

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)0036(23.1)**

gel. ESV zur öAnh am 10.10.2018 -

PpSG

8.10.2018

**Stellungnahme zu Änderungsanträgen der  
Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf für ein  
Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**  
Ausschussdrucksache 19(14)38.1 vom 05.10.2018

Prof. Dr. Michael Simon

Hannover

8. Oktober 2018

## Vorbemerkungen

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich auf die Änderungsanträge Nr. 9a und 9b.

## Änderungsantrag 9a: § 137i SGB V

### Beabsichtigte Neuregelungen

§ 137i SGBV soll durch mehrere neue Absätze erweitert werden, die insbesondere regeln,

- welche Informationen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf seiner Internetseite zu veröffentlichen hat
- welche Sanktionen in dem Fall greifen, dass ein Krankenhaus seine Mitteilungspflichten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt
- dass der Widerspruch eines Krankenhauses gegen die Feststellung des InEK über pflegesensitive Fachabteilungen keine aufschiebende Wirkung hat und
- welche Sanktionen die Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren haben.

### Stellungnahme

Durch die geplante Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) sowie die Einführung von Pflegepersonalquotienten würde ein sehr kompliziertes und insgesamt verwirrendes System zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser eingeführt, das weder transparent noch für Außenstehende durchschaubar und nachvollziehbar ist. Dies beginnt bereits bei zentralen Begriffen und Systemelementen, wie Pflegelast-Katalog, Perzentilansatz, Pflegepersonalquotient, die nicht oder nicht hinreichend erläutert werden. Die Intransparenz setzt sich in den zunehmend komplizierter werdenden Rechtsvorschriften fort.

Die Kompliziertheit des geplanten Regulierungssystems resultiert insbesondere aus mehreren verfehlten Grundsatzentscheidungen (zur ausführlichen Kritik vgl. Simon 2018). Eine dieser verfehlten Grundsatzentscheidungen ist es, Vorgaben zur Personalbesetzung nicht auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfs der Patienten und daraus abgeleiteten Personalbedarfs einer Station zu erlassen, sondern ‚pflegesensitive‘ Fachabteilungen als zentrale Bezugsgröße zu verwenden.

Ausgangspunkt für diese verfehlte Grundsatzentscheidung ist laut BMG (vgl. Begründung zur PpUGV) die Studie von Schreyögg/Milstein (2016), durch die der Begriff der ‚pflegesensitiven‘ Bereiche in die Diskussion eingebracht wurde. Der Begriff ist abgeleitet aus der internationalen Diskussion über Qualitätsindikatoren für die Pflege in Krankenhäusern, die unter dem Leitbegriff der ‚nursing sensitive outcome indicators‘ geführt wird (ICN 2009). Diese Diskussion bezieht sich aus gutem Grund – wie bereits am Leitbegriff erkennbar – nicht auf Organisationsbereiche oder Fachabteilungen, sondern auf patientenbezogene Ergebnisindikatoren wie bspw. Dekubitus, Lungenentzündung, Sturz etc., also auf die bei Patienten feststellbaren ‚unerwünschten Ereignisse‘ (Komplikationen).

Stattdessen Fachabteilungen als ‚pflegesensitiv‘ zu definieren und als zentrale Bezugsgröße für Pflegepersonaluntergrenzen zu nutzen, führt zu einer Vielzahl an letztlich nicht sachgerecht lösbaren Problemen. Einige waren bereits im PpSG-Regierungsentwurf und im Referentenentwurf für eine PpUGV versucht worden zu lösen. Bereits auf dem bisherigen Stand der geplanten Rechtsvorschriften führte dies zu einer Verkomplizierung und Intransparenz und damit verbundenem erheblichen administrativen Aufwand (z.B. Identifizierung und Abgrenzung ‚pflegesensitiver‘ Fachabteilungen von anderen, Lösung des Problems der Zuordnung interdisziplinär belegter Stationen, Indikator-DRGs etc.). Offensichtlich sind in der Zwischenzeit weitere Probleme aufgefallen. Das Ergebnis ist eine weitere Verkomplizierung der Vorschriften und des geplanten Regulierungssystems. Es ist zu erwarten, dass auch diese ‚Nachbesserungen‘ nicht ausreichen und mit zunehmender Zeit weitere Regulierungslücken und Probleme sichtbar werden.

Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst ausgehend von der Ist-Besetzung einzelner Fachabteilungen festzulegen, ist insgesamt ein falscher Ansatz. Notwendig und sachgerecht sind Vorgaben, die auf Grundlage des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten und daraus abgeleiteten Personalbedarfs von Stationen festgesetzt werden. Der Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten und der Personalbedarf von Stationen kann nur mit einem pflegeschlüssig anerkannten Instrument zur Ermittlung des Pflegebedarfs festgestellt werden, wie es bspw. die Pflege-Personalregelung (PPR) war und die Psych-PV ist. Statt ein System einzuführen, das bereits bei seiner Einführung hochgradig kompliziert ist und absehbar weiter an Kompliziertheit und damit verbunden auch Intransparenz zunehmen wird, sollte eine grundlegende Umorientierung erfolgen. Es sollte ein System eingeführt werden, in dessen Zentrum ein bundesweit einheitliches und verbindlich anzuwendendes Verfahren der Pflege- und Personalbedarfsermittlung steht, so wie es die Gewerkschaft ver.di, der DGB, der Deutsche Pflegerat, die anerkannten Organisationen der Patientenvertretung, die AWMF, die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und auch der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes fordern (APS et al. 2018; Verwaltungsrat GKV-SV 2018).

Insgesamt erscheint das gesamte geplante Regulierungssystem zudem nicht hinreichend gründlich durchdacht und in sich nicht konsistent. Diese Zweifel werden auch durch die Begründung zum vorliegenden Änderungsantrag genährt. Dort wird ausgeführt, die vom InEK zu veröffentlichenden Informationen sollten eine „informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten“ zur Wahl des Krankenhauses ermöglichen. Die Informationen sollen jedoch auf der Internetseite des InEK veröffentlicht werden. Es darf wohl mit Recht bezweifelt werden, dass Patientinnen und Patienten a) von der Existenz des InEK wissen und b) wissen, dass dort diese Informationen einsehbar sind. Zudem weist die Internetseite des InEK eine sehr komplexe und in der Benutzerführung auf Experten ausgerichtete Struktur auf. Selbst wenn Patientinnen und Patienten bis zu dieser Internetseite kommen, dürften sie Probleme haben, die von ihnen gewünschten Informationen dort zu finden.

Irritierend ist auch die folgende Feststellung in der Begründung zu Absatz 4a:

„Für die Entscheidung der Patientinnen und Patienten ist nicht maßgeblich, ob ein Krankenhaus als Ganzes die Vorgaben für eine qualitativ hochwertige Versorgung einhält, sondern ob dies für die konkrete Station gilt, auf der die Behandlung erfolgen soll.“

Diese Feststellung steht zum einen in deutlichem Widerspruch zur Begründung für die Einführung eines Pflegepersonalquotienten. Darüber hinaus stellt sich die Frage: Wenn für Patientinnen und Patienten nur die einzelne Station maßgeblich ist, warum soll dann *ein* Pflegepersonalquotient für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz) eingeführt werden? Vor allem aber erscheint es eine sehr fragwürdige Vorstellung, dass Patienten bereits vor der Krankenhausaufnahme wissen, auf welche Station sie kommen werden. Dies umso mehr, als – wie auch in den Begründungen zu PpUGV und PpSG zutreffend festgestellt wird – zunehmend mehr Stationen interdisziplinär belegt werden. Zudem basieren die dann einsehbaren Angaben zur Personalbesetzung auf den Daten eines vergangenen Zeitraumes.

### Änderungsvorschlag

§ 137i SGB V sollte dahingehend geändert werden, dass ein System von Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser entwickelt und eingeführt wird, das die Anwendung eines bundesweit einheitlichen Verfahrens zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs und daraus abgeleiteten Personalbedarfs auf Stationsebene verlangt. Das System sollte auf dem Grundsatz aufbauen, dass der mit diesem Verfahren festgestellte Personalbedarf vollständig zu decken ist. Ein für die Einführung eines solchen Systems geeignetes Verfahren könnte eine modernisierte und an die gegenwärtigen Anforderungen und Versorgungsbedingungen angepasste Pflege-Personalregelung sein (zu weiteren Erläuterungen vgl. Simon 2018). Die gegenwärtig in PpUGV und PpSG enthaltenen Ansätze wie Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage des Perzentilansatzes und der ‚Pflegebelast‘ oder die Einführung eines Pflegepersonalquotienten sind dazu vollkommen ungeeignet. Aus diesen Gründen sollte der Änderungsantrag abgelehnt und § 137i SGB V entsprechend der vorstehend genannten Ziele neu gefasst werden.

## Änderungsantrag 9b: § 137k SGB V

### Beabsichtigte Neuregelungen

Da der Entwurf für eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vorsieht, dass sie zum 1. Januar 2020 wieder außer Kraft tritt, ist eine Modifizierung der geltenden Gesetzesvorschriften erforderlich, durch die die Zeit nach dem Außerkrafttreten der PpUGV geregelt wird.

Der vorgeschlagene § 137k SGB V sieht vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-SV und DKG) beauftragt werden, erneut Verhandlungen aufzunehmen, diesmal über die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 1. Januar 2020.

### Stellungnahme

Nachdem die Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG Mitte 2018 gescheitert sind und die von beiden Vertragsparteien geplante Vereinbarung auf scharfe Kritik stieß, nicht nur der an den Beratungen zu beteiligenden Organisationen, sondern auch aus den Reihen der Regierungsfractionen, soll dieses offensichtlich gescheiterte Modell erneut zur Anwendung kommen. Dies ist unverständlich und abzulehnen.

Vorgesehen ist eine Differenzierung der zukünftigen Pflegepersonaluntergrenzen nach „Schwerergradgruppen“:

„Die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 bis 3 sind entsprechend des Pflegeaufwands der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern in Schweregradgruppen zu differenzieren“ (§ 137k Abs. 1 SGB V).

Dazu ist festzustellen:

- Vorgaben zur Personalbesetzung sind ‚Normen‘, insofern ist es verfehlt, sie aus einem tatsächlich erbrachten Pflegeaufwand abzuleiten. Normative Vorgaben zur Personalbesetzung sind aus Soll-Leistungen abzuleiten, in diesem Fall aus dem aus pflegfachlicher Sicht bestehenden Pflegebedarf der Patienten.
- Die geplante Formulierung in § 137k Abs. 1 SGB V deutet vor dem Hintergrund der übrigen geplanten Rechtsvorschriften zu diesem Regelungsbereich darauf hin, dass auch bei der geplanten Differenzierung nach Schweregradgruppen der „Pflebelast-Katalog“ zum Einsatz kommen soll. Wie in meiner Stellungnahme zum PpSG-Entwurf bereits dargelegt, weist der Pflebelast-Katalog für die jeweilige DRG-Fallpauschale weder den ‚erforderlichen‘ Pflegeaufwand (im Sinne von Pflegebedarf) noch den tatsächlich geleisteten Pflegeaufwand aus. Der Katalog weist lediglich Bewertungsrelationen aus, die aus den durchschnittlichen Ist-Kosten je DRG abgeleitet sind. Er ist somit für eine Differenzierung von Pflegepersonaluntergrenzen nach Pflegeaufwand vollkommen ungeeignet.

## Änderungsvorschlag

Ablehnung des Änderungsantrages (keine Aufnahme eines § 137k SGB V in den Gesetzwurf).

## Literatur

- APS, Aktionsbündnis Patientensicherheit; DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund; DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft; DPR, Deutscher Pflegerat; PatV, Vertretung der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018): Maßnahmen müssen Verbesserung der Versorgungssituation gewährleisten. Gemeinsame Erklärung zu den Auswirkungen der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen. Berlin, 1. Juni 2018. Online verfügbar unter: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++a51051c2-657d-11e8-8d5c-525400423e78> (1.06.2018).
- ICN, International Council of Nurses (2009): Nursing sensitive outcome indicators. Online verfügbar unter: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/15c\\_FS-Nursing\\_Sensitive\\_Outcome\\_Indicators.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/15c_FS-Nursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf) (26.05.2017).
- Schreyögg, Jonas; Milstein, Ricarda (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Gutachten 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](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf) (15.05.2017).
- Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Nr. 096. Oktober 2018. Online verfügbar unter: [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_096\\_2018.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_096_2018.pdf) (8.10.2018).
- Verwaltungsrat GKV-SV, Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes (2018): Der Verwaltungsrat begrüßt die Aktivitäten der Regierung zur Verbesserung der Situation in der Alten- und Krankenpflege. Statement vom 20.08.2018. Online verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_74\\_4768.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_74_4768.jsp) (31.08.2018).