Personalbemessung im Krankenhaus weiterentwickeln

Stellungnahme des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum Antrag der Fraktion
Die LINKE

Jetzt bedarfsgerechte Personalbemessung in Krankenhäusern einführen

Dr. med. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende

Berlin, 19.11.2020

Allgemeine Einschätzung und Hinweis auf weiterführende Ausführungen

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für den vorliegenden Antrag. Bereits seit langem hat das APS darauf hingewiesen, dass eine sichere Patientenversorgung ohne eine qualitativ wie quantitativ ausreichende Ausstattung mit Pflegefachpersonal nicht zu gewährleisten ist. Diese wiederum ist nur mit einer am tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichteten Pflegepersonalbemessung und-transparenz zu erreichen.

Leider ist es aufgrund der Kürze der Stellungnahmefrist und der überwiegend ehrenamtlichen Strukturen des APS nicht möglich, zum Anlass der Anhörung eine eigene Stellungnahme zu erstellen. Wir bitten um Verständnis, dass wir stattdessen auf Ausführungen in früheren Stellungnahmen verweisen müssen. Einschlägig ist hier insbesondere unsere Stellungnahme zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 17.10.2018[1] und zur ersten Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung vom 26.09.2019,[2] Beide Stellungnahmen fügen wir als Anlagen dieser Stellungnahme bei.

Darüber hinaus hat das APS mit zentralen Organisationen aus dem Bereich der Pflege erst kürzlich ein Positionspapier zur Patienten- und Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung erstellt, das ebenfalls das Thema aufgreift.[3] Auch dieses fügen wir bei.

Ergänzend zu früheren Positionierungen möchten wir noch darauf hinweisen, dass wir dringend empfehlen würden, dem aktuellen Antrag noch einen vierten Punkt hinzuzufügen:

„4. unmittelbar einen Auftrag für eine unabhängige pflegewissenschaftliche sowie gesundheitsökonomische Begleitforschung und Evaluation der Einführung der PPR 2.0 zu beauftragen mit dem Ziel, diese inhaltlich weiterzuentwickeln.“

Auch wenn das APS davon überzeugt ist, dass die Einführung der PPR 2.0 als verpflichtendes Personalbemessungsinstrument und Grundlage für eine verbesserte Transparenz zur Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus eine unmittelbare Verbesserung zum status quo ist, besteht gleichwohl auch die Überzeugung, dass auch dieses Instrument der kritischen Überprüfung (z.B. hinsichtlich der angemessenen Berücksichtigung von Personalmix) und Weiterentwicklung bedarf.

[1] Vgl. Anlage 1
[2] Vgl. Anlage 2
[3] Vgl. Anlage 3

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:

Dr. med. Ruth Hecker, Vorsitzende

Geschäftsstelle des APS
Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin
Tel. 030 3642 816 0
Email: info@aps-ev.de
Internet: www.aps-ev.de

Anlage 1

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 Konzertierten 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 Neuregelung 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 gemutmaßt 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 draus 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 Gesetzesentwurf – 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 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 „Pflegelast“ 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 krankenhausindividuellen 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 aufbau-

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 Konzertierten 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 Konzertierten 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 wiederspiegelt, 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 Pflegethermometer 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 Gesetzesentwurfs 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 sicherhegestellt 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 krankenhausindividuelle 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

Anlage 2

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Stellungnahme

des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum
Referentenentwurf

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung PpUGV)

Hedi François-Kettner, APS-Vorsitzende

Berlin, 26.09.2019

Inhalt

A. Allgemeine Einschätzung 2
1. Vorteile der PpUGV neu 3
2. Probleme rund um die Festlegung der PPUG 3
B. Lösungsvorschläge des APS 4

A. Allgemeine Einschätzung

Eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung ist eine zwingend erforderliche Bedingung für eine sichere Patientenversorgung. Hierzu hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) in verschiedenen Stellungnahmen ausführlich Stellung genommen, Auch der vorliegende Verordnungsentwurf ist einerseits auf der Historie der verschiedenen legislativen und exekutiven Aktivitäten zu sehen, andererseits vor dem Eindruck der Entscheidung der zuständigen Selbstverwaltungspartner, auch die zweite gesetzliche Fristsetzung zur Festlegung eigener Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) verstreichen zu lassen. Das APS teilt hier die Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) bezüglich der Dringlichkeit des Handelns: Aufgrund der Arbeitsverdichtung in der Pflege sind die Arbeitsbedingungen vor Ort häufig so belastend, dass die Beschäftigten ihre Arbeitszeit reduzieren oder dem Beruf, zumindest aber der Festanstellung in einem Krankenhaus, vorzeitig den Rücken kehren. Hierdurch wurde ein Teufelskreis samt Abwärtstrend in Gang gesetzt, der dringend durchbrochen werden muss. Das APS ist zudem der Auffassung, dass mittlerweile nicht nur die Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte negativ betroffen sind, sondern auch erhebliche Gefährdungen der Patientensicherheit bestehen. In dieser Einschätzung wird das APS durch verschiedene Studien, vom Pflegethermometer 2014 bis hin zur viel zitierten RN4CAST-Studie, gestützt.; unzureichende Patientensicherheit ist in vielen Einrichtungen bereits tägliche Realität, nicht mehr bloße Zukunftsmöglichkeit. Aus diesem Grund befürwortet das APS nachdrücklich alle Maßnahmen, die geeignet sind, den Trend umzukehren und zu Verbesserungen der Patientensicherheit beizutragen. Für die Gelegenheit, zu diesem Zwecke zum vorliegenden Versordnungsentwurf Stellung zu beziehen, bedankt sich das APS ausdrücklich.

Wie bereits angesprochen geht dem vorliegenden Gesetzesentwurf eine längere Historie und eine intensive öffentliche Debatte voraus. § 137i SGB V verpflichtet die Verhandlungspartner, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband (GKV-SV), bis zum 30. Juni 2018 erste Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festzulegen. Da dies nicht erfolgte, erließ das BMG im Oktober 2018 eine erste Ersatzvornahme in Form der alten Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV alt) für zunächst vier pflegesensitive Bereiche. Auch die zweite Frist für die Selbstverwaltungspartner, dieses Mal für die Überarbeitung der PPUG, ist mittlerweile verstrichen, so dass nun eine neue Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV neu) vorgelegt wurde. In dieser wurden neben den bereits bestehenden Untergrenzen für die Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie weitere Vorgaben gemacht für die Bereiche Herzchirurgie, Neurologie und hier noch einmal speziell für die neurologischen Schlaganfalleinheiten und die neurologische Frührehabilitation. Die Grundlage für die Festlegung der Höhe der PPUG durch das BMG ist der Perzentil- bzw. Quartilsansatz, d.h. die 25% Krankenhäuser mit den schlechtesten Ausstattungswerten müssen ihren Personaleinsatz bis zur Quartilsgrenze anheben.

In der aktuellen Situation ist es aus Sicht des APS unumgänglich, bezüglich der nun vorgeschlagenen Vorgehensweise in der PpUGV neu zu einer differenzierten Einschätzung zu gelangen. Im Folgenden werden deshalb Argumente aufgeführt, die für die – befristete - Umsetzung der PpUGV sprechen, ebenso wie Gründe, zum aktuellen Zeitpunkt den eingeschlagenen Weg in dieser Form nicht weiterzugehen. Unbestritten und – im Interesse der Patientensicherheit wie der betroffenen Pflegekräfte – unumgänglich sind nachhaltige und wirkungsvolle Änderungen des oben beschriebenen Trends. Bei allem Diskurs geht es also nicht um das ob

von Reformen und Vorgaben, sondern nur um das wie. In diese Auseinandersetzung um die bestmögliche Vorgehensweise möchte das APS seine Lösungsvorschläge einbringen.

1. Vorteile der PpUGV neu

Die Situation für die Patientensicherheit und die in den Krankenhäusern verbliebenen festangestellten Pflegekräfte ist ernst, die Abwärtsspirale offensichtlich. In dieser Situation sind starke Signale, dass Verbesserungen bevorstehen und von der Politik mit allem Nachdruck herbeigeführt werden, unerlässlich, um den eingetretenen Teufelskreis zu durchbrechen und Pflegekräften Mut zu machen, im Beruf zu bleiben bzw. in ihn wieder (verstärkt) zurückzukehren. Es ist auch unerlässlich, dass den Betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern[1] ebenso wie den Führungskräften und Verantwortlichen in den Krankenhäusern der begründete, auf Fakten basierende Eindruck vermittelt wird, dass die Politik das Thema nicht wieder fallen lassen wird, sondern im Gegenteil bis zu einer Lösung weiterverfolgen wird. **Das APS bedankt sich ausdrücklich dafür, dass mit der PpUGV ein solches Signal gesetzt wird.**

Ein zentraler Kritikpunkt auch des APS im Zusammenhang mit der Festlegung der ersten PPUG war die Tatsache, dass diese nur für wenige sog. pflegesensitive Bereiche gelten. Eine ausreichende Pflegepersonalausstattung ist in allen bettenführenden Abteilungen (und im Übrigen auch in den Funktionsbereichen!) für die Patientensicherheit von zentraler Bedeutung. Die Begrenzung der PPUG hatte also zur Folge, dass viele Bereiche der Patientenversorgung im Krankenhaus nicht nur von den intendierten Verbesserungen nicht profitierten, sondern auch in der Gefahr standen, durch Personalverlagerungen in die von PPUG geregelten Bereiche noch zusätzlich an Pflegekapazitäten zu verlieren. Es ist aus Sicht der Patientensicherheit aber unerlässlich, eine angemessene Pflegepersonalausstattung in allen Bereichen der Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Indem mit der PpUGV weitere Bereiche einbezogen werden, wird nicht nur ein Schritt in diese richtige Richtung getan, sondern auch das wichtige Signal gesetzt, dass der Weg hin zu PPUG für alle bettenführenden Bereiche, wie im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehen, beschritten werden wird. **Auch dies unterstützt das APS mit allem Nachdruck.** Selbst wenn Umgehungsstrategien in einzelnen Häusern genutzt werden, bedeutet die derzeitige Ankündigung, dass derartige „Lösungen“ keinen Bestand haben werden und motivieren so die Verantwortlichen, substantielle Verbesserungen anzustreben.

2. Probleme rund um die Festlegung der PPUG

Der zentrale Kritikpunkt rund um die PPUG bestand in der Vergangenheit in der (Festlegung der) Höhe der Grenzwerte. Hieran hat sich nichts geändert. Rein logisch ist es erforderlich, hier zwischen zwei Aspekten zu unterscheiden:

- Die absolute Höhe der PPUG orientiert sich, wie oben beschrieben, an den 25% der Krankenhäuser mit der nominell schlechtesten Pflegepersonalausstattung und wird so festgelegt, dass mindestens das Niveau derjenigen Häuser erreicht werden muss, die gerade nicht mehr unter das Viertel der schlechtesten fallen. Angesichts der erheblichen Differenzen zwischen der durchschnittlichen Pflegepersonalausstattung in Deutschland mit vergleichbaren Industriestaaten bestehen fundierte Zweifel, dass die Höhe der PPUG geeignet ist, das Minimalziel einer sicheren Patientenversorgung zu gewährleisten.
- Ob eine sichere Pflege geleistet werden kann, hängt von der Differenz zwischen dem Pflegebedarf und der Ausstattung ab. Der Pflegebedarf variiert aber auf Stationen mit nominell gleicher Zuordnung zu den Bereichen der PpUGV wesentlich. Besonders einleuchtend ist das bei der Unfallchirurgie, wo Spezialkliniken für Sportunfälle den gleichen Vorgaben unterliegen wie Stationen mit einem hohen Anteil an multimorbiden, häufig dementen Patienten nach Femurfraktur. Hieraus folgt, dass starre PPUG ohne Berücksichtigung des Pflegebedarfs nicht zielführend sind.

[1] Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet, ohne dass hiermit eine Wertung verbunden ist.

Für Deutschland muss konstatiert werden, dass belastbare Daten für eine Festlegung der PPUG in einer Höhe, die vermeidbare Patientengefährdungen aufgrund von Personalmangel minimiert, nicht vorliegen. Auch fehlen verpflichtende Erhebungsinstrumente für eine Anpassung der Vorgaben an den Pflegebedarf der jeweiligen Einrichtungen. Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung der Selbstverwaltungspartner, zum jetzigen Zeitpunkt keine PPUG festzulegen, nachvollziehbar, da Grenzwerte vorgegeben würden, die fachlich nicht begründet bzw. begründbar sind. Die Selbstverwaltung hat sich in ihrem Handeln der Evidenzbasierung verschrieben. Auch ist wissenschaftliche Evidenz die Grundlage für die juristische Überprüfung von Normen, die durch die Selbstverwaltung gesetzt werden. Selbst wenn durch die Selbstverwaltung Vorgaben gemacht worden wären, würden sie damit einer gerichtlichen Überprüfung nicht standhalten und wären somit wirkungslos.

Anders ist die Sachlage, betrachtet man den politischen Prozess, der notwendigerweise schrittweise zu Verbesserungen der realen Situation führen muss. Hier ist es durchaus sinnvoll, wenn – besonders mit Blick auf den leergefegten Arbeitsmarkt - zunächst jene Krankenhäuser zu Verbesserungen verpflichtet werden, die derzeit die schlechtesten Werte aufweisen. Und die Evidenzbasierung ist keine Voraussetzung für die Gültigkeit legislativer Vorgaben. Insofern ist die jetzt erfolgte Ersatzvornahme der einzig mögliche Schritt. Allein: **Die Patientensicherheit ist mit den jetzt gemachten Vorgaben nach fester Überzeugung des APS nicht gewährleistet!** Mit Blick auf die schwerwiegenden inhaltlichen Defizite der methodischen Vorgehensweise muss folglich klar sein und allen Beteiligten in geeigneter Weise verdeutlicht werden**, dass es sich mit der PpUGV neu nur um eine Übergangslösung handelt, die schnellstmöglich weiterentwickelt wird.** Weitere nachhaltige Schritte zu einer evidenzbasierten, umfassenden Festlegung von Pflegepersonalvorgaben sind mit Blick auf die Patientensicherheit sind nach Auffassung des APS unerlässlich.

B. Lösungsvorschläge des APS

Bis auf weiteres ist die enge politische Begleitung des Prozesses der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in deutschen Krankenhäusern unerlässlich, damit das Ziel einer Verbesserung der Patientensicherheit erreicht wird. Die Problemlage hat ein Ausmaß erreicht, in dem nur schrittweise Verbesserungen realistisch sind, diese aber mit Nachdruck verfolgt werden müssen. Aus diesem Grund begrüßt und unterstützt das APS weitere zukünftige Schritte des BMG auf diesem Weg.

Wie oben ausgeführt ist die fehlende Evidenzbasierung und die unzureichenden Anpassungsmöglichkeiten an die jeweiligen Patientenbedarfe vor Ort der wesentliche Hinderungsgrund, warum mit der bisherigen Methodik kein Zustand erreicht werden kann, der Patientensicherheit in dem Ausmaß gewährleistet, das aus Art. 2 Abs. 2 GG, dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, abzuleiten ist. Deshalb regt das APS dringend an, dass von politischer Seite die Entwicklung eines am individuellen Pflegebedarf orientierten Pflegepersonalbemessungstools vorangetrieben wird, wie es von der DKG, dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di in einem gemeinsamen Eckpunktepapier skizziert und gefordert wurde. Auf dieser Basis sind auch Ganzhausansätze, die im SGB V bereits prinzipiell angelegt sind, evidenzbasiert und wirkungsvoll umsetzbar, so dass Bürokratie eingespart und Fehlanreize vermieden bzw. abgebaut werden können. Das APS bietet gerne an, seine Expertise hinsichtlich der Patientensicherheit in derartige Entwicklungsprozesse einzubringen.

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

Anlage 3

Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung

Gemeinsames Positionspapier von

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- Bundespflegekammer
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Deutscher Pflegerat (DPR)

Ansprechpartnerin:

Petra Blumenberg
Beisitzerin im APS-Vorstand
E-Mail: blumenberg@aps-ev.de

09.11.2020

Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung

Die Patientensicherheit/Bewohnersicherheit liegt im Verantwortungsbereich aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen, sowohl in der akuten Versorgung in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, als auch im ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich und in den Arztpraxen. Damit eine sichere Versorgung von Menschen mit einem medizinischen und pflegerischen Unterstützungsbedarf gelingen kann, bedarf es multiprofessioneller Konzepte und Herangehensweisen. Gleichzeitig ist es aber wichtig, dass jede Berufsgruppe für sich ihre eigene professionelle Verantwortung klärt und vollumfänglich wahrnimmt. Die zunehmend hohen Belastungen im Arbeitsalltag einer Pflegefachperson lassen es oft nur noch zu, prioritär das Dringlichste zu erledigen. Der vorhandene Rahmen reicht nicht aus, um die erforderliche und kontinuierliche Patientensicherheit zu gewährleisten.

In den folgenden gemeinsamen Positionen von Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Deutscher Pflegerat (DPR) und den Pflegekammern geht es um die Patientensicherheit/Bewohnersicherheit aus der pflegerischen Perspektive, die im Kontext der pflegerischen Berufsausübung in allen Sektoren im Gesundheitswesen erklärtes Ziel ist.

Aktuelle Situation

Die Berufsgruppe der Pflege ist am Limit – und das nicht erst seit der SARS-CoV-2/Covid-19 Pandemie. Die zunehmende Arbeits- und Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern, die an diversen anderen Stellen ausreichend beschrieben wird (exempl. Klauber et al. 2017), wirkt sich anschließend auf die nachstationären Bereiche der pflegerischen Versorgung aus. Auch in den Einrichtungen der Langzeitpflege reicht die Personalausstattung nicht aus, um die gestiegenen Anforderungen zu bewältigen. Zudem unterscheiden sich Personalschlüssel in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zwischen den Bundesländern erheblich. Immer mehr Patient*innen/Bewohner*innen werden aus den Krankenhäusern mit einem hohen pflegerischen Versorgungsbedarf entlassen, der dann entweder in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Kurzzeitpflege oder der ambulanten Pflege aufgefangen werden muss.

Um der pflegerischen Verantwortung für die Sicherheit der Menschen in den oben genannten Settings gerecht zu werden, benötigt die Berufsgruppe Pflege Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die nachfolgend beschrieben werden sollen. Dazu gehören neben einem fundierten Wissen zu Patienten-/Bewohnersicherheitsrisiken sowie den erforderlichen Instrumenten zur Vermeidung von Risiken und zum Umgang mit Fehlern insbesondere die notwendigen personellen, fachlichen und zeitlichen Ressourcen. Insbesondere für die Bereiche der Lang-

zeitpflege bedarf es dringend einer stärkeren Berücksichtigung von Aspekten der Bewohnersicherheit, verbunden mit der Entwicklung eigener Konzepte für diesen Bereich, der sich organisatorisch stark von der Akutversorgung im Krankenhaus unterscheidet. Kommt es zu einer unsachgemäßen pflegerischen Versorgung, müssen diese Fälle schnellst möglichst und vollumfänglich aufgeklärt werden. Hierfür braucht es zentrale Anlaufstellen für die Betroffenen, deren Angehörige sowie die Beschäftigten. Damit eine unzureichende pflegerische Versorgung frühzeitig erkannt, ihre Gründe identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung vorgenommen werden können, sind Instrumente für eine systematische und fortlaufende pflegerische Qualitätskontrolle einzusetzen.

Die aktuelle Personalsituation in der Pflege verhindert eine sichere Versorgung!

Pflegesensitive Fehler

Der Grund für einen Fehler liegt nicht allein bei dem Verursacher, sondern ist in der Regel eine Verkettung von Umständen und organisationalen Schwachstellen. Dennoch zeigt die Literatur, dass es zahlreiche Probleme in der Versorgung von Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf gibt, die sich in jedem Fall einer zentralen pflegerischen Verantwortung zuordnen lassen.

Hier wird deutlich, dass es bei Patienten- und Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung nicht nur um Fehler im Sinne von falschem Handeln geht, sondern sehr häufig auch um die Unterlassung von Maßnahmen (Zander et al. 2014). Pflegefachpersonen im Krankenhaus nehmen vor allem bei den folgenden Maßnahmen eine „implizite Rationierung“ vor, wenn sie abwägen müssen, was zu schaffen ist und was nicht:
Zeit für Zuwendung/Patientengespräche (82%), Entwicklung/Aktualisierung Pflegepläne (54%), Beratung/Anleitung (54%), Dokumentation der Pflegearbeit (40%), Patientenüberwachung (37%), Mundpflege (29%), Hautpflege (28%), Vorbereitung auf die Krankenhausentlassung (24%). Seltener nicht erbracht werden pflegerische Leistungen, die sich unmittelbar negativ auf die Patientengesundheit auswirken, wie eine zeitgerechte Medikamentengabe, das regelmäßige Positionieren zur Vermeidung von Dekubitus oder Maßnahmen zur Schmerzreduktion und Unterstützung bei medizinischen Behandlungen und Prozeduren (Zander et al. 2014). Abgesehen davon, dass das implizite Rationieren von pflegerischem Handeln das Patientenwohl gefährdet, trägt es maßgeblich zur beruflichen Unzufriedenheit der Pflegekräfte und zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf bei. Hierzu gibt es inzwischen eine Reihe ähnlicher Befunde aus weiteren Pflegesettings (Sworn & Booth 2020).

Die Ergebnisse der RN4CAST-Studie zeigen deutlich auf, welchen Zusammenhang es zwischen der Anzahl der Pflegefachperson pro Patient, deren Qualifikation und der Mortalität gibt

(Kendall-Gallagher et al. 2011, Aiken et al. 2012, Kutney-Lee et al. 2013, Ausserhofer et al. 2014, Zander et al. 2014). Bei einem Patienten-Pflegefachperson-Verhältnis von 6:1 und 60% akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen wäre die Sterberate um 30% niedriger als bei einem Verhältnis von 8:1 bei einer Akademikerquote von 30%. Dazu muss angemerkt werden, dass die Ratio in Deutschland bei durchschnittlich 13:1 liegt (Ausserhofer et al. 2014) und die Quote von akademisch ausgebildeten Pflegekräften an deutschen Universitätskliniken im Jahr 2016 lediglich bei 1,7 % aller Pflegekräfte lag, lag sie in der direkten Versorgung sogar nur bei 1% (Tannen, Feuchtinger, Strohbücker & Kocks, 2017). In den weiteren Settings der pflegerischen Versorgung sind diese Quoten noch deutlich niedriger.

Deutlicher im Fokus der Aufmerksamkeit sind offensichtlichere pflegerelevante Risiken wie z. B. das Entstehen von Dekubitus, Immobilität und Stürzen, Mangelernährung, Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder nosokomiale Infektionen. Pflegespezifische Risiken werden u.a. in den vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) veröffentlichten Expertenstandards und anderen Praxisleitlinien und -standards thematisiert. Hier wird das pflegerische Handeln zur Vermeidung bzw. zum Umgang mit diesen Risiken deutlich gemacht (Büscher 2015). Erfahrungen in der Umsetzung dieser Qualitätsinstrumente haben wiederholt deutlich gezeigt, dass für eine gute einrichtungsinterne Qualität, neben einer hohen fachlichen Expertise der Mitarbeiter, immer auch einrichtungsspezifische Faktoren eine bedeutende Rolle spielen. Dies ist die Kultur einer Einrichtung und hier vor allem, wie miteinander kommuniziert wird, wie mit Fehlern umgegangen wird und wie es um die gegenseitige Wertschätzung steht. Eine Investition in mehr und besser qualifiziertes Personal hat nur dann einen positiven Effekt, wenn gleichzeitig auch die Organisationskultur verbessert wird (Aiken et al. 2014).

Die eingangs aufgeführten Organisationen haben sich mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit darauf verständigt, bedeutsame pflegerische Positionen zu erarbeiten, die den politisch wie auch beruflich Verantwortlichen Hinweise und Rahmenvorschläge geben. Wir beabsichtigen mit dem gemeinschaftlichen Dialog eine konzertierte Aktion zu mehr pflegerischer Versorgungssicherheit in Deutschland zu erreichen und bitten alle Akteure und Verantwortlichen, dies zu unterstützen.

Position 1 Die generalistische Pflegeausbildung

Seit dem 1. Januar 2020 sind die Pflegeausbildungen in Deutschland neu geregelt. Die zukünftig gemeinsame Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen sowie Altenpfleger*innen zu Pflegefachfrauen bzw. -männern ist eine Chance für eine Aufwertung des Berufsbildes. Besonders hervorzuheben ist die Benennung der vorbehaltenen Tätigkeiten der Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, der

Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege für Pflegefachpersonen. Insbesondere in Bezug auf die sichere Versorgung der Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf sind dies zentrale, der professionellen Pflege zugeschriebene Aufgaben. Negativ zu sehen ist die Beibehaltung der Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege, die einen deutschen Sonderweg darstellen. Die immer komplexer werdende Versorgung von mehrfach erkrankten Menschen in allen Settings des Gesundheitswesens erfordert Pflegefachpersonen die für alle Settings und für alle Altersstufen qualifiziert sind. Die Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf bewegen sich zwischen allen Settings, daher muss auch das pflegerische Leistungsniveau in allen Settings gleich sein. Weitere spezifische Qualifikationen nach Abschluss einer Ausbildung sind erforderlich und im Sinne des lebenslangen Lernens auch erwünscht.

Besonders problematisch ist, dass die hochschulische Ausbildung von Pflegefachpersonen im Pflegeberufegesetz viel zu kurz gekommen und benachteiligt ist. Hier hätte angesichts der sehr eindeutigen Studienlage zum Zusammenhang von Pflegequalität und Akademisierungsrate in den Einrichtungen deutlich mutiger ein mehr an akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen eingefordert werden müssen. Praxiseinsätze von Pflege-Studierenden sollten vergütet werden und die Finanzierung sowie Gestaltung der Praxisanleitung bei Studierenden müssen klar geregelt sein, damit diese in zielführender Qualität erfolgen. Im Rahmen der Gesetzgebung zum Hebammengesetz zeigt der Gesetzgeber, dass eine Finanzierung der praktischen Hochschulausbildung regel- und finanzierbar ist (HebG).

Position 2 Berücksichtigung von Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in Ausbildung und Studium

Mit Einführung der generalistischen Ausbildung muss dem Thema der Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in allen Settings der professionellen Pflege gleiche Beachtung geschenkt werden. Bereits in der Ausbildung (sowohl in der beruflichen Ausbildung als auch im Studium) müssen die zentralen Aspekte eines Risikomanagements zur Gewährleistung einer sicheren Patientenversorgung sowie der Umgang mit Risiken und Fehlern einen festen Platz in den Lehrplänen erhalten. Dazu werden folgende Forderungen aufgestellt:

- Patienten- und Bewohnersicherheit wird Gegenstand und Bestandteil der schulischen und hochschulischen Curricula und in allen Versorgungssettings.
- Patienten- und Bewohnersicherheit muss prüfungsrelevant in Ausbildung und Studiengängen integriert werden
- Schulung und Sensibilisierung von Lehrenden und Praxisanleitenden im Thema Patienten-/Bewohnersicherheit wird dazu unmittelbar angeregt

- Kenntnisse im Umgang mit pflegesensitiven Indikatoren bei Lehrenden und Praxisanleitenden werden gefördert
- Kenntnisse zu den externen Qualitätssicherungsverfahren (Indikatoren in der stationären Altenhilfe, Qualitätsberichte Krankenhäuser) werden Gegenstand bei Fort- und Weiterbildungen
- Ausdifferenzierung (Grade mix) der Pflege (Promotion bis Pflegeassistenz) muss organisatorisch abgebildet werden
- Verantwortung der Führungskräfte: sinnvolle Integration des Qualifikationsmix und jährlicher Nachweis pflegerischen Outcomes in den Qualitätsberichten
- Vorgaben zum Akademisierungsgrad werden verbindlich gemacht (IST ca. 2 %, Wissenschaftsrat spricht von 20 %[1])
- Pflegerische Personalausstattung und Grade mix wird in jährlichen Qualitätsberichten nachgewiesen.

Wenn durch fehlerhaftes Handeln oder Unkenntnis der professionell Pflegenden die Patienten-/Bewohnersicherheit gefährdet ist, müssen alle Seiten beleuchtet und entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Unumgänglich ist es, die Pflegefachpersonen zu sensibilisieren, um eigene Interventionen (wie z.B. CIRS in der stationären Altenhilfe zu etablieren) zu verstärken. Dazu gehört, berufliches Wissen zu aktualisieren und die Ausbildung und die primärqualifizierenden Studiengänge in dieser Thematik curricular deutlich anzureichern. Patientensicherheit/Bewohnersicherheit darf nicht nur ärztlich und im Krankenhaus gedacht werden, sondern muss ein interdisziplinäres Anliegen aller Gesundheitsberufe in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung sein.

Position 3 Personalbedarfsbemessung in der Pflege

Ein offensichtlich vorliegendes Strukturproblem ist die Personalnot in allen Bereichen der Pflege. Aber auch der zunehmende Einsatz von Leasingkräften und die Leistungsverdichtung in allen Sektoren der Versorgung durch immer kürzere Verweildauern bei gleichzeitig schwereren Grunderkrankungen sind im Wesentlichen ursächlich für die vorherrschende psychische und physische Überlastung von Pflegefachpersonen.

Die Einführung der Personaluntergrenzen in Krankenhäusern hat nur bedingt zu einer Verbesserung beigetragen. Sie führen in der Praxis eher dazu, die Pflegefachpersonen in den ausgewählten Krankenhausbereichen einzusetzen und entsprechend aus anderen Bereichen ab-

[1] In den USA gab es vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Qualifikation und Patientenoutcomes vor etwa 10 Jahren die Empfehlung des National Institutes of Health, dass bis 2020 80% der Registered Nurses einen akademischen Grad Bachelor of Nursing nachweisen müssen

zuziehen und Patient*innen von Intensivstationen möglichst frühzeitig zu verlegen. Eine grundsätzliche Aufstockung von Pflegepersonal wird so vermieden. Zudem wurden die Personaluntergrenzen willkürlich festgelegt. Für das politische Postulat, damit sei ‚Patientensicherheit' gewährleistet, gibt es keinen Beleg.
In der Langzeitpflege variiert die Personalausstattung in Pflegeheimen zwischen den Bundesländern aufgrund von Landesregelungen erheblich. Die Umsetzung eines neu entwickelten Personalbemessungsverfahrens wird Jahre dauern. Es gibt durch den hohen Anteil von gering oder als Pflegeassistenten qualifizierten Mitarbeitenden in der Pflege zudem eine qualitative Herausforderung.
Verschärft wird die Lage durch den bestehenden bundesweiten Pflegepersonalmangel. Es dauert mehr als sechs Monate, freie Stellen für Pflegefachpersonen wieder zu besetzen. Pflegestellenförderprogramme der aktuellen Bundesregierung entfalten nur bedingt Wirkung, da sie viel zu spät kommen.

Die Sensibilisierung der Pflegefachpersonen, sich an aktuellem Wissen zu orientieren und für ihr Handeln Verantwortung zu übernehmen, ist eine Erfordernis. Eine weitere Aufgabe für Politik und Träger von Einrichtungen ist die ernsthafte Auseinandersetzung mit den aktuellen Bedingungen in der Pflege und die daraus notwendigerweise resultierenden Verbesserungen der Rahmenbedingungen. Die Erkenntnis auf gesellschaftlicher Ebene, dass eine mangelhafte Pflege immer eine Gefahr für Patienten und pflegebedürftige Menschen bedeutet, ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu mehr Patientensicherheit.

Position 4 Organisationskultur (Einrichtungskultur /Sicherheitskultur)

Eine Pflegefachperson kann unter erschwerten Bedingungen nur eingeschränkt professionell arbeiten und eine sichere Pflege garantieren. Deshalb sind strukturelle Rahmenbedingungen von großer Bedeutung und können nur in konzertierter Verantwortung verstanden werden. Sowohl die politischen Voraussetzungen zur angemessenen Personalausstattung als auch trägerbezogene Umsetzungsszenarien sind maßgeblich für eine sichere Pflege.
Dabei gehören neben vielen anderen Maßnahmen zwingend angemessen vorhandene Zeitfenster für pflegerische Maßnahmen. Nur so kann erlernte Fachlichkeit bei den Patienten ankommen und am Ende der Versorgung für die erforderliche Patientensicherheit sorgen. Gleiches gilt in der Akutpflege wie in der Langzeitpflege.

Patientensicherheit/Bewohnersicherheit bedeutet, den Grundgedanken eines Qualitätsmanagementsystems zu verinnerlichen sowie den Anspruch der bestmöglichen individuellen Versorgung zu verfolgen. Dies ist auch eine zentrale Verantwortung des Leitungspersonals aller

beteiligten Berufsgruppen und damit verbunden mit der Forderung nach einer besseren Qualifikation für Leitungspersonen (akademischer Abschluss) im unteren und mittleren Management.
Es erfordert eine Identifikation und Motivation aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im System und die Beachtung der Vorgaben des Managements. Die Einbeziehung aller im Prozess Beteiligter sowie die ausdrückliche Ermutigung zum resilienten und reflektierten Verhalten bietet die Möglichkeit, sich Klarheit über Schwachstellen in den Arbeitsabläufen zu beschaffen und zu entscheiden, welche Lösungen für eine Verbesserung der Pflegeorganisation notwendig sind. Ein Qualitätsmanagementsystem bietet Sicherheit in Haftungsfällen, da die Einhaltung der Sorgfalt bei allen Leistungen nachweisbar ist.

Dringend nachbessern muss Deutschland beim erforderlichen Qualifikationsmix in den Einrichtungen. Unser Staat steht im europäischen Vergleich sehr weit unten und konterkariert damit immer wieder seine proklamierte Spitzenposition.

Position 5 Aufgabe der Pflegekammern

Eine der priorisierten Aufgaben der bestehenden und sich in der Entwicklung befindenden Pflegekammern ist die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitigem Schutz vor unsachgemäßer Pflege. Deshalb muss vor allem eine Stärkung der Professionalisierung des Pflegeberufes eine wichtige Strategie der Pflegekammern sein. Die Pflegekammern werden die nachhaltige Entwicklung der Profession Pflege zu einem durchsetzungsstarken Berufsstand vorantreiben, damit die Versorgungssicherheit überhaupt umfassend gewährleistet werden kann.
Dazu gehört unter anderem, für die nötigen Rahmenbedingungen zu sorgen, damit sich Pflege entfalten kann:

- Patienten-/Bewohnersicherheit in den Berufs- und Weiterbildungsordnungen aufgreifen,
- Schaffung des grundlegenden Regelwerks der pflegerischen Berufsausübung in Form einer Berufsordnung,
- Beratung mit den Akteuren im Gesundheitswesen sowie den politischen Entscheidungsträgern zu notwendigen Verbesserung der Rahmenbedingen in der Pflege, Voranbringen von konkreten Lösungsansätzen,
- Information der Kammermitglieder zu Themen der pflegerischen Berufsausübung und den aktuellen (berufs-)politischen Entwicklungen,
- Beratung der Kammermitglieder zu pflegefachlichen und berufsspezifischen Fragestellungen,

- Landesweites Krisenmanagement in der Corona-Pandemie in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen, der Landesregierung, den Ministerien sowie den Landesbehörden,
- Einfordern einer akademischen Quote für alle Einrichtungen (ähnlich einer Fachkraft -Quote),
- Kommunikations- und Team Skills fördern,
- Leadership fördern,
- Weitere Vorbehalts- bzw. Kernaufgaben entsprechend der Qualifikationen festlegen,
- Eine bundesweite Erfassung und Aufbereitung/Interpretation von pflegerelevanten Outcomes /Ereignissen starten,
- Weitere Standardisierungen bzw. Beschreibungen von beruflichem Handeln vornehmen,
- Nachhaltiges Eintreten für die beruflichen Belange des Berufsstandes Pflege initiieren.

Die heutige prekäre Lage in der beruflichen Pflege hat im Wesentlichen damit zu tun, dass die Berufsgruppe bisher nur unzureichend auf die wichtigen Entscheidungen in Politik und Selbstverwaltung einwirken konnten. Die Pflegekammern bieten Struktur und Strategie dies nachhaltig zu ändern und damit die Versorgung von Patient*innen und Bewohner*innen zu verbessern.

Fazit

Die Sicherheit von Menschen mit Pflegebedarf zu gewährleisten ist ein inhärentes Element pflegerischen Selbstverständnisses und bildet sich im Ethikkodex des Heilberufes Pflege ab. Die aktuellen Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit gefährden häufig die Erreichung dieser Anforderung. Dies führt zu vermeidbarem Leiden und Einschränkungen der Lebensqualität bis zum Tod von Menschen und ist eine der zentralen Ursachen für die Berufsunzufriedenheit und Berufsflucht vieler Pflegefachpersonen. Die Ursachen sind vielfältig und bedürfen daher auch einer Reihe von Interventionen.

Neben der Verbesserung der Rahmenbedingungen muss auch das Bewusstsein für und das Wissen um Patienten-/Bewohnersicherheit gefördert werden. Das ist Aufgabe von Pflegebildung und -management, letztlich aber von jeder im professionellen Kontext agierenden Pflegefachperson. Es bedarf zudem eines Kulturwandels in den Einrichtungen. Schließlich kann Patienten-/Bewohnersicherheit nur durch gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit erreicht werden.

Literatur:

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al.(2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet 2014;383:1824-30

Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross sectional study oft he association with mortality, patient ratings, and quality of care. BMJ Qal Saf 2017; 26:559-568

Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hrsg. 2018): Schrappe Matthias: APS-Weißbuch Patientensicherheit

Ausserhofer D, Zander B, Busse R, et al. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4Cast Study. BMJ Qual Saf 2014:23:126-135

Büscher A (2015): Patientensicherheit in der Pflege. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.) Patientensicherheitsmanagement. De Gruyter, S 246 – 250

Deutsche Institut für Pflegeforschung: https://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/ https://www.dip.de/materialien/veroeffentlichungen/

Euteneier, A. (Hrsg.2015)Handbuch Klinisches Risikomanagement

Gausmann, P., Henniger, M., Koppenberg, J. (Hrsg. 2015): Patientensicherheitsmanagement

Hannawa, A., Postel, S. (2018): SACCIA – Sichere Kommunikation

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. Schwinger, A. (Hrsg. 2020): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?

Kendall-Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP (2011): Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failur rescue. J Nurs Scholarsh. 43(2): 188-94

Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, (Hrsg.) Krankenhausreport 2017. Zukunft gestalten. URL: www.krankenhaus-report-online.de

Kutney-Lee A, Sloane DM, Aiken LH (2013): An Increase In The Number Of Nurses With Baccalaureate Degrees Is Linked To Lower Rates Of Postsurgery Mortality. Health Aff (Milwood) 2013/3; 32 (3):579-586

Paula, Helmut (2017): Patientensicherheit und Risikomanagement in der Pflege, 2. Auflage, Inselspital Universitätsspital Bern

Sworn K, Booth A. A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. J Nurs Manag. 2020 Feb 3. doi: 10.1111/jonm.12969. Epub ahead of print. PMID: 32017305.

Szepan, N-M., Wagner, F. (Hrsg. 2018): Agenda Pflege 2021, Grundlagen für den fachpolitischen Dialog

Tannen, A., J. Feuchtinger, B. Strohbücker, A. Kocks (2017): Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken-Stand 2015: in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 120, 39–46

Zander B, Dobler L, Bäumler M, Busse R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. Gesundheitswesen 2014:76:1-8

Zerth, J., François-Kettner, H. (Hrsg. 2020): Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege