

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0006(14)**  
gel. VB zur öAnh am 18.04.2018 -  
Pflegepersonalmangel  
18.04.2018



**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur**  
Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages  
am 18.04.2018 (BT-Drucksachen 19/30, 19/79, 19/446, 19/447)

- a) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
Wahlkampfversprechen erfüllen – Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen  
BT-Drucksache 19/30
- b) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
Sofortprogramm gegen den Pflegenotstand in der Altenpflege  
BT-Drucksache 19/79
- c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege  
BT-Drucksache 19/446
- d) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Sofortprogramm für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus  
BT-Drucksache 19/447

Der Deutsche Pflegerat vertritt als Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens (DPR e.V.) die gesundheitspolitischen und fachberuflichen Interessen der professionellen Pflege auf Bundesebene und setzt sich für Menschen mit Hilfebedarf in den verschiedenen Lebensphasen im Kranksein und Betreuungsfall ein.

In der vorbezeichneten Angelegenheit nimmt der Deutsche Pflegerat wie folgt Stellung:

Ohne eine ausreichende Anzahl qualifizierten Pflegepersonals ist eine qualitätsgesicherte Versorgung im Krankenhaus bzw. in der Langzeitpflege nicht möglich. Eine schlechte Personalausstattung verursacht gravierende Schäden. Auch Personalmangel kann niemals eine Rechtfertigung für eine gefährliche Versorgung sein. Zur Sicherung einer guten Versorgung besteht dringender Handlungsbedarf sowohl in den Krankenhäusern als auch in der Langzeitpflege.

**1. Deutscher Pflegerat zu den Diskussionen um die avisierte Einführung von Personaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V / der Forderung nach einer verbindlichen Personalbemessung und mehr Pflegepersonal im Krankenhaus**

Die Anerkennung des Zusammenhangs zwischen Personalausstattung in der Pflege und der Versorgungsqualität der Patienten ist der richtige Weg. In diesem Zusammenhang sind für uns nachfolgende Punkte von entscheidender Bedeutung:

1. Die Definition pflegesensitiver Bereiche muss unter maßgeblicher Beteiligung des Deutschen Pflegerats ausgestaltet werden. Dabei sollten bereits vorhandene Daten zur Identifikation dieser Bereiche genutzt.
2. Für die Festlegung pflegesensitiver Bereiche - bei denen wir grundsätzlich keine Fachabteilung ausgenommen sehen - ist es zwingend erforderlich, dass weitere Aspekte der Bedarfe der Betroffenen sowie der pflegerischen Zielsetzung (z.B. Reduktion Selbstfürsorgedefizit, Verbesserung des Funktionszustands, Umsetzung spezifischer Pflegekonzepte) einbezogen werden. Diese Erweiterung ist insbesondere vor dem Hintergrund des Bundesteilhabegesetzes geboten.
3. Es muss eine verbindliche Umsetzung der Regelung zur Nurse-to-Patient-Ratio als Festsetzung einer Mindestquote für 3jährig examinierte Pflegekräfte erfolgen. Hierbei ist grundsätzlich zwischen Tag- und Nachtdienst zu unterscheiden.
4. Die zusätzlichen Stellen dürfen nicht durch einen vermehrten Dokumentationsaufwand der Bürokratie zum Opfer fallen. Daher wird eine tägliche Übermittlung von schichtbezogenen Dienstplänen als problematisch eingeschätzt: u.a. ist keine eindeutiger Fachabteilungs-Bezug möglich (z.B. Innere Medizin/Geriatrie), unterschiedlichste Arbeitszeitmodelle müssten auf ein Äquivalenzmodell übertragen werden.
5. Personaluntergrenzen, die so niedrig definiert sind, dass sie den 10% oder 25% personell am schlechtesten ausgestatteten Kliniken entsprechen, sind abzulehnen. Es sind Maßnahmen zu ergreifen, in deren Folge auch eine allgemeine Anhebung der Ausstattung mit Pflegepersonal verbindlich realisiert wird.

6. Die Zusammenführung der Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm II und dem Pflegezuschlag ist ein richtiger Schritt. In der Summe sind diese Mittel (erforderlich sind in der aktuellen Situation mind. 2,5 Milliarden Euro) allerdings nicht ausreichend, um bei der Pflege am Bett zu einer spürbaren Entlastung zu führen, den Beruf auch langfristig attraktiv zu erhalten und einem Pflegenotstand wirksam entgegenzuwirken. Daher sollten die begonnenen Maßnahmen fortgeführt und zusätzliche Mittel bereitgestellt. Diese bereit gestellten Mittel sind für die pflegerische Personalausstattung zu verwenden.

7. Um Transparenz zu Verwendung der Mittel sicherzustellen sind geeignete Kontrollmechanismen erforderlich.

Der aktuelle Koalitionsvertrag der Regierungsparteien führt aus: „Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.“ (Koalitionsvertrag 2018; 4512-4515).

Grundsätzlich ist diese Vereinbarung zwischen den Regierungsparteien im Koalitionsvertrag zu begrüßen. Der Koalitionsvertrag reagiert auf viele Kritikpunkte des DPR. Die Ausweitung der Personaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen stellt eine Lösung für das „Verlagerungsproblem“ dar, die auch mehr Gestaltungsspielraum birgt, als das zunächst formulierte Verbot von Personalverlagerungen. Außerdem werden nun – wie vom DPR gefordert – keine Fachabteilungen oder Bereiche mehr von der Einführung von Personaluntergrenzen ausgeschlossen. Neben dieser Erweiterung bedarf es nun dringend einer Erweiterung der Definition, die auch für Pflegefachpersonen positive Leistungsanreize bietet. Die bisherige Definition von „pflegesensitiv“ war bestimmt von der Festlegung von Personaluntergrenzen mit alleiniger Fokussierung auf eine Schadensvermeidung (bspw. Dekubitalulzera und Stürze im Sinne Pflegesensitiver Ergebnisindikatoren) bei Patienten, die dann für die Einrichtungen mit einer Ausstattung von Pflegepersonal – die unterhalb dem Niveau der untersten 10 bis 25% rangieren – eine Verpflichtung bieten würden, ihre Personalausstattung über diese Grenzen zu heben. „Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche“ würden demnach weit unterhalb der mittleren Ausstattung der deutschen Krankenhäuser liegen und mehrheitlich keine Anreize zum Personalaufbau liefern. Allenfalls würde eine rote Linie zur Vermeidung der schlimmsten und Patienten gefährdenden Situationen gezogen werden. Da die deutsche Pflegepersonalausstattung im europäischen Vergleich auf dem schlechtesten Niveau rangiert (RWI 2016), ist diese Ausrichtung der Personaluntergrenzen keines Falls ausreichend und zukunftsfest.

Die Regierung hat offensichtlich auf die anhaltende Kritik des DPR an dieser unzureichenden Definition reagiert und im Sinne der Erweiterung auch „Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche“ beschlossen. Die Definition von „pflegeintensiv“ ist dabei viel weiter gefasst und schließt unmittelbar an das Verständnis der „Pflegepersonalregelung PPR“ an. Bei der PPR geht es um eine bedarfsgerechte Personalbemessung, die sich anhand des Patientenzustands und sich aus den erforderlichen Behandlungen abgeleiteten Maßnahmen bestimmt. Diese veränderte Begrifflichkeit mit erweiterter Bedeutung schließt sich sehr gut an die aktuelle Diskussion von Prof. Simon (2018) an. Außerdem passt sie schlüssig zu einer weiteren Entwicklung, die im folgenden Passus im Koalitionsvertrag enthalten ist:

„Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“ (Koalitionsvertrag 2018; 4639-4644)

Zunächst ist diese mögliche Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen eine klare Absage an einer Separierung der Pflegekosten in eigenen „pflegebezogenen“ Fallpauschalen, wie bspw. „Nursing-related Groups – NRGs“, diese Klärung begrüßt der DPR ausdrücklich. Eine Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ist konsequent, wenn dies im Sinne einer Erweiterung oder Ergänzung der Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Bereiche geschieht und an dem der Finanzierungsumfang an der Pflegeintensität bemessen wird. Demnach würde dann eine verbindliche Personalbemessung die Pflegepersonalkosten bestimmen und somit wäre eine Ausgliederung auch sachdienlich und würde durch eine entsprechende Reduktion des Fallpauschalenbezogenen Dokumentationsaufwandes auch eine Entlastung durch Entbürokratisierung bedeuten. Wichtig dabei ist, aus Sicht des DPR, dass der Intention einer generellen Verbesserung der Personalausstattung im Pflegedienst durch die Bereitstellung zusätzlicher Mittel mind. in Höhe von 2,5 Milliarden Euro verbindlich Rechnung getragen wird. Somit wird u.a. eine Reduzierung der Personalausstattung in den Pflegeservicebereichen (u.a. Versorgungsassistenten, Büfettkräfte etc.) verhindert. Durch eine separate Vergütung wird die berufsgruppenspezifische Zuweisung der Finanzmittel dies erleichtert.

Im Zwischenbericht des GKV-SV zur Umsetzung des §137i wird in einer gestuften Umsetzung der Einführung von Personaluntergrenzen als erster Schritt ein „Gesamthausansatz“ vorgeschlagen. Hierbei werden die Personalkosten aus dem Pflegedienst den „Pflegeerlösen“ aus den Fallpauschalen gegenübergestellt. Der DPR begrüßt ausdrücklich ein solch gestuftes Vorgehen. Allerdings muss ein Nachweis für die Verwendung der gesamten Pflegeerlöse für Pflegepersonal (mit entsprechenden Ausnahme- und Übergangsregelungen) erfolgen und keine ausschließliche Quotientregelung mit Verbesserung der Personalausstattung der schlechtesten 10 bis 25%. Dieses Vorgehen wäre somit auch erweiterbar um die Regelung im Koalitionsvertrag, nach der die Finanzierung der Pflegepersonalausstattung außerhalb der Fallpauschalen erfolgt und durch Personalvorgaben gesteuert wird. Die ebenfalls im Koalitionsvertrag avisierte vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerung mit entsprechender Nachweispflicht würde sich über diese Regelung ebenfalls gut abbilden lassen.

Fazit: Hinsichtlich Personaluntergrenzen und Pflegepersonalfinanzierung zeigt der Koalitionsvertrag, dass sich die Diskussion fortsetzt und die bisherigen Regelungen als erweiterungsbedürftig gesehen werden – aus pflegesensitiv wird pflegeintensiv, Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in allen bettenführenden Abteilungen. Die zu erwartenden Regelungen sind so tiefgreifend, dass der Deutsche Pflegerat umfassend und entscheidend einzubinden ist.

Neben Personaluntergrenzen fordert der Deutsche Pflegerat ein Personalbemessungsverfahren, das sich an den Patientenbedarfen orientieren muss. Ein wichtiger erster Schritt ist darüber hinaus, dass alle der Pflege zuzuordnenden Erlöse verpflichtend für Pflegefachpersonal verwendet werden müssen und ein Nachweis darüber erfolgt.

## **2. Deutscher Pflegerat zur Forderung nach mehr Pflegepersonal in der Langzeitpflege**

Auch in der Langzeitpflege ist die Personalsituation in der beruflichen Pflege dramatisch. Sowohl die Anzahl der in den Einrichtungen insgesamt der Hilfe bedürfenden Pflegebedürftigen als auch der zu leistende, qualifizierte Pflegebedarf sind stark angestiegen. Ursache hierfür sind Hochaltrigkeit, Multimorbidität und mehr Pflegeleistungen durch die Pflegestärkungsgesetze und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Der Deutsche Pflegerat fordert daher die Ermittlung und Einführung einer an dem gestiegenen Pflegebedarf ausgerichteten Fachkraftquote. Dies muss mit Bestandteil des vom Bundesgesetzgeber bis zum Jahr 2020 geforderten Personalbemessungssystems sein. Gleichzeitig muss damit klar und deutlich festgelegt werden, mit welchem Personal und mit welcher Qualität die vom Gesetzgeber geforderten Leistungen erbracht werden sollen

Um die dringend benötigten Pflegefachpersonen wieder in den Beruf zu holen oder Teilzeitbeschäftigungen in Vollzeitbeschäftigungen umzuwandeln und damit dem Personalnotstand entgegenzuwirken, sind deutlich bessere Bedingungen, zu denen die beruflich Pflegenden arbeiten, erforderlich. Dazu gehörten unter anderem angemessene und gerechte Gehälter und vernünftige Arbeitsbedingungen.

Zudem muss der Pflegepersonalbedarf für alle Bereiche ausreichend, und nicht nur als Untergrenze, definiert werden. Eine weitere Senkung der Fachkraftquote in den stationären Langzeiteinrichtungen ist strikt abzulehnen.

### **3. Deutscher Pflegerat zur Forderung nach einem Sofortprogramm für die beruflich Pflegenden im Krankenhaus und in der Altenpflege**

Im Rahmen eines Sofortprogramms mit einer avisierten Laufzeit von drei Jahren muss der zügige Aufbau von jeweils 50.000 Stellen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen erfolgen. Dieses Programm sollte im Anschub steuerfinanziert sein und dann in die bestehenden Systeme übergeleitet werden.

### **4. Fazit**

Die zwingend notwendige umfassende und strukturelle Verbesserung für die Pflege benötigt einen Masterplan für die nächsten 10 Jahre. Dazu sollte das Bundesministerium für Gesundheit einen „nationalen Runden Tisch“ errichten, bei dem die Profession Pflege maßgeblich mit eingebunden sein muss. Es wird eine Konzertierte Aktion zu Gunsten der Pflegeberufe benötigt, um das Dilemma der in der Pflege arbeitenden Menschen und die Sicherstellung einer guten Versorgung anzugehen.

Berlin, 16.04.2018



Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

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](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)