

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Fokus Pflegepersonalausstattung

Durchsetzung von Verbesserungen bei der Pflegepersonalausstattung: Politische Entwicklungen, praktische Rahmenbedingungen und Patientensicherheit

Am 28.05.2018 sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf dem Kongress des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dass es angesichts der schwerwiegenden Probleme bei der Pflege im Krankenhaus erforderlich sei, dass die Bürgerinnen und Bürger binnen weniger Jahre deutlich spürbare Verbesserungen erleben. Tatsächlich weisen nationale Erhebungen (z.B. Pflege thermometer, Isfort et al. 2014) und internationale Vergleiche (z.B. RN4CAST, Busse 2015 oder Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus, Albrecht et al. 2017) klar aus, dass Deutschland in Bezug auf die Relation von Pflegekräften zu Patienten (nurse-to-patient-ratio) zu den Schlusslichtern in Europa bzw. unter vergleichbaren OECD-Staaten gehört und dass daraus erhebliche Gefährdungen der Patientensicherheit ebenso wie stark erhöhte Belastungen des verbliebenen Pflegepersonals resultieren.

>> Die politische Reaktion auf den Pflegenotstand im Krankenhaus bestand – nach bzw. zusätzlich zu Pflegestellenförderprogrammen – zunächst insbesondere darin, dass mit einem neu geschaffenen § 137i SGB V¹ die Selbstverwaltungspartner Dt. Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) unter Moderation des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) aufgerufen waren, für sogenannte pflegesensitive Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) festzulegen. Dabei kristallisierte sich schnell heraus, dass die Verhandlungspartner nach dem Perzentilansatz analog zu einem von Schreyögg/Milstein (2016) im Auftrag des BMG vorgelegten Gutachten vorgehen würden, was letztlich zur Folge hat, dass eine nicht bedarfsgerechte und damit nicht dem Leistungsanspruch des SGB V entsprechende Mindestpersonalvorgabe gemacht wird, die bei weitem unter dem Niveau ansetzt, das für die Gewährleistung von Patientensicherheit erforderlich wäre (vgl. Köster-Steinebach 2018). Artikuliert wurden diese Einschätzungen auch von den nicht stimmberechtigt am Verfahren beteiligten Organisationen der Ge-

Zusammenfassung

Bezüglich der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern werden voraussichtlich in Zukunft zwei gesetzgeberische Handlungsstränge parallel verfolgt: die Änderung der ökonomischen Anreizsituation einerseits und die Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen durch die Gemeinsame Selbstverwaltung andererseits. Letztere stehen unter der Zielsetzung der Patientensicherheit, für die explizite Regelungen erforderlich sind. Der Vergleich zwischen der Festlegung von PPUG entlang ausgewählter Fachbereiche mit der Stationslogik der Krankenhäuser macht deutlich, dass die vorgesehene Vorgehensweise dazu führen wird, dass die PPUG wenig bis keine Wirkung in der Praxis entfalten werden, da zahlreiche Umgehungsmöglichkeiten bestehen. Auch die Nachweisverfahren müssten an das Ziel der Patientensicherheit angepasst werden. Das größte Manko für die Durchsetzung von Verbesserungen bei der Pflegepersonalausstattung besteht aber möglicherweise in der unzureichenden Validität und Aussagekraft der Angaben in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die auch für wissenschaftliche Arbeiten keine geeignete Grundlage darstellen.

Schlüsselwörter

Pflegepersonal, Krankenhäuser, Pflegepersonaluntergrenzen, Qualitätsberichterstattung, Gesetzgebung

werkschaften ver.di, DGB, des Dt. Pflegerats, einer Mehrzahl der maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften sowie zusätzlich des Aktionsbündnisses Patientensicherheit in einer gemeinsamen Erklärung (ver.di et al. 2018).

Tatsächlich setzte sich auch in der Politik die Erkenntnis durch, dass die Vorgaben des § 137i zumindest nicht ausreichend sind, um wenigstens die Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern mit Blick auf das Pflegepersonalniveau zu verbessern, denn im Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2018: 95) findet sich der Satz „Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrößen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.“ In dem am 27.06.2018 veröffentlichten Referentenentwurf für ein Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde jedoch zunächst praktisch keine Änderung an den Vorgaben des § 137i vorgesehen.

Ökonomische Anreize zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung

Der Grundgedanke des § 137i besteht darin, mittels Regulierung den Krankenhäusern Vorgaben zum Personaleinsatz zu machen. Die Ursache der negativen Entwicklung bei der Pflegepersonalausstattung liegt aber in klaren ökonomischen Anreizen für die Krankenhausleitungen: Der Einsatz von Pflegepersonal beeinflusst derzeit nicht (direkt?) die Erlöse aus den Fallpauschalen des DRG-Systems. Einsparungen beim nichtärztlichen Personal, darunter die Pflege, können zur Finanzierung von Investitionen, Quersubventionierungen defizitärer Bereiche oder Renditen genutzt werden, ohne dass die resultierenden Qualitätseinbußen transparent werden. Vor diesem Hintergrund entstand in der Politik richtigerweise die Einsicht, dass

ein wesentlicher Ansatzpunkt für nachhaltige Verbesserungen in der Änderung der Anreizstrukturen liegen müsse.

Dieser Gedanke findet sich prominent im Eckpunktepapier „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“, das vom BMG am 23.05.2018 vorgelegt wurde (BMG 2018a) und im Referentenentwurf des PpSG (BMG 2018b). Darin sind drei unmittelbar relevante Regelungen enthalten:

1. Die Pflegepersonalkosten sollen ab 2020 aus den Fallpauschalen des DRG-Systems ausgegliedert werden. Statt dessen soll „die krankenhausindividuelle Pflegepersonalausstattung in der Patientenversorgung auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der entsprechenden Kosten“ erstattet werden.
2. Die Kostenträger werden verpflichtet, jede zusätzliche bzw. aufgestockte Pflegestelle am Bett voll zu refinanzieren. Zukünftige Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern setzen auf dem Personalbestand auf, der so bis Ende 2019 erreicht wird.
3. Tarifsteigerungen der Pflegekräfte sind vollständig von den Kostenträgern zu refinanzieren.

Zu interpretieren sind die vorgeschlagenen gesetzlichen Neuregelungen vor dem Hintergrund von § 12 Abs. 1: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, (...) dürfen (...) die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Daraus lässt sich ableiten, dass es aus Gründen der Wirtschaftlichkeit in jedem Fall eine Obergrenze geben muss, bis zu der die Krankenkassen verpflichtet sind, Pflegepersonal zu finanzieren. Unter den jetzigen Bedingungen des Fachkräftemangels in der Pflege wäre es aus Gründen der Patientensicherheit auch nicht wünschenswert, wenn in einzelnen Krankenhäusern eine Personaldecke finanziert würde, die über dem Patientenbedarf liegt, weil das Personal in anderen Häusern oder in der Altenpflege fehlen würde. Und schließlich darf nicht außer Acht gelassen werden, dass weder die Krankenhausleitungen, noch die Kostenträger oder gar die Öffentlichkeit darüber unterrichtet sein können, bis zu welchem Ausmaß welches Krankenhaus und welche Abteilung über eine bedarfsgerechte und damit sichere Pflegepersonalausstattung verfügt, wenn dazu keine Kennzahlen erhoben und berichtet werden. In jedem Fall wird es also darauf ankommen, eine nachvollziehbare, methodisch fundierte und vor allem verlässliche und valide Aussage über den Pflegepersonaleinsatz in Relation zur tatsächlich erbrachten Versorgungsleistung bzw. dem Pflegebedarf der Patienten zu erhalten und eine Nachweispflicht zu etablieren. Im Folgenden sollen die Rahmenbedingungen, denen diese Aufgaben unterliegen, genauer untersucht werden.

-
- 1: Alle Angaben zu Paragraphen in diesem Text beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf das SGB V.
 - 2: Selbstverständlich gibt es komplexe Auswirkungen auf Liegezeiten, Wiederaufnahmeraten, Kosten von vermeidbaren Komplikationen und gesteigerte Morbidität, die sich bei den Krankenhäusern niederschlagen. Hierzu fehlen aber die übergreifenden Versorgungsforschungsarbeiten und krankenhausindividuellen Erhebungen, so dass diese Effekte nicht quantifizierbar sind und deshalb weitgehend unbeachtet bleiben.

Pflegepersonalausstattung in den Qualitätsberichten: Mangelnde Validität und Nutzerorientierung

Nach § 136b Abs. 1 ist der G-BA verpflichtet, „Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser“ festzulegen. In Abs. 6 werden u.a. besonders patientenrelevante Inhalte festgelegt, die der Qualitätsbericht zu enthalten hat, darunter „Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses“. In den letzten Jahren hat es mehrfach Umstellungen in der Art gegeben, wie der G-BA dieser Verpflichtung operativ nachkommt. Eine besonders gravierende Änderung trat zwischen den Berichtsjahren 2012 und 2013 in Kraft (vgl. G-BA 2014: 9). Bis 2012 wurde angegeben, wie viele Pflegekräfte je Krankenhausfall einer Fachabteilung eingesetzt wurden. Das hatte bei eher seltenen Spezialisierungen des Personals und insbesondere bei großen Abteilungen mit vielen Fällen zur Folge, dass sich extrem niedrige Werte (in der Größenordnung von z. B. 0,001 Fachkraft je Fall) mit zweifelhafter Vergleichbarkeit und Aussagekraft fanden. Ab dem Berichtsjahr 2013 wurde die Darstellungslogik umgekehrt auf Fälle je Vollzeitskraft. Damit rückt die Darstellung näher an die international gebräuchliche sowie in praktischer Hinsicht einsichtige und nutzbare *nurse-to-patient-ratio* heran. Bei näherem Hinsehen ergeben sich jedoch gravierende Unterschiede.

Da in den Qualitätsberichten nicht auf gleichzeitig zu versorgende Patienten, sondern auf Fälle abgestellt wird, spielt die durchschnittliche Liegedauer bei der Bewertung der Personalangaben und ihrer Vergleichbarkeit zwischen Krankenhäusern eine wesentliche Rolle, wie Tab. 1 exemplarisch verdeutlicht. Eine Verdoppelung der Liegedauer führt damit auch zu einer Verdoppelung der *nurse-to-patient-ratio*. Ohne Kenntnis der durchschnittlichen Liegedauer, die aber nicht im Qualitätsbericht angegeben wird, ist eine Einschätzung der realen Relation von Patienten zu Pflegekräften folglich nicht möglich. Auch Näherungen über die durchschnittliche Verweildauer gemäß DRG-Katalog für die vom jeweiligen Krankenhaus angegebenen Diagnosen und Leistungen bergen erhebliches Verzerrungspotenzial, da z.T. erhebliche Schwankungsbreiten zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer möglich sind. So kann laut Fallpauschalen-Katalog des INEK (2017:33) beispielsweise die Verweildauer bei einer Blinddarmentfernung bei Patienten über 15 Jahren (G22C) um den Durchschnitt von 5,5 Tagen zwischen 1 und 11 Tagen schwanken. Dazu kommt, dass nicht nur die Liegedauer Einfluss auf den Pflegebedarf hat, sondern auch der allgemeine Gesundheitszustand. So ist beispielsweise unmittelbar einsichtig, dass ein Knochenbruch bei einem jungen Sportler typischerweise weniger Pflegeaufwand verursacht, als bei einem multimorbiden und dementen Patienten. Strukturelle Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten z.B. zwischen Grund- und Maximalversorgern bleiben damit unberücksichtigt; ein valider Vergleich zwischen Krankenhäusern ist nicht möglich. Zur gleichen Schlussfolgerung gelangt übrigens auch die Bundespsychotherapeutenkammer (2016: 3-4) mit Bezug auf die Darstellung der Personalausstattung in Psy-

Einfluss der durchschnittlichen Liegedauer auf die Personalangaben

	Anzahl Pflegekräfte ³	Anzahl Fälle	Angabe im Qualitätsbericht: Fälle je Kraft	Durchschnittliche Liegedauer in Tagen	Durchschnittliche nurse-to-patient-ratio ⁴
Haus 1	10	1.000	100	5	15.000/2.000=7,5
Haus 2	10	1.000	100	10	30.000/2.000=15

Tab. 1: Einfluss der durchschnittlichen Liegedauer auf die Personalangaben im Qualitätsbericht (eigene fiktive Beispieldarstellung).

chiarie und Psychosomatik in den Qualitätsberichten: „Doch die Daten, die in diesen Berichten zu finden sind, lassen kaum verlässliche Aussagen dazu zu, wie viele Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegekräfte de facto für die stationäre Versorgung zur Verfügung stehen.“

Dass die Angaben der Qualitätsberichte nicht geeignet sind, Auskunft über die wahre Personalbesetzung und insbesondere punktuelle oder generelle Verknappungen beim Pflegepersonal zu erlangen, zeigt sich auch darin, dass es sich um reine Selbstangaben der Krankenhäuser handelt, die bisher durch den G-BA in keiner Weise validiert werden. Selbst Vorgehensweisen, das Personal des gesamten Hauses in voller Höhe auch in jeder einzelnen Fachabteilung

anzugeben, waren in der Vergangenheit prinzipiell möglich. Auch die Angabe von ganzen Hauptabteilungen, z.B. für Intensivmedizin, ohne Angabe zum Pflegepersonal (vgl. Weisse Liste 2018) findet sich nachweislich in den Qualitätsberichten. Erst zum Erfassungsjahr 2017 wurde vom G-BA damit begonnen, Plausibilisierungsregeln zu etablieren, die über die reine Schemaprüfung (d.h. Prüfung, ob eine Eingabe z.B. im vorgegebenen Wertebereich liegt) hinausgehen (G-BA 2017). Mit ihr ist in Zukunft beispielsweise prinzipiell möglich, zu prüfen, ob die Summe aller

Personalangaben der Fachabteilungen der Angabe für das gesamte

- 3: Anzugeben in Vollzeitäquivalenten gemäß dem krankenhausindividuellen Tarifvertrag und der darin festgelegten Regelarbeitszeit.
- 4: Annahme: Pflegekräfte arbeiten wie typische Arbeitnehmer an 200 von 365 Tagen im Jahr. Gearbeitet wird im 3-Schicht-System, d.h. pro Patiententag sind 3 Personaltage erforderlich; Unterschiede zwischen unterschiedlichen Schichten (Früh-, Spät- und Nachtschicht, Werktag vs. Wochenende) werden hier aus Gründen der Vereinfachung der Darstellung ausgeblendet. Daraus ergibt sich als Berechnung: $\text{Fallzahl} \times \text{Liegedauer} = \text{Patiententage}$; $\text{Patiententage} \times 3 = \text{Patientenschichten}$; $\text{Pflegekräfte} \times 200 = \text{Personalschichten}$; $\text{Patientenschichten} / \text{Personalschichten} = \text{nurse-to-patient-ratio}$.

Literatur

- Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Möllenkamp, Meilin; Sander, Monika; Schiffhorst, Guido; Braeseke, Grit; Stengel, Verena (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus - Internationale Empirie und Status quo in Deutschland, IGES und Bertelsmann-Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf, (abgerufen am 29.05.2018).
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2017): „Bundesminister Gröhe: „Stärkung der Pflege für mehr Patientensicherheit“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/2-quartal/pflegepersonaluntergrenzen.html#c10229> (abgerufen am 02.07.2018).
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2018a): „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> (abgerufen am 29.05.2018).
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2018b): „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz -PpSG), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf (abgerufen am 02.07.2018).
- Bundespsychotherapeutenkammer (2016): „Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik: Eine Auswertung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser“, https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Qualitaetsberichte_Krankenh%C3%A4user/20160622_BPTK-Studie_Qualitaetsberichte_KH_web.pdf (abgerufen am 31.05.2018).
- Bundesregierung (2018): „Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode“, https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf?sessionid=66DE9A19BD1D3254C5FCD6832CCB302.s5t2?__blob=publicationFile&v=5 (abgerufen am 29.05.2018).
- Busse, R. (2015): „Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes? - Ergebnisse der RN4Cast-Studie“, in: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rn4cast-web.pdf (abgerufen am 09.12.2017).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2014): „Maschinenverwertbarer Qualitätsbericht 2013 - Änderungen gegenüber 2012: Stand: 09.07.2014“, https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2976/2_Qb-R_DSB_Aenderunguebersicht_Qb2012-2013_2014-07-09.pdf (abgerufen am 31.05.2018).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017): „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Weitere Anpassungen für das Berichtsjahr 2017“, https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4786/2017-12-21-Qb-R_weitere-Anpassungen-Berichtsjahr-2017_TrG.pdf (abgerufen am 03.06.2018).
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) (2017): „G-DRG-Version 2018: Fallpauschalen-Katalog“, https://www.g-drg.de/content/download/7387/55403/version/1/file/Fallpauschalen_Katalog_2018_171124.pdf (abgerufen am 31.05.2018).
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D.; Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. In: <http://www.dip.de> (abgerufen am 09.12.2017).
- Köster-Steinebach, Ilona (2018): „Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Rolle der Versorgungsforschung“, in: Monitor Versorgungsforschung 01/18, S. 46-50.
- RN4CAST: <http://www.rm4cast.eu/about1.html> (zugegriffen am 07.12. 2017).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018): „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am 02.07.2018).
- Schreyögg, J.; Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), in: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (abgerufen am 09.12.2017).
- Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) et.al. 2018: „Maßnahmen müssen Verbesserung der Versorgungssituation gewährleisten“, https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5b1111ae56c12f3aa071df33/download/2018_06_01_Erk%C3%A4rung_PPUG.pdf (abgerufen am 03.06.2018).
- Weisse Liste (2018): „Intensivmedizin - HELIOS Klinikum Wuppertal GmbH Herzzentrum, Standort Elberfeld“, https://www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaus-suche/ergebnisliste/profil/?id=174757&searchHospital=Helios&searchType=HOSPITAL_NAME&type=hospitalUnitDetails&previousId= (abgerufen am 03.06.2018).

Krankenhaus entspricht, oder ob für bettenführenden Abteilungen überhaupt Personal angegeben ist. Welche der Plausibilisierungen aber etabliert werden und welche Verstöße zwingend Korrekturen nach sich ziehen, ist derzeit noch offen.

Zusammenfassend muss man also zu der Schlussfolgerung kommen, dass alle Studien, die die Qualitätsberichte der Krankenhäuser als Datenquelle zur tatsächlichen Personalbesetzung oder gar zur Häufung von unerwünschten Ereignissen (vgl. Schreyögg/Milstein 2016) oder von Patientenzufriedenheit (vgl. SVR 2018: Nr. 306) in Abhängigkeit von der Personalausstattung heranziehen, letztlich Verzerrungen unbekannten Ausmaßes unterliegen und deshalb keine validen Ergebnisse erbringen können.

Inkongruenz von Qualitätsberichts-inhalten mit dem Zweck der Regulierung

Will man die Angaben in den Qualitätsberichten für Fragen der Regulierung der Pflegepersonalausstattung entsprechend § 137i nutzen, stößt man schnell auf das Problem der genutzten Bezugseinheit. Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe (s.o.) weisen die Qualitätsberichte Personalangaben mit Bezug zur Fachabteilung aus. Damit folgt der Qualitätsbericht auch der Logik der gesetzlichen Qualitätssicherung, die keine Unterscheidung zwischen einzelnen Organisationseinheiten eines Standortes macht, sondern alle relevanten Fälle einbezieht (Ziel der Vollzähligkeit). Die Fachabteilungsdarstellung entspricht auch dem prinzipiellen Informationsinteresse der Patienten, die sich über die Versorgung in dem Fachgebiet informieren möchten, dem ihre Erkrankungen bzw. Behandlungen zuzuordnen ist. Darauf, auf welcher Station sie schlussendlich betreut werden, haben Patienten ohnehin wenig bis keinen Einfluss. Gerade die Station ist aber maßgebliche Planungseinheit für die Personalbesetzung in den Krankenhäusern.

Bezüglich der Stationen liegt heute ein ausgesprochen heterogenes Bild vor: Es gibt Stationen, deren Patientenspektrum kaum noch dem Namen der Station entspricht. Auch werden Patienten häufig in freien Betten untergebracht, die nicht ihrem Fachgebiet entsprechen, oder es gibt gleich interdisziplinäre Stationen, die keinem einzelnen Fachgebiet mehr zugeordnet sind. In wieder anderen Fällen werden auf Spezialstationen Normal- und Intensivbetten oder zumindest Plätze vorgehalten, die in anderen Häusern der *intermediate care* (IC) zugeordnet wären.

Diese Vielfalt liegt grundsätzlich in der Gestaltungshoheit der Krankenhäuser und ist notwendig, um Anpassungen auf lokale Besonderheiten zu ermöglichen. Für die Zwecke der Regulierung mittels *nurse-to-patient-ratio* muss aber eindeutig festgelegt werden, für welche/wie viele Patienten welche/wie viele Pflegekräfte eingesetzt wurden und welche Maßzahl anzuwenden ist. Die Schwierigkeiten, die sich bei gemischten Stationen ergeben, verdeutlicht

Modellhafte Anwendung von Pflegepersonalschlüsseln				
	Patienten gesamt			Erforderliche Pflegekräfte je Tagschicht
		davon unfallchirurgisch-orthopädische Patienten	davon geriatrische Patienten	
Station 1a: „Unfallchirurgie“	20	20	5	Variante A: 2 Variante B: 2 Variante C: 2,5
Haus 2 Station 1b: „Unfallchirurgie“	20	20	15	Variante A: 2 Variante B: 2 Variante C: 3,5
Station 2a: „Allgemeinchirurgie“	20	20 (Patientenverteilung wie Station 1a)	5	Variante A: keine Vorgabe Variante B: 2 Variante C: 2,5
Station 2b: „Allgemeinchirurgie“	20	20 (Patientenverteilung wie Station 1b)	15	Variante A: keine Vorgabe Variante B: 2 Variante C: 3,5
Station 2c: „Allgemeinchirurgie“	20	10	20	Variante A: keine Vorgabe Variante B: 4 Variante C: 4

Tab. 2: Modellhafte Anwendung von Pflegepersonalschlüsseln auf unterschiedlich strukturierte Stationen (eigene Darstellung).

Tabelle 2. Für dieses Beispiel wird angenommen, dass Patienten in der Geriatrie in einer Tagschicht mit einer *nurse-to-patient-ratio* von 1 zu 5, in der Unfallchirurgie mit 1 zu 10 zu betreuen sind.

In Variante A entscheidet jeweils die Bezeichnung der Abteilung über den anzuwendenden Personalschlüssel, in der Variante B wird eine gesamte Station danach zugeordnet, welche Patientengruppe dort die Mehrheit darstellt, in der Variante C wird schließlich je nach individueller Patientenzuordnung zu einem Fachgebiet der Pflegeschlüssel berechnet. Damit ist die Variante C am nächsten an einer Ermittlung des Pflegepersonalschlüssels anhand des tatsächlichen Pflegebedarfs, wobei auch hier patientenindividuelle Unterschiede unbeachtet bleiben (Tab 2.).

Aus der modellhaften Betrachtung der Errechnung von Personaluntergrenzen lassen sich verschiedene Rückschlüsse ziehen. Zum einen zeigt sich, dass die reine Festlegung nach der Bezeichnung einer Station die Wirksamkeit von Pflegepersonaluntergrenzen praktisch ad absurdum führt, da eine einfache Umbenennung einer Station bereits die Regelung aushebelt. Die Zuordnung von Stationen nach der Mehrzahl der betreuten Patienten kann ebenfalls zu erheblichen Unterschätzungen des erforderlichen Personalbedarfs führen und ermöglicht den Krankenhäusern darüber hinaus strategische „Belegungen“, die so gestaltet werden können, dass die einzelnen Stationen in die gewünschte Kategorie fallen. Je näher die Festlegung der Pflegepersonalvorgaben an patientenindividuellen Charakteristika gestaltet ist, desto geringer ist die Gefahr, dass ein wesentlicher Anteil des Pflegebedarfs ungedeckt bleibt. Bleibt es

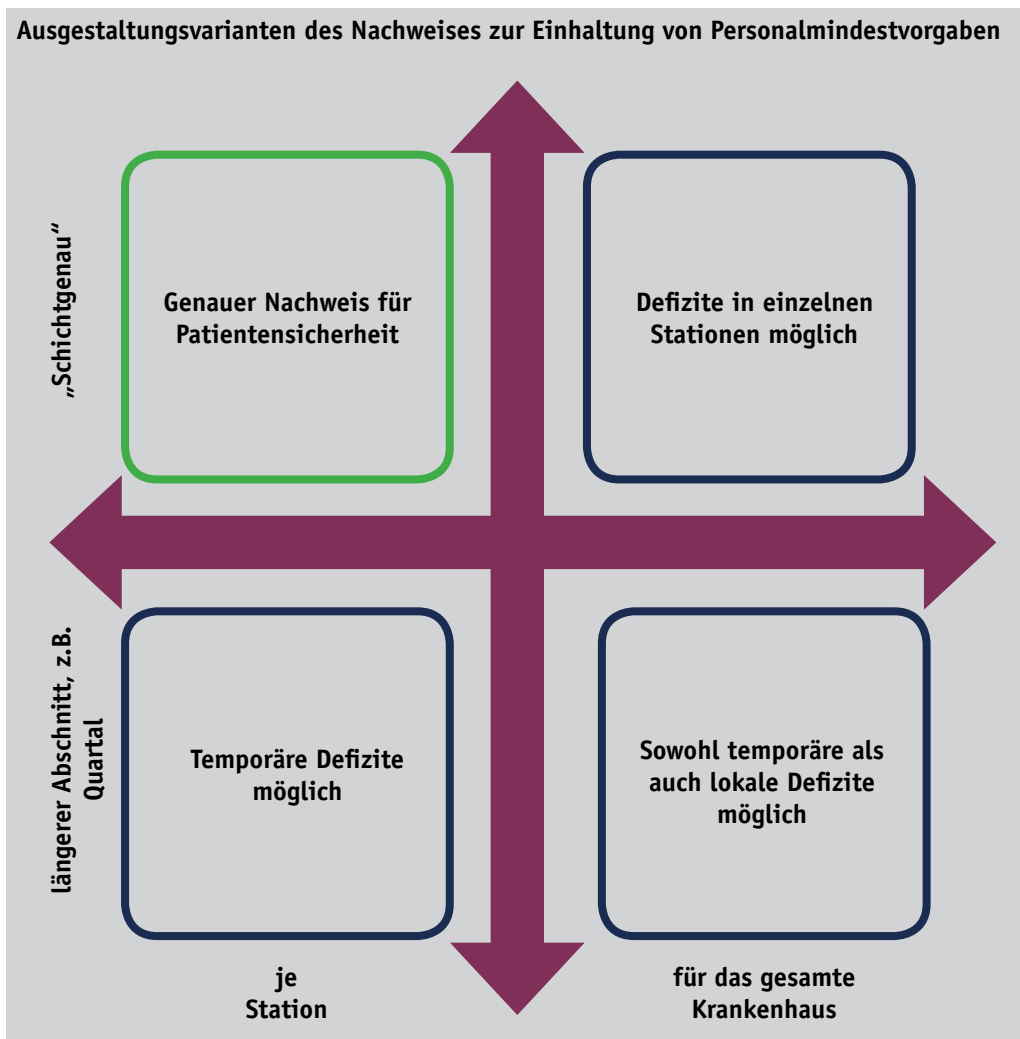


Abb. 1: Ausgestaltungsvarianten des Nachweises zur Einhaltung von Personalmindestvorgaben (eigene Darstellung).

Nachweise von Pflegepersonaluntergrenzen und Patientensicherheit

Die Gesetzgebung rund um den § 137i erfolgte explizit mit dem Ziel, die Sicherheit von Patienten bei der Krankenhausbehandlung zu erhöhen (vgl. BMG 2017). Wenn dieses Ziel durch die Vorgabe und Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben erreicht werden soll – wofür viel spricht –, dann muss auch eine Nachweispflicht vorgegeben werden, die diesem Ziel entspricht. Hierbei sind prinzipiell vier Varianten denkbar (vgl. Abb. 1). Dabei ist unmittelbar einsichtig, dass der Aufwand für Dokumentation und Kontrolle umso größer ist, je kürzer das betrachtete Zeitintervall ist (schichtgenau statt im Quartalsdurchschnitt) und je kleiner die betrachtete Einheit (Station statt Krankenhaus gesamt). Auch mit Blick auf die vorausschauende Personaleinsatzplanung ergeben sich aus kurzen Betrachtungszeiträumen und kleinen Planungseinheiten erhebliche Schwierigkeiten. Diese wären aber dann gerechtfertigt und mit Blick auf Art. 2 Abs. 2 GG und § 70 sogar dringend geboten, wenn nur so die Patientensicherheit gewährleistet werden kann.

also bei der aktuellen Regelung, dass nur einige (wenige) Bereiche von PPUG betroffen sind, hat das zur Folge, dass je nach Ausgestaltung entweder die Krankenhäuser die Möglichkeit haben, durch diverse Umgehungsstrategien jedwede reale Auswirkung von Pflegepersonaluntergrenzen zu marginalisieren oder die Berechnungsmodelle so komplex werden, dass sie rasch jede Verständlichkeit überschreiten. Auf jeden Fall würde sich kein praktischer Vorteil mehr bei der Umsetzbarkeit von Pflegepersonaluntergrenzen auf der Grundlage von Fachgebieten im Vergleich zu einem Pflegebedarfsassessment nach dem Vorbild der alten Pflegepersonalregelung (PPR) mehr ergeben. Letzteres hätte darüber hinaus auch noch den Vorteil, patientenindividuelle Bedarfe wesentlich besser abzubilden als die bloße Zuordnung nach Fachgebieten, so dass insbesondere vulnerable Patientengruppen wie multimorbide, demente oder behinderte Menschen mit ihrem höheren Pflegebedarf korrekt abgebildet würden und so Anreize zur Risikoselektion oder Unterversorgung abgemildert würden.

Ob das der Fall ist, hängt von der Höhe der einzuhaltenden Untergrenzen ab. Wenn ein Niveau gewählt wird, unterhalb dessen ein unmittelbares Risiko für Leib und Leben der Patienten besteht, dann muss durch die Art des Nachweises gewährleistet sein, dass die Vorgaben zu keinem Zeitpunkt und an keinem (bettenführenden) Ort im Krankenhaus unterschritten werden. Wenn die Untergrenzen hingegen an das Niveau selbstbestimmungsermächtigender Pflege (vgl. Köster-Steinebach 2018) heranreichen, dann kann angenommen werden, dass das Krankenhaus durch entsprechende organisatorische Maßnahmen sicherstellt, dass auch kurzfristig und lokal keine unmittelbaren Patientengefährdungen aus Pflegepersonalmangel entstehen. Da die Festlegung der PPUG nach § 137i aber auf einem im internationalen Vergleich sehr niedrigen Niveau erfolgen soll (vgl. ver.di et al. 2018), entfällt diese Möglichkeit der Flexibilisierung, wenn das ursprüngliche Ziel der Patientensicherheit erreicht werden soll.

Fazit

Die Hoffnung zahlreicher Verbände, darunter das Aktionsbündnis Patientensicherheit, dass mit dem Entwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes die Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner zu den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i hinfällig wären, haben sich nicht erfüllt. Parallel zu den Änderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen bleiben die PPUG als Instrument zur Gewährleistung von Patientensicherheit wohl weiter Gesetz. Auch das Vorgehen der Vereinbarungspartner nach dem Perzentilansatz bleibt bestehen, also eine Festlegung ohne Beachtung des Patientenbedarfs und der daran geknüpften Patientensicherheit. In diesem Artikel konnte gezeigt werden, dass die Festlegung pflegesensitiver Fachbereiche in Verbindung mit der Organisationsstruktur der Krankenhäuser dazu führt, dass nur dann eine Veranlagung von Stationen im Interesse der Patientensicherheit möglich ist, wenn diese sich am Bedarf jedes einzelnen Patienten orientiert. Wegen der dennoch verbleibenden Unsicherheiten wäre dann aber sowohl arbeitsökonomisch als auch mit Blick auf die Sicherheit eine patientenindividuelle Pflegebedarfs-ermittlung vorzuziehen. Flexibilität für die Krankenhäuser beim Personaleinsatz könnte nur dann gerechtfertigt werden, wenn das Niveau der PPUG deutlich oberhalb der unmittelbaren Patientengefährdung angesiedelt wäre. Verstärkt werden diese Aussagen durch die unzureichende Aussagekraft und Validität der Aussagen zur Pflegepersonalausstattung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die dringend verbessert werden müsste. Idealerweise müsste diese neben der *nurse-to-patient-ratio* auch angeben, bis zu welchem Grad eine bedarfsgerechte Pflege ermöglicht wird. Nur so können Patienten einen Eindruck davon bekommen, in welchem Krankenhaus ihre Sicherheit durch ausreichendes Pflegepersonal gewährleistet ist. Die Änderung der ökonomischen Rahmenbedingungen allein garantiert nicht die Patientensicherheit. <<

Enforcement of improved nursing staff in German hospitals: Recent political developments and patient safety

There will be two parallel legislative processes concerning nursing staff in German hospitals in the near future: On the one hand, the government has proposed a draft in which the incentives governing the employment decisions are completely altered. On the other hand, the statutory health insurance and the hospitals representatives are still in negotiation about lower limits for nursing staff which are already part of the existing law. These lower limits are intended to guarantee patient safety. A thorough comparison between the results of those negotiations – as far as they are public – and the way hospitals are organised shows that the lower limits will be toothless. There are too many bypasses. And the way in which hospitals will have to proof the compliance must be in accordance to the goal of patient safety. The biggest problem in enforcing improvements at nursing may be the way in which data about nursing staff is publicly disclosed by the hospitals. The numbers are unreliable and not meaningful. As they are they can't be used for scientific purposes.

Keywords

Nursing staff, hospital, lower limits, public reporting, legislative process

Autorenerklärung

Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

promovierte 2004 in Volkswirtschaftslehre. Danach war sie von 2004-2010 Referentin und Teamleiterin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und von 2010-2018 Referentin im Verbraucherzentrale Bundesverband sowie Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss. Seit Juni 2018 ist sie Geschäftsführerin im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.. Daneben Gastdozenturen an der Hochschule für angewandtes Management in Erding und an der Alice-Solomon-Hochschule Berlin.

