindeutig ist, so darf hergeleitet werden, dass in den letzten Jahren die Zunahme der Krankenhausfälle mit kürzeren Verweildauern trotz weniger Krankenhausbetten insgesamt zu einer steigenden Arbeitslast geführt hat (4). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen, d. h. dass bei fehlenden zeitlichen Ressourcen notwendige pflegerische Tätigkeiten nicht im erforderlichen Maße erbracht werden, sind für deutsche Krankenhäuser beschrieben (13). Damit geht ein höheres Potenzial für eine Gefährdung oder Deprivation von Patientinnen und Patienten einher. Als Folgen von Unterbesetzung und Rationierung sind Unzufriedenheit, Burnout und die Absicht den Beruf wechseln zu wollen bzw. hohe Fluktuation beschrieben (2,13).

Bereits jetzt sind zwei Jahre Diskussion um die Personaluntergrenzen verstrichen und erst kürzlich ist der Zwischenbericht des GKV SV und der DKG veröffentlicht worden. Es ist also vollkommen angemessen, schnelle Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonal-ausstattung in den Krankenhäusern zu forcieren, ebenso wie nachhaltige Maßnahmen der Sicherstellung einer angemessenen Personalausstattung einzuläuten (inklusive einer Ausbildungsinitiative), denn es nicht absehbar, dass die Arbeitslast in den deutschen Krankenhäusern sich in naher Zukunft signifikant reduzieren wird. Allein die demografische Entwicklung der Gesellschaft führt dazu, dass mehr Pflegekapazität auch im Krankenhaus bereitgehalten werden muss. An der übermäßigen Arbeitslast und dem Gefährdungspotenzial der Patientinnen und Patienten würde sich auch nicht zeitnah etwas ändern, wenn andere zweifelsohne einschlägige Maßnahmen zur Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung bald einsetzen würden: die Reduktion und Zentralisierung von Krankenhäusern, die zur Aufstockung des Personals in den verbleibenden Häusern und angemesseneren Betreuungsverhältnissen führen könnten, Senkung der Anzahl stationärer Behandlungsfälle durch Verlagerung von Prozeduren in den außerklinischen Bereich und Einhalt der Mengenausweitung.

Angezweifelt werden in BT 19/30 und BT 19/447 die Wirksamkeit der Personaluntergrenzen, um einen relevanten Beitrag zur Schaffung der tatsächlich benötigten Stellen zur bedarfsgerechten Personalausstattung zu erbringen und nicht nur Mindestanforderungen zu definieren sowie die Erfolgsaussichten der Verhandlungen zwischen DKG und GKV SV über Personaluntergrenzen (BT 19/30). Die Unterscheidung in pflegesensitive und nicht-pflegesensitive Bereiche sei unhaltbar. Stattdessen sollen verbindliche, arbeitsentlastende Personalbemessungszahlen eingeführt werden. Die Personalbemessungsinstrumente sollten für die gesamte pflegerische Versorgung gelten und sich am individuellen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten orientieren (BT 19/447). Laut BT 19/30 seien anstatt der Selbstverwaltung, Expertinnen und Experten, Patientenvertretung und Gewerkschaften zu beteiligen.

Kommentar: Bedauerlicherweise ist den internationalen Studien nicht zu entnehmen, wie eine Unterausstattung mit Pflegekräften operationalisiert werden kann. Ein objektivierbares Referenzniveau fehlt und welches Personalausstattungsniveau anzustreben ist, lässt sich hieraus nicht ableiten (4). Auch lassen sich kaum die Bereiche ableiten, in denen mit intensiviertem Pflegepersonaleinsatz der größte Gewinn an Versorgungsqualität erreicht werden kann. Es ist wissenschaftlich nicht herzuleiten, Fachabteilungen auszunehmen. Pflegeintensität bemisst sich an dem Bedarf der Betroffenen zur Kompensation ihres Selbtpflegedefizits und dem Bedarf zur Wiederherstellung und Erhalt ihrer Funktionsfähigkeit, in dem Ausmaß, in dem Risiken präventiv begegnet werden und die Wahrnehmung von Teilhabe unterstützt werden muss.

Der Koalitionsvertrag sieht bereits vor, dass der Auftrag an DKG und GKV SV, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, erweitert werden soll, so „*dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle*

bettenführenden Abteilungen eingeführt werden“ (Zeile 4498-9). Diese Erweiterung ist auf jeden Fall begrüßenswert, im kürzlich publizierten Zwischenbericht des GKV SV und der DKG jedoch bisher nicht abgebildet (7). Hier sind eben (bisher) sechs pflegesensitive Bereiche mit den verfügbaren limitierten Daten-/Wissensgrundlagen abgeleitet worden. Für vier dieser Bereiche sollen Personaluntergrenzen definiert werden, für andere sollen die Grenzen später definiert werden. Der Pflegebedarf soll berücksichtigt werden. Das InEK hat diesbezüglich einen „Pflegelastkatalog“ zur Adjustierung des Pflegeaufwandes Ende März 2018 vorgelegt (8). Die Verwendung bestehender Daten (keine zusätzliche Erhebung) ist grundsätzlich zu begrüßen. Es bleibt abzuwarten, welche Wirkung das Instrument entfaltet. GKV SV und DKG räumen in ihrem Bericht ein, dass eine erfolgreiche Umsetzung des Auftrages in der vorgegebenen Frist unklar ist (7). Die Verhandlung jetzt abzubrechen, da sie möglicherweise nicht in der avisierten Frist abgeschlossen werden kann, wäre ebenfalls als kritisch zu erachten, da kein konkreter Alternativvorschlag im Raum steht.

Aus pflegefachlicher Sicht ist die Begrenzung auf die genannten sechs Bereiche kaum haltbar. Gemäß Koalitionsvertrag ist hier eine Anpassung notwendig. Auch bliebe, dann nicht von pflegesensitiven, sondern pflegeintensiven Bereichen zu sprechen.

Dass die Hauptverhandlungspartner GKV SV und DKG sind, kann tatsächlich kritisiert werden. Wie auch an anderer Stelle ist die Pflege bzw. ihre fachliche und berufsständische Vertretung nicht gleichberechtigt partizipierend in die Verhandlungen eingebunden, sondern konsultativ und appellativ. Auch den Einwand der fehlenden Einbindung von Patientenvertretung ist durchaus nachvollziehbar.

Personaluntergrenzen, die den im Zwischenbericht von GKV SV und DKG erwähnten 10 % bis 25 % am schlechtesten mit Personal ausgestatteten Kliniken entsprechen, sind nicht einmal ein Instrument zur Schadensbegrenzung und kaum geeignet, eine Anhebung der Pflegepersonalausstattung zu erreichen. Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich deutlich unterdurchschnittlich schlechten Personalausstattung deutscher Krankenhäuser ist dieses Vorgehen nicht ausreichend und schon gar nicht zukunftssichernd, da verbindliche Rahmenbedingungen entscheidend sind für die Attraktivität des Pflegeberufes.

2. Setting Altenpflege

In BT 19/79 lauten die zentralen Forderungen mehr Pflegekräfte, attraktive Arbeitsbedingungen und solidarische Pflegefinanzierung. Ein Sofortprogramm gegen den Pflegenotstand in der Altenpflege wird gefordert, ein verbindlicher bundesweiter Personalschlüssel und die Einhaltung des Mindeststandards der 50 % Fachkraftquote. Sicherzustellen sei, dass nicht die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Familien die Mehrausgaben tragen müssen. Das Gehaltsniveau in der Altenpflege sei auf das der Krankenpflege anzugeleichen. Ein Pflegemindestlohn müsse bundeinheitlich gelten. Der Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsordnung und das Finanzierungskonzept seien vorzulegen, bundeseinheitliche Schulgeldfreiheit sei sicherzustellen. Die Anreize, den betriebswirtschaftlichen Nutzen für Träger zu maximieren, blieben Schritt für Schritt zurückzudrängen.

In der Problembeschreibung werden schlechte Bezahlung, unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung, familienunfreundliche Arbeitszeiten und Unterlaufen der gesetzlichen Arbeitszeitregelungen angeführt. Der Pflegenotstand sei quantitativer und qualitativer Art. Der Personalmanagel würde Pflegekräfte und Menschen mit Pflegebedarf existenziell gefährden. Arbeitsverdichtung wird bemängelt und, dass lebensnotwendige Leistungen unerledigt blieben. Der Krankenstand in der Altenpflege sei höher als in anderen Berufen, die Verweildauer im Beruf niedrig. In der BT 19/446 wird darüber hinaus der massiv zunehmende Bedarf an Pflegekräften in der Altenpflege betont.

In BT 19/446 wird eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine einfach Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit gefordert, ein Wiedereinstiegsprogramm, bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Fachkräften.

Kommentar: Im Koalitionsvertrag finden sich wortgetreu einige Forderungen aus BT 19/446 unter „Konzertierter Aktion Pflege“ (Zeilen 4450ff). Dies sind zweifelsohne unabdinglich zeitnah einzuleitende Kernelemente der Konsolidierung der Altenpflegesituation in Deutschland. Die laut Koalitionsvertrag geplanten 8000 neuen Fachkraftstellen in Deutschland für insgesamt ca. 14000 Pflegeeinrichtungen sind tatsächlich eher symbolischer Art, wenngleich das Symbol nicht diskreditiert werden soll. Unklar ist bislang, welche Aufgaben diese 8000 Fachkräfte übernehmen werden.

Der erforderliche finanzielle Mehraufwand soll durch eine Vollfinanzierung aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen. Hier stellt sich unmittelbar die Frage nach der Beteiligung der PKV an der Finanzierung.

Die Forderung, den Mindeststandard von 50 % Fachkraftquote beizubehalten, ist aus pflegefachlicher Sicht unbedingt zu begrüßen. Es wäre falsch und gefährlich, die Notwendigkeit der bislang vorhandenen Pflegefachkraftquote in Frage zu stellen und unter das jetzige Niveau zu gehen. In den Pflegeheimen stellen sich im Gegenteil immer mehr komplexe Behandlungssituationen. Körperlich und mental schwerkranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase werden hier psychosozial und medizinisch begleitet. Wir haben aus empirischen Studien gut dokumentierte Pflegeprobleme und ausgeprägte Variationen der Pflegequalität zwischen Pflegeheimen hinsichtlich relevanter Pflege- und Versorgungsoutcomes. Als Beispiel sind die insgesamt fachlich und ethisch vollkommen inakzeptablen hohe Verordnungsrationen von psychotrop wirksamen Medikamenten bei Menschen mit und ohne Demenz im Pflegeheim zu nennen mit ausgeprägter Variation in der Verordnungshäufigkeit zwischen den Pflegeheimen (11; sowie bislang unveröffentlichte Daten einer vom BMBF geförderten Studie, siehe 10). Ähnliche

Qualitätsprobleme gibt es bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (mechanischen Fixierungen), um nur einen weiteren ausgewählten Bereich zu nennen (9; sowie bislang unveröffentlichte Daten einer vom BMBF geförderten Studie, siehe 1). Um die Bewohner/-innen gemäß des besten Pflegestandards in Würde zu pflegen, Schaden abzuwenden und Ressourcen zu stärken und um die zunehmenden Ergebnisse der empirischen Pflegeforschung in die Altenpflege implementieren zu können, bedarf es eines hohen Maßes an Pflegefachlichkeit in den Einrichtungen. Ein anderer Qualifikationsmix in Pflegeheimen ist perspektivisch unumgänglich unter Einbeziehung von Pflegenden mit erweiterten Kompetenzen (zumindest Bachelorabschluss) und ggf. mit spezifischer heilkundlicher Kompetenz. Pflegende, die erweiterten Tätigkeiten im Pflegeheim nachgehen können, sind gemäß internationaler Studien in der Lage, relevante Pflegeoutcomes zu verbessern (6), z. B. vermeidbare Krankenhausaufenthalte abzuwenden und damit auch eine relevante Reduktion von Überversorgung und assoziierten Kosten.

Die Bildungsoffensive in der Altenpflege darf sich somit nicht nur auf die – ohne Zweifel wichtige – Nachqualifikation von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften fokussieren.

In Diskussionen wird oft das Argument bemüht, man könne die Altenpflegerinnen nicht besser bezahlen, da ansonsten der Eigenanteil bzw. die Belastung der Familien zunehmen würde. Dies gilt es zweifelsohne zu verhindern. Es gilt, für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige erschwingliche Pflege als grundlegende nationale Aufgabe der Daseinsfürsorge zu garantieren. Pflegeheime dürfen sich nicht (mehr) als Einheiten der gesundheitswirtschaftlichen Gewinnmaximierung oder als Spekulationsmasse eignen.

Der Referentenentwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe wurde mittlerweile zur Kommentierung zugänglich gemacht; ein gesondertes Finanzierungskonzept steht aus. Laut Pflegeberufsgesetz wird das Schulgeld abgeschafft – ein wichtiger Schritt zur Gleichstellung mit der Krankenpflege und einem Mangelberuf vollkommen angemessen.

Zweifelsohne bedarf es der sofortigen Maßnahmen und der sehr zeitnahen konzentrierten Anstrengungen, die Attraktivität des Altenpflegeberufes entscheidend zu steigern und die Reputation zwischen Kranken- und Altenpflege anzugeleichen, das Einkommen in der Altenpflege anzuheben und Ungleichheiten im Einkommen zwischen den Pflegeberufen und Regionen aufzheben. Den Problembeschreibungen in den BT sind keine Argumente mehr hinzuzufügen. Die Sicherung der professionellen Altenpflege durch multiple Maßnahmen und nicht weniger die Konsolidierung häuslicher Pflegearrangements mit pflegenden Angehörigen, ist zweifelsohne eine Aufgabe höchster Dringlichkeit vor dem ungebrochenen Trend der Zunahme pflegebedürftiger Menschen und sinkender familialer Pflegepotenziale und zunächst geringeren Arbeitskräftepotenzials (12).

Referenzen

- 1) Abraham J, Möhler R, Henkel A, Kupfer R, Icks A, Dintios CM, Haastert B, Meyer G, Köpke S. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing home residents (IMPRINT): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2015; 15: 86
- 2) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987-1993
- 3) Aiken LH, Sermeus W, van der Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman MT, Sott A, Brzostek T, Kin-nunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Sjetne IS, Smith HL, Kuthney-Lee A. Pa-tient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717
- 4) Albrecht M, Loos S, Möllenkamp M, Sander M, Schiffhorst G, Braeseke G, Stengel V. Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2017
- 5) Augurzky B, Bünnings C, Dördelmann S, Greiner W, Hein L, Scholz S, Wübker A. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI Materialien, Heft 104. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, 2016
- 6) Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, Lloyd M, Akhtar-Danesh N, DiCenso A. A systematic review of the effectiveness of ad-vanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs* 2013; 69: 2148-2161
- 7) GKV SV, DKG. Personaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V. Zwi-schenbericht des GKV Spitzenverbandes und der deutschen Krankenhausgesellschaft über die Umsetzung der Vorgaben nach § 137i Absatz 1 SGB V, Januar 2018
- 8) Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. Erläuterungen zum Katalog zur Ri-sikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog), Version 0.99, März 2018
- 9) Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a Guideline-based Multi-Component Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Cluster Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2012; 307: 2177-2184
- 10) Richter C, Berg A, Fleischer S, Köpke S, Balzer K, Fick EM, Sönnichsen A, Löscher S, Vollmar HC, Haastert B, Icks A, Dintios CM, Mann E, Wolf U, Meyer G. Effect of per-son-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study proto-col for a cluster-randomised controlled trial. *Implement Sci* 2015; 10: 82
- 11) Richter T, Mann E, Meyer G, Haastert B, Köpke S. Prevalence of psychotropic medica-tion use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of three co-horts. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13: 187.e7-187.e13
- 12) Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2017
- 13) Zander B, Dobler L, Bäumler M, Busse R. Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 2014; 76: 727-734