



Kurzanalyse

**zum
Kabinettsentwurf eines**

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

Hedwig François-Kettner, Vorsitzende

Berlin, 02.08.2018

1. Anlass, Hintergrund und zusammenfassende Bewertung

Im Juni 2018 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vorgelegt, zu dem das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ausführlich¹ Stellung genommen hat. Am 01.08.2018 hat das BMG einen Kabinettsentwurf des gleichen Gesetzes veröffentlicht,² in dem als wesentliche Änderung ein neu gefasster § 137j SGB V enthalten ist. Dieser beinhaltet unter der Überschrift „Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung“ die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen durch das BMG. In der Gesetzesbegründung wird dazu ausgeführt: „Die Regelung dient der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung (...).“ Da sich das APS satzungsgemäß neutral und auf wissenschaftlicher Basis mit dem Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit engagiert, erfolgt im Folgenden eine Kurzanalyse der neuen Vorschläge im Kabinettsentwurf zum § 137j SGB V.

Zusammengefasst ergibt diese Kurzanalyse, dass sich aus der Umsetzung des geplanten §137j SGB V voraussichtlich keine positiven, sondern sogar deutlich negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit ergeben werden. Eine Annäherung der Pflegepersonalausstattung an den tatsächlichen Bedarf der Patienten, die ansonsten durch das PpSG angestrebt wird, wird erschwert.

2. Einschätzungen zur Wirkungsweise des geplanten §137j SGB V

Beschreibung	Einschätzung
§137i SGB V bleibt bestehen, d.h. neben der Regelung durch die Selbstverwaltungspartner erfolgt eine zusätzliche durch das BMG.	Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD war enthalten, dass Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen vorzusehen sind. Diese Vorgabe wird mit dem im § 137j formal umgesetzt; die Hoffnung, dass im Zuge der weiteren Verhandlungen nach § 137i im Rahmen der Ausweitung auch eine sachgerechte Ausgestaltung im Interesse der Patientensicherheit erreicht werden kann, ist damit hinfällig. Insgesamt verwundert, dass überhaupt ein § 137j erforderlich ist, beinhaltet doch § 137i explizit eine Verordnungsermächtigung für das BMG für den Fall, dass keine Regelungen durch die Selbstverwaltung getroffen werden. Da zwischenzeitlich die Verhandlungen zum § 137i durch mindestens einen Verhandlungspartner der Selbstverwaltung für gescheitert erklärt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Vorgaben des §137j den alten §137i inhaltlich vollständig ersetzen, bzw. die Ordnungsverpflichtung des §137i für das BMG durch Erfüllung des § 137j als abgegolten angesehen wird.
Es wird ein sog. Pflegepersonalquotient etabliert. Dieser setzt sich aus der Anzahl des Pflegepersonals in Relation zur Summe der bisherigen Pflegeanteile der DRGs („Pflegetlast“ des INEK) zusammen. Diese	Tatsächlich handelt es sich bei dem sog. „Pflegeaufwand“ nur um die durchschnittlichen Ist-Kosten der Kalkulationshäuser. Die Tatsache, dass mittlerweile von einem Pflegenotstand auszugehen ist, macht deutlich, dass die Ist-Besetzung weit vom tatsächlichen Pflegebedarf entfernt ist. Beispielsweise hat schon das Pflege thermometer 2014 erhoben, dass 80% der einbezogenen Stationsleitungen davon ausgingen, dass auf ihren Stationen zumindest teilweise die Patientensicherheit nicht gewährleistet war. Eine Abbildung oder auch nur Annäherung an den tatsächlichen

¹ Vgl. http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/180731_APS_PpSG_RefE_final.pdf

² Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf

<p>letztere Angabe wird vom Gesetz explizit als „Pflegeaufwand“ bezeichnet.</p>	<p>Pflegebedarf erfolgt durch die Wahl der Bezugsgröße im § 137j folglich nicht, obwohl die Wortwahl des Gesetzes genau das suggeriert. Neben den nachteiligen Wirkungen für die anstehende Festlegung der Höhe der Untergrenzen bewirkt die Wortwahl auch, dass zukünftige Reformbestrebungen mit dem Ziel der Patientensicherheit unter verstärktem Rechtfertigungszwang stehen.</p>
<p>Die Untergrenze wird mit Blick darauf festgelegt, zu welchem Prozentsatz die Personalstärke der Krankenhäuser von dem vergüteten „Pflegeaufwand“ abweicht.</p>	<p>Logisch steht die Regelung damit eigentlich im Widerspruch zu den übrigen Vorgaben des PpSG, die das Prinzip etablieren, dass Krankenhäuser exakt die aufgewendeten Pflegepersonalkosten von den Krankenkassen erstattet bekommen sollen. Dennoch wird hiermit impliziert, dass Abweichungen nach unten prinzipiell zulässig sind. Das lässt darauf schließen, dass erwartet und prinzipiell toleriert wird, dass Krankenhäuser durch die Geltendmachung „pflegeentlastender Maßnahmen“ (vgl. Gesetzesbegründung) doch wieder Teile des Pflegebudgets für andere Zwecke als die Pflegepersonalkosten verwenden bzw. doch eine deutlich geringere Personalausstattung realisieren als in den Kalkulationshäusern.</p> <p>Besonders folgenreich ist aber, dass damit das Prinzip (des § 137i) aufgegeben wird, dass Pflegepersonaluntergrenzen in Form einer Verhältniszahl von Patienten zu Pflegekräften (<i>nurse-to-patient-ratio</i>) angegeben werden. Damit entfällt jede internationale Vergleichbarkeit und auch jede Möglichkeit der lebenspraktischen Orientierung an den Untergrenzen, was insbesondere für die öffentliche Transparenz und damit Wirksamkeit der Untergrenzen erhebliche nachteilige Wirkung hat.</p>
<p>Das BMG wird ermächtigt (bis wann ist offen), eine Untergrenze für das Verhältnis von Personaleinsatz zu diesem „Pflegeaufwand“ festzulegen.</p>	<p>Die Methode, nach der das geschieht, ist ebenfalls offen. Insbesondere mit Blick auf die im Gesetzentwurf gesetzten Fristen kann aber vermutet werden, dass eine Perzentillösung gewählt wird, bei der die schlechtesten 10 oder 25 % der Krankenhäuser die Untergrenze definieren. Eine solche Festlegung erfolgt ohne jede Erhebung bezüglich der Folgen für die Patientenversorgung auf dem festgelegten Niveau und ist damit prinzipiell ungeeignet für die Gewährleistung von Patientensicherheit.</p>
<p>Als Bezugsrahmen für die Festlegung des Pflegepersonalquotienten und der darauf aufsetzenden Untergrenzen wird die Ebene des gesamten Krankenhauses festgelegt.</p>	<p>In der Regel bestehen Krankenhäuser aus einer Vielzahl von Stationen. Auf jeder davon muss ausreichend Pflegepersonal für eine sichere Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Die vorgesehene Betrachtung auf Ebene des gesamten Krankenhauses ist bezüglich unzureichender Personalausstattung auf einzelnen Stationen nicht sensitiv, wenn in anderen Organisationseinheiten mehr Personal beschäftigt wird. Patientengefährdungen in Teilbereichen der Krankenhäuser sind damit nicht wirksam unterbunden.</p>
<p>Darüber, welches Betrachtungsintervall für die Einhaltung von Untergrenzen angewendet wird, macht der Gesetzentwurf keine Angaben.</p>	<p>Bei dem gewählten Ansatz kann aber vermutet werden, dass ein großer Bezugsrahmen von bis zu einem Jahr möglich ist. Eine Regelung, die nicht schichtgenau ist, ermöglicht Unterschreitungen der für die Patientensicherheit erforderlichen Personalbesetzungen in unbegrenzter Dauer und Häufigkeit, wenn zu anderen Zeiten ein Ausgleich geschaffen wird. Patientensicherheit durch ausreichend Pflegepersonal muss aber in jeder Schicht gewährleistet sein.</p>
<p>Im Gesetz ausgeführt, dass bei Einhaltung der Untergrenzen „widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist.“</p>	<p>Faktisch ist durch die vorgesehene Regelung die Patientensicherheit nicht gewährleistet, da die Festlegung des Niveaus der Pflegepersonalausstattung nicht am Pflegebedarf für sichere Versorgung ausgerichtet ist, Pflegekräftemangel auf einzelnen Stationen oder über prinzipiell unbegrenzte Zeitintervalle nicht verhindert wird. Indem aber hier die juristische Festlegung der widerlegbaren Vermutung getroffen wird, wird die Beweislast für unzureichende Personalausstattung auf Patienten (im Fall von resultierenden Schädigungen) und Pflegepersonal (bei Überlastungsanzeigen)</p>

	verlagert. Mechanismen, die Krankenhäuser zu einer ausreichenden Personalbesetzung anregen könnten, werden also substantiell geschwächt.
Das BMG wird ermächtigt, Vorgaben für die Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten zu machen.	Es ist angesichts der Ausgestaltung des Pflegepersonalquotienten zu erwarten, dass ein Großteil der Krankenhäuser sehr hohe Quoten aufweisen werden. Aufgrund der gesetzlichen Formulierung („Pflegeaufwand“) wird damit suggeriert, dass der Pflegebedarf der Patienten zu einem sehr hohen Anteil gedeckt ist, obwohl dieser gar nicht erfasst ist und de facto zu einem erheblichen Anteil weiter unberücksichtigt bleibt. Das kann zu einer erheblichen Fehlinformation der Öffentlichkeit führen. Versorgungsforschung auf der Grundlage dieser Daten ist kaum möglich. Und insbesondere die qualitätsorientierte Krankenhauswahl als wichtiger Faktor im Wettbewerb der Krankenhäuser wird mangels aussagekräftiger und relevanter Daten in diesem Punkt unmöglich gemacht.
Die Ergebnisse der Pflegepersonalquotienten werden u.a. an die Partner der Verhandlungen für die Pflegebudgets weitergeleitet.	Letztlich werden die Verhandlungen zu den Pflegebudgets, die vom PpSG eingeführt werden, weitreichend darüber entscheiden, ob in der Folge der Gesetzesnovelle eine nachhaltige Verbesserung der Pflegepersonalausstattung erfolgt. Durch die Übermittlung des Pflegepersonalquotienten an die Verhandlungspartner wird dieser zum zentralen Gegenstand der Verhandlungen gemacht. Da zudem bei Einhaltung der auf dieser Datenbasis (letztlich der Ist-Kosten der Kalkulationshäuser) festgelegten Mindestvorgaben auf voraussichtlich niedrigem Niveau (Perzentilansatz) „widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist“, darf als gesichert angenommen werden, dass Steigerungen über den Stand, der bis Ende 2019 erreicht wird, kaum mehr verhandelt werden (können). Angesichts der Personalknappheit muss befürchtet werden, dass bis dahin keine Pflegepersonalausstattung erreicht wird, die den Anforderungen der Patientensicherheit entspricht, was angesichts der konservierenden Wirkung des § 137j dazu führen wird, dass dauerhaft die Patientensicherheit nicht gewährleistet ist.

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