



Stellungnahme

des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum

Referentenentwurf eines

**Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG))**

Vorstand

Berlin, 31.07.2018

Inhaltsübersicht

Inhalt

1. Zusammenfassung/Executive Summary.....	2
2. Problemhintergrund.....	3
3. Änderungen der Anreizstrukturen im Krankenhaus.....	4
4. Grundlagen für Transparenz und Steuerungsmöglichkeiten schaffen.....	5
5. Attraktivität des Pflegeberufs steigern.....	7
6. Pflegepersonaluntergrenzen revidieren.....	8
7. Ergänzende Anmerkungen	10

1. Zusammenfassung/Executive Summary

Die Stellungnahme des Aktionsbündnisses Patientensicherheit enthält folgende Kernthesen und -forderungen:

1. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit begrüßt ausdrücklich die Änderung der ökonomischen Anreizsituation rund um die Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus.
2. Das APS fordert die Entwicklung eines am individuellen Pflegebedarf der Patienten ausgerichteten Personalbemessungsinstruments. Dessen verpflichtender Einsatz durch alle Krankenhäuser würde zentrale Probleme der Patientensicherheit transparent und durch geeignete steuernde Maßnahmen adressierbar machen.
3. In der angekündigten Konzertierte(n) Aktion Pflege muss dringend die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert werden, damit die Besetzung von offenen Stellen möglich wird. Insgesamt muss ein Bewusstseinswandel bezüglich der Bedeutung der Pflege angestoßen werden. Nur mit ausreichendem, qualifiziertem und motiviertem Personal kann eine sichere Patientenversorgung gewährleistet werden.
4. Die jetzt vorgesehene Neuordnung steht unverbunden neben den Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V. Diese haben unter den neuen Finanzierungsbedingungen voraussichtlich keine oder sogar negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit und sollten deshalb schnellstmöglich revidiert werden.
5. Bei der Neuordnung des Strukturfonds werden wichtige Ziele wie die Digitalisierung und der Strukturwandel der Krankenhäuser adressiert. Beide sollten wie geplant unterstützt werden, aber es sollte vermieden werden, dass diese Ziele durch einen gemeinsamen Finanzierungstopf in Konkurrenz geraten. Insbesondere sollte der Abbau von Überkapazitäten und ineffizienten, die Patientensicherheit gefährdenden Krankenhausstrukturen weiterhin in den Fokus genommen werden. Auch die Reduktion überflüssiger Eingriffe und vermeidbarer Patientenschäden trägt dazu bei, dass sich die angespannte Personalsituation in der Pflege verbessert.

2. Problemhintergrund

Über die pflegerische Versorgung in deutschen Krankenhäusern ist leider vergleichsweise wenig bekannt. Die Erkenntnislage wurde 2017 im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung durch das IGES-Institut in einem Faktencheck Pflegepersonal zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass es, gemessen an der Relation von Pflegekräften zu Patienten (*nurse-to-patient-ratio*), in Deutschland im internationalen Vergleich eine ausgesprochen niedrige Personalbesetzung in Krankenhäusern gibt.¹ Diese Entwicklung zeichnete sich bereits seit langem ab und wurde beispielsweise schon in den 1990er Jahren öffentlich diskutiert – allerdings ohne Lösungen zu finden. Ursache dafür ist die – auf den ersten Blick! – problemlose Reduzierbarkeit pflegerischer Leistungen. Folgen von Pflegepersonalknappheit für Patienten wie z.B. erhöhte Raten an Infektionen oder Dekubitalulcera, aber auch Fehler bei der Medikamentenversorgung oder der sog. *failure to rescue* sind Phänomene, die auch unter normalen Bedingungen auftreten können. Für einzelne betroffene Patienten erscheinen sie zunächst als schicksalhaftes und zufälliges Ereignis. Erst in der Häufung der Fälle über das bei guter Versorgung erwartbare Niveau hinaus werden Probleme deutlich. Damit das geschieht, müssen entweder entsprechende Indikatoren der Ergebnisqualität erhoben und mit einem Soll-Wert entsprechend guter Versorgung verglichen werden oder Transparenz über die Pflegepersonalausstattung im Vergleich zum Pflegebedarf bestehen. Beides ist in Deutschland nicht der Fall. Stille Rationierungen wie z.B. die fehlende psychosoziale Unterstützung während stationärer Aufenthalte oder die unzureichende Vorbereitung der Patienten und Angehörigen auf den Umgang mit Erkrankungen und Einschränkungen nach Verlassen des Krankenhauses prägen mittlerweile die Erwartungen der Patienten. Gerade aus der Perspektive der Patientensicherheit ist diese Entwicklung nicht hinnehmbar: Patienten müssen während und nach ihrem stationären Aufenthalt durch hinreichende Pflegeleistungen vor vermeidbaren Schäden geschützt werden, wozu notwendigerweise eine entsprechende Pflegepersonalausstattung zwingend erforderlich ist.

Hintergrund für die mittlerweile unbestrittenen und schwerwiegenden Defizite bei der pflegerischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern ist neben den Charakteristika der Pflege auch und vor allem die ökonomische Anreizsituation. Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung in Deutschland sind mit ca. 90 Mrd. Euro jährlich hoch, und Vergleiche mit anderen Ländern legen den Schluss nahe, dass eine Reduktion der Krankenhausstandorte und Bettenzahlen möglich ist, ohne signifikante Verschlechterungen der Patientenversorgung in Kauf nehmen zu müssen. Die Investitionskostenfinanzierung durch die Länder bleibt hinter dem Bedarf dieser Vielzahl an Standorten zurück, weshalb die Träger gezwungen sind, nötige Mittel aus dem Krankenhausbetrieb zu erwirtschaften. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass auch die Kostenbegrenzungen im Zusammenhang mit den Leistungsausgaben der Krankenkassen und das Vergütungssystem so konstruiert sind, dass sie einen Konzentrationsprozess in der Krankenhauslandschaft auslösen sollen.

Da gerade die Pflegepersonalausstattung ohne sichtbare und vor allem ökonomisch spürbare Konsequenzen skalierbar erscheint, war es naheliegend für die Krankenhausleitungen, in diesem Bereich immer weitergehende Einsparungen vorzunehmen. Und weil entsprechende Kontroll- und Transparenzmechanismen bis heute fehlen, nahm die Entwicklung das heutige Ausmaß an. Allerdings hat der Prozess eine unerwartete Dynamik entwickelt, die auch die Krankenhausleitungen

¹ Dass Deutschland, gemessen an der Relation von Pflegekräften zur Gesamtbevölkerung, im Gegensatz zur Betrachtung der *nurse-to-patient-ratio*, deutlich besser abschneidet, macht eine grundlegende Schieflage deutlich: Die Pflegekräfte stehen der Versorgung im Krankenhaus zu einem überdurchschnittlichen Anteil nicht zur Verfügung, und auch der Effekt der Überversorgung mit operativen Leistungen bewirkt eine weitere Belastung der vorhandenen Personaldecke. In Bezug auf die Patientensicherheit ist jedoch nicht die absolute Anzahl der Pflegekräfte in Deutschland maßgeblich, sondern die Relation von Pflegebedarf und Pflegenden.

vor Probleme stellt: Die verbliebenen Pflegekräfte sehen sich tagtäglich stark gesteigerten physischen und vor allem psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Sie sind diejenigen, die angesichts der Personalknappheit fortlaufend die Entscheidung treffen müssen, Patienten notwendige Unterstützung zu verweigern, weil sie schlicht und ergreifend nicht leistbar ist. Damit steht die Alltagserfahrung in zentralem Widerspruch zum professionellen und ethischen Anspruch der Pflegekräfte. Folge ist, dass viele frühzeitig ganz oder teilweise aus dem Beruf aussteigen, andere wiederum unter Dauererschöpfung oder Abstumpfung leiden. So hat sich vielerorts die bekannte Abwärtsspirale entwickelt, so dass auch offene Stellen nicht mehr besetzt werden können und auf Leasingkräfte ausgewichen wird. Das alles sind Bedingungen, die erhebliche negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben.

Eine weitere Konsequenz der derzeitigen Anreizsituation mit Blick auf die Patientensicherheit ergibt sich noch aus der Ausgestaltung des DRG-Systems. Dieses arbeitet mit Fallpauschalen, um eine wirtschaftliche Mittelverwendung zu erreichen. In diesen Fallpauschalen ist implizit auch eine Pauschale für den pflegerischen Aufwand enthalten. Eine Reduktion des Pflegepersonalbedarfs (und damit Steigerung des Erlöses) lässt sich folglich auch erreichen, indem möglichst nur Patienten mit relativ geringem individuellem Pflegebedarf versorgt werden und schwierige Fälle abgewiesen werden. Wenn Patienten z.B. mit Behinderungen, Demenz oder komplexen Komorbiditäten nur noch schwer Versorger finden, dann ist auch das ein schwerwiegendes Problem der Patientensicherheit, über das allerdings noch weniger Transparenz herrscht als über die allgemeinen Auswirkungen des Pflegepersonalmangels.

3. Änderungen der Anreizstrukturen im Krankenhaus

Wie oben dargelegt, sieht das APS den Hintergrund für die aktuelle Problemlage bezüglich der Pflege im Krankenhaus in einem fatalen Zusammentreffen von ökonomischen Anreizen für die Krankenhausleitungen, Intransparenz über die (Unter-)Deckung des Pflegebedarfs und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Patientensicherheit sowie einer Abwärtsspirale bezüglich der Attraktivität des Pflegeberufs. Deshalb ist es sachlich überaus angemessen, bei einer Veränderung der Anreizstrukturen anzusetzen, wie es der vorliegende Gesetzentwurf tut. Das APS begrüßt folglich ausdrücklich, dass die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert werden. Die bisherige Konstruktion hat beide für die Patientensicherheit nachteilige Anreize miteinander vereint, nämlich die Reduktion der Pflege im Vergleich mit dem erlösbringenden ärztlichen Personal und die Risikoselektion von Patienten mit hohem Pflegeaufwand.

Die mit dem Gesetzentwurf zum Ausdruck gebrachte Absicht, eine eigenständige Pflegepersonalkostenfinanzierung zu entwickeln, wird uneingeschränkt begrüßt. Angesichts des Teufelskreises bei der Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus ist es auch dringend erforderlich, ein bei Patienten wie Pflegekräften deutlich sichtbares Signal zu setzen, dass eine Umkehrung der Entwicklung beabsichtigt ist und auch finanziert wird. Zumindest bei isoliertem Blick auf die pflegerische Versorgung im Krankenhaus ist deshalb auch die Finanzierung jeder zusätzlichen Pflegekraft bzw. Arbeitszeitaufstockung in der Pflege „am Bett“ bis Ende 2019 höchst positiv zu bewerten.² Und schließlich ist bei der Finanzierungslogik der Krankenhäuser, eine entsprechende Tarifbindung vorausgesetzt, überfällig, Tarifsteigerungen und Ausbildungsvergütungen auch zu refinanzieren.

² Auch wenn der Fokus dieser Stellungnahme auf dem Krankenhausbereich liegt, soll doch angemerkt werden, dass die grundlegend geänderte Anreizstruktur eine Kannibalisierung der Altenpflege durch die Krankenhäuser zur Folge haben dürfte, der entgegengewirkt werden muss.

- **Das APS begrüßt die Änderung der Anreizstrukturen rund um die Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern ausdrücklich.**

Gerade weil mit dem vorliegenden Gesetzentwurf weitreichend in die Anreizstruktur rund um die Pflegepersonalausstattung eingegriffen wird, ist aber auch Vorsicht geboten. Ökonomische Anreize, insbesondere in diesem Ausmaß eingesetzt, sind wirkungsvolle Instrumente der Veränderung. Sie treffen aber nicht auf einfache Zusammenhänge, sondern komplexe Strukturen und Akteure, die versuchen, unter den geänderten Bedingungen die für sich beste Position zu erreichen. So können sich durchaus auch paradoxe Auswirkungen völlig anders beabsichtigter Interventionen ergeben, wie am Beispiel der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in der letzten Legislaturperiode zu beobachten war: Ein Instrument, das zur Gewährleistung von Patientensicherheit gedacht war, hätte unter den damaligen Bedingungen leicht zu weiterem Personalabbau und damit weniger Patientensicherheit geführt. Weiter unten stellt das APS deshalb Punkte heraus, von denen es erwartet, dass sie – trotz der grundsätzlich positiven Absicht hinter dem Gesetzentwurf – für die Patientensicherheit unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen z.B. mit den Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen haben und deshalb geändert werden sollten.

4. Grundlagen für Transparenz und Steuerungsmöglichkeiten schaffen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird eine der wesentlichen Ursachen für die Pflegeproblematik im Krankenhaus angegangen. Notwendig wäre aber auch, das ausgeprägte Transparenzdefizit zu beseitigen und die Erkenntnislage über die Pflegepersonalausstattung in Relation zum vorhandenen Pflegebedarf grundlegend zu verbessern.

- **Das APS fordert, dass mit der Entwicklung und Erprobung eines am individuellen Pflegebedarf der Patienten ausgerichteten Personalbemessungstools begonnen wird. Dieses ist nach Fertigstellung von den Krankenhäusern verpflichtend anzuwenden.**

Prinzipiell sind sowohl die Modernisierung und Weiterentwicklung der Pflegepersonalregelung aus den 1990er Jahren, die heute noch von vielen Krankenhäusern freiwillig sowie im Rahmen der DRG-Kalkulation genutzt wird, als auch die komplette Neuentwicklung eines solchen Instruments denkbar. Mit der Entwicklung und Einführung eines solchen Instruments wären vielfältige positive Effekte verbunden:

- Es würde überhaupt erst eine Grundlage dafür gelegt, zu erkennen, welche Personalausstattung im Interesse eines umfassenden Verständnisses von Patientensicherheit erforderlich ist.
- Derzeit ist die pflegerische Versorgung im Krankenhaus eine empirische Wüste. Dieses wichtige Feld würde erstmals mit angemessenem Aufwand z.B. für die Versorgungsforschung erschließbar. Derzeitige Hilfskonstruktionen über Adjustierungen aus PKMS, Pflegegraden und weiteren Faktoren wie Komorbiditäten bieten nur Annäherungen an den Pflegebedarf. Die „Pflegebelastung“ ist hierfür ungeeignet, bildet sie doch nur den in die DRG einkalkulierten Anteil der Pflegepersonalkosten ab, der auf der völlig unzureichenden Ist-Ausstattung aufsetzt. Transparenz darüber, in welchem Umfang der Pflegebedarf gedeckt ist, fehlt völlig.
- Für die Verhandlungen zur Festlegung der geplanten krankenhausespezifischen Pflegebudgets stünde eine validierte und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Datengrundlage zur Verfügung. Insbesondere Vereinbarungen für Krankenhäuser mit besonders niedrigem oder hohem Pflegebedarf (z.B. Maximalversorger) könnten auf diesen Daten aufbauen.

en und müssten nicht über gesetzliche Sonderregelungen adressiert werden. Anreize zur Risikoselektion würden deutlich reduziert.

- Die Politik könnte den Erfolg der jetzigen Gesetzesänderung unmittelbar ablesen und erkennen, wo und in welchem Umfang eventueller Bedarf an späteren Nachsteuerungen besteht.
- Es würde eine einheitliche Definition des von der Pflege zu leistenden Beitrags zur Patientenversorgung im Krankenhaus geschaffen. Entwicklungen, die zur inhaltlichen Unter- aber auch Überforderung von Pflegenden im Beruf führen, kann so entgegengewirkt werden.
- Die Regelung zu den Pflegepersonaluntergrenzen könnte unter Einbezug eines solchen Tools so weiterentwickelt werden, dass sich aus ihr positive Effekte für die Patientensicherheit ergeben. Viele praktische Umsetzungsprobleme des § 137i SGB V, wie z.B. die sachgerechte Festlegung der Höhe der Untergrenzen oder die Anwendung bei gemischten Stationsbelegungen, könnten unter Zuhilfenahme eines verpflichtend anzuwendenden bedarfsgerechten Personalbemessungstools gelöst werden.
- Die Ergebnisse wären eine ausgesprochen wertvolle Informationsgrundlage für Patienten im Rahmen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Patienten könnten sich so vergleichend über die Gewährleistung einer für die Patientensicherheit hinreichenden Pflegepersonalausstattung informieren. Damit wäre auch der Anreiz für die Krankenhäuser groß, diese in Verhandlungen mit den Krankenkassen durchzusetzen.

Aufgrund all dieser positiven Effekte ist die Entwicklung, Erprobung und nachfolgende verpflichtende Einführung eines am individuellen Pflegebedarf der Patienten ausgerichteten Personalbemessungstools aus Sicht des APS die dringend erforderliche Ergänzung der jetzt gesetzlich vorgesehenen Neuregelungen und mithin Kernforderung des APS für das aktuelle Gesetzgebungsverfahren. Eine gesetzliche Regelung könnte sich am § 113c SGB XI orientieren, wo bereits die Entwicklung eines Personalbemessungstools für die Altenpflege geregelt ist. Sie könnte entsprechend lauten:

Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 31. Dezember 2021 abzuschließen. Es ist ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Krankenhäusern zu erstellen, das sich für die tagesgenaue aufwandsarme Dokumentation des patientenindividuellen Pflegebedarfs eignet und aus dem der resultierende Pflegepersonalbedarf ermittelt werden kann. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige.

(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie die zuständigen Gewerkschaften wirken beratend mit. Die Mitberatungsrechte gemäß § 140f SGB V bleiben unberührt.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt unverzüglich in einem Zeitplan konkrete Zeitziele für die Entwicklung, Erprobung und die Auftragsvergabe fest. Er ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der

Entwicklung, Erprobung und der Auftragsvergabe sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu geben.

(4) Wird ein Zeitziel nach Absatz 3 nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung, Erprobung oder Auftragsvergabe gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst durchführen.

Im Gegensatz zum Bereich der Altenpflege wird hier die Abwicklung nicht über gesonderte Verhandlungen der Vertragspartner, sondern im Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Diese Vorgehensweise hat mehrere Vorteile:

- Es existieren die organisatorischen Strukturen zur zeitnahen Aufnahme und geordneten Abwicklung der Beratungen (z.B. Geschäftsstelle, Geschäfts- und Verfahrensordnung).
- Es besteht kein Zwang zur Einigung bei grundsätzlich wiederstrebenden Interessen, was leicht zu Verschleppungen oder inadäquaten Ergebnissen auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner führen kann. Im Fall von Dissens ist eine Entscheidung durch die unparteiischen Vorsitzenden vorgesehen, so dass kein Schiedsverfahren etabliert werden muss.
- Die Mechanismen der Beteiligung von Vertretern der Patienteninteressen nach § 140f SGB V und weiteren zu beteiligenden Organisationen sind etabliert.
- Die endgültigen Entscheidungen fallen in öffentlicher Sitzung, was in einem gesellschaftlich wichtigen Thema für öffentliche Transparenz sorgt.

5. Attraktivität des Pflegeberufs steigern

Motiviertes und engagiertes Pflegepersonal ist eine Grundvoraussetzung für qualitativ hochwertige und damit sichere Versorgung von Patienten im Krankenhaus. Um dies zu erreichen, sind aus Sicht des APS drei Voraussetzungen von zentraler Bedeutung:

1. Ausreichende Bezahlung
2. Angemessene Arbeitsbedingungen
3. Wertschätzung der Pflegekräfte

Mit den Regelungen zur vollen Refinanzierung der Tarifsteigerungen für Pflegekräfte und der Refinanzierung zusätzlicher bzw. aufgestockter Pflegestellen am Bett geht der vorliegende Gesetzentwurf wichtige Schritte in Richtung der angemessenen Bezahlung. Folglich unterstützt das APS diese ausdrücklich. Wie die jüngsten Streiks der Pflegekräfte aber gezeigt haben, sind jedoch die anderen beiden Faktoren mindestens ebenso wichtig, um den Abwärtstrend bei der pflegerischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern umzukehren. Hier sieht das APS noch weiteren Ergänzungsbedarf.

- **In einer Konzertierte(n) Aktion Pflege müssen umfassend die Voraussetzungen für bessere Arbeitsbedingungen und vor allem für eine gesteigerte Wertschätzung der Pflegekräfte geschaffen werden.**

Zu den Inhalten einer solchen Konzertierte(n) Aktion gibt das APS folgende Punkte zu bedenken:

1. Wenn Pflegekräfte voll refinanziert werden, wird das zu einem starken Anreiz führen, ihnen Aufgaben über das heutige Tätigkeitsspektrum hinaus zuzuweisen, um die bisher im Bereich Pflege erwirtschafteten Einsparungen bei anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zu realisieren. Das kann positive Effekte auf die Attraktivität des Pflegeberufs haben, wenn es sich um hochwertige Tätigkeiten handelt und die Pflegenden entsprechend im Kompetenzaufbau unter-

stützt werden. Umgekehrt kann es aber auch dazu kommen, dass geringerwertige Tätigkeiten z.B. aus dem Bereich der Hauswirtschaft bei den Pflegekräften angesiedelt werden und den Beruf unattraktiv machen. Oder es können Aufgaben, die eigentlich den Funktionsdiensten oder therapeutischem Personal zugeordnet sind, den Pflegekräften „am Bett“ zugewiesen werden und zu zeitlichem Stress oder Überforderung und Qualitätseinbußen führen. Vor diesem Hintergrund wäre die definitorische Leistung und kontinuierliche Evaluation eines am Patientenbedarf ausgerichteten Personalbemessungsinstruments sehr wichtig.

2. In den letzten Jahren wurden in wachsendem Maße Leasingkräfte in der Pflege eingesetzt. Auch wenn die Deckung von Spitzen im Personalbedarf durch Leasingkräfte sinnvoll erscheint, ist deren zunehmender Einsatz aus Sicht der Patientensicherheit höchst kritisch zu bewerten. Die fremden Pflegekräfte kennen sich in der Regel auf den Stationen nicht aus. Bei unerwarteten Ereignissen kennen sie die Krankenhausinfrastruktur und -ansprechpartner nicht. Für ihre jeweilige Einweisung müssen die fest angestellten Pflegekräfte Zeit aufwenden, die in einer ohnehin angespannten Situation der Patientenversorgung entzogen wird. Und da die psychologische Belastung der Leasingkräfte in der Regel niedriger ist, verschlechtert ihr breiter Einsatz die Arbeitszufriedenheit der festangestellten Kräfte. All diese Faktoren sprechen stark dafür, dass eine Höchstgrenze bezüglich des Anteils an Pflegeleistungen durch Leasingkräfte etabliert und in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser über den Leasinganteil berichtet wird.
3. Die Ansätze, die der Gesetzentwurf bezüglich der vermehrten Ausbildung von Pflegekräften, der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der betrieblichen Gesundheitsförderung bietet, gehen in die richtige Richtung und werden vom APS befürwortet. Sie sind schnellstmöglich insbesondere im Dialog mit den Interessenvertretungen der Pflegekräfte noch weiter auszuweiten.
4. Um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, ist ein grundsätzlicher Bewusstseinswandel erforderlich. Dieser muss einerseits innerhalb der Bevölkerung geschehen und sollte durch entsprechende Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit unterstützt werden. Andererseits muss er aber vor allem auch innerhalb der Krankenhäuser und in der Zusammenarbeit insbesondere mit der ärztlichen Profession erfolgen. § 63 Abs. 3c SGB V hatte zum Ziel, nicht nur die Delegation, sondern auch die Substitution ärztlicher Leistungen durch die Pflege zu ermöglichen. In der Praxis und infolge der – ärztlich dominierten – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde dieses Ziel nicht erreicht. Das APS schlägt deshalb vor, dass eine Expertenkommission unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit Vorgaben für eine erweiterte Regelung zur Substitution erarbeitet. So kann es gleichermaßen gelingen, die Attraktivität der Inhalte des Pflegeberufs zu steigern und gleichzeitig das stark hierarchische Verhältnis im Krankenhaus aufzubrechen. Insbesondere könnten aber auch Aufstiegs- und Betätigungsmöglichkeiten für ältere Pflegekräfte geschaffen werden, die aufgrund physischer Einschränkungen normale Pflege am Bett nicht mehr leisten können.

6. Pflegepersonaluntergrenzen revidieren

Die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V wurden vom Gesetzgeber explizit mit dem Ziel eingeführt, Patientensicherheit zu verbessern, ja zu gewährleisten. Die Festlegung durch die Vereinbarungspartner ist hingegen nach dem Perzentilansatz beabsichtigt, d.h. die (voraussichtlich) 25% am schlechtesten mit Pflegepersonal ausgestatteten Krankenhäuser geben die Höhe der Untergrenzen für (voraussichtlich) zunächst nur zwei Bereiche der Patientenversorgung an, näm-

lich geriatrische und Intensivstationen. Einmal abgesehen von dem erheblichen Umgehungspotential, das diese Regelung beinhaltet, und den nicht minder gravierenden Umsetzungs- und Kontrollproblemen, bietet diese „empirische“ Vorgehensweise keinerlei gesicherten Anhaltspunkt dafür, dass bei Einhaltung der Untergrenzen tatsächlich Patientensicherheit hinreichend gewährleistet wird. Angesichts von Vergleichen der Personalausstattungen (*nurse-to-patient-ratio*) in deutschen Krankenhäusern mit anderen Industrieländern darf stark bezweifelt werden, dass die avisierten Untergrenzen auch nur in der Nähe einer Personalausstattung liegen, die diesen Anspruch erfüllt. Insbesondere für die Geriatrie befürchtet das APS, dass dieses Vorgehen Personalvorgaben normiert, die erheblich unterhalb einer sicheren Versorgung liegen. Grundlage für diese Einschätzung sind die Auswertungen des INEK im Pflegelastkatalog, die ausgerechnet für den pflegeintensiven Bereich der Geriatrie ergeben haben, dass dort der Pflegeanteil an den DRGs, der die Ist-Besetzung in den Kalkulationshäusern widerspiegelt, vergleichsweise niedrig war. Das lässt darauf schließen, dass auf den geriatrischen Stationen der Kalkulationshäuser eine erhebliche Unterdeckung des Pflegebedarfs und somit Patientengefährdungen bestehen. Diese Einschätzung wird auch durch das Pflege thermometer 2014 belegt. Die dortige Befragung ergab, dass für etwa 80% der Stationen die Pflegekräfte der Meinung sind, dass eine sichere Versorgung von Patienten mit Demenz in den Nachtschichten nicht möglich ist. Damit wird deutlich, dass ein Vorgehen nach dem Perzentilansatz im Interesse der Patientensicherheit nicht zielführend sein kann.

- **Das APS fordert, dass die Vorgaben des § 137i dringend revidiert werden. Wenn Pflegepersonaluntergrenzen eingesetzt werden, müssen sie in einer Höhe und Form festgelegt werden, dass von ihnen positive Effekte auf die Patientensicherheit ausgehen.**

Die Pflegepersonaluntergrenzen waren als Sofortmaßnahme im Pflegebereich gegen Ende der letzten Legislaturperiode gedacht. Mit den umfassenden Änderungen der Anreizstruktur, die der vorliegende Gesetzentwurf vorsieht, haben sie im besten Fall jegliche Bedeutung verloren. Im schlimmsten Fall erwecken sie den Eindruck, dass Patientensicherheit bei Einhaltung dieser – für diesen Zweck völlig inadäquaten! – Untergrenzen gewährleistet sei und erweisen damit dem Ziel der Patientensicherheit einen Bärendienst.

Wenn man am Konzept der Pflegepersonaluntergrenzen als „letzter Haltelinie“ vor akut patientengefährdender Unterbesetzung der Pflege festhalten will, dann sollte zunächst ermittelt werden, bei welchem Niveau an Personalausstattung diese akuten Gefährdungen sicher ausgeschlossen werden können. Dabei müssen nicht nur die bekannten Indikatoren wie z.B. Dekubitus herangezogen werden, sondern auch typische Probleme wie falsche Medikamentengabe, verspätete Versorgung, eingeschränktes Schmerzmanagement, unterbleibende Frührehabilitation oder unzureichende Patientenbeobachtung beispielsweise bei Sepsis. Und es ist erforderlich, dass Transparenz über die tatsächliche Pflegepersonalbesetzung geschaffen wird – die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind hierfür derzeit leider keine geeignete Datengrundlage und müssen dringend überarbeitet werden. Und schließlich muss vorgegeben werden, dass diese „letzte Haltelinie“ zu keinem Zeitpunkt unterschritten werden darf, also eine schichtgenaue Kontrolle und Durchsetzung erfolgt. Die nötigen Mittel für eine Personalausstattung, die niemals in die Gefahr kommt, eine letzte Haltelinie zu unterschreiten, haben die Krankenhäuser nach Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs jedenfalls.

7. Ergänzende Anmerkungen

a) Strukturfonds

Im Gesetzentwurf ist eine Verlängerung und Ausweitung des Strukturfonds für die Krankenhäuser vorgesehen. Außerdem wurden die Zwecke, für die die Mittel des Strukturfonds eingesetzt werden können, ausgeweitet. Beides begrüßt das APS ausdrücklich und unterstützt auch die Auswahl der neu aufgenommenen Zwecke, insbesondere die Digitalisierung, die erhebliche Potentiale zur Verbesserung der Patientensicherheit bietet. Allerdings gibt das APS zu bedenken, dass jedes der Ziele einen hohen Wert für die Patientensicherheit repräsentiert, so dass durch die Ausgestaltung und Höhe des Fonds sichergestellt werden sollte, dass nicht die gesamten Gelder für eine oder wenige Zwecksetzungen abgerufen werden, während andere Intentionen nicht besetzt sind. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass der Abbau von stationären Überkapazitäten weiterhin hinreichend und nachdrücklich gefördert wird. Nicht nur, dass Patienten vor überflüssigen und damit immer schädigenden Operationen wirkungsvoll geschützt werden müssen, durch die Reduktion entsprechender Eingriffe und nachfolgendem Versorgungsbedarf kann sich auch eine Entspannung der Pflegepersonalsituation in den notwendigen Versorgungsbereichen ergeben.

b) Pflegeentgelte

Die genauen Vorgaben, wie zukünftig krankenhaushausindividuelle Pflegeentgelte ermittelt werden, legt auch der aktuelle Gesetzentwurf nicht fest, sondern überträgt die Detailregelungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Dennoch kann man aus den getroffenen Aussagen ableiten, dass es eine Form von Pflegepauschalen geben wird. Das APS bittet darum, in diesem Zusammenhang vorzugeben, dass sich die Pauschalen am patientenindividuellen Pflegebedarf und nicht etwa an Diagnosen oder durchgeführten Prozeduren orientieren müssen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass besonders aufwändig zu versorgende Patienten (z.B. mit Demenz, Behinderung oder komplexen Komorbiditäten) nur schwer Versorgungsangebote finden oder in den Krankenhäusern als Kostenfaktor gelten. Eine solche Risikoselektion ist nicht im Interesse von Patientensicherheit im Sinne von Zugänglichkeit des Gesundheitssystems.

Siehe auch Positionspapier der APS – Infektions- Präventions- Initiative (IPI) aus 2016 zu einem raschen Personalbesetzungsverfahren:

http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/IPI_Pflegepersonalausstattung.pdf

sowie

Stellungnahme des APS zum Thema Personalbemessung und Sofortprogramm Pflege:

https://www.bundestag.de/blob/549912/7f185a37ab1a4a7e6809b2487d7d5de7/19_14_0006-1-aps_pflegepersonalmangel-data.pdf

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

Hedi François-Kettner, Vorsitzende

Geschäftsstelle des APS
Am Zirkus 2, 10117 Berlin
Tel. 030 3642 816 0
Email: info@aps-ev.de
Internet: www.aps-ev.de