



Berlin, 17. September 2018

Gemeinsame Forderung der Organisationen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
- Organisationen der Patientenvertretung (BAGP, DAG SHG, BAG Selbsthilfe, SoVD, vdk, ISL, vzbv)
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

(Weiter-)Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstools für die Pflege in Krankenhäusern

Unbestreitbar gibt es einen Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern, akutstationär aber auch darüber hinaus sektorenübergreifend: Die Patienten werden aufgrund der oftmals unzureichenden Personalausstattung vermeidbaren Risiken ausgesetzt und die verbliebenen Pflegekräfte erleben hohe physische und vor allem psychische Belastungen. Internationale Vergleichszahlen weisen Deutschland regelmäßig auf einem der letzten Plätze bei der Relation von Pflegekräften zu Patienten aus.

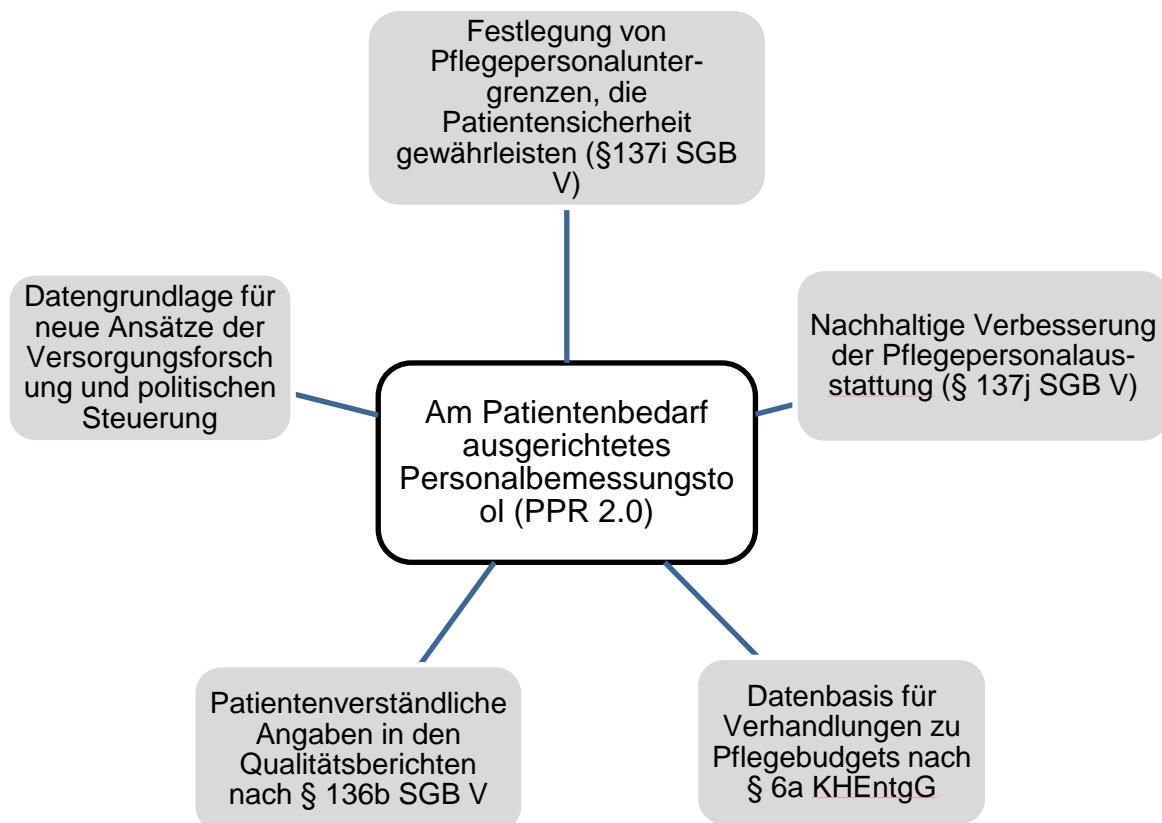
Mit den §§ 137i und 137j (neu) SGB V wurde von Seiten der Politik der Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) aufgegriffen. Allerdings bleiben beide Ansätze hinter dem, was im Interesse von Patienten und Pflegekräften erforderlich ist, deutlich zurück, weil sie nicht ermöglichen, den tatsächlichen Pflegebedarf der zu versorgenden Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Der tatsächliche Pflegebedarf kann auch bei Patienten mit der gleichen DRG erheblich voneinander abweichen. Personalunterdeckungen gefährden die Patientensicherheit. Die Voraussetzung für die Ermittlung und Beendigung der Unterbesetzung ist eine Personalbemessung, die den tatsächlichen Pflegebedarf einbezieht.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, im anstehenden Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vorzugeben, dass schnellstmöglich ein am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool (weiter-)entwickelt wird und anschließend verpflichtend flächendeckend in deutschen Krankenhäusern anzuwenden ist.

Beispielsweise wurde in den 1990er Jahren die Pflege-Personalregelung (PPR) als praktikables und bürokratiearmes Instrument zur Planung des Pflegepersonaleinsatzes in Abhängigkeit vom Patientenbedarf zeitweilig von allen Krankenhäusern verpflichtend eingesetzt. Dieses Instrument ist noch immer weit verbreitet und wird auch für die Ermittlung der DRG herangezogen. Das Prinzip hat sich also bewährt. Allerdings ist eine Modernisierung mit Blick auf neue pflegfachliche Erkenntnisse, geänderte Patientenbedarfe und Arbeitsteilungen im Gesundheitswesen sowie die Ausweitung auf alle zu erfassenden Pflegesituationen (z.B. Nachtschichten, Intensivstationen, Notaufnahmen) dringend erforderlich, eine PPR 2.0. Alternativ ist auch die komplette Neuentwicklung denkbar, wie sie für den Bereich der Altenpflege mit § 113c SGB XI bereits beauftragt wurde. Wichtig ist aus unserer Sicht vor allem, dass auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung umgehend mit den entsprechenden Entwicklungstätigkeiten begonnen wird, damit das Instrument möglichst zeitnah eingesetzt werden kann. Dabei sind Besonderheiten der Intensivmedizin entsprechend zu berücksichtigen.

In die gleiche Richtung geht die Forderung des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes vom 30.08.2018. Demnach „... begrüßt die gesetzliche Krankenversicherung ein auf den individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes sowie arbeits- und pflege-wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument (...), welches verpflichtend anzuwenden ist.“¹

Wir sind der Überzeugung, dass ein am Patientenbedarf ausgerichtetes Pflegepersonalbemessungstool, eine PPR 2.0, weitreichende positive Wirkungen entfalten wird:



¹ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen-und-statements/pressemitteilung_744768.jsp

- **für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i SGB V):** Ziel der Regelungen ist die Verbesserung der Patientensicherheit. Damit diese wirklich gewährleistet werden kann, müssen systematische Unterschiede im Pflegebedarf (z.B. Maximalversorger vs. Spezialklinik für elektive Behandlungen) bei der Festlegung der Untergrenzen berücksichtigt werden. Ein am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool/eine entsprechend weiterentwickelte PPR 2.0 könnte auf allen Stationen angewendet werden und würde operative Umsetzungsschwierigkeiten sowie Umgehungsstrategien mit nachfolgendem bürokratischem Kontrollaufwand vermeiden.
- **für die langfristige Verbesserung der Pflegepersonalausstattung mittels Pflegepersonalquotienten (§ 137j (neu) SGB V):** Die Deckung des patientenindividuellen Pflegebedarfs ist der Grundsatz der Krankenversorgung nach dem Sozialgesetzbuch und ethisch geboten. In Ermangelung tragfähiger Zahlen zum Pflegebedarf greift der aktuelle Gesetzentwurf auf eine nicht sachgerechte Hilfskonstruktion zurück, den sog. „Pflegeaufwand“. Hierbei handelt es sich aber nicht um den tatsächlichen Pflegebedarf, sondern um die durchschnittlichen Pflegekosten der Kalkulationshäuser für Patienten mit der gleichen DRG. Damit nicht die unzureichende Ist-Personalausstattung die Sollwerte für die Zukunft bestimmt, müssen diese mittels eines am individuellen Pflegebedarf ausgerichteten, fundierten Pflegepersonalbemessungstools/einer entsprechend weiterentwickelten PPR 2.0 sachgerecht erhoben werden. Auf dieser Grundlage ist auch eine schrittweise und transparente Annäherung der Ist-Situation an den Soll-Zustand möglich und nachhaltig umsetzbar.
- **für die Verhandlung von Pflegebudgets nach § 6a (neu) KHEntgG:** Notwendige Pflege am Bett soll von den Kostenträgern voll finanziert werden. Die hierzu vorgesehenen Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zur Festlegung von Pflegebudgets benötigen eine tragfähige Datengrundlage, die logisch und praktisch aus den Ergebnissen einer flächendeckend angewendeten Personalbemessung gewonnen werden kann. Ohne sie besteht die Gefahr, dass ökonomische Überlegungen die Verhandlungsergebnisse dominieren.
- **für Transparenz in den Qualitätsberichten nach § 136b Abs. 6 und 7 SGB V und qualitätsorientierten Krankenhauswettbewerb:** In § 137j (neu) SGB V ist vorgesehen, dass der Pflegepersonalquotient zur Information der Patienten, Einweiser und Bevölkerung veröffentlicht wird. Wegen seiner hochkomplexen Berechnung im Zusammenhang mit der nicht sachgerechten Hilfskonstruktion des „Pflegeaufwands“ und des damit verbundenen Verzerrungspotentials ist ausgeschlossen, dass Patienten diese Angabe korrekt interpretieren und für Qualitätsvergleiche nutzen können. Eine Angabe des einfachen Verhältnisses von Personalbestand zu Personalbedarf auf der Grundlage eines pflegewissenschaftlich fundierten Personalbemessungstools ist unmittelbar verständlich und damit handlungsleitend bei der Krankenhauswahl, was einen nachhaltigen Anreiz für Verbesserungen bei den Krankenhausleitungen erzeugen würde.
- **für Versorgungsforschung und politische Steuerungsmöglichkeiten:** Die aufwandsarme Erhebung und Veröffentlichung der Ergebnisse einer Personalbemessung auf Einrichtungs- und Fachabteilungsebene würde zahlreiche neue Forschungsansätze z.B. zur regionalen oder fachgebietspezifischen Pflegeversorgung ermöglichen. Auch könnten erstmals methodisch gut fundierte Aussagen zu Patientensicherheit und patientenrelevanten Ergebnissen in Abhängigkeit von der Pflegepersonalausstattung für Deutschland getroffen werden. Dies wären essentielle Grundlagen für die evidenzbasierte Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen.

Zusammengefasst sind wir der Auffassung, dass ein am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool/eine entsprechend weiterentwickelte PPR 2.0 ein unverzichtbares Kernstück einer am Patientenwohl ausgerichteten, evidenzbasierten Pflegepersonalausstattung ist und fordern deshalb den Gesetzgeber auf, schnellstmöglich, also noch mit der anstehenden Gesetzgebung zum PpSG, die (Weiter-)Entwicklung und nachfolgende verpflichtende Anwendung zu etablieren.

Für Rückfragen stehen die beteiligten Organisationen gerne zur Verfügung.