Hans Böckler Stiftung

Mitbestimmung · Forschung · Stipendien

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 096, Oktober 2018

Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung

Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle

Michael Simon

FORSCHUNGS-
FÖRDERUNG

Autor

Prof. Dr. Michael Simon, Hochschullehrer im Ruhestand, lehrte bis Anfang 2016 an der Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik.

© 2018 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

„Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung“ von Michael Simon ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung 5

Einleitung 8

Das Ausgangsproblem: Chronische Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser 11

- Unterbesetzung: Ein Dauerthema der alten Bundesrepublik 12
- Die Entwicklung in den 1990er Jahren 14
- Die Einführung des DRG-Systems: Verschärfung der Unterbesetzung durch verstärkten Stellenabbau 16
- Die Maßnahmen der bisherigen Bundesregierungen 17
  - Das erste Pflegeförderprogramm 17
  - Das zweite Pflegeförderprogramm 19
  - Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen: Die gescheiterte Beauftragung der gemeinsamen Selbstverwaltung 23
- Zwischenbetrachtung und Schätzung zum gegenwärtigen Ausmaß der Unterbesetzung 27

Die aktuellen Pläne der gegenwärtigen Regierungskoalition 31

- Kritische Anmerkungen zu vorbereitenden Studien und zentralen Elementen des geplanten Regulierungssystems 33
  - Die Studie von Schreyögg/Milstein 35
  - Beschränkung auf wenige ‚pflegesensitive Bereiche‘ statt Patientenschutz in allen Fachabteilungen 38
  - Der ‚Perzentilansatz‘: Versorgungsminimum statt bedarfsgerechter Versorgung 44
  - Der ‚Pflegelast-Katalog‘: Weder Pflegebedarf noch Pflegeaufwand noch Risikoadjustierung 54
- Entwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung 63
- Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes 75
  - Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen und Finanzierung über ein Pflegebudget 76
  - Einführung eines Pflegepersonalquotienten 83
  - Weiterführung des Pflegestellen-Förderprogramms 92

Ausgleich der durch Tariferhöhungen verursachten Personalkostensteigerungen 93
Auslaufen des Pflegezuschlages 94
Zwischenfazit 95
Zwischenbetrachtung 97
Grundzüge eines Systems bedarfsgerechter Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser 100
Vorbemerkungen 102
Von anderen Staaten lernen: Beispiele aus den USA und Australien 103
Die Pflege-Personalregelung in den Jahren 1993 bis 1996: Ein in der Pflege breit akzeptiertes Modell 108
Modell 1: Verbindliche Personalbedarfsermittlung und Verpflichtung zur bedarfsgerechten Personalbesetzung 112
Eine modernisierte Pflege-Personalregelung als Grundlage 113
Einheitliches Verfahren für alle Schichten und alle Arten von Stationen 114
PPR-Minutenwerte als Richtwerte für die Besetzung pro Tag und Schicht 116
Chancen durch die Verbindung von PPR und Krankenhausinformationssystem 117
Mehrjährige Entwicklungsphase 117
Einführungsphase 118
Exkurs: Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes als unverzichtbarer Teil einer bedarfsorientierten professionellen Pflege 120
Modell 2: Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfs 122
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebedarf 122
Ableitung einer Pflegepersonaluntergrenze aus dem individuellen Pflegebedarf der Patienten 124
Fazit 126
Schlussbetrachtung 129
Literatur 134

Zusammenfassung

Die vorliegende Expertise befasst sich mit den aktuellen Reformplänen der Bundesregierung zur Verbesserung der Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser. Zunächst wird auf die Vorgeschichte der gegenwärtigen Probleme im Pflegedienst eingegangen und aufgezeigt, dass dort bereits seit mehr als 25 Jahren chronische Unterbesetzung herrscht. Eine in der Expertise vorgestellte Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten kommt zu dem Ergebnis, dass im Pflegedienst der Krankenhäuser gegenwärtig mehr als 100.000 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) fehlen.

Im Mittelpunkt der Expertise steht die Analyse der aktuellen Reformpläne. Im Juni 2018 wurde der Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) vorgelegt und Ende August der Entwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Die darin enthaltenen Vorschriften zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser wurden vom Gesundheitsministerium als Maßnahmen angekündigt, die „ausreichend Pflegepersonal“ und eine „gute Pflege“ in den Krankenhäusern gewährleisten sollen. Der Blick in die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz lassen allerdings erhebliche Zweifel daran aufkommen, ob dies tatsächlich das Ziel der Bundesregierung ist.

Die kritische Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung weder eine bedarfsgerechte und ‚ausreichende Personalbesetzung‘ noch eine ‚gute Pflege‘ angestrebt wird. Im Gegenteil, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vertritt in Dokumenten, die der Öffentlichkeit kaum oder nicht bekannt sind, ausdrücklich die Rechtsauffassung, dass die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen nur eine Minimalbesetzung verlangen sollen, die lediglich ausreicht, eine patientengefährdende Pflege zu verhindern. Dementsprechend sollen die Untergrenzen auch nur auf einem Niveau festgelegt werden, das sich an der Grenze zu den 25 Prozent am schlechtesten besetzten Krankenhäusern befindet. Und es sollen auch nicht für alle Stationen Untergrenzen festgesetzt werden, sondern nur für vier Fachabteilungen.

Die Inhalte der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung stehen somit in deutlichem Widerspruch zu den Ankündigungen der Regierungskoalition und auch zu den öffentlichen Darstellungen des BMG sowie den Aussagen des Gesundheitsministers Jens Spahn.

Die im Entwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz enthaltenen Regelungen zum Pflegedienst der Krankenhäuser bieten hingegen ein unterschiedliches Bild. Der Entwurf enthält einerseits Neuregelungen, die geeignet sind, die Situation im Pflegedienst tatsächlich zu verbes-

sern. Dazu zählt vor allem die geplante Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen und Einführung eines gesonderten Pflegebudgets ab 2020, das auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten kalkuliert und vereinbart werden soll. In den Eckpunkten für das „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ ist dazu ausdrücklich der Zusatz „krankenhausindividuelle Kostenerstattung“ vermerkt.

Mit einem solchen, auf den krankenhausindividuellen Personalkosten basierenden Pflegebudget könnten die ökonomischen Voraussetzungen für eine durchgreifende und nachhaltige Verbesserung der Personalbesetzung geschaffen werden. Auch die geplante vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen aufgrund von Tariferhöhungen und die vollständige Finanzierung zusätzlicher Stellen bis Ende 2019 können die Situation deutlich verbessern, wenngleich es gegenwärtig für Krankenhäuser schwierig ist, Pflegefachkräfte zu gewinnen.

Zwei andere Neuregelungen lassen hingegen Zweifel daran aufkommen, dass die Finanzierung der Pflegepersonalkosten dauerhaft auf die zuvor beschriebene Systematik umgestellt werden soll. Die tiefergehende Analyse der geplanten Rechtsvorschriften sowie weiterer Dokumente fördert eine Diskrepanz zwischen den Darstellungen für die Öffentlichkeit und dem tatsächlichen Gehalt der geplanten Rechtsvorschriften zutage.

Für die Zahlung des Pflegebudgets ist ein System vorgesehen, dessen Ausgestaltung bereits so angelegt ist, dass die Finanzierung der Pflegepersonalkosten ohne größere Rechtsänderungen auf ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen umgestellt werden kann. Das im PpSG vorgesehene System besteht aus einem Katalog bundesweit einheitlicher Bewertungsrelationen für die Pflegepersonalkosten („Pflegelast-Katalog“) und einem von den Krankenhäusern ab 2020 zu ermittelnden krankenhausindividuellen „Pflegentgeltwert“. Durch die Multiplikation der entsprechenden Bewertungsrelationen mit dem Pflegeentgeltwert ergibt sich eine sogenannte „Pflegepersonalkostenvergütung“, die ab 2020 zur Abzahlung des Pflegebudgets dienen soll. Diese Konstruktion folgt deutlich erkennbar der Grundlogik des DRG-Fallpauschalensystems. Der einzige Unterschied besteht darin, dass im DRG-System kein krankenhausindividueller Entgeltwert gilt, sondern ein für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes einheitlicher Landesbasisfallwert.

Um das System aus Pflegebudget und krankenhausindividueller Kostenerstattung in ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen umzuwandeln, braucht lediglich der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert an einen bundesweit einheitlichen Pflegeentgeltwert angepasst

zu werden. Ein Vorbild dazu gab es bereits in der Vergangenheit: Die Einführung des DRG-Systems erfolgte über die schrittweise Angleichung krankenhausindividueller Basisfallwerte an einen auf Landesebene für alle Krankenhäuser geltenden Landesbasisfallwert.

Eine Umwandlung des geplanten Systems aus Pflegebudgets, die auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten kalkuliert und vereinbart werden, in ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen hätte weit reichende Folgen für die Personalbesetzung im Pflegedienst. Die Bewertungsrelationen der DRG-Fallpauschalen und folglich auch des Pflegelast-Kataloges werden auf Grundlage der Ist-Kosten der Krankenhäuser und somit auch der Ist-Besetzung kalkuliert. Ein solches System kann somit bestenfalls nur die bestehende Personalbesetzung reproduzieren, und das ist im Fall des Pflegedienstes eine gravierende Unterbesetzung.

Notwendig ist hingegen eine durchgreifende und nachhaltige Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser. Dies können weder Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der unteren Quartilsgrenze noch die Umstellung auf ein Pflegepauschalensystem bewirken. Erforderlich sind vielmehr Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen können. Dazu bedarf es eines Regulierungssystems, das auf der Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten und daraus abgeleiteten Personalbedarfs der Stationen aufbaut. Im letzten Teil der vorliegenden Expertise werden zwei Modelle vorgestellt, die für eine solche Regulierung geeignet wären. Damit soll dem Regulierungsansatz des BMG eine Alternative gegenübergestellt werden, die aufzeigen kann, dass es sehr wohl möglich ist, durch staatliche Vorgaben eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sicherzustellen.

Einleitung

Die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser ist seit langem durch chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung geprägt. Die daraus resultierenden Probleme werden seit einigen Jahren zunehmend intensiver in der Öffentlichkeit diskutiert und zunehmend häufiger von den Medien aufgegriffen. Nachdem die gegenwärtige Regierungskoalition die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen in allen Bereichen zu einem der zentralen Themen dieser Legislaturperiode erklärt hat, wurde im Juni der Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes und im August der Entwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgelegt. Beide Entwürfe enthalten Maßnahmen, die nach Darstellung der Bundesregierung zu einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegedienst der Krankenhäuser führen sollen.

Bei den nun anstehenden parlamentarischen Beratungen und gesundheitspolitischen Diskussionen wird insbesondere die Frage im Mittelpunkt stehen, ob und inwieweit die geplanten Maßnahmen tatsächlich geeignet sind, die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser durchgreifend und nachhaltig zu verbessern.

Bereits Mitte 2017 hatte die damalige große Koalition beschlossen, dass zum 1. Januar 2019 für sogenannte ‚pflegesensitive Bereiche' im Krankenhaus ‚Pflegepersonaluntergrenzen' eingeführt werden sollen. Mit der Einführung waren die beiden Spitzenverbände des Krankenausbereichs, der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt worden. Sie nahmen die Verhandlungen Mitte 2017 auf und einigten sich relativ schnell darauf, Pflegepersonaluntergrenzen nur für einen sehr kleinen Teil der Fachabteilungen und nur auf sehr niedrigem Niveau festzulegen. Dies wurde von den übrigen an den Beratungen beteiligten Organisationen als unzureichend kritisiert.

Ein breites Bündnis aus der Gewerkschaft ver.di, dem DGB, dem Deutschen Pflegerat, anerkannten Organisationen der Patientenvertretung, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft wandte sich gegen die geplante Einigung der Spitzenverbände und fordert verbindlich einzuhaltende Vorgaben zur Personalbemessung, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen können.

Nachdem die Verhandlungen der beiden Spitzenverbände im Juli 2018 scheiterten, ging die Zuständigkeit für eine Regelung auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über. Die daraufhin vom BMG

Ende August 2018 vorgelegte Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) sieht Pflegepersonaluntergrenzen für vier Fachabteilungen vor. Die Untergrenzen wurden auf einem Niveau festgelegt, dass laut BMG der unteren Quartilsgrenze einer Krankenhausstichprobe entspricht. Die Verordnung des BMG folgt in allen wesentlichen Punkten dem, was die beiden Spitzenverbände bis kurz vor dem Scheitern der Verhandlungen vereinbart hatten. Da die Verbände und Organisationen der Pflegekräfte und Patienten diese sich abzeichnende Vereinbarung entschieden ablehnten, richtet sich ihre Kritik auch gegen die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Die wohl schärfste Reaktion kam vom Deutschen Pflegerat. Er kritisierte die Verordnung als „Schlag ins Gesicht für alle, die sich seit Jahren für eine angemessene Zahl von Pflegenden, gute Bedingungen und damit eine angemessene Versorgung der Bedürftigen in diesem Land einsetzen“ (DPR 2018).

Das im Juni 2018 vorgelegte Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) enthält ebenfalls eine Reihe von Neuregelungen, die für die Zukunft der Personalbesetzung im Pflegedienst von Bedeutung sind. So sollen beispielsweise die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und über ein gesondertes Pflegebudget finanziert werden.

Insgesamt ist die Gesamtthematik mittlerweile so komplex, dass sie für Außenstehende und gesundheitspolitisch Interessierte kaum noch in ihrer ganzen Breite zu überblicken und vor allem auch nachzuvollziehen ist. Das Problem wird auch dadurch verstärkt, dass für das Verständnis und die Beurteilung der geplanten Maßnahmen Hintergrundwissen erforderlich ist, das jedoch weder vom BMG noch von der Regierungskoalition zur Verfügung gestellt wird. Die geplanten Regelungen und ihre Begründungen enthalten neue und zentrale Begriffe wie bspw. „Pflegelast-Katalog“, „Perzentilansatz“, „Pflegepersonalkostenvergütung“, „Pflegeentgeltwert“ etc., die ohne gewisse Vorkenntnisse nicht zu verstehen und richtig einzuordnen sind. Teilweise handelt es sich dabei um Begriffe, deren Bedeutung bisher nur einer relativ kleinen Gruppe von Personen bekannt ist, beispielsweise weil sie an den Verhandlungen der Spitzenverbände teilgenommen haben oder Mitglied der ‚großen Beratungsrunde‘ zu Pflegepersonaluntergrenzen waren.

Mit der vorliegenden Expertise werden vor diesem Hintergrund mehrere Ziele verfolgt. Zum einen soll Hintergrundwissen zum Verständnis der gegenwärtigen Diskussion über Pflegepersonaluntergrenzen zur Verfügung gestellt werden. Dazu wird zunächst auf das Ausgangsproblem, die seit langem bestehende Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, eingegangen und wird aufgezeigt, dass dieses Problem bereits seit mehr als 25 Jahren besteht.

In dem daran anschließenden Teil werden die aktuellen Pläne der Bundesregierung vorgestellt, kritisch analysiert und diskutiert. Dieser Teil beginnt mit kritischen Anmerkungen zu mehreren Studien, die als Grundlage für die aktuellen Pläne der Bundesregierung dienen. Er enthält zudem Erläuterungen zu zentralen Begriffen und Konzepten, die für das Verständnis der aktuellen Reformpläne unerlässlich sind. Daran schließt sich eine kritische Analyse der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und der auf den Pflegedienst der Krankenhäuser bezogenen Teile des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes an.

Damit sich die Analyse nicht auf eine Kritik der vorgelegten Reformpläne beschränkt, sondern auch eine Alternative aufzeigt, werden in einem letzten Teil zwei Modelle für eine Regulierung vorgestellt, mit der eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sichergestellt werden könnte.

Das Ausgangsproblem: Chronische Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser

Die gegenwärtige Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser ist nicht erst in den letzten Jahren entstanden, sie hat bedauerlicherweise einen langen Vorlauf. Will man die aktuellen Probleme und das hohe Maß an Unzufriedenheit unter Pflegekräften verstehen, erfordert dies einen Blick in die Vergangenheit.

Ein solcher Blick soll hier in kurzgefasster Form erfolgen. Er erscheint deshalb angebracht, weil die gegenwärtige Diskussion, das hohe Maß an Unzufriedenheit unter Pflegekräften, die in hohem Maße beunruhigenden Berichte über chronische Unterbesetzung und deren Folgen für die Patientenversorgung, aber auch die sehr weit fortgeschrittene Enttäuschung über die bisherige Politik und bereits einsetzende Resignation vieler Pflegekräfte letztlich nur vor dem Hintergrund zu verstehen sind, dass bereits seit sehr langer Zeit in zunehmend mehr Bereichen des Pflegedienstes eine chronische Unterbesetzung herrscht. Die Unzufriedenheit und Resignation von zunehmend mehr Pflegekräften führt nicht nur zu einer wachsenden Zahl an Berufsaussteigerinnen und einer steigenden Zahl an Pflegekräften, die ihre Arbeitszeit zum Schutz ihrer Gesundheit reduzieren, sie hat auch weniger sichtbare und eher unauffällige, dafür aber umso gefährlichere Folgen. Es muss damit gerechnet werden, dass sich ein zunehmender Teil der verbleibenden Pflegekräfte in Anbetracht der Unmöglichkeit, die eigenen, in der Ausbildung gelernten berufsethischen Maßstäbe zu erfüllen, von ihren ursprünglichen berufsethischen und moralischen Grundsätzen löst und sich mit Arbeitsbedingungen ‚arrangiert', die die Erfüllung eigener ethischer Grundsätze zunehmend erschwert oder sogar unmöglich macht. Die schleichende Erosion berufsethischer Orientierungen wäre ein Schaden, der durch Stellenaufstockungen nicht kurzfristig zu beheben ist, sondern dessen Beseitigung deutlich länger dauern würde.

Je länger die Politik mit durchgreifenden und nachhaltig wirkenden Maßnahmen zur Verbesserung der Situation wartet und die bisherige Politik halbherziger und unzureichender Schritte fortsetzt, desto schwieriger wird es, die noch verbliebenen Pflegekräfte zu halten und desto mehr wird es erschwert, engagierten und qualifizierten Nachwuchs zu gewinnen.

Unterbesetzung: Ein Dauerthema der alten Bundesrepublik

Die Frage nach der Entstehung der gegenwärtigen Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser führt zunächst ein Jahrzehnt zurück, als der Stellenabbau und die Unterbesetzung in neuerer Zeit erstmals durch Protestaktionen des Pflegepersonals in die öffentliche Wahrnehmung gelangten. Dem ging allerdings eine längere Entwicklung voraus. Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser gibt es nicht erst seit einem Jahrzehnt, sondern leider bereits viel länger. Und sie hat eine unrühmliche Tradition nicht nur im vereinten Deutschland, sondern darüber hinaus bereits in der alten Bundesrepublik.[1]

Bereits in den 1950er und 1960er Jahren war der Pflegedienst der Krankenhäuser in der alten BRD chronisch unterbesetzt. Das Problem war – dem damaligen Sprachgebrauch gemäß – als „Schwesternmangel“ ab Anfang der 1950er Jahre eines der zentralen Themen der krankenhauspolitischen Diskussion (vgl. Simon 2000: 41-62). Zentrale Ursache für die Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser war eine chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser, die von allen maßgeblichen Akteuren der Krankenhauspolitik gesehen und als Problem anerkannt wurde, zu deren Beseitigung es jedoch am notwendigen politischen Willen fehlte. Einen aufschlussreichen Einblick in die Denkwelt der damaligen, von der CDU/CSU geführten Bundesregierungen gibt ein Zitat des Wirtschaftsministers Ludwig Erhard aus dem Jahr 1960:

> „Die heutige – insbesondere vom gesellschaftspolitischen Standpunkt aus gesehen – gesunde Struktur des Krankenhauswesens, d. h. der sehr starke Anteil der frei-gemeinnützigen und privaten Anstalten, konnte nur dadurch erhalten bleiben, daß bei den frei-gemeinnützigen Anstalten die Arbeitskraft des Personals in noch wesentlich stärkerem Umfang ausgenutzt worden ist als bei den kommunalen Anstalten […] Und gerade daß im Bereich des Krankenhauswesens die Menschen bis zur Aufopferung tätig sind, scheint mir ein Beweis dafür zu sein, daß sie eben in ihrer Leistung und in ihrer Tätigkeit zu diesem inneren Gleichgewicht, zu diesem inneren Frieden und zu dieser Harmonie und Ausgeglichenheit gefunden haben, die wesentliche Voraussetzungen dafür sind, auch anderen helfen zu können“ (Erhard 1960: 293f.).

Ende der 1960er Jahre gelangte das Problem als „Pflegenotstand“ auch in die breitere öffentliche Wahrnehmung und stand nicht nur bei Bevölkerungsumfragungen, sondern auch in der gesundheitspolitischen Agenda der ab 1969 regierenden sozial-liberalen Koalition aus SPD und FDP auf einem der oberen Plätze (Simon 2000). Das Grundproblem der

1 Auf die Situation und Entwicklung in der ehemaligen DDR muss hier mangels aufbereiteter Daten und fehlender Forschungsergebnisse verzichtet werden.

Krankenhäuser, die Unterfinanzierung, wurde endlich in Angriff genommen und mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 eine erste bundesgesetzliche Regulierung der Krankenhausversorgung eingeführt, bestehend aus Vorgaben zur Krankenhausfinanzierung und zur staatlichen Krankenhausplanung.

Den Krankenhäusern wurde ein gesetzlicher Anspruch auf Deckung der ‚Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses' eingeräumt und damit auch die Grundlage für eine deutliche Aufstockung des Personalbestandes im Pflegedienst geschaffen. Innerhalb von fünf Jahren stieg die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern um ca. 67.000 oder fast 40 Prozent von ca. 178.000 im Jahr 1970 auf ca. 245.000 im Jahr 1975. Bis zum Jahr 1980 erfolgte ein weiterer Anstieg um ca. 36.000 oder 15 Prozent. Innerhalb von 10 Jahren wurde somit ein Anstieg um ca. 100.000 Vollkräfte oder fast 60 Prozent des Ausgangsbestandes erreicht.

Anfang der 1970er Jahre hatten die Krankenkassen vor dem Hintergrund einer deutlich verbesserten Einnahmesituation eine Reform der Krankenhausfinanzierung und Verbesserung Personalbesetzung im Pflegedienst noch befürwortet. Ab Mitte der 1970er gab es jedoch zunehmend Konflikte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern um die Höhe der Krankenhausbudgets und insbesondere der Personalbesetzung.

Die Bundesregierung beauftragte daraufhin 1981 die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser und insbesondere auch Maßstäbe für die Personalbesetzung zu vereinbaren (§ 19 Abs. 1 KHG i.d.F. des KHKG 1981). GKV-Spitzenverbände und DKG konnten sich in mehr als 50 Verhandlungsrunden jedoch nicht auf solche Empfehlungen verständigen (Mohr 1988). Nachdem die Verbände 1989 das endgültige Scheitern der Verhandlungen erklärt hatten, ging die Zuständigkeit auf das damals für die Gesundheitspolitik zuständige Arbeits- und Sozialministerium (BMA) über, das zwei Verordnungen zur Personalbesetzung vorbereitete (BT-Drs. 12/3608: 143f.).

Die Notwendigkeit einer Regulierung ergab sich daraus, dass die Personalbesetzung im Pflegedienst in den 1980er Jahren nicht mit der Leistungsentwicklung Schritt gehalten hatte. Die Zahl der Krankenhausfälle war kontinuierlich gestiegen und die Verweildauer kontinuierlich reduziert worden, was zu einer Leistungsverdichtung geführt hatte, der Anteil älterer und in der Regel überdurchschnittlich pflegeaufwändiger Patienten war gestiegen, ebenso wie die Zahl der durchschnittlich pro Patient erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Die Zahl

des Pflegepersonals war hingegen nicht in dem erforderlichen Umfang erhöht worden. Die daraus resultierenden Probleme und die Notwendigkeit einer politischen Intervention erkannte auch die damalige Bundesregierung ausdrücklich an.

> „Die Diskussion über die Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser ist so alt wie die Verhandlungen um die Konzepte zur Ermittlung des Personalbedarfs. Allerdings hat es in den achtziger Jahren mehrere Entwicklungen gegeben, die das Thema Pflege in den Mittelpunkt der sozialpolitischen Auseinandersetzung rückten. Der medizinisch-technische Fortschritt hat zu einer nennenswerten Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren geführt, was eine erhebliche Leistungsausweitung in der stationären Pflege zur Folge hatte.
>
> Darüber hinaus führt die demographische Entwicklung, für die unter anderem auch der medizinisch-technische Fortschritt ursächlich ist, zu einem ständig wachsenden Anteil älterer Menschen; Multimorbidität und chronische Erkrankungen führen ebenfalls zu einer Ausweitung der pflegerischen Leistung. Auch verkürzt sich seit Jahren die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahl.
>
> Diese Entwicklungen bedingen insgesamt eine Verdichtung der pflegerischen Arbeit und stellen damit höhere Anforderungen an die Qualifikation der Pflegenden. Da es sich um eine personalintensive Arbeit handelt, die durch andere Produktionsfaktoren kaum ersetzbar ist, muß sich ein gestiegener Pflegeaufwand auch in der Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter widerspiegeln“ (BT-Drs. 3608: 143f.).

Die Entwicklung in den 1990er Jahren

Die Bundesregierung setzte eine Expertenkommission für die Personalbemessung in der Psychiatrie und eine für den Pflegedienst auf somatischen Normalstationen ein. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser beiden Expertenkommissionen wurde 1991 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und 1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) in Kraft gesetzt. Beide Verordnungen gaben ein Verfahren vor, das von allen Krankenhäusern bei der Ermittlung des Personalbedarfs verpflichtend anzuwenden war (Kunze/Kaltenbach 2005; Schöning/Luithlen/Scheinert 1995). Während die Psych-PV für alle therapeutischen Berufe galt, regelte die PPR nur die Personalbedarfsermittlung für das Pflegepersonal im Tagdienst der Normalstationen. Die Ergebnisse der Anwendung dieser beiden Methoden dienten als Ausgangspunkt für die Budgetverhandlungen zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen. Es bestand allerdings keine Pflicht, die auf Grundlage der Psych-PV und PPR errechnete und vereinbarte Zahl an Vollzeitäquivalenten (Vollkräfte, VK) auch tatsächlich vorzuhalten. Beide Regelungen waren nur Instru-

mente der Budgetfindung und keine verbindlichen Vorgaben für die Vorhaltung einer bestimmten Personalbesetzung.

Während die Psych-PV noch heute gilt, wurde die PPR bereits wenige Jahre nach ihrer Einführung wieder aufgehoben. Die PPR trat zum 01.01.1993 in Kraft und die auf ihrer Grundlage ermittelten zusätzlichen Stellen sollten in jährlichen Schritten über vier Jahre verteilt geschaffen und besetzt werden. Um die Krankenkassen vor Ausgabensteigerungen zu schützen, wurde die Anwendung der PPR jedoch bereits zum 01.01.1996 wieder ausgesetzt und zum 01.01.1997 vollständig aufgehoben.

Die PPR hatte von allen zugelassenen Krankenhäusern verlangt, dass sie jeden Tag für alle Patienten den Pflege- und Personalbedarf erheben und die Ergebnisse diese Datenerhebung den Krankenkassen zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen übermitteln. Da die PPR ab dem 01.01.1993 anzuwenden war, standen die ersten Daten im Herbst 1993 zur Verfügung. Auf Grundlage dieser an die Krankenkassen übermittelten Daten führten die Spitzenverbände der GKV eine Hochrechnung zum zusätzlichen Personalbedarf durch und kamen zu dem Ergebnis, dass gemäß PPR ein bundesweiter Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 Prozent bestand (GKV 1993: 541). Dies entsprach für den Anwendungsbereich der PPR – somatische Normalstationen ohne Intensivstationen – einem Mehrbedarf von mehr als 52.000 Vollkräften.[2]

Geht man davon aus, dass auch auf den nicht von der PPR erfassten Intensivstationen ein ähnlich hoher Personalmehrbedarf bestand, erhöht sich der Personalmehrbedarf im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser für 1993 auf mehr als 61.000 Vollkräfte. Die Ist-Besetzung für Normal- und Intensivstationen lag 1993 bei ca. 289.000 Vollkräften, die Sollbesetzung somit bei ca. 350.000 Vollkräften.[3]

In den Jahren 1994 bis 1996 wurden lediglich ca. 16.000 zusätzliche Vollzeitstellen geschaffen. Unmittelbar nach Aufhebung der PPR setzte ein Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ein. In den Jahren 1997 bis 2001 wurden insgesamt ca. 14.000 Stellen in Allgemeinkrankenhäusern abgebaut. Ende 2001 lag die Ist-Besetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser bei ca. 291.000 Vollkräften und somit um ca. 59.000 Vollkräfte unter der Sollbesetzung des Jahres 1993 (350.000).

2 zur Methodik der Berechnung vgl. Simon (2015).

3 Bei diesen Berechnungen wird das Ergebnis der GKV-Hochrechnung „mehr als 20 %“ auf 20 % reduziert, da in dem internen Papier der GKV-Spitzenverbände das ‚mehr als‘ nicht genauer spezifiziert wurde.

Die Einführung des DRG-Systems: Verschärfung der Unterbesetzung durch verstärkten Stellenabbau

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG) 2000 war die Einführung eines umfassenden DRG-Fallpauschalensystems beschlossen worden. Die konkrete Ausgestaltung des DRG-Systems erfolgte durch das Fallpauschalengesetz (FPG) 2002. Nachdem der Stellenabbau 2001 weitgehend zum Stillstand gekommen war, setzte direkt mit der Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes erneut ein Stellenabbau ein, der im Umfang weit über den der Jahre 1997 bis 2001 hinausging. In den Jahren 2002 bis 2007 wurden bundesweit ca. 33.000 Stellen abgebaut. Der größte Teil davon unmittelbar vor und mit Einführung des DRG-Systems (2002: –7.900, 2003: –6.300, 2004: –10.300, 2005: –4.700, 2006: –3.800, 2007: –380).

Das Einsetzen des Stellenabbaus bereits im Jahr 2002 und dessen Höhepunkt im Jahr 2004 ist dadurch zu erklären, dass unmittelbar nach der Entscheidung für die Einführung des Fallpauschalensystems bereits Vergleiche zwischen Krankenhäusern durchgeführt wurden, um festzustellen, welche Kliniken durch die Umstellung Verluste zu erwarten hatten, weil sie mit ihren Kosten über dem Kostendurchschnitt aller Krankenhäuser lagen, und welche mit Gewinnen rechnen konnten, weil ihre Kosten unter dem Durchschnitt lagen. Die dadurch verfügbaren Daten zeigten einem Krankenhaus an, ob es zu den ‚Verlierern' oder ‚Gewinnern' gehören wird. Verliererkrankenhäuser waren bestrebt, ihre Kosten bereits vor Einführung und ‚Scharfschaltung' des DRG-Systems soweit zu senken, dass sie möglichst bei Einführung der DRGs keine Verluste zu erwarten hatten oder sogar Gewinne erzielen konnten.[4]

Infolge des Stellenabbaus der Jahre 2002 bis 2007 lag die Ist-Besetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser Ende 2007 um ca. 92.000 Vollkräfte unter der aus den Daten der PPR abgeleiteten Soll-Besetzung des Jahres 1993. Die Unterbesetzung im Pflegedienst war mittlerweile auch zum Thema der Medienberichterstattung geworden[5] und Ende 2007 initiierten die Gewerkschaft ver.di und der größte Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) eine bundesweite Unterschrif-

4 Die DRG-Fallpauschalen waren ab 2004 verbindlich von allen Krankenhäusern anzuwenden, allerdings konnten noch keine Verluste oder Gewinne aus der Abrechnung mit Fallpauschalen entstehen. Dies änderte sich ab dem 1.01.2005, der sogenannten ‚Scharfschaltung' des Systems. Ab diesem Zeitpunkt erlitten Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Kosten Verluste und erzielten Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten Gewinne.

5 So berichtete bspw. „Report Mainz" am 16.07.2007 unter dem Titel „Wie in Krankenhäusern auf Kosten der Pflege gespart wird" über die Situation.

tenkampagne und Protestaktionen unter der Überschrift „Uns reicht's!" (DBfK/ver.di 2007). Im Mittelpunkt der Kampagne stand die Forderung nach einer bedarfsgerechten Personalausstattung und einem Personalbemessungsverfahren, das verpflichtend von allen Krankenhäusern anzuwenden ist. Die Kampagne traf auf breite Unterstützung auch in der Bevölkerung, und Anfang Juni 2008 konnten der Gesundheitsministerin Schmidt ca. 185.000 Unterschriften überreicht werden (DBfK/ver.di 2008).

Am 25.09.2008 fand in Berlin eine Demonstration von ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten gegen die restriktiven Vorgaben der Krankenhausfinanzierung und die Unterbesetzung statt. Die Demonstration war von einem breiten Aktionsbündnis organisiert worden, das von der Gewerkschaft ver.di über Pflege- und Ärzteverbände bis zur Deutschen Krankenhausgesellschaft reichte.

Die Maßnahmen der bisherigen Bundesregierungen

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über die Maßnahmen gegeben, die von den bisherigen Bundesregierungen bislang mit dem Ziel einer Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser ergriffen wurden.

Das erste Pflegeförderprogramm

Auf die Protestaktionen und die Demonstration der 130.000 Krankenhausbeschäftigten, größtenteils Pflegekräfte, reagierte die damalige Bundesregierung mit einem „Pflege-Förderprogramm", das als Teil des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) 2009 beschlossen wurde. Es sah für die Jahre 2009, 2010 und 2011 die Förderung von bis zu 17.000 Stellen im Pflegedienst durch die Krankenkassen vor (§ 4 Abs. 10 KHEntgG i.d.F. des KHRG 2009).[6] Nicht nur, dass dieses Programm angesichts der oben aufgezeigten Unterbesetzung im Umfang von fast 100.000 Vollkräften in seinem Volumen vollkommen unzureichend war, es wies auch mehrere Konstruktionsmängel auf.

Die ‚Förderung' durch die Krankenkassen umfasste nur 90 Prozent der anfallenden Personalkosten für zusätzlich eingestellte Pflegefachkräfte, die restlichen 10 Prozent mussten von dem jeweiligen Kranken-

6 KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz.

haus getragen werden. Dies war vor allem für defizitäre Kliniken schwierig, die vermutlich häufig auch in besonderem Maße Stellen abgebaut hatten. Zudem sah das Gesetz die Förderung der Personalkosten zusätzlich eingestellter Pflegefachkräfte vor, unabhängig von deren Einsatzort. Das Programm sollte eindeutig zur Verbesserung der Situation im Pflegedienst dienen, und das sind laut amtlicher Definition nur die bettenführenden Bereiche (Stationen). Da das Gesetz jedoch keine Beschränkung auf Stationen vorsah, wurde ein erheblicher Teil der Mittel offensichtlich für die Finanzierung zusätzlicher Stellen im sogenannten Funktionsdienst verwendet (OP, Anästhesie, Funktionsdiagnostik wie EKG, Röntgen, CT etc., Ambulanzen etc.). Der Funktionsdienst ist, im Unterschied zu den Normalstationen, im DRG-System von besonderer ‚Erlösrelevanz', da dort die mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten abrechenbaren Leistungen erbracht werden. Das DRG-System vergütet primär ärztliche Maßnahmen, die im OP und anderen Funktionsbereichen erbracht werden. Die Pflege auf Normalstation ist nicht relevant für die Abrechnung einer Fallpauschale.[7]

Zudem gab das Gesetz vor, dass nach Auslaufen des Programms die abgerufenen Mittel nicht mehr dem jeweiligen einzelnen Krankenhaus verbleiben, sondern auf alle Krankenhäuser verteilt werden. Somit erhielten Kliniken, die aufgrund des Programms zusätzliche Stellen im Pflegedienst geschaffen hatten, nach Ablauf der drei Jahre Programmlaufzeit nur einen Bruchteil der vorherigen Mittel. Dafür erhielten auch solche Kliniken zusätzliche Gelder, die keine Stellen im Pflegedienst geschaffen hatten. Und auch Krankenhäuser, die Stellen abgebaut hatten, erhielten aufgrund dieser Regelung Geld aus dem ehemaligen Pflegeförderprogramm.

Zwar hatte die damalige Bundesregierung zusätzliches Geld bereitgestellt, sie hatte aber die zentrale Forderung nach verbindlich einzuhaltenden Vorgaben zur Personalbemessung nicht erfüllt. Das Pflege-Förderprogramm enthielt keinerlei Verpflichtung der Krankenhäuser zur Vorhaltung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Personalbesetzung. Die Teilnahme und Inanspruchnahme der Fördermittel war für die Krankenhäuser freiwillig. Immerhin sah das Gesetz vor, dass die Mittel zweckgebunden nur für die Personalkosten von Pflegefachkräften verwendet werden durften und nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen waren.

---

7 Die ‚Erlösrelevanz' ergibt sich im DRG-System daraus, dass Patienten vom Krankenhaus jeweils einer DRG zugeordnet werden müssen (in der Fachsprache „Kodierung" und „Gruppierung" genannt). Die Zuordnung erfolgt über die Eingabe von medizinisch-ärztlichen Diagnosen und ärztlichen Leistungen in eine Gruppierungsoftware (kurz: ‚Grouper'). Für die Zuordnung zu einer DRG ist dabei, bis auf unbedeutende Randbereiche, weder der Pflegebedarf noch der tatsächlich geleistete Pflegeaufwand von Bedeutung.

In den drei Jahren der Laufzeit des ersten Pflegeförderprogramms stieg die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser nur um ca. 8.000 Vollkräfte an (Simon 2015: 14).[8] Es wurde folglich noch nicht einmal das ohnehin zu niedrig angesetzte Ziel von 17.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst erreicht. Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Umsetzung des Pflege-Förderprogramms weist insgesamt ca. 15.000 Stellen aus, die aus den Mitteln des Programms gefördert wurden (GKV-Spitzenverband 2013a). Die Differenz zwischen diesen 15.000 Stellen und den 8.000 zusätzlichen Vollkräften in der Krankenhausstatistik weist darauf hin, dass Programmmittel – wie oben bereits angesprochen – in erheblichem Umfang für den Funktionsdienst verwendet wurden und Kliniken, die nicht am Programm teilnahmen, weiter Stellen abgebaut haben.

Immerhin war aber mit dem KHRG 2009 von der Politik anerkannt worden, dass es eine Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und politischen Handlungsbedarf gab. Allerdings dauerte es weitere sechs Jahre, bis wieder eine Bundesregierung aktiv wurde.

Das zweite Pflegeförderprogramm

Angesichts der mittlerweile auch in den Medien zunehmend häufiger thematisierten und einer breiten Öffentlichkeit bekannten Probleme im Pflegedienst der Krankenhäuser beschloss die 2013 bis 2017 regierende große Koalition im KHSG 2015 ein Maßnahmebündel, das vor allem aus drei Maßnahmen bestand: einem erneuten Förderprogramm zur Finanzierung zusätzlicher Stellen, der Umwidmung eines bereits bestehenden sogenannten ‚Versorgungszuschlags' in einen ‚Pflegezuschlag' sowie der Einberufung einer Expertenkommission, die Vorschläge für eine langfristige Verbesserung der Situation erarbeiten sollte.

Auch dieses Maßnahmebündel wies jedoch schwer wiegende Konstruktionsmängel auf und wurde der Dramatik der Lage nicht gerecht. Das zweite Pflegestellen-Förderprogramm folgte weitgehend der Konstruktion des ersten Programms und sah für die Jahre 2016, 2017 und 2018 die ‚Förderung' von 90 Prozent der Personalkosten für maximal ca. 6.000 Vollkräfte vor (§ 4 Abs. 10 KHEntgG i.d.F. des KHSG 2015). Ein solches Volumen war angesichts der dramatische Lage in einem Groß-

8 Die angegebenen Zahlen hier wie auch nachfolgend beziehen sich nur auf die Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser ohne das Pflegepersonal in psychiatrischen Abteilungen. Sonstige Krankenhäuser (vor allem rein psychiatrische Kliniken) und das Pflegepersonal in psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser werden nicht berücksichtigt, da nicht in den Geltungsbereich des DRG-Systems fallen und deren Personalbesetzung durch die immer noch geltende Psych-PV geregelt wird.

teil der Krankenhäuser vollkommen unzureichend. Auch das zweite Pflegeförderprogramm sah vor, dass die Mittel dem einzelnen Krankenhaus nur in den drei Jahren der Programmlaufzeit in vollem Umfang zur Verfügung stehen und danach auf alle Krankenhäuser verteilt werden, so dass die am Programm teilnehmenden Kliniken nach Auslaufen des Programms nur noch einen Bruchteil der vorherigen Fördermittel erhielten. Eine solche Regelung führt dazu, dass die mit den Programmmitteln geschaffenen Stellen im Grunde nur als befristete Beschäftigungsverhältnisse für die Dauer von drei Jahren abgeschlossen werden können.

Die mit dem KHSG 2015 ebenfalls beschlossene Umwidmung des ‚Versorgungszuschlags' in Höhe von 500 Mio. Euro in einen ‚Pflegezuschlag' mag angesichts des Volumens auf den ersten Blick beeindrucken. Rechnet man diese Summe jedoch in Vollkräfte um und legt, wie die Bundesregierung auch, durchschnittliche Brutto-Personalkosten je Vollkraft in Höhe von 50.000 Euro pro Jahr zugrunde, waren damit insgesamt maximal weitere ca. 10.000 Vollkräfte zu finanzieren. Diese Zahl war jedoch insofern nicht realistisch, als der Versorgungszuschlag bereits seit mehreren Jahren gezahlt und somit für laufende andere Zwecke verwendet und verplant wurde.

Vor allem aber gilt auch für die mit dem KHSG 2015 beschlossenen Maßnahmen, dass sie keine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Vorhaltung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser vorsehen. Zwar waren auch die Mittel des zweiten Pflegeförderprogramms zweckgebunden, es bestand aber auch diesmal keine Pflicht zur Schaffung zusätzlicher Stellen. Die Mittel des Versorgungszuschlages wurden nach einem komplizierten Verteilungsschlüssel in Abhängigkeit von den tatsächlichen Personalkosten der Krankenhäuser auf die einzelnen Kliniken verteilt. Aber für die auf dieser Grundlage verteilten Mittel bestand keinerlei Zweckbindung. Kein Krankenhaus ist verpflichtet, die zusätzlichen Mittel auch tatsächlich für zusätzliche Stellen im Pflegedienst einzusetzen, geschweige denn im Falle einer Unterbesetzung überhaupt zusätzliche Stellen zu schaffen und zu besetzen.

Das zweite Pflegeförderprogramm und die Umwidmung des Versorgungszuschlages sollten allerdings nur kurzfristig wirkende Maßnahmen zu Linderung der Unterbesetzung sein. Die Regierungskoalition hatte anerkannt, dass es einer langfristigen und nachhaltig wirkenden Lösung bedurfte. Um Vorschläge für eine solche langfristige und nachhaltig wirkende Verbesserung der Situation im Pflegedienst zu erarbeiten, enthielt das Gesetz den Auftrag an die Bundesregierung, eine Expertenkommission einzuberufen, die bis Ende 2017 Vorschläge vorlegen sollte.

Die daraufhin Anfang Oktober 2015 einberufene „Expertenkommission Pflegedienst im Krankenhaus“ bestand weit überwiegend aus Vertreterinnen und Vertretern der Politik sowie ausgewählter Verbände (BMG 2015). Von den 19 Mitgliedern kamen nur drei aus der Pflegepraxis (2) oder Pflegewissenschaft (1). Die übrigen 16 Mitglieder waren Vertreterinnen und Vertreter der Politik (9), der DKG, des GKV-Spitzenverbandes, der Privaten Krankenversicherung sowie der Geschäftsführer des DRG-Instituts (InEK),[9] der Ärztliche Direktor der Uniklinik Münster und ein Gesundheitsökonom. Es handelte sich somit nicht um eine „Expertenkommission“, sondern faktisch um eine ‚Regierungskommission‘, dominiert von Politikerinnen und Politikern aus Bund und Ländern und erweitert um Verbandsvertreter sowie ausgewählte Einzelpersonen, die allerdings mit Ausnahme einer ehemaligen Pflegedirektorin über keinerlei pflegefachliche oder pflegewissenschaftliche Expertise verfügten.[10]

Die Kommission sollte ihre Vorschläge bis Ende 2017 vorlegen. Es zeigte sich jedoch, dass diese Kommission nicht in der Lage war, ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Weniger weil es ihr aufgrund der Zusammensetzung an ausreichend vertretenem pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Sachverstand fehlte, sondern weil ihre Beratungen zu sehr von politischen Kalkülen (Bundes-/Landespolitik, Differenzen zwischen den Koalitionsparteien) und wirtschaftlichen Interessen (DKG, GKV, PKV) überlagert waren, als dass sie zu sachgerechten und konsensfähigen Lösungen hätte kommen können.

Im Frühjahr 2017 löste die Politik die Kommission vorzeitig auf, und Anfang März legten führende Vertreterinnen und Vertreter der großen Koalition sowie der Länder Eckpunkte für eine kurzfristig geplante Reform vor (Gröhe et al. 2017). Da die Probleme im Pflegedienst der Krankenhäuser mittlerweile immer offensichtlicher geworden waren, drohte die Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu einem der zentralen Themen des nahenden Bundestagswahlkampf 2017 zu werden.[11] Die Koalition hatte zudem in ihrem Koalitionsvertrag 2013 angekündigt, sich für „Personalmindeststandards“ einzusetzen, dieses Ver-

9 InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

10 Die erwähnte Pflegedirektorin wurde allerdings nicht als Pflegeexpertin berufen, sondern in ihrer Eigenschaft als Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

11 Dies trat schließlich auch ein. Nachdem ein Krankenpflegeschüler aus Hildesheim die Bundeskanzlerin in einer live im Fernsehen übertragenen Diskussionsrunde mit den Problemen im Pflegedienst der Krankenhäuser konfrontiert hatte, griffen die Medien das Thema in größerer Breite auf und es wurde tatsächlich zu einem der zentralen Wahlkampfthemen.

sprechen bis dahin jedoch nicht eingelöst.[12] Hätte sie auf das Ende der Beratungen der Kommission gewartet, wäre sie mit einem uneingelösten Versprechen bei einem politisch zunehmend brisanten Thema in den Wahlkampf gegangen.

Im Zentrum der Anfang März 2018 vorgelegten Eckpunkte stand die Ankündigung, dass noch vor Ende der laufenden Legislaturperiode der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die DKG beauftragt werden sollten, bis zum 30. Juni 2018 „Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen“ zu vereinbaren (Gröhe et al. 2017: 2). Eine entsprechende Gesetzesvorschrift (§ 137i SGB V) wurde in ein laufendes Gesetzgebungsverfahren eingebracht und wenige Tage vor Ablauf der Sitzungsperiode, sozusagen ‚auf den letzten Drücker‘, beschlossen.

Auch wenn anzuerkennen ist, dass die Koalition bemüht war, ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag des Jahres 2013 doch noch einzulösen, sowohl das Verfahren als auch das Ergebnis der Entscheidung waren in hohem Maße kritikwürdig. Die Entscheidung für die Einführung von ‚Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche‘ erfolgte ohne vorherige Fachdiskussion und als ‚Alleingang‘ führender Vertreter der Regierungskoalition und der Länder.

Wegen des hohen Zeitdrucks konnte kein der Komplexität des Themas angemessenes Regelungswerk entwickelt werden und wurde lediglich ein einziger Paragraph geschaffen, der nur allgemeine und zudem auch fachlich ungeeignete Vorgaben enthielt, deren Konkretisierung und Umsetzung zwei Verbänden überantwortet wurde, die bei der zu regelnden Materie gegensätzliche wirtschaftliche Interessen verfolgen. Die Beauftragung der so genannten ‚gemeinsamen Selbstverwaltung‘ führte denn auch – im Grunde bereits von Anfang an absehbar – dazu, dass sich beide Verbände auf einen Minimalkonsens einigten, der auf scharfe Kritik sowohl der Gewerkschaft ver.di als auch des Deutschen Pflegerates, der anerkannten Organisationen der Patientenvertretung, des DGB, der medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft stießen. Dass eine Einigung zwischen GKV-SV und DKG dennoch nicht zustande kam, dürfte aus Sicht der Kritiker der geplanten Einigung zu begrüßen sein.

Da die aktuellen Pläne der Bundesregierung nur vor dem Hintergrund dieser gescheiterten Verhandlungen richtig zu verstehen sind, soll auf den Verlauf der Verhandlungen und deren Ergebnisse nachfolgend näher eingegangen werden. Dies erscheint zudem auch deshalb angebracht, als das BMG beabsichtigt, die beiden Spitzenverbände trotz der

12 „Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein“ (CDU/CSU/SPD 2013: 84).

Erfahrungen mit den Verhandlungen zwischen Mitte 2017 und Mitte 2018 und dem Scheitern dieser Verhandlungen erneut mit der Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen zu beauftragen, die dann ab 2020 gelten sollen.

Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen: Die gescheiterte Beauftragung der gemeinsamen Selbstverwaltung

Durch § 137i Abs. 1 SGB V wurden der GKV-SV und die DKG beauftragt, „verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen" für sogenannte „pflegesensitive Bereiche" festzulegen.[13] Die Vereinbarung sollte bis zum 30. Juni 2018 erfolgen. Sollte bis dahin keine vertragliche Vereinbarung zustande kommen, hatte das BMG die Regelung durch Rechtsverordnung vorzunehmen.

Die beiden Spitzenverbände wurden verpflichtet, bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen weitere Organisationen „qualifiziert zu beteiligen" (§ 137i SGB V Abs. 1 Satz 9 SGB V). Als insbesondere zu beteiligende Organisationen wurden im Gesetz der Deutsche Pflegerat, die für den Regelungsbereich zuständige Gewerkschaft, der Arbeitgeberverband, die anerkannten Organisationen der Patientenvertretung sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) genannt. Ihnen musste in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in den Beratungen ermöglicht werden. Ihre Stellungnahmen sollten berücksichtigt und bei der Entscheidungsfindung einbezogen werden (§ 137i SGB V Abs. 1 Satz 9 SGB V). Aus den gesetzlichen Vorschriften ergaben sich somit zwei Strukturen der Entscheidungsfindung: Unmittelbare Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG und erweiterte Beratungen unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der im Gesetz genannten Organisationen. Das Gesetz schrieb zudem vor, dass Beamte des BMG an allen Verhandlungen und Beratungen teilnehmen. Die Letztentscheidung über den Inhalt einer vertraglichen Vereinbarung lag bei den beiden Spitzenverbänden.

Die Beauftragung der so genannten ‚gemeinsamen Selbstverwaltung' aus GKV-SV und DKG entspricht mittlerweile einer Art ‚Standard' der gesundheitspolitischen Gesetzgebung. Die Politik legt in einem Gesetz Grundsätze für eine Regulierung fest und beauftragt die Verbände mit

13 Der Verband der privaten Krankenversicherung war zwar einzubeziehen, die Rechtsvorschrift verlangt aber nur, dass die Einigung „im Benehmen" mit dem PKV-Verband erfolgen sollte. Eine Zustimmung des PKV-Verbandes war folglich nicht erforderlich. Darum wird auf ihn nachfolgend auch nicht weiter eingegangen.

der konkreten Ausgestaltung der allgemeinen Vorgaben auf dem Weg vertraglicher Vereinbarungen. Die auf dieser Grundlage getroffenen Vereinbarungen sind kraft Gesetz für alle beteiligten Krankenkassen und jeweiligen Leistungserbringer ‚unmittelbar verbindlich'.

Abgesehen davon, dass durch ein solches Vorgehen ein privater Verein (DKG) wie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und mittelbare Staatsverwaltung behandelt wird, und dadurch quasi-staatliche Macht zur Festsetzung allgemein verbindlicher Vorgaben erhält, wurden im Fall der Pflegepersonaluntergrenzen zwei Verbände mit der Festsetzung beauftragt, die sich zuvor ausdrücklich gegen verbindliche Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ausgesprochen hatten. Alltagsprachlich nennt man so etwas üblicherweise, ‚den Bock zu Gärtner machen'.

Die DKG hatte noch in ihrer Stellungnahme für die parlamentarische Anhörung zum geplanten § 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen „strikt abgelehnt" (DKG 2017b: 3). Der GKV-SV hatte sich zwar im Gesetzgebungsverfahren für die Vorgabe von Pflegepersonaluntergrenzen ausgesprochen, in den Vorjahren jedoch verbindliche Vorgaben ebenso wie die DKG abgelehnt, wenngleich aus anderen Gründen. Noch 2013 hatte der GKV-SV in einer Bundestagsanhörung festgestellt, die Vorgabe einer Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sei „nicht nur DRG-systemfremd, sondern auch vollkommen unüblich für den Bereich des öffentlichen Einkaufs" (GKV-Spitzenverband 2013b: 4). Argumentiert wurde, dass für die Krankenkassen unerheblich sei, wie das von ihnen ‚eingekaufte Produkt' hergestellt wird, entscheidend sei allein die Ergebnisqualität. Über die Personalbesetzung solle darum auch allein das Krankenhausmanagement entscheiden.

Im Sommer 2017 nahmen DKG-SV und DKG ihre Verhandlungen auf und trafen sich in den folgenden Monaten in der Regel einmal monatlich zu einer Verhandlungssitzung, darüber hinaus fanden weitere gemeinsame Sitzungen der Verbandsexpertinnen und -experten statt. In vierteljährlichen ‚großen Beratungsrunden' wurden die zu beteiligenden Organisationen über den Stand der Verhandlungen informiert, stellten die beiden Spitzenverbände ihre jeweiligen Positionen vor und wurden diese mit den zu beteiligenden Organisationen diskutiert. Die Sitzungen der großen Beratungsrunde fanden am 24. August 2017, 21. November 2017, 7. Februar 2018 und 8. Mai 2018 statt, sowie eine weitere nachträglich anberaumte am 25. Juli 2018.[14]

14 Da bis zum Ablauf der gesetzlichen Frist vom 30. Juni 2018 keine Einigung möglich war, wurde darüber hinaus weiter verhandelt und auch eine weitere Sitzung der großen Beratungsrunde für den 25. Juli 2018 einberufen. Unmittelbar vor diesem Termin hatte jedoch die DKG das Scheitern der Verhandlungen erklärt. In der Sitzung wurden daraufhin ledig-

Wie in den großen Beratungsrunden berichtet wurde, einigten sich GKV-SV und DKG relativ schnell auf zentrale Grundsätze für eine Vereinbarung über Pflegepersonaluntergrenzen.[15] Die Untergrenzen sollten entsprechend eines sogenannten ‚Perzentilansatzes' auf dem Niveau des unteren Dezils oder Qartils der tatsächlichen Personalbesetzung festgelegt werden,[16] und es sollte Pflegepersonaluntergrenzen zunächst nur für maximal sechs Fachabteilungen geben.[17] Eine Ausweitung sollte erst erfolgen, wenn die Erfahrungen mit den ersten Fachabteilungen ausgewertet waren. Die Ausweitung auf weitere Fachabteilungen hätte somit voraussichtlich erst 2022 oder später erfolgen können.

Diese Grundsatzentscheidung stieß auf erhebliche und im Verlauf der Beratungen zunehmend schärfer formulierte Ablehnung und Kritik der zu beteiligen Organisationen.[18] Kritisiert wurde insbesondere, dass Vorgaben auf dem Niveau des unteren Dezils oder Quartils der Ist-Besetzung vollkommen unzureichend sind. Zunächst einmal sei es grundsätzlich abzulehnen, dass die gegenwärtige Ist-Besetzung zur Grundlage der Festlegung von Mindestbesetzungen gemacht wird. Da davon auszugehen ist, dass im Pflegedienst weit überwiegend eine chronische Unterbesetzung herrsche, führe ein solcher Ansatz zur Fortschreibung und Zementierung der bestehenden Unterbesetzung. Zudem berge die Festlegung auf dem Niveau der Grenze zu den am schlechtesten besetzten 10 Prozent oder 25 Prozent aller Fachabteilungen das Risiko, dass in den 90 oder 75 Prozent besser besetzten Fachabteilungen Stellen ab-

lich noch die Ergebnisse einer Krankenhausbefragung durch die Firma KPMG vorgestellt. Es erfolgte keine weitere inhaltliche Diskussion über eine mögliche Vereinbarung.

15 Die Protokolle der großen Beratungsrunden wurden nicht veröffentlicht und auch sonst liegen keine veröffentlichten Informationen über den Beratungsverlauf und dessen Inhalte vor. Die nachfolgenden Informationen basieren darauf, dass ich als Mitglied der Delegation der anerkannten Organisationen der Patientenvertretung an allen großen Beratungsrunden teilgenommen habe. Das BMG hatte in der ersten Sitzung den Versuch unternommen, Vertraulichkeit über die Inhalte und den Verlauf der großen Beratungsrunden zu vereinbaren, scheiterte jedoch am Widerspruch der zu beteiligenden Organisationen.

16 Der Begriff ‚Perzentilansatz' stammt aus einem Gutachten, das im Auftrag des BMG für die Expertenkommission Pflegedienst im Krankenhaus erstellt worden war (Schreyögg/Milstein 2016). Der Begriff ‚Perzentil' entstammt der deskriptiven Statistik. Dezil und Quartil sind statistische Verteilungsmaße, die angeben, wo die Grenze zu den untersten (oder obersten) 10 Prozent (Dezil) oder 25 Prozent (Quartil) aller gemessenen Werte liegt.

17 Die DKG war zunächst nur zu zwei Fachabteilungen bereit, stimmte dann aber einer Erweiterung auf sechs zu.

18 Im Verlauf der Beratungsrunden näherten sich die Positionen aller zu beteiligenden Organisationen in den zentralen Fragen weitgehend an und am Ende stand eine gemeinsame Erklärung, in der alle Organisationen die geplante Vereinbarung ablehnten (APS et al. 2018). Lediglich die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände war an der gemeinsamen Erklärung nicht beteiligt. Deren Vertreter war nur in der ersten Sitzung anwesend, an den nachfolgenden Beratungen beteiligte sich die BDA nicht mehr. Der analog zur BDA beteiligte DGB unterstützte die übrigen Organisationen und ist Mitunterzeichner der gemeinsamen Erklärung.

gebaut und die Besetzung auf das Niveau der am schlechtesten besetzten Kliniken abgesenkt wird.

Die Beschränkung auf sechs Fachabteilungen wurde von den zu beteiligenden Organisationen ebenfalls als unzureichend kritisiert. Es wurde stattdessen die Vorgabe von verbindlich einzuhaltenden Mindestbesetzungen für alle Fachabteilungen und Stationen verlangt. Die Beschränkung auf lediglich sechs Fachabteilungen wurde von den Spitzenverbänden damit begründet, dass das Gesetz Pflegepersonaluntergrenzen nur für ‚pflegesensitive Bereiche', nicht aber für alle Fachabteilungen verlange. Zudem seien die sechs Fachabteilungen nur ein erster Schritt und solle zu einem späteren Zeitpunkt eine Ausweitung erfolgen. Diese Begründung wurde von den zu beteiligenden Organisationen jedoch als nicht überzeugend abgelehnt. Es seien vielmehr alle Bereiche, in denen Pflegepersonal in der direkten Pflege von Patienten tätig ist, pflegesensitiv im Sinne der Gesetzesbegründung. In der Gesetzesbegründung werden pflegesensitive Bereiche als solche Bereiche definiert, in denen ein Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und sogenannten ‚unerwünschten Ereignissen' (Komplikationen) besteht (BT-Drs. 18/12604: 92). Dieser Zusammenhang sei grundsätzlich in allen Bereichen gegeben, in denen Pflegekräfte Patienten versorgen.

Diese Argumentation überzeugte offenbar auch die Gesundheitspolitikerinnen und -politiker der großen Koalition, denn in den Anfang 2018 vereinbarten Koalitionsvertrag wurde aufgenommen, dass Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Bereiche vorgegeben werden sollen.

Da GKV-SV und DKG nicht bereit waren, die Einwände und Positionen der zu beteiligenden Organisationen zu berücksichtigen und eine Vereinbarung zu treffen, die den Forderungen der Organisationen entgegenkommt, wandten sich Anfang Februar 2018 zunächst die Gewerksaft ver.di, der DPR und die anerkannten Organisationen der Patientenvertretung mit einer Erklärung an die Öffentlichkeit (PatV/ver.di/DGB 2018). In den folgenden Beratungsrunden verschärften sich die Differenzen zwischen GKV-SV und DKG auf der einen und den zu beteiligenden Organisationen auf der anderen Seite, und nach der letzten regulären Sitzung der großen Beratungsrunde forderten die Gewerkschaft ver.di, der DGB, der Deutsche Pflegerat, die Organisationen der Patientenvertretung, das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft den Gesetzgeber in einer gemeinsamen Erklärung auf, das Inkrafttreten der von GKV-SV und DKG geplanten Regelungen zu verhindern (APS et al. 2018). Die unterzeichnenden Organisationen lehnten Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der am schlechtesten besetzten Krankenhäuser ab und forderten

Vorgaben zur Personalbesetzung, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten gewährleisten können.

Zwar waren sich DKG-SV und DKG in den erwähnten zentralen Eckpunkten einig, dennoch aber scheiterten die Verhandlungen. Eine Überschreitung der Frist hatte sich bereits im Januar 2018 abgezeichnet, da externe Gutachten und Aufträge für Befragungen vergeben wurden, deren Ergebnis teilweise erst einen Tag vor Ablauf der Frist vorlegen sollten. Das an allen Sitzungen beteiligte BMG signalisierte jedoch bereits frühzeitig, dass es eine Fristüberschreibung tolerieren und nicht sofort eine Verordnung erlassen werde.

Die Differenzen zwischen GKV-SV und DKG spitzten sich am Ende auf die Frage zu, ob Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der am schlechtesten besetzten 10 Prozent (DKG) oder 25 Prozent (GKV-SV) festgesetzt werden sollen. Als eine im Auftrag der beiden Spitzenverbände von dem Wirtschaftsprüfungsunternehmen KPMG durchgeführte Befragung von Krankenhäusern ergab, dass im Fall der Intensivmedizin die Personalbesetzung an der Grenze zu den am schlechtesten besetzen 10 Prozent der befragten Fachabteilungen bei einer Pflegefachkraft je 2 Patienten (1:2) lag, stieg die DKG Ende Juli 2018 aus dem erreichten Stand der Verhandlungen aus und erklärte das Scheitern. Diese Höhe war für die DKG nicht akzeptabel, weil nach ihrer Einschätzung nur ein kleiner Teil der davon betroffenen Intensivstationen eine solche Vorgabe erfüllen könne. Wegen der besonderen Bedeutung der KPMG-Krankenhausbefragung, wird auf sie an späterer Stelle noch näher eingegangen.

Zwischenbetrachtung und Schätzung zum gegenwärtigen Ausmaß der Unterbesetzung

An dieser Stelle soll eine kurze Zwischenbetrachtung und Einschätzung zum Stand der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser erfolgen. Eine genaue Ermittlung und Quantifizierung der Unterbesetzung ist mangels bundesweit verfügbarer, zuverlässiger und nach einheitlichen Kriterien erhobener Daten zum Pflegebedarf der Patienten nicht möglich. Dazu bedürfte es des Einsatzes eines einheitlichen, von allen Kliniken verbindlich anzuwendenden Verfahrens der Pflege- und Personalbedarfsermittlung, wie es beispielsweise die Pflege-Personalregelung (PPR) in den Jahren 1993 bis 1996 war.[19] Die-

19 Die Anwendung der PPR wurde zum 1. Januar 1996 nur teilweise ausgesetzt. Die Patienteneinstufungen und Datenerhebungen waren weiterhin durchzuführen, nur die Verwen-

se Daten müssten von allen Krankenhäusern an die zuständigen Landesämter für Statistik übermittelt, dort aufbereitet und an das Statistische Bundesamt weitergeleitet werden, das auf deren Grundlage eine bundesweite Statistik zum Pflegebedarf der Krankenhauspatienten erstellt. Eine solche Datenerhebung gibt es bislang jedoch nicht.

Ein ungefährer Anhalt zum Ausmaß der gegenwärtigen Unterbesetzung lässt sich jedoch auf Grundlage verfügbarer Daten schätzen. Ausgangspunkt der hier vorgestellten Schätzung sind die Daten des Jahres 1993, zum einen die Ist-Besetzung laut amtlicher Krankenhausstatistik und zum anderen der auf Grundlage der PPR-Daten von den Spitzenverbänden der GKV ermittelte Personalmehrbedarf. Beides kann zu einer aus den PPR-Daten abgeleiteten Soll-Besetzung zusammengeführt werden, wie dies bereits oben kurz beschrieben wurde. Die so ermittelte Soll-Besetzung wird hier als bedarfsgerechte Personalbesetzung des Jahres 1993 gesetzt, da die PPR in den Jahren 1993 bis 1996 das durch Gesetz vorgegebene Verfahren zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs im Pflegedienst somatischer Stationen war. Der mit der PPR ermittelte Personalbedarf kann insofern als Richtwert für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung gelten.

Zwar ist die PPR mittlerweile mehr als 25 Jahre alt und wäre insofern modernisierungsbedürftig, es kann aber davon ausgegangen werden, dass eine solche Modernisierung nicht zu einer Absenkung der in der PPR enthaltenen Minutenwerte führen würde, sondern eher zu einer Anhebung, vor allem durch die Erweiterung um Pflegestufen, mit denen der deutlich über den Werten der höchsten Pflegestufe der alten PPR (A3/S3) liegende Pflegebedarf besonders pflegeaufwändiger Patienten erfasst wird. Für diese Annahme spricht insbesondere auch die Einführung des PKMS, der aus einer zuvor in der Fachdiskussion entwickelten zusätzlichen Pflegestufe PPR A4 entwickelt wurde (Wieteck 2009).

Die nachfolgende Schätzung erfolgt auf Grundlage der Daten des Jahres 2016, da neuere Daten der Krankenhausstatistik noch nicht verfügbar sind.

Vergleicht man die Ist-Besetzung des Jahres 2016 mit der aus den PPR-Daten abgeleiteten Soll-Besetzung des Jahres 1993 so lag die Personalbesetzung des Jahres 2016 um ca. 73.000 Vollkräfte unter dem Soll einer bedarfsgerechten Besetzung (Tab. 1). Dabei ist jedoch die Leistungsentwicklung noch nicht berücksichtigt (zur Leistungsentwicklung bis 2013 vgl. Simon 2015: 24-32). Seit 1993 ist nicht nur die Zahl der Fälle um mehr als 20 Prozent gestiegen, sondern hat sich auch der

dung für die Budgetvereinbarung war ausgesetzt. ‚Ausgesetzt' deshalb, weil die Bundesregierung zunächst vorhatte, diesen Teil der PPR wieder in Kraft zu setzen. Erst auf Druck der Krankenkassen wurde die PPR dann vollständig aufgehoben.

Anteil der alten und hochbetagten Patienten erheblich erhöht, die häufig einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen. Zudem ist die Leistungsdichte bei kontinuierlich sinkender Verweildauer durch eine Zunahme der durchschnittlich je Patient erbrachten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erheblich gestiegen.

Tabelle 1: Personalbesetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser (ohne psychiatrische Abteilungen)

	Soll-Ist-Vergleich ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung	
1993	Soll-Besetzung gemäß PPR	350.000
	Ist-Besetzung	289.000
	Soll-Ist-Differenz	–61.000
1994-1996	Stellenzuwachs	+16.000
1997-2001	Stellenabbau	–14.000
2001	Ist-Besetzung	291.000
	Differenz: Soll-Besetzung 1993/Ist-Besetzung 2001	–59.000
2002-2007	Stellenabbau	–33.000
2007	Ist-Besetzung	258.000
	Differenz: Soll-Besetzung 1993/Ist-Besetzung 2007	–92.000
2008-2016	Stellenzuwachs	+19.000
2016	Ist-Besetzung	277.000
	Differenz: Soll-Besetzung 1993/Ist-Besetzung 2016	–73.000
	Berücksichtigung eines erhöhten Personalbedarfs durch höheren Leistungsumfang	
+10 %	Soll-Besetzung 1993	350.000
	10 % höherer Personalbedarf durch Leistungszuwachs	35.000
	Erhöhte Soll-Besetzung	385.000
	Differenz zwischen Soll 1993 und Ist 2016	–108.000
+20 %	Soll-Besetzung 1993	350.000
	20 % höherer Personalbedarf durch Leistungszuwachs	70.000
	Erhöhte Soll-Besetzung	420.000
	Differenz zwischen Soll 1993 und Ist 2016	–143.000

Quelle: eigene Darstellung.

Eine weitere Zunahme der Arbeitsbelastung auf den Stationen ergibt sich aus der seit ca. 15 Jahren kontinuierlich steigenden Zahl an vor-, teil- und nachstationären Behandlungen sowie ambulanten Operationen. Diese Patienten müssen häufig auf den Normalstationen sozusagen ‚nebenbei' und zusätzlich zu den vollstationären Patienten mitversorgt werden.

Geht man bei einer sehr zurückhaltenden Schätzung davon aus, dass das Leistungsvolumen im Jahr 2016 um ca. 10 Prozent über dem des

Jahres 1993 lag, so ergibt sich zwischen der Ist-Besetzung des Jahres 2016 und dem Soll des Jahres 1993 eine Lücke in Höhe von ca. 108.000 Vollkräften (Tab. 1). Nimmt man eine Steigerung des Leistungsumfangs um ca. 20 Prozent an, so erhöht sich die Lücke auf ca. 143.000 Vollkräfte.

Das mit dem KHSG 2015 beschlossene Pflegestellen-Förderprogramm stellte Mittel für die ‚Förderung' von bis zu ca. 6.000 Vollkräften zur Verfügung. Laut Zwischenbericht des GKV-SV zur Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms wurden bis Ende 2017 lediglich ca. 2.500 zusätzliche Stellen aufgrund des Programms geschaffen (GKV-Spitzenverband 2018). Es verbleibt somit eine erhebliche Lücke zwischen der tatsächlichen Personalbesetzung im Pflegedienst und einer entsprechend der oben beschriebenen Methode geschätzten bedarfsgerechten Soll-Besetzung. Je nach zugrunde gelegter Leistungsentwicklung liegt die Ist-Besetzung demnach um ca. 100.000 oder 140.000 Vollkräfte unter dem Niveau einer bedarfsgerechten Personalbesetzung.

Die aktuellen Pläne der gegenwärtigen Regierungskoalition

Am 7. Januar 2018 einigten sich die Führungen von CDU, CSU und SPD auf einen Koalitionsvertrag zur Bildung einer neuen Großen Koalition. Für den Bereich der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern enthält der Vertrag mehrere Vorhaben, die von Bedeutung für das hier diskutierte Thema sind (CDU/CSU/SPD 2018: 96-100):

- Es sollen zusätzliche Stellen gefördert werden (ebd.: 96)
- Die Personalkostensteigerungen durch Tariferhöhungen sollen vollständig refinanziert werden (ebd.).
- Pflegepersonaluntergrenzen sollen nicht nur für einzelne ‚pflegesensitive Bereiche', sondern für alle bettenführenden Stationen vorgeben werden (ebd.: 97).
- Die Pflegepersonalkosten sollen unabhängig von den DRG-Fallpauschalen durch eine gesonderte Pflegepersonalkostenvergütung finanziert werden, die die „Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Personalbedarf" berücksichtigt (ebd.: 100).

Auf Grundlage des Koalitionsvertrages wurde Ende Juni 2018 der Referentenentwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) vorgelegt (BMG 2018a). Nach einer Verbändeanhörung wurde er überarbeitet und am 1. August 2018 vom Kabinett als Regierungsentwurf beschlossen (Bundesregierung 2018). Die Planung für die parlamentarischen Beratungen sieht vor, dass der Gesetzesbeschluss noch vor Ende des Jahres erfolgen soll, damit das Gesetz zum 1. Januar 2019 in Kraft treten kann.

Ergänzend zur Gesetzesinitiative wurde eine „Konzertierte Aktion Pflege" ins Leben gerufen, die Vorschläge für weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals insgesamt und somit auch im Krankenhaus erarbeiten soll (BMG 2018e).

Nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG über Pflegepersonaluntergrenzen legte das BMG Ende August 2018 den Entwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vor, mit der die Vorgaben des § 137i SGB V umgesetzt und erste Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar 2019 eingeführt werden sollen (BMG 2018g).

Nachfolgend werden die wichtigsten Inhalte des geplanten Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes und der geplanten Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgestellt. Die Darstellung geht über einen engen, nur auf die darin enthaltenen Vorgaben zur Personalbesetzung hinaus und

bezieht auch im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vorgesehene Änderungen von Finanzierungsregelungen mit ein, da diese unmittelbare Auswirkungen und Bedeutung für die zukünftige Personalbesetzung haben werden.

Üblicherweise kommt es im Verlauf der Beratungen und nach der Durchführung von Anhörungen zu Änderungen an vorgelegten Gesetzes- und Verordnungsentwürfen. Die endgültigen Fassungen des PpSG und der PpUGV werden insofern mit hoher Wahrscheinlichkeit in dem einen oder anderen Punkt vom jetzt vorliegenden Stand abweichen. Die Darstellung kann sich jedoch nur auf die zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Ende September 2018) vorliegenden Entwürfe stützen. Die endgültigen Fassungen der PpUGV und des PpSG sind nach ihrer Verkündung im Bundesgesetzblatt nachzulesen.[20]

Die Darstellung und Diskussion der aktuellen Vorhaben der Regierungskoalition beginnt mit einer ausführlicheren Erörterung von Studien, die zur Vorbereitung der geplanten Pflegepersonaluntergrenzen in Auftrag gegeben wurden und wichtige Ausgangs- und Bezugspunkte insbesondere der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bilden. Dabei handelt es sich um eine Studie, die im Auftrag des BMG für die „Expertenkommission Pflegedienst im Krankenhaus“ erstellt wurde (Schreyögg/ Milstein 2016) sowie eine Expertenbefragung zur Frage, welche Fachabteilungen als ‚pflegesensitiv‘ gelten können (IGES 2018) und eine Krankenhausbefragung zur Ist-Besetzung auf den sechs Fachabteilungen, für die als erstes Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollten (KPMG 2018). Die Schreyögg-Studie wird als erstes vorgestellt und diskutiert, da sie die Diskussion überhaupt erst in die Richtung lenkte, ‚Untergrenzen‘ nur für einzelne Abteilungen festzulegen. Sowohl der Begriff der ‚pflegesensitiven Bereiche‘ als auch der für die gegenwärtige Diskussion sehr zentrale so genannte ‚Perzentilansatz‘ entstammen dieser Studie. Die beiden anderen Studien werden im Zusammenhang mit den vorgestellten zentralen Elementen erläutert und diskutiert.

An dieser Stelle erscheint eine Vorbemerkung zum nachfolgenden Text erforderlich. Die folgende Darstellung und kritische Analyse der aktuellen Reformpläne der Regierungskoalition steht vor dem Problem, dass es sich um Regelungskomplexe handelt, die ohne Vorkenntnisse und Hintergrundwissen nicht wirklich zu verstehen sind. Zudem ist das Gesamtgebilde an Regelungen aus Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und Pflegepersonal-Stärkungsgesetz so kompliziert und – diese Bewertung sei hier bereits erwähnt – so verwirrend und teilweise auch

20 Zugriff über den kostenlosen Bürgerzugang auf der Internetseite des Bundesgesetzblattes.

verworren, dass eine systematische Darstellung und Kritik ausgesprochen schwierig zu erreichen ist.

Bedingt durch die Kompliziertheit der vorgelegten Regelungskomplexe und dazugehörigen Begründungen und Argumentationen ist der Versuch einer Systematisierung und auch für ‚Nichteingeweihte' verständlichen Darstellung dem Risiko ausgesetzt, dass auch die Darstellung schwierig nachzuvollziehen ist. Es sei darum an dieser Stelle um Nachsicht gebeten, wenn die nachfolgenden Ausführungen teilweise komplizierter ausgefallen sind, als auch der Autor es sich als Leser wünschen würde.

Eine stark vereinfachende Darstellung würde den interessierten Leserinnen und Lesern jedoch nicht wirklich helfen, da eine solche Darstellung zwar den Eindruck vermitteln kann, der Gegenstand sei zutreffend beschrieben und eigentlich doch gar nicht so kompliziert. Dieser Eindruck würde angesichts der unvermeidbaren Verkürzungen bei einem so komplizierten Regelungswerk jedoch täuschen.

Vor allem aber würde eine stark vereinfachende Darstellung all jenen nicht helfen, die sich aus beruflichen (z. B. Journalistinnen und Journalisten) oder politischen Gründen intensiver mit der Gesamtthematik beschäftigen wollen oder müssen. Für diese Adressatengruppe ist die vorliegende Studie vor allem geschrieben. Und die Studie baut auf der Annahme auf, dass diese Adressatinnen und Adressaten ein Interesse an einer genauen und richtigen Darstellung und vor allem auch vertrauenswürdigen Kritik haben. Beides ist bei einem hoch komplexen und leider auch teilweise so verworrenen Gegenstand nur um den Preis einer ebenfalls eher komplexen Darstellung zu erreichen.

Kritische Anmerkungen zu vorbereitenden Studien und zentralen Elementen des geplanten Regulierungssystems

Die Fachdiskussion über die gegenwärtig zur Entscheidung stehenden Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und die vorliegenden Entwürfe einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) sowie des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) sind nur zu verstehen, wenn man über gewisses Hintergrundwissen zur Vorgeschichte und vor allem auch zur Bedeutung zentraler Elemente der geplanten Regulierungen verfügt. Leider bieten weder das BMG noch die Regierungskoalition die dafür erforderlichen Informationen. Kennt man aber die Bedeutung solcher Begriffe wie ‚pflegesensitive Bereiche', ‚Perzentilansatz', ‚Quartilsgrenze', ‚Pflegepersonalquotient'

und die dahinter verborgenen Konzepte nicht, ist es auch nicht möglich, die Bedeutung der geplanten Maßnahmen und Regelungssysteme nachzuvollziehen und richtig einzuschätzen.

Ohne dieses Hintergrundwissen bleibt Betrachtern der gegenwärtigen Diskussion und anstehenden Entscheidungsprozesse nur übrig, sich auf die Darstellungen insbesondere des BMG zu verlassen und diese für zuverlässige und vertrauenswürdige Informationen zu halten. Das Problem dabei ist jedoch, dass die vorgelegten Entwürfe einer PpUGV und eines PpSG unter den beteiligten Akteuren z. T. sehr kontrovers diskutiert und sehr unterschiedlich bewertet werden. Sowohl das BMG als auch die Regierungsparteien sind mit eigenen politischen Interessen in diese Konflikte verstrickt. Da sie das Interesse haben, ihre Vorhaben durchzusetzen, ist es naheliegend, dass sie diese Vorhaben in ihren Darstellungen auch in einem vorteilhaften und positiven Licht erscheinen lassen wollen.

Vor diesem Hintergrund ist folglich gewisse Vorsicht gegenüber ‚regierungsoffiziellen' Darstellungen von Inhalten angebracht. Dies gilt in besonderem Maße auch für scheinbar einfache Sachinformationen des BMG. So wird auf der Internetseite des BMG zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung behauptet, mit den geplanten Maßnahmen würde für „ausreichend Pflegepersonal" gesorgt, um eine „gute Pflege" zu gewährleisten (BMG 2018f). Die im PpSG enthaltenen ‚Pflegepersonalquotienten' würden in Zukunft „das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zu individuellem Pflegeaufwand eines Krankenhauses" abbilden (ebd.), und Krankenhäuser dürften dieses Verhältnis zukünftig nicht unterschreiten. Auch in der Pressemitteilung des BMG über den Kabinettsbeschluss zum PpSG-Entwurf wird behauptet, der im PpSG-Entwurf vorgesehene ‚Pflegequotient' gebe das „Verhältnis der Pflegekräfte in einem Krankenhaus zu dem zu leistenden Pflegeaufwand" ab (BMG 2018d).

Wie die nachfolgende Analyse zeigen wird, entsprechen diese Behauptungen jedoch nicht der Wahrheit. Es ist ausdrückliche und in mehreren Dokumenten nachzulesende Rechtsauffassung des BMG, dass die Vorgaben der PpUGV und der geplante Pflegepersonalquotient nicht so bemessen sein sollen, dass eine ausreichende Personalausstattung und gute Pflege gewährleistet wird. Das BMG vertritt sowohl in einer Antwort auf eine parlamentarische kleine Anfrage als auch in der Begründung der PpUGV ausdrücklich die Rechtsauffassung, dass die Vorgaben lediglich ein „Minimum" an Personalbesetzung fordern sollen, das höchstens ausreicht, Schädigungen der Patientengesundheit oder eine ‚patientengefährdende Pflege' zu verhindern. Sowohl in der Begründung der PpUGV als auch des betreffenden Teils im PpSG (§ 137j SGB V)

wird eindeutig festgestellt, dass die Pflegepersonaluntergrenzen und der Pflegepersonalquotient keine angemessene Personalbesetzung sicherstellen sollen.

Dies bleibt der Öffentlichkeit und interessierten Journalisten jedoch bislang verborgen, nicht nur weil sich die Hintergründe und entsprechenden Dokumente erst durch aufwändige Recherchen erschließen lassen, sondern vor allem auch, weil die Gesamtthematik mittlerweile eine solche Kompliziertheit und auch Verworrenheit erreicht hat, dass es selbst Expertinnen und Experten schwer fällt, einen Überblick zu erringen bzw. zu bewahren.

Die nachfolgenden Erläuterungen und kritischen Analysen der erwähnten Studien und zentralen Elemente, wie beispielsweise des Perzentilansatzes und des Pflegepersonalquotienten, sollen dazu beitragen, Interessierten gewisse Hintergrundkenntnisse zu vermitteln, damit sie in der Lage sind, die Diskussionen der nächsten Zeit besser verstehen und kritisch hinterfragen zu können.

Die Studie von Schreyögg/Milstein

Das 2015 beschlossene Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) enthielt den Auftrag an die Bundesregierung, eine „Expertenkommission Pflegedienst im Krankenhaus“ einzuberufen, die bis spätestens Ende 2017 Vorschläge für eine dauerhafte Lösung der Personalprobleme erarbeiten sollte (§ 4 Abs. 10 KHEntgG). Die Kommission nahm am 1. Oktober 2015 ihre Arbeit. Zur Unterstützung der Beratungen der Kommission beauftragte das BMG Anfang Mai 2016 den Gesundheitsökonomen Jonas Schreyögg, im Rahmen einer Studie festzustellen, welche Fachabteilungen deutscher Krankenhäuser bei einer Unterbesetzung des Pflegedienstes in besonderem Maße anfällig für Schädigungen der Patientengesundheit sind. Die Studie wurde Mitte November 2016 vorgelegt, in der Kommission eingehend diskutiert und nach Auflösung der Kommission auf der Internetseite des BMG veröffentlicht (Schreyögg/Milstein 2016).

Bei der Studie handelt es sich um eine sogenannte ‚Sekundärdatenanalyse‘. Vorliegende Datenbestände wurden entsprechend der leitenden Fragestellung der Studie mit statistischen Verfahren analysiert. Datenbasis waren die Abrechnungsdaten des DRG-Fallpauschalensystems (Daten nach § 21 KHEntgG) und die Angaben der Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten. Aus den Abrechnungsdaten wurden die Diagnosen gemäß ICD-Schlüssel entnommen und aus den Qualitätsberichten die Angaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der einzelnen

Fachabteilungen. Untersucht wurden die Jahre 2012, 2013 und 2014. Auf Grundlage der statistischen Analysen wurden insgesamt 15 Fachabteilungen als ‚pflegesensitiv' ermittelt, in denen zusammen 68,5 Prozent aller Krankenhausfälle behandelt werden (ebd.: 28f.).

Innerhalb der Kommission stieß die Studie jedoch wegen erheblicher methodischer Fehler und Schwächen auf teilweise sehr scharfe Kritik. Zwei der Kommissionsmitglieder legten eigene schriftliche Stellungnahmen zur Studie vor.[21] In ihren Stellungnahmen zur Schreyögg-Studie kamen beide zu der Schlussfolgerung, dass die Ergebnisse der Studie aufgrund schwerwiegender methodischer Mängel und Fehler für die angestrebten Zwecke nicht verwendbar seien.

> „Die vorliegende Arbeit weist eine Vielzahl objektiver methodischer Mängel auf, die oft bereits für sich allein, sicher aber in ihrer Kombination, die Kernaussage der Analyse vollständig in Frage stellen" (InEK 2017a: 12).

> Die methodischen Mängel „lassen erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass die in der vorliegenden Studie ermittelten „Personalbesetzungszahlen" sich als Grundlage der weiteren Analysen überhaupt eignen" (ebd.).

> „Nach Einschätzung des InEK können die Kernaussagen der Studie nicht aufrechterhalten werden" (ebd.: 13).

> „Die vorliegenden Ergebnisse können als Folge der aus methodischen Gründen nicht sachgerecht möglichen Analyse die Forschungsfrage nicht beantworten. Sie können damit auch nicht als Grundlage zur Identifizierung und Definition von Bereichen dienen, in denen ein Aufwuchs an Pflegekräften eine größtmögliche Wirkung zur Erhöhung der Versorgungsqualität entfaltet" (Roeder 2017: 15).

Neben zahlreichen methodischen Mängeln ist an der Studie vor allem zu kritisieren, dass die verwendeten Datenquellen Analysen, wie sie in der Studie vorgenommen wurden, überhaupt nicht zulassen. Die in den DRG-Abrechnungsdaten enthaltenen Daten zu Nebendiagnosen wurden als Indikatoren für aufgetretene Komplikationen verwendet. Dies ist jedoch unzulässig, da nicht erkennbar ist, ob die von den Krankenhäusern dokumentierten und an das InEK übermittelten Nebendiagnosen im Krankenhaus entstanden sind oder bereits vor der Krankenhausaufnahme vorlagen. Die von Schreyögg/Milstein verwendeten ICD-Schlüssel lassen eine solche Unterscheidung bis auf eine Ausnahme nicht zu.[22] Verwendet man die Daten dennoch für Analysen zu einem möglichen Zusammenhang zwischen Personalbesetzung und so genannten ‚unerwünschten Ereignissen' (Komplikationen), werden auch

---

21 Die Stellungnahme des InEK wurde von dessen Leiter, Frank Heimig, eingebracht, Norbert Roeder ist Mediziner und einer der bekanntesten DRG-Experten. Er war damals Vorstandsvorsitzender des Uniklinikums Münster.

22 Es gibt nur einen ICD-Schlüssel, der eine solche Unterscheidung vorsieht (Pneumonie). Alle anderen von Schreyögg/Milstein verwendeten Nebendiagnosen lassen nicht erkennen, ob die Nebenerkrankung vor oder während des Krankenhausaufenthaltes entstand.

solche gesundheitlichen Probleme, die bereits vor Krankenhausaufnahme bestanden, als Auswirkungen des Krankenhausaufenthaltes gewertet.

Die Angaben der Qualitätsberichte über die Personalbesetzung im Pflegedienst sind aus mehreren Gründen grundsätzlich nicht für wissenschaftliche Analysen geeignet. Bei den Qualitätsberichten handelt es sich um Außendarstellungen der Krankenhäuser, die keiner externen Kontrolle der Richtigkeit der Angaben unterzogen werden und somit für strategisch motivierte Falschdarstellungen anfällig sind. Die Studie von Schreyöög/Milstein selbst enthält sogar Hinweise darauf, dass die Angaben der Qualitätsberichte nicht hinreichend vertrauenswürdig sind, dennoch wurde mit diesen Daten gearbeitet. Hier soll nicht weiter auf die Details dieser Studie eingegangen werden. Eine ausführliche Analyse und Kritik der Studie ist an anderer Stelle nachzulesen (Simon 2017b: 90-98).

Obwohl sowohl den Führungskräften des GKV-SV und der DKG sowie dem BMG bekannt ist,[23] dass die Ergebnisse der Studie von Schreyögg/Milstein (2016) als Grundlage für die Identifikation sogenannter ‚pflegesensitiver Bereiche' ungeeignet ist, wurde und wird sie weiter als Referenz angeführt. In der ersten Sitzung der großen Beratungsrunde zu Pflegepersonaluntergrenzen am 24. August 2017 erklärten GKV-SV und DKG, dass sie sich bei der Vereinbarung erster Bereiche für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen auf diese Studie beziehen würden. In der daran anschließenden Diskussion wurde sowohl von Seiten der Delegation der Patientenvertretungen als auch vom Leiter des InEK auf die schwerwiegenden methodischen Mängel der Studie hingewiesen, ohne dass auch nur der Versuch gemacht wurde, die bekannte Kritik zu widerlegen.

Nachdem die Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG über die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen gescheitert sind, erscheint die Studie von Schreyögg/Milstein (2016) nun im Entwurf der geplanten Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung wieder. Sie wird in der Begründung zitiert als Ausgangspunkt und Grundlage für Auswahl der in der Verordnung genannten ersten Fachabteilungen, die als pflegesensitiv eingestuft wurden und für die erste Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollen (BMG 2018g: 27, 29f.).

23 Die Spitzen von GKV-SV und DKG sowie die leitenden Beamten des BMG waren entweder Mitglied der „Expertenkommission Pflegedienst im Krankenhaus" oder nahmen als Teil der jeweiligen Delegation an den Beratungen der Kommission teil.

Beschränkung auf wenige ‚pflegesensitive Bereiche' statt Patientenschutz in allen Fachabteilungen

Ein zentraler Begriff sowohl in dem 2017 verabschiedeten § 137i SGB V als auch in den Verhandlungen zwischen GKV-SV und im Entwurf für eine PpUGV ist das Adjektiv ‚pflegesensitiv'. In § 137i SGB V werden „pflegesensitive Krankenhausbereiche" definiert als Bereiche,

> „für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse evident ist. Dies bedeutet, dass pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse anfällig sind, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt" (BT-Drs. 18/12604: 92).

Der Begriff „pflegesensitive Bereiche" wurde durch die Schreyögg-Studie in die Diskussion eingebracht und vom Gesetzgeber übernommen. Der Begriff ist offenbar aus der anglo-amerikanischen Fachdiskussion entlehnt, allerdings mit einer sehr wesentlichen Abwandlung. Im englischsprachigen Raum ist in der pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Diskussion der Begriff „nursing sensitive outcome indicators" (NSOIs) gebräuchlich (ICN 2009).[24] Hieran wird bereits erkennbar: Nicht ‚Bereiche' im Sinne von Abteilungen oder Stationen werden als ‚nursing sensitive' betrachtet, sondern einzelne Indikatoren der Ergebnisqualität, wie beispielsweise Dekubitus, Lungenentzündung, Wundinfektionen etc. bis hin zum Versterben aufgrund einer zu spät erkannten schweren Komplikation (failure to rescue). Diese Komplikationen dienen als Indikatoren für die Beurteilung der Qualität pflegerischer Versorgung im Krankenhaus (vgl. u. a. Heslop/Lu 2014; Mushta/Rush/Andersen 2018; Twigg/Gelder/Myers 2015). Sie werden In der internationalen Diskussion üblicherweise als ‚adverse events' bezeichnet, ins Deutsche in der Regel als ‚unerwünschte Ereignisse' übersetzt.

Dass Organisationseinheiten wie beispielsweise Fachabteilungen in der internationalen Diskussion üblicherweise nicht als ‚nursing sensitive' betrachtet werden, macht sehr viel Sinn. Für das Auftreten pflegeabhängiger Komplikationen ist nicht die Art der Fachabteilung entscheidend, sondern der Zustand des betroffenen Patienten sowie die Art der Versorgung (bspw. die Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals). Insofern können die einzelnen ‚pflegesensiblen Ergebnisindikatoren' grundsätzlich in allen Fachabteilungen auftreten.

---

24 In der Schreyögg-Studie wurde dies mit „pflegesensitive Ergebnisindikatoren (PSEI)" (Schreyögg/Milstein 2016: 4) übersetzt. Da das englische ‚sensitive' üblicherweise mit ‚sensibel' übersetzt wird, wäre das Adjektiv ‚pflegesensibel' angemessener gewesen. Zumal ‚sensitiv' im Deutschen laut Duden mit ‚überempfindlich', ‚zimperlich', ‚tüttelig' konnotiert ist.

Sicherlich besteht ein Zusammenhang zwischen der Art des medizinischen Fachgebietes und dem Risiko einzelner bestimmter Komplikationen. So dürfte beispielsweise das Risiko eines Sturzes bei halbseitig gelähmten Patienten nach einem Schlaganfall oder im Zusammenhang mit einem Hirntumor oder einer Hirnblutung in der Neurologie und Neurochirurgie höher sein als beispielsweise in einer HNO-Klinik. Auf einer HNO-Station dürfte dagegen das Risiko für das Versterben nach einer lebensgefährlichen Nachblutung im Zusammenhang mit einer Tonsillen-OP (Mandeloperation) deutlich höher sein als in allen anderen Fachabteilungen.

Die höhere Wahrscheinlichkeit bestimmter Komplikationen in bestimmten Fachabteilungen sollte jedoch nicht so interpretiert werden, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Vorkommen pflegeabhängiger Komplikationen und der Art der Fachabteilung gibt. Diese Ereignisse müssen nicht zwangsläufig und unvermeidbar eintreten. Wenn sie Folge einer Unterbesetzung im Pflegedienst sind, sind sie durch eine bedarfsgerechte Personalausstattung zu vermeiden. So können Stürze bei einer ausreichenden personellen Besetzung in der Pflege beispielsweise durch Unterstützung beim Toilettengang etc. vermieden oder ein tödlicher Ausgang einer Tonsillen-Nachblutung durch eine ausreichende und engmaschige Patientenüberwachung verhindert werden. Entscheidend ist die Art der Versorgung und nicht die Art der Fachabteilung.

Die zuvor angesprochenen Komplikationen, für die aufgrund der Patientenstruktur und besonderen Behandlungsarten in bestimmten Fachabteilungen ein höheres Risiko besteht, sind insgesamt betrachtet jedoch die Ausnahme. Der weit überwiegende Teil pflegeabhängiger Komplikationen ist unabhängig von der Art der Fachabteilugen und kann in allen Fachabteilungen vorkommen. Dies gilt sowohl für die typischen Pflegekomplikationen wie Dekubitus (Druckgeschwüre), Blasenentzündungen, Lungenentzündungen etc. als auch für die auf den ersten Blick eher ‚medizinisch' erscheinenden Komplikationen wie Wundinfektionen, intestinale Blutungen, metabolische Entgleisungen etc. bis hin zum Versterben aufgrund einer zu spät erkannten lebensbedrohlichen Komplikation.[25]

Ein weiteres Problem bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nur für bestimmte Fachabteilungen ist die zunehmend häufiger in den Krankenhäusern praktizierte interdisziplinäre Belegung der Stationen. Daraus folgt, dass auch Fachabteilungen mit identischer Bezeichnung ein sehr unterschiedliches Spektrum an Patienten und Erkrankungen aufweisen.

25 Zu den Gründen für einen Zusammenhang zwischen den erwähnten Komplikationen und der Personalbesetzung und dem Stand der internationalen Forschung vgl. Simon (2017b).

Wenn für das Auftreten sogenannter ‚unerwünschter Ereignisse' im Sinne von vermeidbaren pflegeabhängigen Komplikationen nicht die Art der Fachabteilung entscheidend ist, sondern der Pflegebedarf der Patienten und die Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals, dann muss dies Konsequenzen für die Festlegung von Vorgaben zur Personalbesetzung haben. Zur Vermeidung ‚unerwünschter Ereignisse' ist es dann vor allem erforderlich, den individuellen Zustand der Patienten und den sich daraus ergebenden Pflegebedarf zu ermitteln und eine Personalbesetzung vorzuhalten, die zur Deckung des individuellen Pflegebedarfs notwendig ist. Maßnahmen zur Identifizierung von ‚pflegesensitiven Bereichen' sind verfehlt und überflüssig und somit Ressourcenverschwendung. Notwendig ist der Einsatz eines geeigneten Instrumentes zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs und die gesetzliche Verpflichtung zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung nicht nur in einzelnen Fachabteilungen, sondern in allen.

Der GKV-Spitzenverband und die DKG einigten sich jedoch relativ früh darauf, Pflegepersonaluntergrenzen nur für einige wenige Fachabteilungen einzuführen. Dies sollte ein erster Schritt sein, dem nach mehreren Jahren und einer gesonderten wissenschaftlichen Evaluation der Auswirkungen weitere folgen. Eine vollständige Erfassung aller Fachabteilungen ist mit einem solchen Vorgehen erst in einem Zeitraum von mehreren Jahrzehnten möglich. Begründet wurde dieses Vorgehen mit dem Verweis auf § 137i SGB V, der Pflegepersonaluntergrenzen nur für ‚pflegesensitive Bereiche' verlange, nicht für alle, so die Logik der Argumentation. Wie oben gezeigt, kann eine solche Argumentation jedoch nicht überzeugen, wenn man anerkennt, dass für alle Bereiche, in denen Pflegepersonal in der direkten Versorgung von Patienten tätig ist, grundsätzlich von einem Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung pflegesensiblen Ergebnisindikatoren besteht.

GKV-Spitzenverband und DKG einigten sich im Herbst 2017 jedoch darauf, Pflegepersonaluntergrenzen nur für die folgenden sechs Fachabteilungen zu vereinbaren: Intensivmedizin, Geriatrie, Neurologie, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie. Eine pflegefachlich fundierte Begründung für diese Auswahl wurde weder in der großen Beratungsrunde noch in dem im Januar 2018 erschienen Zwischenbericht zum Stand der Verhandlungen gegeben (GKV-Spitzenverband/DKG 2018). In den Beratungen wurde lediglich darauf verwiesen, dass diese Abteilungen üblicherweise einen hohen durchschnittlichen Pflegebedarf je Patient aufweisen würden. Wie oben gezeigt, hebt der Begriff ‚pflegesensitiv' jedoch nicht auf den Umfang des quantitativen Pflegebedarfes ab, sondern auf das Auftreten pflegeabhängiger Komplikationen. Inso-

fern kann eine solche Begründung den Anforderungen des § 137i SGB V nicht genügen. Was aber vom BMG nicht beanstandet wurde.

Die Expertenbefragung des IGES

Erst nachdem die genannten sechs Fachabteilungen als ‚pflegesensitive Bereiche' vereinbart waren, wurde eine Expertenbefragung in Auftrag gegeben, durch die ermittelt werden sollte, welche Fachabteilungen aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht als ‚pflegesensitiv' gelten können.[26] Die Ergebnisse der Befragung wurden am 8. Mai 2018 der großen Beratungsrunde vorgestellt.

Im Rahmen der IGES-Studie wurden insgesamt 71 Personen befragt, darunter 29 Pflegefachkräfte, 30 Pflegedirektorinnen und -direktoren sowie 12 Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler (IGES 2018: 11). Die Auswahl der Interviewpartnerinnen sollte auf Grund zuvor festgelegter Kriterien zufallsgesteuert erfolgen. Dies ist im Pflegebereich allerdings schwierig zu realisieren, weil es keinen Zugang zur Grundgesamtheit aller Pflegekräfte in Krankenhäusern in Form einer zentralen Adress- oder Meldedatei gibt. Das Problem wurde vom IGES in der Art gelöst, dass für den Zugang zu Interviewpartnerinnen und -partnern die Dienste eines Marktforschungsinstituts in Anspruch genommen wurden, das über einen Zugang zu mehr als 70.000 Personen aus dem Gesundheitsbereich verfügt, darunter auch Pflegekräfte. Dieses Vorgehen ist in Anbetracht des Fehlens eines allgemeinen Zugangs zur Grundgesamtheit sicher nachvollziehbar und eine pragmatische Lösung. Es hat allerdings zur Folge, dass zwar eine Zufallsauswahl erfolgen konnte, jedoch nur aus der Grundgesamtheit der Adressen des Marktforschungsinstituts. Ob und inwieweit diese Grundgesamtheit in ihrer Struktur mit der Grundgesamtheit aller Pflegekräfte in Krankenhäusern übereinstimmt, ist unbekannt. Auch das sehr starke Übergewicht von Leitungspersonen in der Stichprobe stellt eine Art von ‚Verzerrung' dar, die allerdings wohl von den Auftraggebern so gewünscht war.

Vor allem aber ist angesichts der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner festzustellen, dass diese Befragung nicht die Bezeichnung als ‚Expertenbefragung' verdient. Lediglich die 12 Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler wurden nach Kriterien ausgesucht, die eine Expertise für das Thema der Befragung erwarten lässt. Alle anderen wurden aus der erwähnten Grundgesamtheit nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Eine solche Befragung als „Expertenbefragung" zu bezeichnen impliziert, dass alle ca. 400.000 Pflegefachkräfte in Krankenhäusern als Expertinnen und Experten für das Befragungsthema ange-

26 Die Auftragsvergabe an das IGES erfolgte laut Zwischenbericht am 21.12.2017 (GKV-Spitzenverband/DKG 2018: 11).

sehen werden. Dann ist die geplante und weitgehend realisierte Stichprobengröße (59) allerdings weit unterhalb einer Grenze, die als ausreichend für aussagekräftige Ergebnisse gelten kann.

Die Befragung erfolgte in Form qualitativer (offener) leitfadengestützter telefonischer Interviews. In einem ersten Block wurden geschlossene Fragen zur persönlichen Arbeitssituation und zur Zufriedenheit mit der Arbeitssituation gestellt. In einem zweiten Fragenblock wurde in offenen Fragen danach gefragt, welche Bereiche die Interviewten als ‚pflegesensitiv' halten und aus welchen Gründen. In einem dritten Fragenblock wurden die sechs von GKV-SV und DKG genannten Bereiche genannt und die Interviewten um eine Einschätzung gebeten, ob sie diese Bereiche für pflegesensitiv halten.

Insgesamt erbrachte die Befragung sehr aufschlussreiche Ergebnisse über die gegenwärtige Arbeitssituation im Pflegedienst der Krankenhäuser, die bestätigen, dass in weiten Bereichen eine gravierende Unterbesetzung herrscht, die zu erheblichen Gefährdungen der Patientengesundheit führt. Dies wird insbesondere auch an den im Abschlussbericht vorgestellten Antworten auf die geschlossenen Fragen zu den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen deutlich sowie den genannten Gründen für einen Zusammenhang zwischen Unterbesetzung und Komplikationen (IGES 2018: 15-34).

Im Abschlussbericht wird zudem deutlich erkennbar, dass die Vorstellung, es gäbe einzelne ‚pflegesensitive Bereiche' im Sinne von Fachabteilungen und Stationen von den Befragten weitgehend als unsachgemäß abgelehnt wurde. Dies kommt auch im letzten Absatz des Berichts relativ deutlich zum Ausdruck.

> „Auch unabhängig von den organisationsbezogenen Unterschieden der Krankenhäuser ist eine Orientierung an Fachdisziplinen oder Fachabteilungen für die Identifikation pflegesensitiver Bereiche problematisch. Ein in diesem Zusammenhang relevanter und auch häufig von den befragten Expertinnen und Experten genannter Aspekt ist, dass die Patientenversorgung zunehmend interdisziplinär erfolgt und Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Erkrankungsbildern hinsichtlich ihres Pflegebedarfs erheblich variieren können. Eine mögliche Alternative sind vor diesem Hintergrund patientenzentrierte Ansätze zur Bestimmung von personalzahlassoziierten Pflegerisiken mit dem Ziel, Bereiche mit größerer Homogenität des Pflegebedarfs voneinander abgrenzen zu können. Pflegesensitive Bereiche würden demzufolge anhand von Patientenmerkmalen abgegrenzt, für welche Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalausstattung und unerwünschten Ereignissen nachweisbar sind" (IGES 2018: 41).

Von einem erheblichen Teil der Befragten wurde zudem die Befürchtung geäußert, dass die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nur für wenige Bereiche und auf einem niedrigen Niveau das Risiko weiterer Verschlechterungen in sich berge.

> „Zusätzlich äußerten einzelne Befragte beider Teilgruppen Befürchtungen dahingehend, dass die Umsetzung des Vorhabens, Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festzulegen, zu Personalverschiebungen und damit zu einer weiteren Verschlechterung des Personalschlüssels in anderen Bereichen führe. Auch wurde von allgemeinen Bedenken berichtet, dass Untergrenzen im Zuge der Personalplanung als exakte Maßvorgaben und nicht als Mindestzahlen angesehen würden. Den Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner entsprechend, müsse es daher vermieden werden, Untergrenzen zu niedrig anzusetzen“ (IGES 2018: 18).

Darum gebeten, nannten die Befragten Bereiche, die nach ihrer Einschätzung als ‚pflegesensitiv‘ gelten können. Das Spektrum war offenbar relativ breit. Als anschließend jedoch gezielt nach einer Einschätzung zu den von GKV-SV und DKG bereits vereinbarten sechs Bereichen abgefragt wurde, stiegen die Zustimmungswerte zu diesen genannten Bereichen massiv an. War die Geriatrie zuvor nur von 17 Befragten genannt worden, waren es nach gezielter Nachfrage 68. Die Neurologie wurde zuerst nur von 14 genannt, danach waren es 54. Dieses Bild zeigte sich bei allen sechs Bereichen, am extremsten bei der Herzchirurgie, die zunächst von niemandem genannt wurde, durch gezieltes Nachfragen wurden es 42. Daran zeigt sich, dass ein solches Vorgehen bei einer Befragung hoch problematisch ist. Das gezielte Nachfragen ist letztlich eine Form der Beeinflussung des Antwortverhaltens und bewegt sich nahe an dem, was in der Sozialforschung als Suggestivfragen kritisiert und als eine Art Kardinalfehler betrachtet wird. Denn durch das gezielte Nachfragen wird das Antwortverhalten eindeutig in Richtung bestimmter, gewünschter Antworten gelenkt.

Es wäre interessant gewesen zu erfahren, ob dieses gezielte Nachfragen womöglich auf ausdrücklichen Wunsch der Auftraggeber erfolgte. Denn die mussten aus nahe liegenden Gründen ein starkes Interesse daran haben, dass ihre bereits getroffene Entscheidung durch die Befragungsergebnisse nicht infrage gestellt, sondern legitimiert wird.

Wie auch immer, strittig war in der großen Beratungsrunde nicht die Frage, ob die ausgewählten sechs Bereiche ‚pflegesensitiv‘ im Sinne des § 137i SGB V sind, sondern ob es *nur* sechs Bereiche sein sollen oder – wie von ver.di, dem DPR, der Patientenvertretung und den zu beteiligenden Organisationen (mit Ausnahme des BDA) gefordert – alle Fachabteilungen.

Betrachtet man den Abschlussbericht des IGES insgesamt, so

- stützt er die Kritik an der Vorstellung, ‚nursing sensitive‘ seien Bereiche im Sinne von Fachabteilungen und
- bestätigt die Forderung nach einer patientenbezogenen Sicht und Anwendung von Verfahren zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs und darauf aufbauender Pflegepersonaluntergrenzen,

- die allerdings nicht so niedrig angesetzt werden dürfen, dass sie zum Auslöser für eine weitere Verschlechterung der Personalbesetzung werden.

Diese Schlussfolgerungen waren allerdings weder der GKV-Spitzenverband und die DKG noch das BMG bereit, aus der IGES-Studie zu ziehen.

Der ‚Perzentilansatz': Versorgungsminimum statt bedarfsgerechter Versorgung

Ein zentrales Element des geplanten Regulierungssystems ist der sogenannte ‚Perzentilansatz'. Wegen seiner besonderen Bedeutung, soll er nachfolgend vorgestellt und erläutert sowie einer Kritik unterzogen werden.

Die Schreyögg-Studie als Ausgangspunkt des Perzentilansatzes
Wie der Begriff der ‚pflegesensitiven Bereiche' geht auch dieser Begriff auf die Schreyögg-Studie zurück, wenngleich der Begriff ‚Perzentilansatz' selbst dort nicht erscheint. Auf Grundlage ihrer statistischen Analysen berechneten Schreyögg/Milstein, wie hoch der personelle Mehrbedarf wäre, wenn die am schlechtesten besetzten 10 Prozent oder 25 Prozent der von ihnen errechneten 15 ‚pflegesensitiven' Fachabteilungen durch „Personalmindestgrenzen" jeweils an die Dezil- oder Qartilsgrenze „herangeführt werden sollen" (Schreyögg/Milstein 2016: 25).

Perzentil, Quartil, Dezil
Da es sich bei den Begriffen Perzentil, Quartil und Dezil um Fachbegriffe der Statistik handelt, dürfte ihre Bedeutung vielfach nicht bekannt sein. Insofern erscheint es angebracht, ihre Bedeutung kurz zu erläutern. Dezil und Quartil sind sogenannte Verteilungsmaße, die in der Statistik verwendet werden, um die Verteilung der im Rahmen einer Datenerhebung gewonnenen Daten zu beschreiben. Die Vorgehensweise für die Ermittlung des Dezils, Quartils oder Medians (das 50%-Perzentil) kann stark vereinfacht wie folgt beschrieben werden. Alle gemessenen Werte werden nach ihrer Größe aufsteigend sortiert, vom kleinsten Wert bis zum höchsten. Dann werden die Werte vom kleinsten Wert ausgehend abgezählt. Der Wert, der zwischen den unteren 10 Prozent der Werte und den darüber liegenden 90 Prozent der Werte liegt, ist das untere Dezil. Der Wert, der zwischen den unteren 25 Prozent und den darüber liegenden

75 Prozent der Werte liegt, wird Quartil genannt. Der Wert, der die untere Hälfte der Werte von der oberen Hälfte trennt, wird Median genannt. Auf den hier diskutierten ‚Perzentilansatz' kann das Vorgehen stark vereinfacht wie folgt beschrieben werden: Wenn die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser aus 100 Kliniken bestehen würde und für alle diese Kliniken die Personalbesetzung bekannt wäre, würde man die Kliniken nach der Anzahl ihrer Pflegekräfte (Vollkräfte) von der Klinik mit der niedrigsten Zahl an Pflegekräften bis zur Klinik mit der höchsten Zahl der Größe nach gruppieren. Dann würde man ausgehend von der untersten Klinik 10 Kliniken (10 Prozent) abzählen und der Wert, der zwischen der 10. und der 11. Klinik liegt, wäre das untere Dezil. Entsprechend könnte man bei der Ermittlung des Quartils oder andere Perzentilmaße vorgehen.

Die Berechnungen führten zu dem Ergebnis, dass durch die Anhebung der Personalbesetzung der am schlechtesten besetzten 10 Prozent der Krankenhäuser auf die Dezilgrenze ein Personalmehrbedarf in Höhe von ca. 1.200 bis 1.300 Pflegekräften (Vollkräfte) bundesweit entstünde, und bei Vorgabe der Quartilsgrenze als ‚Personalmindestgrenze' ein Mehrbedarf von ca. 5.600 bis 6.000 Vollkräften (ebd.: 26).

Betrachtet man die Schreyögg-Studie in ihrem historischen Kontext, so drängt sich der Eindruck auf, dass die Berechnungen der Perzentilgrenzen in einem engen Zusammenhang zu dem 2015 beschlossenen zweiten Pflegeförderprogramm standen. Das Programm umfasste ein Finanzvolumen zur ‚Förderung' von bis zu ca. 6.000 zusätzlichen Vollzeitstellen. Die Übereinstimmung der Quartilsgrenze mit diesem Wert ist offensichtlich, und der Ansatz war vermutlich nichts weiter als ein Vorschlag, wie diese 6.000 zusätzlichen Stellen verteilt werden könnten. Dafür spricht auch, dass die Kommission den expliziten gesetzlichen Auftrag hatte, Vorschläge für die Aufteilung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms nach dessen Auslaufen zu erarbeiten.[27]

Eines ist wichtig festzuhalten: Die Perzentilgrenzen basieren nicht auf einer Analyse vorliegender Daten zum Zusammenhang zwischen Personalbesetzung und Häufigkeit des Auftretens pflegeabhängiger Komplikationen. Bei den von Schreyögg/Milstein in die Diskussion eingebrachten Perzentilgrenzen handelt es sich folglich nicht um Grenzen, die angeben, ab welcher Personalbesetzung pflegeabhängige Komplikationen (unerwünschte Ereignisse) auftreten oder in signifikantem Maße an-

27 „Dazu, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, erarbeitet bis spätestens zum 31. Dezember 2017 eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission Vorschläge" (§ 4 Abs. 10 KHEntgG i.d.F. des KHSG 2015).

steigen. Dies ist für die Diskussion über Pflegepersonaluntergrenzen und vor allem für die Bewertung des vorliegenden Entwurfes für eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) von besonderer Bedeutung, denn in der Begründung zu § 137i SGB V – der gesetzlichen Grundlage für die geplante PpUGV – wird festgestellt:

> „Durch Pflegepersonaluntergrenzen für entsprechend pflegesensitive Bereiche soll das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden“ (BT-Drs. 18/12604: 95).

Wenn aber Pflegepersonaluntergrenzen der Vermeidung ‚unerwünschter Ereignisse‘ dienen sollen, dann müssen sie auf einer Höhe festgesetzt werden, die die Erreichung dieses Ziels sicherstellen kann. Dass dieses Ziel, die Verhinderung unerwünschter Ereignisse, mit dem Perzentilansatz, und konkret mit der geplanten Quartilsgrenze, erreicht werden kann, wurde bislang weder durch eine wissenschaftliche Studie untersucht und nachgewiesen, noch durch pflegefachliche und pflegewissenschaftliche Expertise begründet. Für die Annahme, die Einhaltung der Dezil- oder Quartilsgrenze sei geeignet, das Auftreten ‚unerwünschter Ereignisse‘ zu verhindern, gibt es somit keinerlei empirische Belege. Dennoch behauptet das BMG, der Perzentilansatz sei „empirisch“ abgeleitet und verweist dabei auf die Schreyögg-Studie:

> „Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt“ (BMG 2018g: 2).

> „Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt (vgl. hierzu Schreyögg/Milstein, Hamburg Center for Health Economics, Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland, 10. November 2016, S. 25 ff.)“ (BMG 2018g: 27).

Die vom BMG zitierte Passage der Schreyögg-Studie (S. 25ff.) enthält lediglich die oben erwähnte Schätzung des personellen Mehrbedarfs bei Heranführung der Personalbesetzung an die beiden Grenzen und keine ‚empirische Ableitung‘ der beiden Perzentilgrenzen. Um es noch einmal in aller Deutlichkeit festzuhalten: Es gibt keinerlei empirische Belege dafür, dass durch eine Personalbesetzung auf dem Niveau des unteren Dezils oder Quartils das Auftreten ‚unerwünschter Ereignisse‘ verhindert werden kann.

Der sogenannte ‚Perzentilansatz‘ baut auf keinen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen auf. Ausgangspunkt und zentrale Bezugsgröße sind die je nach Grenzziehung zu erwartenden Mehrkosten durch zusätzliches Personal. Der Ansatz folgt somit rein ökonomischen Erwägungen. Die Begriffe Perzentilansatz, Dezil und Quartil finden sich zudem weder in § 137i SGB V noch in dessen amtlicher Begründung. Der

Begriff ‚Perzentilansatz' wurde erst nach Verabschiedung des § 137i SGB V in die Diskussion eingebracht.

In ihren Verhandlungen über die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V einigten sich GKV-SV und DKG bereits Mitte 2017 darauf, die zu vereinbarenden Grenzwerte auf Grundlage dieses Ansatzes festzulegen, der von ihnen als ‚Perzentilansatz' bezeichnet wurde. Differenzen bestanden allerdings bei der Frage, welche Perzentilgrenze verwendet werden soll. Während der GKV-SV Untergrenzen auf dem Niveau des Quartils festlegen wollte, war die DKG lediglich zu einer Festlegung in Höhe der Dezilgrenze bereit.

Die Einigung auf den ‚Perzentilansatz' war vor allem eine Einigung gegen eine deutliche Verbesserung der Personalbesetzung und gegen Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Besetzung sicherstellen können. Auf Seiten der DKG dürfte dabei vor allem das Interesse maßgeblich gewesen sein, die Krankenhäuser vor Mehrausgaben zu schützen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von den Krankenkassen nicht gedeckt würden. Die GKV vertritt seit Jahren in dieser Diskussion die Position, dass durch die DRG-Fallpauschalen bereits eine ausreichende Personalbesetzung im Pflegedienst finanziert wird.

Auf Seiten der GKV könnte die Bereitschaft, sich auf niedrige Pflegepersonaluntergrenzen zu einigen, von einer Überlegung beeinflusst zu sein, die vom Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung beim Verband der Ersatzkassen (vdek) wie folgt umschrieben wurde:

> „Je größer der Anwendungsbereich der Untergrenzen ist, desto größer ist das Risiko zu berücksichtigender Finanzierungsforderungen der Leistungserbringer" (Wöhrmann/Kim 2017: 27).

Diese Überlegung hatte einen durchaus realen Hintergrund. Zwar baut auch § 137i SGB V auf der Annahme auf, die Kosten einer ausreichenden Personalbesetzung seien durch die DRG-Fallpauschalen grundsätzlich gedeckt. Sollte sich jedoch herausstellen, dass durch die vereinbarten Pflegepersonaluntergrenzen höhere Kosten entstehen, legt § 137i Abs. 6 SGB V fest, dass diese Mehrkosten durch krankenhausindividuelle Zuschläge zu decken sind. Vor diesem Hintergrund wird es nachvollziehbar, warum sich GKV-SV und DKG so schnell im Grundsatz auf einen solchen Perzentilansatz einigen konnten. Beide Verhandlungsparteien mussten ein Interesse daran haben, dass das finanzielle Risiko für sie möglichst gering gehalten wird. An diesem Punkt zeigt sich spätestens, dass es eine verfehlte Entscheidung war, diese beiden, mit erheblichen eigenen finanziellen Interessen in die Problematik verstrickten Verbände mit der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen zu beauftragen. Dass es trotz der Einigung auf den Perzentilansatz dennoch zu einem Scheitern der Verhandlungen kam, lag offenbar vor allem daran,

dass die von KPMG errechneten Pflegepersonaluntergrenzen sowohl für die Dezil- als auch die Quartilsgrenze – vor allem bei der die Intensivmedizin (1:2) – für die DKG zu hoch und somit inakzeptabel waren.

Die Einigung der beiden Spitzenverbände auf den Perzentilansatz wurde in der großen Beratungsrunde von Anfang an von den zu beteiligenden Organisationen einhellig abgelehnt.[28] Dafür waren vor allem die folgenden Gründe ausschlaggebend.

- Im Zentrum der Forderungen der Gewerkschaft ver.di und des DGB, des Deutschen Pflegerates und der maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung stand und steht die Forderung nach Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen können. Da gegenwärtig in weiten Teilen der Krankenhäuser eine chronische Unterbesetzung herrscht, sind Daten über die gegenwärtige Ist-Besetzung als Grundlage für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen grundsätzlich ungeeignet.
- Die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau des unteren Quartils der Personalbesetzung würde die Personalbesetzung Krankenhäuser oder Fachabteilungen zum Maßstab machen, die an der Grenze zu den 25 Prozent am schlechtesten besetzten Kliniken oder Fachabteilungen liegen. Eine solche Vorgabe birgt in sich das Risiko, dass ein erheblicher Teil der 75 Prozent Krankenhäuser, die mit ihrer Personalbesetzung darüber liegen, ihr Personal abbauen und möglicherweise auf das Niveau der unteren Quartilsgrenze absenken. Ein solcher Stellenabbau wäre durch keine Rechtsvorschrift zu verhindern, denn die einzigen Vorgaben, die es dann gäbe, sind die auf dem Niveau des unteren Quartils festgesetzten Pflegepersonaluntergrenzen. Ein Verbot jeglicher Reduzierung von Personalbesetzungen nach Inkrafttreten der Verordnung wäre nicht vertretbar und unsinnig, da es durchaus vernünftige Gründe geben kann, die bestehende Personalbesetzung einer Station zu reduzieren, bspw. weil die Klinik umorganisiert wird und diese Station neue Aufgaben erhält, die weniger Personal erfordern. Dementsprechend findet sich im Entwurf der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung auch kein solches Verbot.

Die Forderung nach bedarfsgerechten Pflegepersonaluntergrenzen wurde bislang mit der Begründung abgelehnt, dass § 137i SGB V lediglich

28 Es gab lediglich eine Ausnahme, die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände, die allerdings – wie bereits oben erwähnt – nach der ersten Sitzung nicht mehr an den Beratungen teilnahm.

„Untergrenzen“ im Sinne einer ‚Mindestbesetzung‘ verlangt.[29] Bei den Beratungen über Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V konnten sowohl die beiden Spitzenverbände als auch das BMG noch darauf hinweisen, sie könnten – selbst wenn sie wollten – der Forderung nicht nachkommen, da in § 137i SGB V und seiner Begründung nur von Mindestbesetzung die Rede sei, nicht aber von bedarfsgerechter Besetzung. Und weder die Spitzenverbände noch das BMG dürften sich über die Gesetzesvorschriften hinwegsetzen.

Nach den Bundestagswahlen im Herbst 2017 und der Bildung einer neuen großen Koalition stellt sich die Situation allerdings anders dar. Nun liegt die Verantwortung für die Art der Vorgaben bei der neuen Regierungskoalition. Sie ist als ‚Gesetzgeber‘ in der Lage, den § 137i SGB V so zu ändern, dass er ausdrücklich Pflegepersonaluntergrenzen verlangt, die eine ‚bedarfsgerechte Personalbesetzung‘ sicherstellen. Eine solche Klarstellung ist bislang jedoch nicht erfolgt und auch nicht im Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes vorgesehen.

Stattdessen hat das BMG eine Rechtsverordnung vorgelegt, die den Perzentilansatz anwendet und Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der unteren Quartilsgrenze vorgibt. Begründet wird dies mit einer Rechtsauffassung, die hochgradig problematisch und kritikwürdig ist, da sie Patienten und Pflegekräften eine bedarfsgerechte Personalausstattung ausdrücklich verweigert. Diese Rechtsauffassung wurde mittlerweile in mehren Dokumenten zum Ausdruck gebracht, darunter auch in der Begründung der PpUGV. Sie soll wegen ihrer besonderen Relevanz nachfolgend vorgestellt und einer kritischen Analyse unterzogen werden.

Kritische Anmerkungen zur Rechtsposition des BMG

Nachdem in der zweiten Sitzung der großen Beratungsrunde am 21. November 2017 von Seiten der Patientenvertretung die Forderung nach bedarfsgerechten Pflegepersonaluntergrenzen erhoben worden war, reagierten die Beamten des BMG darauf mit einem schriftlichen Statement, das sie „Informationsvermerk“ nannten und Anfang Februar 2018 an alle Teilnehmer der großen Beratungsrunde versandten (BMG 2018c). Die im Informationsvermerk vom Februar 2018 vertretene

29 Es sei hier am Rande darauf hingewiesen, dass beide Begriffe keine Aussage zur Höhe der Grenze oder Besetzung beinhalten. Sie stellen lediglich fest, dass eine bestimmte Grenze nicht unterschritten werden darf bzw. dass eine bestimmte Besetzung mindestens vorzuhalten ist. Dass ‚Mindestanforderungen‘ an die Personalbesetzung sehr anspruchsvoll sein können – und im Interesse der Patienten auch sein sollten – lässt sich durchaus an existierenden Vorgaben zu einer Mindestbesetzung zeigen. So verlangen staatliche Vorgaben in Kalifornien und Australien die Vorhaltung einer Personalbesetzung auf Normalstationen in Höhe von 1:4, 1:5 oder 1:6 (Simon/Mehmecke 2017). und verlangt der G-BA für die Intensivpflege einer bestimmten Gruppe von Frühgeborenen in deutschen Krankenhäusern, dass „jederzeit“ eine 1:1 Besetzung vorzuhalten ist (G-BA 2016).

Rechtsauffassung findet sich Ende Mai 2018 auch in einer Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs im BMG auf eine kleine Anfrage zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen (Gebhardt 2018) sowie im Entwurf der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BMG 2018g: 26). Insofern erscheint es angebracht auf die Rechtsposition des BMG etwas näher einzugehen (für eine ausführlichere Diskussion der Rechtsauffassung des BMG vgl. Simon 2018).

Im Informationsvermerk vom Februar 2018 vertrat das BMG die Rechtsauffassung, Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V sei lediglich (Hervorhebungen: M.S.)

> „eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes **Minimum**, **nicht** aber die Festlegung einer **im Einzelfall angemessenen Personalausstattung**“ (BMG 2018c: 2).

Dementsprechend sei

> „mit den Pflegepersonaluntergrenzen **keine Festlegung einer angemessenen Personalausstattung** verbunden“ (ebd.: S. 3).

Anlass für den Informationsvermerk des BMG war, wie erwähnt, eine kontroverse Diskussion in der zweiten Sitzung der großen Beratungsrunde zu Pflegepersonaluntergrenzen am 21. November 2017. Dabei ging es um die Frage, ob sich aus den Vorschriften des Sozialrechts ableiten lässt, dass Pflegepersonaluntergrenzen auf einem Niveau festzulegen sind, dass eine ‚bedarfsgerechte‘ Versorgung sicherstellen kann. Gegenstand der Kontroverse war somit eindeutig nicht die Folge nach einer „angemessenen“ Personalausstattung. Niemand hatte in der Diskussion eine ‚angemessene‘ Personalbesetzung gefordert. Gefordert wurde und wird weiterhin, dass die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen eine bedarfsgerechte Personalausstattung sicherstellen. Insofern konstruiert sich das BMG eine Gegenposition, die in der Diskussion nicht vertreten wurde.

Indem das BMG seine Feststellungen auf eine ‚angemessene Personalausstattung‘ bezieht, vermeidet es eine Aussage darüber, ob sich aus dem Sozialrecht die Notwendigkeit der Vorhaltung einer ‚bedarfsgerechten‘ Personalbesetzung ableiten lässt. Die Begriffe ‚angemessen‘ oder ‚Angemessenheit‘ werden im SGB V jedoch nicht für die Beschreibung von Leistungen verwendet, sondern nur für die Charakterisierung von Vergütungen. Von Leistungserbringern verlangt das SGB V hingegen sehr wohl, dass ihre Leistungen bedarfsgerecht sind. Die Forderung nach einer bedarfsgerechten Versorgung ist in deutlicher Form sowohl an die Leistungserbringer als auch die Krankenkassen gerichtet (Hervorhebung: M.S.):

> „Die **Krankenkassen** und die **Leistungserbringer** haben eine **bedarfsgerechte** und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der me-

> dizinischen Erkenntnisse entsprechende **Versorgung** der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“ (§ 70 Abs. 1 SGB V).

Die Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen findet sich zudem nicht nur im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), sondern auch im Krankenhausrecht. In § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz wird dazu festgestellt (Hervorhebung: M.S.):

> „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und **bedarfsgerechte Versorgung** der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ (§ 1 Abs. 1 KHG).

Auch die im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung enthaltene Definition von Krankenhausbehandlung ist nichts weiter die eine Umschreibung einer bedarfsgerechten Versorgung (Hervorhebung: M.S.):

> „Die **Krankenhausbehandlung** umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses **alle Leistungen**, die **im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit** für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus **notwendig** sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).

Sehr bezeichnend ist, dass das BMG weder in seinem Informationsvermerk vom Februar 2018 noch in der Antwort des Staatssekretärs vom Mai 2018 oder der Begründung der PpUGV die oben zitierten §§ 39 und 70 SGB V sowie § 1 KHG erwähnt, sondern stattdessen auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V verweist.

Allerdings rechtfertigt auch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V keine Beschränkung der Leistungen auf ein Minimum, wie ein Blick in einschlägige und anerkannte Rechtskommentar zeigen kann:

- Der Begriff „wirtschaftlich“ meint lediglich das Verhältnis von eingesetzten Mitteln zu angestrebtem oder erzieltem Heilerfolg (Prütting 2016: § 12 SGB V).
- „Wirtschaftlichkeit“ bezeichnet nur die „Relation zwischen der günstigsten und der tatsächlich erreichten Kostensituation“ (Quaas/Zuck/Clemens 2014: 144) und beschreibt in der Sache „nichts anderes als das Prinzip der Verhältnismäßigkeit“ (ebd.: 147).

Das Gleiche gilt für die in § 12 SGB V enthaltene Vorgabe, dass die Leistungen „ausreichend“ und „zweckmäßig“ zu sein haben. Der Begriff „ausreichend“ ist nicht als Rechtfertigung der Beschränkung auf ein „Minimum“ an Leistungen zu interpretieren, das lediglich ausreicht, zusätzliche Schädigungen der Patientengesundheit zu vermeiden. Die Forde-

rung nach ausreichenden Leistungen besagt vielmehr, dass die Leistungen „nach Umfang und Qualität hinreichende Chancen für einen Heilerfolg bieten“ (Bergmann/Pauge/Steinmeyer 2017: 976; Eichenhofer/Wenner 2013: § 2 Rn. 14). Für die Beantwortung der Frage, ob Leistungen diese Chancen bieten, „ist der Einzelfall entscheidend“ (ebd.). Die Begriffe bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind offensichtlich nicht als einander widersprechend zu deuten, sondern als sich ergänzende Charakterisierungen.

Wenn das BMG argumentiert, mit den Pflegepersonaluntergrenzen sollten die Patienten nur vor Schädigungen ihrer Gesundheit während eines Krankenhausaufenthaltes geschützt werden (BMG 2018g: 26), weicht dies zudem in hoch problematischer Weise von der Aufgabenstellung der Krankenhäuser ab, die ihnen das KHG vorgibt und die sicherlich auch den Erwartungen einer großen Mehrheit der Bevölkerung entspricht. Krankenhäuser sind gemäß KHG Einrichtungen,

> „in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen“ (§ 2 Nr. KHG).

Die Begründung des BMG übergeht diese gesetzliche Vorgabe und behauptet stattdessen, staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser müssten nicht dazu dienen, die vom KHG gesetzte Aufgabe der Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden zu gewährleisten. Nach Auffassung des BMG reicht es aus, wenn die Personalbesetzung nur so hoch ist, dass zusätzliche Schädigungen und eine patientengefährdende Pflege vermieden werden können.[30] Dies hat weit reichende Bedeutungen, denn eine solche Rechtsauffassung reicht weit über die Frage der Personalbesetzung im Pflegedienst hinaus. Dieser Auffassung zufolge wäre es vollkommen ausreichend für eine Krankenhausbehandlung, wenn sich der Gesundheitszustand eines Patienten nicht weiter verschlechtert. Krankenhäuser hätten demnach nicht die Aufgabe, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden zu heilen oder zu lindern. Es würde ausreichen, wenn sie nur sicherstellen, dass während eines Krankenhausaufenthaltes keine zusätzlichen Schädigungen der Patientengesundheit auftreten. Diese Rechtsauffassung dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit den Erwartungen einer breiten Bevölkerungsmehrheit widersprechen sowohl was den Umfang und die Art einer Krankenhausbehandlung betrifft als auch das Handeln des Staates.

30 vgl. dazu die Begründung zu § 137j SGB V im Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes.

Die Rechtsauffassung des BMG impliziert zudem die Behauptung, die geplante Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der unteren Quartilsgrenze sei geeignet, die Patientensicherheit zu gewährleisten und das Auftreten ‚unerwünschter Ereignisse' zu verhindern. Wie oben nachgewiesen, gibt es dafür aber keinerlei Belege. Die als Beweis angeführte und zitierte Schreyögg-Studie enthält dafür – wie oben gezeigt – keinerlei empirische Belege. Die Dezil- und Quartilsgrenze dienten in der Studie lediglich als Werte, auf deren Grundlage der jeweilige Personalmehrbedarf berechnet wurde.

Abschließend sei noch darauf eingegangen, dass es durchaus als zweifelhaft angesehen werden kann, dass das BMG mit seiner Rechtsauffassung und der von ihm vorgelegten PpUGV den Intentionen des Gesetzgebers folgt, der Mitte 2017 den § 137i SGB V beschloss. Zwar ist in der Begründung des § 137i SGB V von „Personalmindeststandards" und „Mindestvorgaben" (BT-Drs. 18/12604: 91) die Rede, damit war aber offenbar nicht eine Minimalbesetzung gemeint. Wie oben bereits dargelegt, gibt der Begriff ‚Mindeststandard' oder ‚Mindestvorgabe' keine Auskunft über die Höhe. Und wie oben auch dargelegt, verlangt das Sozial- und Krankenhausrecht eine bedarfsgerechte Versorgung, und mehr noch: Durch das KHSG 2015 wurde § 1 KHG dahingehend erweitert, dass nicht nur eine bedarfsgerechte, sondern eine „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung" zu gewährleisten ist. Und darauf schien sich der Gesetzgeber von 2017 auch bezogen zu haben, als er feststellte, das Ziel der Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V habe die „Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung in den pflegesensitiven Bereichen" zu sein (BT-Drs. 18/12604: 92).

Dass der Gesetzgeber bei der Beschlussfassung zu § 137i SGB V nicht an Vorgaben auf einem Minimalniveau dachte, sondern an eine hochwerte Versorgung, wird auch daran erkennbar, dass die Vertragsparteien GKV-SV und DKG verpflichtet wurden, Vereinbarungen zu treffen, die die Verlagerung von Personal anderer Bereiche in die regulierten Bereiche vermeiden sollen.

> „In Satz 5 wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach Satz 1 bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungen aus anderen Krankenhausbereichen, sogenannter Substitutionseffekte, vorzusehen haben. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine Verschlechterung der Versorgungsqualität in diesen anderen Bereichen nicht eintritt. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen darf folglich nicht zu Lasten der Personalausstattung in anderen Bereichen gehen" (BT-Drs. 18/12604).

Derartige Vereinbarungen zu verlangen, macht nur dann Sinn, wenn der Gesetzgeber davon ausging, dass die Pflegepersonaluntergrenzen so

hoch sind, dass von ihnen ein Anreiz ausgeht, Personal anderer Bereiche in die geregelten Bereiche zu verlagern. Werden Pflegepersonaluntergrenzen jedoch auf dem Niveau der unteren Quartilsgrenze festgelegt, sind derartige Vereinbarungen überflüssig. Es ist nicht damit zu rechnen, dass Personal der nicht regulierten Bereiche in die regulierten Bereiche verschoben wird, sondern umgekehrt die Personalbesetzung in den regulierten Bereichen reduziert und das überzählige Personal in die anderen Bereiche verschoben wird.

Wie bereits eingangs erwähnt, entwirft die Internetseite des BMG ein deutlich anderes Bild als die oben zitierten Dokumente des BMG. Zu den Zielen und Inhalten der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung ist auf der Internetseite zu lesen (Hervorhebungen: M.S.):

> „Nur mit einer **guten Personalausstattung** ist eine sichere und **gute Behandlung** der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus möglich. Mit zwei Maßnahmen sorgen wir darum für **ausreichend Pflegepersonal**“ (BMG 2018h).

Diese Aussage findet sich wortgleich auch an anderer Stelle der Internetseite des BMG (BMG 2018h). Ob diese Diskrepanz auf eine mangelnde Abstimmung zwischen den Fachbeamten und den für die Öffentlichkeitsarbeit zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zurückzuführen ist oder ob es sich um eine bewusst von der oben zitierten Rechtsauffassung des BMG abweichende Darstellung handelt, entzieht sich den Erkenntnismöglichkeiten eines externen Betrachters. Es wäre allerdings wünschenswert, dass das BMG hier für Konsistenz zwischen Rechtsauffassung, tatsächlichen Inhalten der vorgelegten Regelungen und Außendarstellung für die Öffentlichkeit und Medien sorgt.

Der ‚Pflegelast-Katalog‘: Weder Pflegebedarf noch Pflegeaufwand noch Risikoadjustierung

Im Verlauf der Verhandlungen der beiden Spitzenverbände über die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen wurde das DRG-Institut (InEK) beauftragt, ein Konzept zu erarbeiten, wie auf Grundlage der Kalkulationsdaten der DRG-Fallpauschalen eine Differenzierung der geplanten Pflegepersonaluntergrenzen nach Pflegebedarf oder Pflegeaufwand vorgenommen werden könnte. Das InEK legte dazu im November 2017 ein Konzeptpapier (Pflegelast-Konzept) vor und entwickelte die erste Version eines so genannten „Pflegelast-Kataloges“. Dieser Katalog nimmt in dem geplanten neuen Regulierungssystem eine zentrale Rolle ein, und soll deshalb nachfolgend vorgestellt und einer kritischen Analyse unterzogen werden.

Der Pflegelast-Katalog erscheint sowohl in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung als auch im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz und soll für eine Reihe zentraler Zwecke eingesetzt werden:

- *Pflegepersonaluntergrenzen*: Auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges soll die „Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands“ (§ 4 PpUGV-Entwurf) jedes einzelnen Krankenhauses erfolgen.
- *Pflegepersonalkostenvergütung*: Die Pflegepersonalkosten des Pflegedienstes sollen aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert werden. Sie sollen ab 2020 über eine neue, auf Bundesebene zu vereinbarende Pflegepersonalkostenvergütung finanziert werden, die auf den Werten des Pflegelast-Kataloges aufbaut (Art. 1 Nr. 2 PpSG).
- *Pflegepersonalquotient*: Erstmals Mitte 2020 soll ein sogenannter „Pflegepersonalquotient“ ermittelt werden, der das Verhältnis der Anzahl an Vollkräften im Pflegedienst zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses angibt. Die Höhe des Pflegeaufwandes eines Krankenhauses soll auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges festgestellt werden (Art. 7 Nr. 12 PpSG).

Bemerkenswert ist nicht nur, dass ein und derselbe Katalog mit ein und demselben Inhalt und ein und denselben darin ausgewiesenen Werten für drei verschiedene Zwecke verwendet werden soll, sondern auch, dass ein und derselbe Katalog mit drei unterschiedlichen Benennungen in den vorgelegten Entwürfen erscheint:

- „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ (§ 4 PpUGV; Art. 7 Nr. 12 PpSG: § 137j SGB V)
- „Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag“ (Art. 1 Nr. 2 PpSG: § 17b Abs. 4 KHG).
- „Pflegeerlöskatalog“ (Art. 9 Nr. 4 PpSG: § 6a Abs. 4 KHEntgG; Art. 9 Nr. 7 PpSG: § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG; Art. 9 Nr. 13 PpSG: § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG)

Dass ein und derselbe Katalog für so unterschiedliche Zwecke verwendet werden soll und auch unterschiedlich benannt wird, bietet allein schon Anlass genug, stutzig zu werden. Und dies zu Recht, wie die nachfolgende Analyse zeigen wird. Zunächst soll jedoch an der oben bereits vorgestellten Diskussion und Entwicklung der letzten Jahre angeknüpft und die begonnene Rekonstruktion fortgesetzt werden, um aufzuzeigen, wie es zur Entstehung des Pflegelast-Kataloges kam

Zur Vorgeschichte

Wie oben bereits dargelegt, ist die Vorgabe einer einzigen Pflegepersonaluntergrenze für eine bestimmte Art von Fachabteilung (z. B. Neurolo-

gie etc.) insofern problematisch, als sich gleich benannte Fachabteilungen sowohl hinsichtlich des Patientenspektrums als auch des Leistungsspektrums erheblich unterscheiden können. Das Spektrum reicht von Abteilungen, die überwiegend leichte Fälle versorgen und vorwiegend Leistungen der Grund- und Regelversorgung erbringen, bis hin zu Fachabteilungen in Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe, bspw. in Universitätskliniken, die einen hohen Anteil schwerstkranker Patienten versorgen, in starkem Maße hoch spezialisierte Leistungen erbringen und sehr komplexe Therapien durchführen. Entsprechend dieses Spektrums unterscheiden sich gleich benannte Fachabteilungen auch hinsichtlich des Pflegebedarfes ihrer Patienten und des davon abgeleiteten Personalbedarfs ihrer Stationen.

Gibt man für dieses gesamte Spektrum zwar gleich benannter, in ihrer Patientenstruktur und ihrem Pflegebedarf jedoch sehr unterschiedlicher Fachabteilungen nur eine einzige Pflegepersonaluntergrenze vor, kann diese Vorgabe den Unterschieden nicht gerecht werden. Sie wird entweder für Fachabteilungen mit hohem Pflege- und Personalbedarf zu niedrig oder für Fachabteilungen mit niedrigem Pflege- und Personalbedarf zu hoch sein.

Dieses auch ohne größeres Fachwissen leicht zu erkennende Problem war auch Gegenstand der Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG und der großen Beratungsrunde nach § 137i SGB V. Die Spitzenverbände einigten sich darauf, die Pflegepersonaluntergrenzen nach ‚Schweregraden' zu differenzieren. In der Diskussion war eine Einteilung in drei unterschiedliche Schweregradstufen für jede Pflegepersonaluntergrenze. Die entsprechenden Überlegungen wurden von den beiden Spitzenverbänden in der zweiten großen Beratungsrunde am 21. November 2017 vorgestellt. Zwar gab es Differenzen über die Art der Differenzierung, einig waren sich beide Verbände aber darin, dass die Differenzierung auf Grundlage eines sogenannten ‚Pflegelast-Konzepts' erfolgen sollte, welches das InEK in ihrem Auftrag bereits erstellt hatte (DKG 2017a; GKV-SV 2017).

Das Konzept wurde an die Mitglieder der großen Beratungsrunde vor der Sitzung am 21. November 2017 verteilt und von einem Vertreter des InEK in der Sitzung vorgestellt (InEK 2017b). Nach einer Überarbeitung wurde das Konzept als ‚Erläuterungen' Ende März 2018 zusammen mit einer ersten Vorversion (0.99) des sogenannten ‚Pflegelast-Kataloges' auf der Internetseite des InEK veröffentlicht (InEK 2018a, 2018b).

Zur Konstruktion des Pflegelast-Kataloges

Ausgangsproblem für die Erstellung des Pflegelast-Konzeptes und des Pflegelast-Kataloges ist das oben beschriebene Problem, dass die Vor-

gabe einer einzigen Pflegepersonaluntergrenze je Fachabteilung die z. T. erheblichen Unterschiede im Pflege- und Personalbedarf gleich benannter Fachabteilungen nicht berücksichtigen würde und darum hoch problematisch wäre. Anstatt jedoch ein Instrument zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten einzusetzen und auf dessen Grundlage Vorgaben zur Personalbesetzung zu machen, die dann die unterschiedlichen Personalbedarfe der verschiedenen Abteilungen und Stationen berücksichtigen könnten, wurde das InEK beauftragt, den Anteil der Pflegepersonalkosten in den DRG-Fallpauschalen zu ermitteln und in einem gesonderten Katalog auszuweisen, dem sogenannten „Pflegelast-Katalog".

Der Pflegelast-Katalog weist keine Eurobeträge aus, sondern – wie auch der Fallpauschalen-Katalog – sogenannte ‚Bewertungsrelationen'. Bewertungsrelationen geben im DRG-System lediglich an, um wie viel die im Rahmen der DRG-Kalkulation ermittelten durchschnittlichen Kosten für eine DRG von einer sogenannten Bezugsgröße abweichen, die mit einer Bewertungsrelation 1,0 angesetzt ist. Diese 1,0 wird ausgehend von den Durchschnittskosten aller DRGs errechnet.[31] Der Zahlbetrag einer DRG-Fallpauschale ergibt sich im DRG-System durch die Multiplikation der für die jeweilige DRG im DRG-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit einem sogenannten Basisfallwert der für alle DRGs gilt und auf Landesebene zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart wird. Ist im DRG-Katalog bspw. eine Bewertungsrelation von 2,0 ausgewiesen und gilt ein Basisfallwert von 3.000 Euro, beträgt der Zahlbetrag der betreffenden DRG 6.000 Euro.

Die im Pflegelast-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen sind jedoch nicht auf einen ‚Fall' bezogen, sondern tagesbezogene Bewertungsrelationen. Der bislang nur fallbezogen in der InEK-Kostenmatrix[32] ausgewiesene Pflegepersonalkostenanteil wurde auf einzelne Verweildauertage umgerechnet. Die Umrechnung erfolgte auf Grundlage der im DRG-Katalog für jede DRG ausgewiesenen durchschnittlichen Verweildauer.

31 Die Darstellung der Funktionsweise des DRG-Systems und vor allem der DRG-Kalkulation und Festsetzung von Bewertungsrelationen erfolgt hier sehr stark vereinfacht und unter Inkaufnahme von Ungenauigkeiten bei der Darstellung, da eine genaue Erläuterung den hier verfügbaren Rahmen sprengen würde. Zu einer ausführlicheren Darstellung des DRG-Systems vgl. u.a. Simon (2017a: 240-255).

32 Das InEK veröffentlicht die Ergebnisse der DRG-Kalkulation jedes Jahr in einer Microsoft Accessdatei, dem sogenannten ‚DRG-Browser'. Die Datei weist für jede einzelne DRG eine sogenannte ‚Kostenmatrix' aus, in der die in die Kalkulation eingegangenen Kosten der einzelnen Kostenarten und Kostenbereiche aufgeführt sind.

Weder Abbildung des Pflegebedarfes noch des Pflegezeitaufwandes

Der kurze Exkurs sollte verdeutlichen, dass der Pflegelast-Katalog zwar ‚dimensionslose' Bewertungsrelationen ausweist, die aber letztlich auf den Ist-Kosten basieren, die im Rahmen der jährlichen Kalkulationsrunden in den DRG-Kalkulationskrankenhäusern ermittelt werden. Hinter der im Pflegelast-Katalog ausgewiesenen ‚Pflegelast' steht somit nichts anderes als ein Geldbetrag.

Diese Feststellung ist insofern von besonderer Bedeutung für das hier diskutierte Thema, als sowohl vom InEK als auch vom BMG behauptet wird, der Pflegelast-Katalog bilde den durchschnittlichen Pflegeaufwand oder sogar den Pflegebedarf der Patienten der betreffenden DRG ab. Dass dies nicht zutreffend ist, ist allein daran erkennbar, dass sowohl der Pflegebedarf als auch der Pflegeaufwand in Zeiteinheiten, in der Regel Minuten pro Tag oder Schicht, und nicht in Geldeinheiten gemessen wird.

Dennoch aber behauptet das BMG, der Pflegelast-Katalog gebe Auskunft über „den anfallenden Pflegeaufwand" (BMG 2018g: 32) und diene zur „Ermittlung des Pflegeaufwands für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche eines Krankenhauses" (ebd.), und es spricht sogar vom „Pflegebedarf gemäß Pflegelastkatalog des InEK" (ebd.: 34f.).

Auch die Verordnung selbst enthält die Behauptung, der Pflegelast-Katalog bilde den Pflegeaufwand ab (Hervorhebung: M.S.):

> „Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus **ermittelt** standortbezogen den **Pflegeaufwand** in den **pflegesensitiven Bereichen** der Krankenhäuser auf der **Grundlage** des vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten **Katalogs** zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 und weist diesen in der Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 aus. Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder der Herzchirurgie zugeordnet werden. Zum Zwecke der künftigen Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Schweregraden hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands jährlich zu aktualisieren" (§ 4 PpUGV-Referentenentwurf).

> „Das **Institut** für das Entgeltsystem im Krankenhaus **veröffentlicht** die in Absatz 3 und 4 genannten Angaben einschließlich der jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 unter Nennung der Namen der Krankenhäuser und der jeweiligen Institutionskennzeichen sowie den nach § 4 **ermittelten Pflegeaufwand** bis zum 15. Februar 2019 auf seiner Internetseite" (§ 5 Abs. 5 PpUGV-Referentenentwurf).

Es sei an dieser Stelle auch auf die sprachlichen Ungenauigkeiten und Inkonsistenzen bei der Begriffsverwendung hingewiesen. Pflegebedarf und Pflegeaufwand sind zwei unterschiedliche und zwingend zu unterscheidende Sachverhalte. Mit dem Begriff ‚Pflegebedarf' wird der aus

pflegefachlicher Sicht bestehende Bedarf eines Patienten an pflegerischen Leistungen bezeichnet (Wingenfeld 2011). Der Begriff ‚Pflegeaufwand' hingegen ist sachgerecht nur für die Benennung des tatsächlich erbrachten Aufwandes an pflegerischen Leistungen und Arbeitszeit. Diese Differenzierung und sprachliche Klarheit lässt der Entwurf einer PpUGV und ihre Begründung jedoch vermissen. Wie an den oben zitierten Passagen erkennbar, vermischt das BMG beide Sachverhalte. Mal bildet der Pflegelast-Katalog den ‚Pflegeaufwand' ab, mal den ‚Pflegebedarf'. Allein aus sachlogischen Gründen kann ein und derselbe in dem Katalog ausgewiesene Wert nicht zugleich den Pflegebedarf und auch den erbrachten Pflegeaufwand abbilden.

Ausgangspunkt der begrifflichen und damit auch inhaltlichen Verwirrung ist das Pflegelast-Konzept des InEK, wie es in einer ersten Version am 21. November 2017 in der großen Beratungsrunde zu Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V vorgestellt und im März 2018 als „Erläuterungen" zum Pflegelast-Katalog auf der Internetseite des InEK veröffentlicht wurde (InEK 2017b, 2018a). Das InEK-Konzept enthält in beiden Versionen eine inkonsistente und widersprüchliche Verwendung der Begriffe ‚Pflegebedarf' und ‚Pflegeaufwand', die vermuten lässt, dass den Autoren die Unterschiede zwischen beiden Sachverhalten offenbar nicht bekannt sind.

In den „Erläuterungen" wird behauptet, der Anteil der Pflegepersonalkosten an den Gesamtfallkosten einer DRG (die „Pflegelast") bilde „den typischerweise zu erwartenden Pflegebedarf" (InEK 2018a: 1) der Patienten der betreffenden DRG ab und somit zeige die Summe der Pflegepersonalkostenanteile aller abgerechneten DRGs auch den Pflegebedarf einer Fachabteilung an.

Drei Absätze weiter wird in den Erläuterungen jedoch festgestellt, dass „der patientenindividuelle Pflegebedarf als Kenngröße nicht zur Verfügung steht" (ebd.: 2). Folglich sei es notwendig, „eine sachgerechte Alternative zu etablieren" (ebd.). Und das sei der vom InEK entwickelte „Pflegelast-Katalog", der als „Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand" bezeichnet wird.

Das InEK-Konzept enthält somit dieselben begrifflichen Inkonsistenzen und Widersprüche, die auch in den Dokumenten anderer Akteure anzutreffen sind. Erst wird behauptet, dass die im Pflegelast-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen den „Pflegebedarf" abbilden, dann wird eingeräumt, dass der Pflegebedarf aber gar nicht bekannt ist. Daraus folgt allerdings, dass der Pflegelast-Katalog dann auch keine Angaben zum Pflegebedarf enthalten kann. Daraufhin wird die Argumentation kurzerhand geändert und behauptet, der Pflegelast-Katalog bilde den Pflegeaufwand ab. Dies alles innerhalb weniger Absätze, und

ohne dass die schwerwiegende Änderung als solche thematisiert und begründet wird.

Die Behauptung, der Pflegelast-Katalog bilde den Pflegeaufwand ab, wird auch nicht argumentativ gestützt, sondern ist nichts weiter als eine Setzung. Zwischen den Zeilen ist in den „Erläuterungen“ allerdings doch eine ansatzweise Begründung enthalten, die allerdings wohl nur denen auffallen dürfte, die sich näher mit der Gesamtthematik befasst haben und über gewisse Grundkenntnisse über die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen verfügen.

Die Begründung ist in der Feststellung ‚versteckt‘, die Werte des Pflegelast-Kataloges seien aus den „Aufwänden für pflegerische Maßnahmen“ berechnet worden (ebd.: 2). Was mit „Aufwänden“ gemeint ist, wird nicht erklärt. Dies wäre allerdings notwendig gewesen, denn dieser Begriff ist mehrdeutig, insbesondere im Zusammenhang mit dem hier diskutierten Thema. „Aufwände“ können sowohl zeitlicher Art (Arbeitszeitaufwand) als auch finanzieller Art sein. Welche von beiden Bedeutungen in den „Erläuterungen“ gemeint ist, bleibt unklar. Diese Unklarheit kann in der politischen Diskussion von Vorteil sein. Durch die im Pflegelast-Konzept des InEK enthaltene Verknüpfung von „Pflegebedarf“, „Pflegeaufwand“ und „Aufwand für pflegerische Maßnahmen“ drängt sich der Eindruck auf, dass mit „Aufwand für pflegerische Maßnahmen“ der tatsächlich je DRG erbrachte durchschnittliche Arbeitszeitaufwand oder Pflegezeitaufwand gemeint ist. Der tatsächlich je Patient erbrachte Pflegezeitaufwand wird im Rahmen der Ist-Kostenerhebung für die DRG-Kalkulation jedoch überhaupt nicht ermittelt. Der Kostenanteil für die Pflegepersonalkosten wird vielmehr so ermittelt, dass die Gesamtpersonalkosten des Pflegedienstes auf die einzelnen DRGs aufgeteilt werden. Die dafür verwendete Bezugsgröße steht weder im Zusammenhang zum Pflegebedarf noch zum tatsächlich am einzelnen Patienten erbrachten Pflegezeitaufand.[33]

33 Als Grundlage für die Kostenaufteilung ist im Kalkulationshandbuch für Normalstationen die PPR vorgegeben (InEK 2012). Als Divisor für die Gesamtpersonalkosten wird in der Regel die Summe der mit der PPR ermittelten PPR-Minuten verwendet. Diese bilden jedoch weder den individuellen Pflegebedarf noch den tatsächlich erbrachten Pflegezeitaufwand ab. Den Pflegebedarf bilden sie vor allem deshalb nicht ab, weil a) die Patienteneinstufung nicht aufgrund des Pflegebedarfs, sondern zwingend nur aufgrund der erbrachten Leistungen erfolgen darf, und b) die Minutenwerte von Anfang der 1990er Jahre stammen und somit vollkommen veraltet sind. Der tatsächlich erbrachte Pflegezeitaufwand wird dabei deshalb nicht erfasst, weil die PPR-Minuten gemessen werden und nicht der tatsächlich am einzelnen Patienten geleistete Arbeitszeitaufwand. Bei den PPR-Minuten handelt es sich fixe Normwerte, die in der Software hinterlegt sind, und diese werden für die Kostenaufteilung verwendet. Zudem stammen diese Werte aus arbeitsanalytischen Untersuchungen der Jahre 1990/1991. Sie sind veraltet und bilden die gegenwärtige Krankenhauswirklichkeit nicht ab.

Dieser Sachverhalt muss auch dem InEK bekannt sein, da es als zuständiges Institut die DRG-Kalkulation durchführt. Hier kommt aber womöglich die oben angesprochene sprachliche Mehrdeutigkeit ins Spiel. Wenn kritisiert wird, dass dem InEK überhaupt keine Daten über den Pflegezeitaufwand zur Verfügung stehen und der Pflegelast-Katalog somit auch nicht den Pflegeaufwand im Sinne von Pflegezeitaufwand abbilden kann, könnte dem entgegnet werden, dass gar nicht der Pflegezeitaufwand gemeint sei, sondern der finanzielle Aufwand für pflegerische Maßnahmen. Und der wird in der Tat, wenn auch nur als Gesamtpersonalkosten des Pflegedienstes eines Krankenhauses, im Rahmen der DRG-Kalkulation ermittelt. Eine solche Entgegnung würde allerdings einräumen, dass dem InEK in der Tat keine Daten über den tatsächlich erbrachten Pflegezeitaufwand vorliegen und der Pflegelast-Katalog somit keine Aussagen über den durchschnittlich je DRG erbrachten Pflegezeitaufwand zulässt.

Kein Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes

Es bleibt noch, darauf einzugehen, dass der Katalog vom InEK als „Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand“ bezeichnet wird. Bei Betrachtung des Namens ist zunächst einmal festzustellen, dass dort nicht von ‚Abbildung‘ des Pflegeaufwandes oder ähnlichem die Rede ist, sondern von „Risikoadjustierung“. Somit steht der Name bereits in deutlichem Widerspruch zu der vom InEK und vom BMG vertretenen Behauptung, es sei ein Katalog zur Abbildung von Pflegeaufwand.

Der Begriff „Risikoadjustierung“ wird vom InEK offensichtlich in Anlehnung an die in der externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung übliche Bedeutung verwendet. Als Risikoadjustierung werden dabei Methoden bezeichnet, mit denen erreicht werden soll, dass Indikatoren der Ergebnisqualität zwischen verschiedenen Krankenhäusern vergleichbar werden (hierzu und zum Nachfolgenden vgl. u. a. AQUA 2016; Becker et al. 2016). Die Notwendigkeit der Risikoadjustierung von Ergebnisindikatoren ergibt sich vor allem daraus, dass die Ergebnisqualität einer Krankenhausbehandlung nicht nur durch das Krankenhaus beeinflusst wird, sondern auch von anderen Faktoren, die das Krankenhaus nicht beeinflussen kann. Dazu gehören beispielsweise Merkmale des jeweiligen Patienten, wie das Alter, das Stadium der Erkrankung, vor der Krankenhausaufnahme bestehende Nebenerkrankungen, der Allgemeinzustand etc. Da diese Einflussfaktoren die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen erhöhen, gelten sie als ‚Risiko‘ und wird ihre Berücksichtigung bei der Beurteilung von Ergebnismaßen als ‚Risikoadjustierung‘ bezeichnet.

Diese Ausführungen dürften bereits hinreichend verdeutlicht haben, dass es sich beim Pflegelast-Katalog nicht um einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes handeln kann. Zunächst einmal ist Pflegeaufwand kein Qualitätsindikator. Qualitätsindikatoren für die Pflege sind pflegeabhängige Komplikationen wie beispielsweise Dekubitus, blasenkathederabhängige Entzündungen der Blase oder Niere, Lungenentzündung etc. Ein Konzept zur Risikoadjustierung dieser und anderer pflegeabhängiger Komplikationen müsste für jede einzelne Komplikationsart klären, welche patientenseitigen Einflussfaktoren das Risiko für die Entstehung dieser Komplikationsart erhöhen, um auf dieser Grundlage bestimmen zu können, welche Komplikationsraten sich in dem zu erwartenden Rahmen bewegen und ab welchem Wert davon ausgegangen werden kann, dass entstandene Komplikationen vom Krankenhaus zu verantworten sind.

Wollte man tatsächlich einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes entwickeln, dann ergäbe dies nur Sinn, wenn er dazu dienen sollte, zu erklären, welcher Pflegeaufwand durch Patientenmerkmale verursacht und vom Krankenhaus bei sachgerechter Pflege nicht zu vermeiden ist, und welcher Pflegeaufwand unnötigerweise entstanden ist oder geleistet wurde, entweder weil Behandlungs- oder Pflegefehler vorlagen oder eine über das Maß des Bedarfsgerechten hinausgehende Pflege erbracht wurde. Dazu ist der Pflegelast-Katalog des InEK eindeutig nicht geeignet und das war und ist auch nicht seine Aufgabenstellung.

Abschließend soll noch einmal auf den Einstieg zu diesem Abschnitt über den Pflegelast-Katalog zurückgekommen werden. Dort war darauf hingewiesen worden, dass dieser Katalog nicht nur für unterschiedliche Zwecke verwendet werden soll, sondern auch unter verschiedenen Benennungen in den vorgelegten Entwürfen für ein PpSG und eine PpUGV erscheint:

- „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ (§ 4 PpUGV; Art. 7 Nr. 12 PpSG: § 137j SGB V)
- „Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag“ (Art. 1 Nr. 2 PpSG: § 17b Abs. 4 KHG).
- „Pflegeerlöskatalog“ (Art. 9 Nr. 4 PpSG: § 6a Abs. 4 KHEntgG; Art. 9 Nr. 7 PpSG: § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG; Art. 9 Nr. 13 PpSG: § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG)

Vor dem Hintergrund der zuvor herausgearbeiteten Kritik am Pflegelast-Katalog kann nun festgestellt werden, dass die Bezeichnung als „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ unsachgemäß und eine Irreführung ist. Der Katalog bildet weder den für die Patienten einer DRG

tatsächlich erbrachten durchschnittlichen Pflegezeitaufwand ab, noch bietet er eine Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes.

Auch die Bezeichnung als ‚Pflegeerlöskatalog' ist nicht sachgerecht, denn der Katalog weist keine ‚Erlöse' aus. Erlöse würde er ausweisen, wenn er Eurobeträge enthalten würde, die genauso auch ausgezahlt werden. Der Katalog weist lediglich Bewertungsrelationen aus, insofern ist die Bezeichnung als „Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag" (Art. 1 Nr. 2 PpSG: § 17b Abs. 4 KHG) die einzig korrekte. Die beiden anderen Bezeichnungen täuschen über den wahren Inhalt hinweg und sind deshalb abzulehnen.

Entwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

Nachfolgend werden die Inhalte des Entwurfes für eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgestellt und diskutiert. Da die Verordnung zum 31. Dezember 2019 wieder außer Kraft treten soll, kann dies überflüssig erscheinen. Eine Beschäftigung mit den Verordnungsinhalten dürfte aber dennoch ratsam sein, denn nach dem Auslaufen der PpUGV soll zum 1. Januar 2020 „eine Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene erfolgen" (BMG 2018g: 38).[34]

An die Stelle der PpUGV soll somit ab 2020 eine Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG treten. Das offensichtlich gescheiterte Modell soll also weiterverfolgt werden, dann allerdings auf Grundlage einer Vorlage, die in Form der PpUGV vom BMG sozusagen als ‚Leitlinie' vorgegeben wurde. Es dürfte wenig wahrscheinlich sein, dass die beiden Spitzenverbände mit ihrer Vereinbarung wesentlich von den Vorgaben der PpUGV abweichen werden. Insofern erscheint es angebracht, sich intensiver mit den Inhalten der PpUGV zu befassen.

Nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG war das Gesundheitsministerium gemäß § 137i SGB V verpflichtet, die vom Gesetz geforderten Pflegepersonaluntergrenzen per Verordnung festzusetzen. Mit Datum vom 23. August 2018 legte das BMG daraufhin

34 „Die Vorgaben sind befristet, damit sie mit Wirkung zum 1. Januar 2020 durch eine Vereinbarung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgelöst werden können. Auf bis dahin verbesserter Datengrundlage soll insbesondere eine Bestimmung von Untergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche sowie eine sachgerechte Differenzierung der Personaluntergrenzen nach dem Pflegeaufwand erreicht werden" (BMG 2018g: 3).

den Referentenentwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vor. Der Verordnungsentwurf übernahm die zwischen GKV-SV und DKG vereinbarten Eckpunkte und ist im Kern nichts anderes als die Umsetzung der von den beiden Spitzenverbänden vorbereiteten Regelungen. Die zuletzt strittige Frage, ob die Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage des unteren Dezils oder Quartils festgesetzt werden sollen, entschied das BMG zugunsten des vom GKV-SV geforderten Quartils.

Die im Verordnungsentwurf enthaltenen Pflegepersonaluntergrenzen entsprechen laut BMG den Ergebnissen der KPMG-Befragung. Dass das BMG den Vorarbeiten von GKV-SV und DKG folgte, kann insofern nicht überraschen, als die zuständigen Beamten in allen Verhandlungssitzungen und großen Beratungsrunden anwesend waren und bereits frühzeitig zu verstehen gegeben hatten, dass sie im Falle eines Scheiterns der Verhandlungen das Konzept von GKV-SV und DKG übernehmen und in eine Verordnung überführen würden.

Der Ende August vorgelegte Entwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sieht die folgenden zentralen Regelungen vor.

- Als ‚pflegesensitiv' werden für das Jahr 2019 sechs Fachabteilungen festgelegt: Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie (§ 2 Abs. 1 PpUGV).
- Pflegepersonaluntergrenzen werden nur für vier Fachabteilungen festgesetzt, Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie (§ 6 PpUGV). Begründet wird dies damit, dass die Ergebnisse der KPMG-Studie eine Festlegung für die beiden anderen Bereiche nicht zugelassen habe (BMG 2018g: 26).
- Die Vorgaben unterscheiden sich je nach Fachabteilung und werden jeweils in unterschiedlicher Höhe für die Tagschicht, Nachschicht, Montag bis Freitag, Wochenende und Wochenfeiertage festgesetzt (§ 6 PpUGV).
- Die Pflegepersonaluntergrenzen beziehen sich auf „Pflegekräfte". Dazu werden sowohl dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte als auch Pflegehilfskräfte gezählt (§ 2 Abs. 2 PpUGV). Pflegehilfskräfte können jedoch nur bis zu einem festgelegten Anteil an der Gesamtzahl der Pflegekräfte auf die Einhaltung angerechnet werden (§ 6 Abs. 2 PpUGV).
- Bei interdisziplinär belegten Stationen gilt für den Fall, dass mehrere Pflegepersonaluntergrenzen zur Anwendung kommen können, die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten je Pflegekraft anzuwenden ist (§ 6 Abs. 3 PpUGV).
- Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sollen die Krankenhäuser den Krankenkassen und dem InEK einmal je Quartal „anhand

monatebezogener Durchschnittswerte“ mitteilen (§ 7 Abs. 1 PpUGV). Der Nachweis soll aufgeschlüsselt nach Monaten und nach Art der Schicht erfolgen. Dabei soll die Anzahl der Schichten, in denen die Vorgaben nicht eingehalten wurden, gesondert ausgewiesen werden. Die Verordnung enthält weder eine Vorgabe, in wie vielen Schichten pro Monat oder Quartal die Vorgaben mindestens einzuhalten sind, noch legt sie eine Obergrenze für die Nichteinhaltung fest, beispielsweise als Prozentsatz aller Schichten. Aus den Vorschriften ist lediglich abzuleiten, dass die Einhaltung im Monatsdurchschnitt erfolgen soll.
- Das InEK soll beauftragt werden, den Pflegeaufwand jedes Krankenhauses auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges zu ermitteln und zu veröffentlichen (§ 4 PpUGV).
- Die Verordnung soll mit Ablauf des 31. Dezember 2019 wieder außer Kraft treten (§ 9 Abs. 2 PpUGV).

Pflegesensitive Bereiche

Das BMG ist bei der Auswahl der Bereiche der Übereinkunft von GKV-SV und DKG gefolgt.[35] Die Vorgabe von Pflegepersonaluntergrenzen für diese sechs Fachabteilungen war allerdings mit einem schwierig zu lösenden Problem verbunden. Da die tatsächlichen Fachabteilungsnamen in den Krankenhäusern vielfach von denen abweichen, die im bundesweit geltenden Fachabteilungsverzeichnis gelistet sind, und Stationen zunehmend interdisziplinär belegt werden, ergibt sich ein Problem bei der Abgrenzung ‚pflegesensitiver Bereiche‘. Würde sich die Verordnung auf die Nennung dieser vier bzw. sechs Fachabteilungsnamen beschränken, bliebe ein erheblicher Teil der Patienten, die typischerweise in diesen Fachabteilungen versorgt werden, unberücksichtigt, da sie in anderen Fachabteilungen oder in interdisziplinär belegten Fachabteilungen behandelt werden. Allein wenn ein Fachabteilungsname nur leicht von den in der Verordnung genannten abweicht, würde die betreffende Fachabteilung nicht mehr in den Anwendungsbereich der Verordnung fallen und die Pflegepersonaluntergrenzen würden nicht für diese Fachabteilung gelten. Und Fachabteilungen, die von verschiedenen medizinischen Fachgebieten belegt werden, würden – wenn sie nicht einen der

35 Als zusätzliche Legitimation der Entscheidung für diese Fachabteilungen wird auf die IGES-Studie verwiesen (BMG 2018g: 29). Die Behauptung, die Auswahl sei dadurch „gutachterlich als pflegesensitiv bestätigt“ (ebd.) ist allerdings zurückzuweisen. Die IGES-Studie war – wie oben gezeigt – kein pflegefachliches oder pflegewissenschaftliches Gutachten, sondern eine sozialwissenschaftliche Befragung, die auch nur deshalb die zuvor ausgewählten sechs Bereiche ‚bestätigte‘, weil zu dem aus wissenschaftlicher Sicht sehr problematischen Mittel der direkten Nachfrage nach diesen sechs Bereichen gegriffen wurde.

in der Verordnung genannten Namen führen – ebenfalls nicht in den Anwendungsbereich der Verordnung fallen, obwohl dort möglicherweise ein erheblicher Teil von Patienten auf die in die Verordnung genannten Fachgebiete entfällt.

Das Problem soll gemäß PpUGV so gelöst werden, dass als pflegesensitiv nicht nur alle Fachabteilungen gelten sollen, deren Name mit den in der Verordnung genannten übereinstimmt, sondern auch alle anderen, in denen für mindestens 40 Prozent der Patienten pro Jahr eine sogenannte ‚Indikator-DRG' abgerechnet wird (§ 3 Abs 2 PpUGV). Um dies feststellen zu können, enthält die PpUGV einen Anhang mit den als ‚Indikator-DRGs' eingestuften DRG-Fallpauschalen.

Das InEK soll aufgrund der Daten der Krankenhäuser anhand dieser Indikator-DRGs feststellen, in welchen Fachabteilungen mehr als 40 Prozent dieser DRGs abgerechnet wurden. Das Ergebnis der Überprüfung soll dem Krankenhaus und den Krankenkassen mitgeteilt werden (§ 5 Abs. 1 PpUGV). Diese Mitteilung ist zugleich sozusagen eine ‚amtliche' Feststellung, bei welchen Fachabteilungen es sich um ‚pflegesensitive' handelt, für die Pflegepersonaluntergrenzen gelten. Die Krankenhäuser wissen folglich erst nach der Mitteilung des InEK, welche ihrer Fachabteilungen als ‚pflegesensitiv' gelten. Gegen die Feststellung des InEK kann ein Krankenhaus zwar Einwände erheben, Rechtschutz wird ihm durch die PpUGV jedoch nicht gewährt (§ 5 Abs. 2 PpUGV). Das InEK entscheidet allein, ohne jegliche Möglichkeit einer normalerweise für Streitfälle vorgesehenen Anrufung einer Schiedsstelle oder gerichtlichen Überprüfung. Es bleibt abzuwarten, oder eine solche Regelung – falls sie beschlossen werden sollte – selbst einer gerichtlichen Überprüfung standhalten kann, wenn gegen diesen Teil der PpUGV geklagt werden sollte.

Dieser sehr komplizierte Mechanismus ist Folge der Entscheidung, Pflegepersonaluntergrenzen für ‚pflegesensitive Bereiche' festzulegen, statt – wie es sachgerecht wäre – vom individuellen Pflegebedarf der Patienten abzuleiten. Das gewählte Verfahren enthält zugleich aber auch das Eingeständnis, dass der Ansatz, Bereiche im Sinne von Fachabteilungen als ‚pflegesensitiv' zu definieren, verfehlt und nicht zielführend ist. Auf den ersten Blick gelten die in der PpUGV enthaltenen Untergrenzen zwar für Fachabteilungen, faktisch entscheidend ist jedoch der Anteil an Patienten, die die Merkmale aufweisen, die für die Zuordnung zu einer der gelisteten Indikator-DRGs ausschlaggebend sind. Somit ist noch nicht einmal die Summe der Bewertungsrelationen nach Pflegelast-Katalog für die Definition pflegesensitiver Fachabteilungen entscheidend, sondern die Fallzahl der Indikator-DRGs. Und das sind Patienten und ihre Merkmale.

Auch dies ist eine der sehr vielen Inkonsistenzen und Ungereimtheiten des geplanten Regulierungssystems zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser.

Pflegepersonaluntergrenzen

Der wichtigste Bestandteil der Verordnung ist sicherlich die Festlegung konkreter Pflegepersonaluntergrenzen (Tab. 2).

Tabelle 2: Pflegepersonaluntergrenzen gemäß Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (§ 6 Abs. 1 PpUGV)

Fachabteilung	Wochentage	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin	Mo.-Fr.	1:2	1:3
	Wochenende und Feiertage	1:2	1:3
Geriatrie	Mo.-Fr.	1:10	1:24
	Wochenende und Feiertage	1:11	1:24
Unfallchirurgie	Mo.-Fr.	1:10	1:20
	Wochenende und Feiertage	1:11	1:21
Kardiologie	Mo.-Fr.	1:11	1:24
	Wochenende und Feiertage	1:13	1:23

Quelle: Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, eigene Darstellung.

Die in der Verordnung ausgewiesenen Werte basieren laut Angaben des BMG auf den Ergebnissen einer Abfrage der Ist-Besetzung in Krankenhäusern durch das Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmen KPMG. KPMG war im Verlauf der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG beauftragt worden, eine Datenerhebung zur Ist-Besetzung im Pflegedienst der ausgewählten sechs ‚pflegesensitiven' Bereiche durchzuführen. Da sich GKV-SV und DKG auf den sogenannten ‚Perzentilansatz' geeinigt hatten und Pflegepersonaluntergrenzen entweder auf dem Niveau der unteren Dezil- oder der unteren Quartilsgrenze festlegen wollten, brauchten sie eine Datenbasis zur Identifizierung dieser Grenzen.

Eine Perzentilgrenze lässt sich nur bestimmen, wenn man alle Werte einer Grundgesamtheit oder einer Sichtprobe kennt. Sie werden der Größe nach vom niedrigsten bis zum höchsten Wert gruppiert, und auf dieser Grundlage kann festgestellt werden, wo die Grenze zwischen den oberen 90 Prozent und unteren 10 Prozent der gemessenen Werte bzw. oberen 75 Prozent und unteren 25 Prozent liegt.[36] Da die Pflegeperso-

36 Gezählt werden die erfassten ‚Einheiten', in diesem Fall Krankenhäuser oder Fachabteilungen. Die Höhe der jeweiligen gemessenen Werte ist dabei zunächst irrelevant. Man kann sich das Vorgehen vereinfacht so vorstellen, dass die erfassten Krankenhäuser aus-

naluntergrenzen gemäß § 137i SGB V als Pflegekraft-Patientenverhältniszahl je Schicht festzulegen sind, waren Daten zum tatsächlichen Pflegekraft-Patientenverhältnis je Schicht erforderlich. Solche Daten liegen jedoch weder in der amtlichen Krankenhausstatistik noch in irgendeiner anderen amtlichen Statistik vor. Sie mussten gesondert beschafft werden, vor allem weil nicht Gesamtpersonalzahlen je Kalenderjahr gefordert waren, sondern Daten über die Personalbesetzung in jeder einzelnen Schicht. Diese Daten sind nur anhand von Dienstplänen zu gewinnen. Dementsprechend stand im Mittelpunkt des daraufhin ausgeschriebenen Studienauftrages, die Beschaffung und statistische Analyse solcher Dienstplandaten.

KPMG führte dazu eine Befragung von Krankenhäusern durch, die gebeten wurden, die gewünschten Daten zu liefern.[37] Da nur Daten zu den ausgewählten sechs Fachabteilungen erforderlich waren, wurden auch nur Krankenhäuser angeschrieben, die über solche Fachabteilungen verfügten. Die Auswahl erfolgte auf Grundlage der Qualitätsberichte des Jahres 2015. Die Qualitätsberichte dienten als Grundlage, weil die amtliche Krankenhausstatistik die erforderlichen Angaben nicht bietet. Es erklärten sich zwar 620 Krankenhäuser mit insgesamt 1.695 ‚pflegesensitiven' Fachabteilungen zur Teilnahme an der Studie bereit. Aufgrund zahlreicher Probleme waren letztendlich aber nur die Werte von 177 Fachabteilungen für die geplanten Analysen verwertbar. Dies entspricht ca. 10 Prozent der ermittelten Grundgesamtheit.

Für eine Zufallsstichprobe, die hohen Ansprüchen genügt, mag das eine ausreichende Größen sein. Im Fall der KPMG-Studie handelte es sich aber nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um eine sogenannte ‚Gelegenheitsstichprobe', wie sie in der empirischen Sozialforschung weit verbreitet ist, weil die hohen Anforderungen einer guten Zufallsstichprobe in der Regel bei einer freiwilligen Teilnahme nicht zu erfüllen sind. Für eine Gelegenheitsstichprobe ist eine realisierte Stichprobengröße von 10 Prozent zu gering, um daraus belastbare Aussagen ableiten zu können. Denn da die Beteiligung freiwillig erfolgt, ist die Wahrscheinlichkeit systematischer Verzerrungen hoch, beispielsweise weil sich Kliniken mit niedriger Besetzung im Pflegedienst nicht oder nur unterdurchschnittlich beteiligt haben.

---

gehend von dem mit dem niedrigsten Wert abgezählt werden. Dezil oder Quartil bezieht sich nur auf die Zahl der erfassten Krankenhäuser, nicht auf die Höhe der jeweiligen Personalbesetzung.

37 Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf den Inhalten der Präsentation vorläufiger Ergebnisse der KPMG-Befragung und Analyse in der Sitzung der großen Beratungsrunde zu Pflegepersonaluntergrenzen vom 25. Juli 2018 (KPMG 2018). Das BMG hat bis Ende September 2018 den Abschlussbericht von KPMG leider noch nicht veröffentlicht.

Zudem unterliegen die Ergebnisse der Befragung zahlreichen sogenannten ‚Limitationen', auf die KPMG selbst hinwies. Eines der größten Probleme war, dass die eingesandten elektronischen Dienstpläne sehr viele Datenformate auswiesen, die nur z. T. ausgewertet werden konnten. ‚Ausreißer' wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen, die aber gerade für die abzuleitenden Pflegepersonaluntergrenzen von großer Bedeutung gewesen wären. Und es wurden nur DRG-Fälle berücksichtigt, nicht aber vor-, teil- und nachstationäre Fälle sowie ambulant operierte Patienten, die häufig ebenfalls auf den Stationen mit versorgt werden. Auf eine Erwähnung weiterer Limitationen wird hier verzichtet.

Ein Problem soll aber wegen seiner erheblichen Relevanz noch erwähnt werden. Die Berechnung der Dezil- und Quartilsgrenze erfolgte laut KPMG auf Grundlage der „Pflegelast" wie sie im Pflegelast-Katalog ausgewiesen ist (KPMG 2018). Auch das BMG weist darauf hin, die von KPMG ermittelten Werte würden sich auf die „Pflegelast" beziehen (BMG 2018g: 25). Wenn aber das Verhältnis zwischen Personalbesetzung laut Dienstplan und ‚Pflegelast' laut Pflegelast-Katalog zu einer Verhältniszahl zusammengefasst wurde, dann kann es sich dabei nicht um eine Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl handeln, denn – wie oben ausführlich dargelegt – der Pflegelast-Katalog weist keine Patientenzahlen je Schicht aus, sondern Bewertungsrelationen je Belegungstag.

Sollten die von KPMG ermittelten Grenzwerte tatsächlich auf Grundlage der im Pflegelast-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen errechnet worden sein, können die so errechneten Zahlen nicht als Pflegepersonaluntergrenzen in eine Verordnung übernommen werden. Pflegepersonaluntergrenzen sind gemäß § 137i SGB V als Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl festzulegen, die Werte der KPMG-Studie wären dann aber Pflegekraft-Pflegelast-Verhältniszahlen. Insofern erscheint es dringend erforderlich, dass das BMG den KPMG-Abschlussbericht veröffentlicht, um diese Frage klären zu können.

Die bisherige Erörterung bezog sich nur auf die Frage, ob die Ergebnisse der KPMG-Studie und somit auch die in die Verordnung aufgenommenen Werte tatsächlich dem Quartil der gegenwärtigen Ist-Besetzung entsprechen. Wie dargelegt, kann davon aufgrund der erwähnten sowie weiterer hier nicht näher erörterter Limitationen und methodischer Probleme nicht ausgegangen werden. Die Frage ist für die Diskussion der PpUGV insofern von Bedeutung, als es dann fraglich ist, ob die in der PpUGV ausgewiesenen Pflegepersonaluntergrenzen tatsächlich der in der Krankenhauswirklichkeit vorhandenen unteren Quartilsgrenze entsprechen. Sollten sich beispielsweise Kliniken und Fachabteilungen mit sehr niedriger Besetzung nicht oder unterdurchschnittlich an der Befragung beteiligt haben, wäre damit zu rechnen, dass die er-

mittelten Werte über der tatsächlichen Quartilsgrenze liegen. Dies könnte insbesondere die überraschend hohen und wenig plausiblen Werte insbesondere für die Intensivmedizin aber auch für die anderen Fachabteilungen erklären.

Geht man davon aus, eine Besetzung von 1:10 oder 1:11 entspräche dem unteren Quartil, dann würde der Durchschnitt (das 50 %-Perzentil) vermutlich bei 1:7 oder 1:6 liegen und es gäbe möglicherweise einen relevanten Teil von Normalstationen, die eine Besetzung von 1:5 oder sogar 1:4 aufweisen. Ein solches Ergebnis stünde in eklatantem Widerspruch zu den zahlreichen Berichten aus der Krankenhauspraxis und beruflichen Erfahrungen von zehntausenden von Pflegekräften in Krankenhäusern.

Es sei hier nur auf zwei Beispiele aus der neueren Zeit hingewiesen. So ergab die Auswertung der Dienstpläne des zweiten Halbjahres 2016 einer unfallchirurgischen Normalstation des großen Berliner kommunalen Krankenhauses Neukölln, dass dort in der Tagschicht überwiegend eine Besetzung von ca. 1:27 herrschte (Bombosch 2018). Und in der Expertenbefragung des IGES zu pflegesensitiven Bereichen gaben viele Pflegefachkräfte an, dass sie in der Nacht „oft mit bis zu 40 Patienten alleine seien“ (IGES 2018: 18). Es erscheint wenig plausibel, dass es sich bei beiden Beispielen um extreme Ausreißer handelt.

Die Diskrepanz zwischen den Berichten aus der Krankenhauspraxis und den Ergebnissen der KPMG-Krankenhausbefragung spricht dafür, dass die sehr kleine und aufgrund der erwähnten Probleme keineswegs repräsentative Stichprobe deutliche Verzerrungen aufweist. Es wäre sehr plausibel anzunehmen, dass vor allem relativ gut besetzte Kliniken bereit waren, ihre Dienstplandaten zur Verfügung zu stellen.

Die Diskrepanz wird in besonderem Maße an den Pflegepersonaluntergrenzen für die Intensivmedizin deutlich. Es ist in höchstem Maße unwahrscheinlich, dass die untere Quartilsgrenze bei einer Besetzung von 1:2 in der Tagschicht liegt. Wenn dies der Krankenhauswirklichkeit entspräche, müsste die durchschnittliche Besetzung bei 1:1 oder sogar noch besser liegen. Dass dies nicht der Realität entspricht, wurde in der Sitzung der großen Beratungsrunde vom 25. Juli 2018 von anwesenden Vertreterinnen und Vertretern des Pflegemanagements entschieden bezweifelt. Und sie dürften damit die Auffassung und Einschätzung der weit überwiegenden Mehrzahl – wenn nicht sogar aller – Pflegefachkräfte auf Intensivstationen Ausdruck verliehen haben.

Die Erörterung der Frage, ob und inwieweit die Pflegepersonaluntergrenzen in der PpUGV dem Quartil der tatsächlichen Ist-Besetzung entsprechen, ist keineswegs eine ‚akademische‘ ohne politische Relevanz. Diese Werte enthalten die implizite Botschaft, dass die Lage in deut-

schen Krankenhäusern doch offensichtlich gar nicht so dramatisch ist, wie von Seiten der Gewerkschaft ver.di, des Deutschen Pflegerates, der Patientenvertretungen, der Medien und vor allem den Pflegekräften selbst behauptet und dargestellt. Insofern erscheint es durchaus wichtig, sich mit diesen Werten und ihrer Aussagekraft kritisch auseinanderzusetzen.

Im Zentrum der Diskussion über die Pflegepersonaluntergrenzen in der PpUGV wird aber sicherlich die Höhe der Pflegepersonaluntergrenzen stehen und die Frage, was sie für die Pflegepraxis in Krankenhäusern bedeuten. Hier dürfte eine Differenzierung zwischen Intensivmedizin und den anderen Fachabteilungen angebracht sein.

Eine Besetzung von einer Pflegekraft pro zwei Patienten (1:2) auf Intensivstationen entspricht der Empfehlung der zuständigen medizinischen Fachgesellschaft für Intensivmedizin (DIVI) für normal pflegeaufwändige Patienten (DIVI 2010: 14ff.). Da eine Besetzung von 1:2 in der Tagschicht mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich über der in der Mehrheit der Intensivstationen gegenwärtig vorgehaltenen Personalbesetzung liegt, würde eine solche Vorgabe sicher für sehr viele Intensivstationen eine spürbare Verbesserung bewirken. Allerdings ist eine Personalvorhaltung von 1:2 für Intensivpatienten nicht in jedem Fall ausreichend, da ein relevanter Teil der Intensivpatienten einen deutlich darüber liegenden Pflegeaufwand aufweist. Darum empfiehlt die DIVI für Patienten in „speziellen Situationen“ (z. B. Beatmung, Dialyse, Organtransplantation etc.) eine höhere Personalvorhaltung als nur 1:2, bis hin zu einer 1:1 Besetzung (ebd.). Für Patienten in Extremsituationen, wie beispielsweise Schwerstunfallverletzte oder Patienten in anderen akut lebensbedrohlichen Situationen kann zumindest vorübergehend sogar eine Versorgung durch zwei Pflegekräfte notwendig sein, um sie zu retten.

Hier zeigt sich eine grundsätzliche Unzulänglichkeit der PpUGV. Die vorgegebenen Pflegepersonaluntergrenzen werden nicht nach dem Pflegebedarf der Patienten differenziert. Es wird eine Untergrenze für alle Patienten einheitlich vorgegeben, gleichgültig ob es sich um leichte Fälle mit geringem Pflegebedarf handelt oder sehr schwer kranke Patienten mit sehr hohem Pflegebedarf. Die Pflegepersonaluntergrenzen gelten für kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung genauso wie für Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe wie beispielsweise Universitätskliniken.

Dieses Problem tritt bei den Pflegepersonaluntergrenzen für Normalstationen allerdings hinter ein anderes zurück. Die Vorgaben für die Normalstationen sind in allen Bereichen vollkommen unzureichend und nicht geeignet, eine pflegerische Versorgung sicherzustellen, die für eine

bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ausreichend und notwendig wäre. Aber das ist erklärtermaßen auch nicht Ziel der PpUGV, denn (Hervorhebungen: M.S.):

> „**Ziel der Regelung** ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes **Minimum**, **nicht** aber die Festlegung einer im Einzelfall **angemessenen Personalausstattung**“ (BMG 2018g: 26).

Allerdings verstrickt sich das BMG in der Begründung bei diesem Thema mehrfach in Widersprüche. So wird der Verordnungsentwurf mit der nachfolgend zitierten Passage eingeleitet (Hervorhebungen: M.S.):

> „Eine **angemessene Personalausstattung** in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten **unabdingbar**“ (BMG 2018g: 2).

Wenn aber eine „angemessene Personalausstattung in der Pflege […] unabdingbar“ ist, warum wird dann 24 Seiten später festgestellt, die Verordnung verfolge ausdrücklich nicht das Ziel der Sicherstellung einer „angemessenen Personalaustattung“?

Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften

Bei der Festlegung von Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst ist zu entscheiden, ob für die Erfüllung der Vorgaben nur dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte oder auch Pflegehilfskräfte anrechenbar sein sollen. Wenn auch Pflegehilfskräfte anrechenbar sein sollen, muss eine Obergrenze für ihren Anteil an der Gesamtpersonalbesetzung festgelegt werden.

International ist durchaus üblich, in gewissem Umfang auch Pflegekräfte zur Anrechnung zuzulassen, die nicht über eine auch international in der Regel als Standard geltende dreijährige Pflegefachausbildung verfügen (zu Regelungen in den USA und Australien vgl. Simon/Mehmecke 2017). Entscheidend ist dabei, dass für den Einsatz geringer qualifizierter Pflegekräfte eine Obergrenze gesetzt wird und die bei voller Ausschöpfung der Obergrenze verbleibende Zahl an mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften für eine fachlich hochwertige und qualifizierte Pflege ausreicht.

Wichtig ist dabei aber darauf hinzuweisen, dass beispielsweise in den USA und Australien sehr wohl Pflegehilfskräfte eingesetzt werden und zwar erheblich mehr als in deutschen Krankenhäusern (vgl. dazu Aiken et al. 2013).[38] Allerdings sind sie in entsprechenden staatlichen Vorschriften in Kalifornien und Australien nicht auf die Erfüllung der vorge-

38 Zu Errechnung des Hilfskräfteanteils auf Grundlage der publizierten Daten der RN4CAST-Studie vgl. Simon (2015).

gebenen Nurse-to-patient ratios anrechenbar, sondern kommen additiv zur Besetzung mit Pflegefachkräften hinzu (Simon/Mehmecke 2017).

Einschlägige Regulierungen in den USA und Australien ziehen zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften allerdings eine Grenze oberhalb des Qualifikationsniveaus, das in Deutschland in der Regel die Ausbildung zur Pflegehilfskraft bietet.[39] In vergleichbaren Regulierungen in den USA und Australien sind lediglich zweijährig ausgebildete Pflegekräfte wie beispielsweise sogenannte licensed practical nurses, licensed vocational nurses oder enrolled nurses anrechenbar (Simon/Mehmecke 2017).

Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung hingegen sieht vor, dass Pflegehilfskräfte mit nur einer einjährigen Ausbildung bis zu einem festgelegten Prozentanteil auf die Einhaltung der Vorgaben angerechnet werden dürfen (§2 Abs. 2 i.V.m. § 6 Abs. 2 PpUGV) (Tab. 3). Besonders problematisch ist dies bei Intensivstationen, da in der direkten Pflege von Intensivpatienten nur mindestens dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte tätig sein sollten. Üblich ist zudem die Anforderung, dass darüber hinaus ein bestimmter Prozentsatz der Pflegefachkräfte auf Intensivstationen über eine Fachweiterbildung in Intensiv- und Anästhesiepflege verfügen sollte (vgl. u. a. die einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Die in der PpUGV enthaltenen Anteilswerte für Pflegehilfskräfte reichen von 3,7 Prozent bis 40 Prozent (Tab. 3). Auch dafür gibt es keinerlei pflegefachliche Begründung, in der dargelegt wird, warum der betreffende Prozentanteil Pflegehilfskräfte im Hinblick auf die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung als vertretbar angesehen wird. Da die Werte nach Angaben des BMG aus den Ergebnissen der KPMG-Studie abgeleitet sind, bilden sie bestenfalls die gegenwärtige Situation ab. Und die ist – wie oben dargelegt und anhand der zahlreichen Medienberichte erkennbar – in weiten Bereichen des Pflegedienstes der Krankenhäuser unzureichend.

39 Eine Ausnahme könnten lediglich zweijährig ausgebildete Pflegeassistentinnen sein. Examinierte Pflegehelferinnen und einjährig ausgebildete Pflegeassistentinnen wären in den angesprochenen Regelungen der USA und Australiens nicht anrechenbar.

Tabelle 3: Maximal zulässiger Anteil von Pflegehilfskräften (§ 6 Abs. 2 PpUGV)

Fachabteilung	Wochentage	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin	Mo.-Fr.	8,5%	5,9%
	Wochenende und Feiertage	3,7%	7,2%
Geriatrie	Mo.-Fr.	18,2%	40,0%
	Wochenende und Feiertage	20,1%	38,5%
Unfallchirurgie	Mo.-Fr.	10,5%	16,4%
	Wochenende und Feiertage	12,6%	13,1%
Kardiologie	Mo.-Fr.	7,8%	13,9%
	Wochenende und Feiertage	5,0%	13,7%

Quelle: Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, eigene Darstellung.

Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

Die PpUGV enthält keine eindeutigen Aussagen dazu, in welchem Zeitraum und welchem Umfang die vorgegebenen Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten sind. Der mit „Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen“ überschriebene § 7 PpUGV stellt lediglich fest, dass die Krankenhäuser die Einhaltung anhand monatsbezogener Durchschnittswerte festzustellen haben und den Krankenkassen sowie dem InEK einmal je Quartal die Art und Anzahl der Schichten mitzuteilen haben, in denen die Vorgaben nicht eingehalten wurden.

Wenn die Einhaltung anhand monatsbezogener Durchschnittswerte lediglich ‚festgestellt‘ werden muss, ist darin impliziert, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nur im Monatsdurchschnitt einzuhalten sind und folglich an einzelnen Tagen und in einzelnen Schichten auch unterschritten werden dürfen. Die Verordnung enthält keine Vorgabe dazu, wie oft die Untergrenzen unterschritten werden dürfen und in welchem Umfang eine Unterschreitung zulässig ist. Dazu passend sieht die Verordnung auch keinerlei Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung vor. Da § 137i SGB V noch in Kraft ist, der GKV-SV und DKG zur Vereinbarung von Sanktionsregelungen auffordert, könnte das Fehlen entsprechender Vorgaben in § 137j SGB V darin begründet sein.

Aber unabhängig von an anderer Stelle zu vereinbarenden Sanktionsmechanismen bleibt festzuhalten, dass die Pflegepersonaluntergrenzen jederzeit und in beliebigem Umfang von den Krankenhäusern unterschritten werden dürfen. Die Festlegung von Grenzen, ab denen Sanktionen greifen, soll vermutlich den Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG überantwortet werden.

Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes

Auf Grundlage des Koalitionsvertrages wurde im Mai 2018 der Referentenentwurf eines Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) vorgelegt, der nach Überarbeitung am 1. August 2018 vom Bundeskabinett beschlossen und am 24. September 2018 als Regierungsentwurf in den Bundestag eingebracht wurde. Der Gesetzentwurf enthält mehrere Regelungsbereiche, die für das hier diskutierte Thema von erheblicher Bedeutung sind und darum nachfolgend vorgestellt und diskutiert werden.[40] Dabei handelt es sich um folgende Regelungsbereiche:

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen und Finanzierung über ein Pflegebudget
- Einführung eines Pflegepersonalquotienten
- Weiterführung des Pflegestellen-Förderprogramms
- Ausgleich der durch Tariferhöhungen verursachten Personalkostensteigerungen
- Auslaufen des Pflegezuschlages

Bei diesen Neuregelungen handelt es sich überwiegend um Änderungen der Krankenhausfinanzierung. Nur der geplante Pflegepersonalquotient gehört direkt zum Regelungskomplex der Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst. Die geplanten Änderungen der Krankenhausfinanzierung sind jedoch aus naheliegenden Gründen für das Thema ‚Personalbesetzung' von hoher Relevanz. Vor allem die Einführung eines gesonderten Pflegebudgets und einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung kann die Rahmenbedingungen für die Pflege auf Krankenhausstationen mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich verändern und – sofern es bei den geplanten Neuregelungen bleibt – deutlich verbessern.

Der geplante Pflegepersonalquotient war im Referentenentwurf noch nicht enthalten. Er steht in ausdrücklichem Zusammenhang zur PpUGV und soll die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen ‚ergänzen'. Die übrigen drei Regelungskomplexe werden nur kurz vorgestellt und diskutiert.

40 Die Verweise auf den Regierungsentwurf sind wie folgt strukturiert: Zuerst wird im Quellenhinweis der betreffende Artikel des Gesetzentwurfes und die laufende Nummer innerhalb des Artikels genannt. Nach dem Doppelpunkt folgt der jeweilige Paragraph des zu ändernden Gesetzes. Damit soll das Auffinden der entsprechenden Stellen im Gesetzentwurf erleichtert werden, da der Gesetzentwurf auf der ersten Ebene nach Artikeln und der zweiten Ebene laufenden Nummern der geplanten Änderungen gegliedert ist.

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen und Finanzierung über ein Pflegebudget

Die Personalkosten des Pflegedienstes sollen aus den DRG-Fallpauschalen ab der DRG-Version für das Jahr 2020 ausgegliedert werden.[41] Die Summe der Bewertungsrelationen für Deutschland ist um die Summe der Bewertungsrelationen der ausgegliederten Pflegepersonalkosten zu vermindern. Die DRG-Fallpauschalen sollen somit ab 2020 keinen Pflegepersonalkostenanteil mehr enthalten.

Die Finanzierung der Personalkosten des Pflegedienstes soll ab 2020 über ein „Pflegebudget" erfolgen, das auf Grundlage der tatsächlichen krankenhausindividuellen Personalkosten als Gesamtbetrag pro Jahr vereinbart wird.[42] Das Pflegebudget ist zweckgebunden und darf nur für die Personalkosten des Pflegedienstes eingesetzt werden.[43] Die zweckentsprechende Mittelverwendung haben die Krankenhäuser den Krankenkassen durch die Bestätigung eines unabhängigen Wirtschaftsprüfers nachzuweisen.[44] Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.[45]

Für die jährliche Neuvereinbarung der Landesbasisfallwerte als zentraler Größe für die Entwicklung der Krankenhauseinnahmen ist eine Begrenzung auf einen sogenannten ‚Veränderungswert' vorgesehen. Diese Begrenzung soll für das Pflegebudget nicht gelten.[46]

Das Pflegebudget soll zwar als jährlicher Gesamtbetrag vereinbart, jedoch in Form von ‚Abschlagszahlungen' abbezahlt werden. Diese ‚Abzahlung' des Pflegebudgets soll über eine von den Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-SV und DKG) zu entwickelnde tagesbezogene „Pflegepersonalkostenvergütung" erfolgen.[47] Grundlage dafür soll der Pflegelast-Katalog des InEK sein,[48] der in diesem Zusammenhang „Pflegeerlöskatalog" genannt wird.[49]

Der Pflegelast-Katalog weist – wie oben erläutert – nur Bewertungsrelationen aus und keine Eurobeträge, so wie es die Konstruktionslogik des DRG-Systems vorsieht. Damit im DRG-System aus den Bewertungsrelationen Geldbeträge werden, bedarf es der Multiplikation mit ei-

41 Art. 1 Nr. 2: § 17b Abs. 4 KHG.
42 Art. 9 Nr. 4: § 6a KHEntgG.
43 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 2 Satz 8 KHEntgG.
44 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 1 KHEntgG.
45 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 1 KHEntgG.
46 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 2 KHEntgG.
47 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 4 i.V.m. Art. 9 Nr. 5: § 7 Abs. 1 Nr. 6a KHEntgG.
48 Art. 9 Nr. 7: § 9 Abs. 2a KHEntgG.
49 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 4; Art. 9 Nr. 7: § 9 Abs. 2a; Art. 9 Nr. 13: § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG.

nem sogenannten ‚Basisfallwert'. Der im DRG-System verwendete Landesbasisfallwert scheidet aus, da das Pflegebudget und somit auch die Zahlbeträge der Pflegepersonalkostenvergütung auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten zu zahlen sind. Dementsprechend soll die Multiplikation der Bewertungsrelationen mit einem krankenhausindividuellen Basiswert erfolgen, der „Pflegeentgeltwert" genannt wird.[50]

Weicht die Summe der Einnahmen aus der Pflegepersonalkostenvergütung von dem vereinbarten Pflegebudget ab, ist die Differenz über das Pflegebudget eines folgenden Jahres auszugleichen.[51] Zuviel eingenommene Pflegepersonalkostenvergütungen sind zurückzuzahlen und zu wenig eingenommene Vergütungen müssen von den Krankenkassen nachgezahlt werden.[52] Diese Regelung soll dafür sorgen, dass das Krankenhaus das vereinbarte Pflegebudget auch tatsächlich erhält, nicht weniger – aber auch nicht mehr.

Diskussion

Mit der Einführung eines Pflegebudgets, das auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten zwischen Krankenhaus und Krankenkassen zu vereinbaren ist, wird für diesen Kostenbereich eine Abkehr vom Grundsatz pauschalierter, von den tatsächlichen Kosten eines Krankenhauses unabhängigen Vergütungen vollzogen. Damit würde eine wesentliche Voraussetzung für durchgreifende Verbesserungen der personellen Situation im Pflegedienst geschaffen. Krankenhäuser könnten ab 2019 zusätzliche Mittel erhalten, um zusätzliches Pflegepersonal einzustellen und Stellenaufstockungen zu bewilligen. Stellenabbau oder die Verweigerung der Schaffung zusätzlicher Stellen könnte dann von Krankenhausleitungen nicht mehr mit dem Verweis auf eine nicht ausreichende Finanzierung durch die DRG-Fallpauschalen abgelehnt werden.

Die Neuregelungen bieten für sich genommen jedoch keine Gewähr dafür, dass die Personalbesetzung im Pflegedienst auch tatsächlich verbessert wird, denn es besteht weiterhin keine Pflicht zur Vorhaltung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Personalbesetzung. Zudem ist es in den letzten Jahren für Krankenhäuser zunehmend schwieriger geworden, auf dem Arbeitsmarkt qualifiziertes Pflegepersonal zu gewinnen. Insbesondere der Mangel an Pflegefachkräften auf dem Arbeitsmarkt könnte dazu führen, dass trotz dieser Neuregelungen 2019 kaum zusätzliches Pflegepersonal eingestellt wird.

---

50 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 4 Satz 1 KHEntgG.
51 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 2 KHEntgG.
52 Art. 9 Nr. 4: § 6a Abs. 5 KHEntgG.

Aber zumindest würde durch diese Neuregelung ein wichtiges ökonomisches Motiv für weiteren Stellenabbau beseitigt, da mit Einsparungen bei den Personalkosten des Pflegedienstes nicht mehr Überschüsse erzielt werden können, wie dies unter den Bedingungen pauschalierter Entgelte der Fall ist. Auch die Zweckbindung und Nachweisepflicht sowie Rückzahlungspflicht nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel trägt hierzu bei.

Wenn es aber vielfach nicht möglich sein wird, innerhalb relativ kurzer Zeit zusätzliches Pflegepersonal zu gewinnen und einzustellen, müssten dringend andere Ansätze zur Entlastung des vorhandenen Pflegepersonals zum Einsatz kommen. Ein solcher Ansatz, der eine lange Tradition im Krankenausbereich hat und auch heute in einem Teil der Kliniken angewendet wird, ist die vorübergehende Bettensperrung, damit das vorhandene Personal entlastet und dadurch die Patientensicherheit erhöht wird.

Bettensperrungen führen jedoch zu Mindereinnahmen des betreffenden Krankenhauses, da weniger Fälle behandelt und abgerechnet werden können. Erreicht ein Krankenhaus die mit den Krankenkassen vereinbarte Fallzahl nicht, erhält es im Rahmen eines sogenannten ‚Mindererlösausgleichs' von den Kassen nur 20 Prozent des Einnahmeausfalls erstattet, die verbleibenden 80 Prozent fehlen ihm zur Deckung seiner Kosten, und die bestehen zu zwei Dritteln aus Personalkosten. Dies ist für Krankenhäuser insofern hoch problematisch, als Personal vorzuhalten ist, damit Patienten aufgenommen werden können. Personalkosten fallen in voller Höhe somit auch an, wenn weniger Patienten aufgenommen werden.

Sollten die geplanten Regelungen zum Pflegebudget beschlossen werden, würden den Krankenhäusern die nicht realisierten Einnahmen aus der Pflegepersonalkostenvergütung ab 2020 nachträglich gezahlt. Diese Nachzahlungen dürfen jedoch nur für die Personalkosten des Pflegedienstes verwendet werden. Die durch Bettensperrungen entstandenen Kostenunterdeckungen bei anderen Personalkosten blieben ungedeckt. Dies kann als erhebliches Hemmnis für die Bereitschaft zu Bettensperrungen wirken.

Soll die Option der Bettensperrungen als Ansatz für eine kurzfristige Entlastung des Pflegepersonals, aber auch anderer Personalgruppen wie beispielsweise des ärztlichen Dienstes, nutzbar sein, müsste der sogenannte Mindererlösausgleich so geändert werden, dass einem Krankenhaus aus vorübergehenden Bettensperrungen keine finanziellen Nachteile entstehen. Da eine entsprechende Regelung im Regierungsentwurf nicht enthalten ist, wäre die Regierungskoalition gefordert, den Entwurf in diesem Punkt nachzubessern.

Möglicherweise kann es aber auch noch zu einer Änderung bei der Einführung des Pflegebudgets kommen, denn dessen Vereinbarung auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten wird sehr kontrovers diskutiert und insbesondere von Seiten der GKV als Rückkehr zu dem von der GKV strikt abgelehnten sogenannten ‚Selbstkostendeckungsprinzip' abgelehnt (Leber 2018a, 2018b).

Die Neuregelung orientiert sich zwar an dem durch das KHG 1972 eingeführten sogenannten ‚Selbstkostendeckungsprinzip', sie weicht jedoch in einem wesentlichen Punkt davon ab. Das KHG 1972 gewährte den Krankenhäusern nur einen Anspruch auf die „Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses" (§ 4 Abs. 1 KHG 1972), nicht jedoch auf Deckung aller von ihnen geltend gemachten oder nachgewiesenen Kosten. In der Folge des KHG 1972 entwickelte es sich dementsprechend zur allgemeinen Praxis im Krankenhausbereich, dass bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenkassen und einem Krankenhaus ein externes Unternehmen mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung des Krankenhauses beauftragt wurde. Die Er-gebnisse der Prüfung waren dann Grundlage der weiteren Verhandlungen und ggf. auch für die Entscheidung einer paritätisch besetzten Schiedsstelle.

Behauptungen wie die des Leiters der ‚Abteilung Krankenhäuser' beim GKV-Spitzenverband, das Selbstkostendeckungsprinzip sei „wie Freibier. Man kann sich die Kante geben, jemand anderes zahlt die Zeche" (Leber 2018b), entsprechen folglich nicht der Wahrheit und dienen offensichtlich dazu, dieses Prinzip zu diskreditieren, damit Überlegungen zu einer Abkehr vom DRG-System – auch wenn sie nur partiell sein soll – möglichst bereits im Keim unterbunden werden.

Das PpSG enthält zwar keine Einschränkung auf die Kosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses, und es wird sogar festgestellt, die Wirtschaftlichkeit der entstandenen Personalkosten des Krankenhauses werde nicht geprüft.[53] Die geplante Regelung deshalb aber als „Freibier für die Pflege" (Leber 2018b) zu bezeichnen, ist vollkommen unangemessen und geht an der Sache vorbei. Denn: Die Höhe des Pflegebudgets wird nicht einseitig durch das Krankenhaus festgesetzt, sondern zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart. Und eine vertragliche Vereinbarung kommt nur zustande, wenn ihr alle beteiligten Vertragsparteien zustimmen, also auch die Krankenkassen. Insofern wären die Krankenkassen beim Inkrafttreten der geplanten Regelungen den Forderungen der Krankenhäuser nicht wehrlos ausgeliefert.

53 Art. 9 Nr. 4: § 4 Abs. 6a KHEntgG.

Ein anderer Bestandteil der geplanten und oben vorgestellten Neuregelungen wirft die Frage auf, ob tatsächlich eine dauerhafte Finanzierung der Pflegepersonalkosten auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten geplant ist. Die entsprechende Passage im Koalitionsvertrag legt die Annahme nahe, dass die Änderung unbefristet erfolgen soll, um die Situation im Pflegedienst nicht nur vorübergehend, sondern nachhaltig verbessern zu können. Es gibt allerdings Teile des PpSG-Entwurfes, die Zweifel daran aufkommen lassen. Wenn ein gesondertes Pflegebudget für die Finanzierung der Personalkosten des Pflegedienstes eingeführt wird und dieses Budget von den Kostenträgern mittels tagesbezogener Entgelte abbezahlt werden soll, dann wäre es naheliegend, dass dies über krankennhausindividuelle tagesgleiche Pflegesätze erfolgt. Deren Berechnung wäre relativ einfach, indem das Pflegebudget durch die voraussichtliche Zahl an Pflegetagen geteilt wird. Bei Abweichungen der Summe der abgerechneten Pflegesätze könnte so verfahren werden wie im PpSG für die Pflegepersonalkostenvergütung vorgesehen ist.

Statt dieses einfachen Verfahrens zur ‚Abzahlung' des Pflegebudgets wird im PsSG jedoch ein erheblich komplizierteres Verfahren vorgegeben. Zwar soll das Pflegebudget als Gesamtbetrag auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten vereinbart werden, ansonsten soll sich das neue System in seiner Konstruktion jedoch deutlich erkennbar am System der DRG-Fallpauschalen orientieren und dieselben Mechanismen beinhalten.

Grundlage der Pflegepersonalkostenvergütung soll der Pflegelast-Katalog mit bundesweit einheitlichen Teil-Bewertungsrelationen für die Pflegepersonalkosten je DRG sein, so wie der DRG-Katalog für die DRG-Fallpauschalen. Statt des im DRG-Fallpauschalensystem zentralen Landesbasisfallwertes soll ein krankenhausindividueller ‚Pflegeentgeltwert' als Multiplikator für die Pflege-Bewertungsrelationen verwendet werden.

Diese Konstruktion erinnert sehr stark an die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems. Der Einstieg in das DRG-System erfolgte in den Jahren 2003 und 2004 mit krankenhausindividuellen ‚Basisfallwerten'. Sie wurden im Rahmen einer sogenannten ‚Konvergenzphase' ab 2005 in jährlichen Schritten an einen vorgegebenen Landesbasisfallwert angeglichen, der auf Grundlage des Durchschnitts der krankenhausindividuellen Basisfallwerte errechnet und vereinbart wurde.

Die Abzahlung des Pflegebudgets mittels bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen, die mit einem Pflegeentgeltwert multipliziert werden, legt die Vermutung nahe, dass die Pflegebudgets nur wenige Jahre auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten vereinbart

werden sollen. Zu einem späteren, womöglich bereits intern geplanten Termin, könnte das im PpSG enthaltene System ohne größere Änderungen in ein System bundesweit einheitlicher tagesbezogener Pflegepauschalen umgewandelt werden. Für eine solche Umwandlung müssten die krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerte nur schrittweise an einen Durchschnittswert angeglichen werden, so wie es auch bei der Einführung des DRG-Systems geschehen ist.

Der Eindruck, dass mittelfristig die Umwandlung in ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen geplant sein könnte, wird auch dadurch verstärkt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-SV und DKG) beauftragt werden sollen, auf Grundlage des Pflegelast-Konzepte des InEK eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln.[54] Sollte die geplante Pflegepersonalkostenvergütung lediglich als Hilfsgröße für die Abschlagszahlung auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten vereinbarte Pflegebudget dienen, wäre nicht ersichtlich, warum es der aufwändigen Neuentwicklung eines Vergütungssystems bedürfte. Anders hingegen würde es sich verhalten, wenn mit der Pflegepersonalkostenvergütung weitergehende Ziele verfolgt werden, wie die Einführung eines Systems bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen.

In einem solchen System gäbe es weiterhin ein ‚krankenhausindividuelles Pflegebudget'. Seine ‚Krankenhausindividualität' bestünde allerdings nur darin, dass seine Höhe von der Zahl der abgerechneten pauschalierten Pflegepersonalkostenvergütungen abhängt. Da jedes Krankenhaus aufgrund dessen ein unterschiedlich hohes Pflegebudget haben wird, könnte dies auch als ‚krankenhausindividuelles Pflegebudget' bezeichnet werden. Insofern darf die Bezeichnung der Pflegebudgets als krankenhausindividuell nicht so gedeutet werden, dass damit in jedem Fall und dauerhaft die Kalkulation und Vereinbarung auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten gemeint ist.

Ein weiteres Indiz dafür, dass eine mittelfristige Umstellung auf ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen geplant wird, bietet die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Sie soll mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft treten. Zum 1. Januar 2020 sollen die Pflegepersonalquotienten eingeführt werden. Da sich beide Verhältniszahlen nicht ergänzen, sondern in Konkurrenz zueinander treten würden, ist es naheliegend, dass nur eine der beiden gelten darf, und das sollen offensichtlich die Pflegepersonalquotienten sein. Sie haben gegenüber den Pflegepersonaluntergrenzen den eindeutigen Vorteil, dass sie kompatibel zum DRG-System und einem System von Pflegepauschalen sind.

54 Art. 1 Nr. 2: § 17b Abs. 4 KHG.

Pflegekraft-Patientenverhältniszahlen, wie sie § 137i SGB V fordert, stehen sozusagen ‚neben' dem Fallpauschalensystem. Pflegepersonalquotienten hingegen wären leicht integrierbar, da ihre Berechnung auf bundesweit einheitlich geltenden Bewertungsrelationen basiert. Bemerkenswert ist zudem, dass die PpUGV bereits das Datum ihres Außerkrafttretens enthält, obwohl die Gesetzesvorschrift, die das BMG zum Erlass dieser Verordnung verpflichtet, noch gilt. Da das BMG aber nur eine Verordnung erlassen, nicht jedoch ein Gesetz ändern kann, wirft dies die Frage auf, ob innerhalb der Regierungskoalition bereits eine Änderung oder Aufhebung des § 137i SGB V vereinbart ist. Ansonsten müsste die in der Verordnung enthaltene Außerkraftsetzung zumindest ‚Irritationen' in der Koalition hervorrufen, da es noch immer der ‚Gesetzgeber' ist, der die Exekutive zum Erlass einer Verordnung verpflichtet oder ermächtig, und nicht das jeweilige Ministerium selbst.

Der Eindruck, die geplante Konstruktion diene der Vorbereitung eines Systems bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen, ist auch bereits anderen Beobachtern der krankenhauspolitischen Szene entstanden.[55]

> „Insofern erscheint es nachvollziehbar, die DRG-Logik mit ihren Anreizen und den zweijährig verzögerten Auswirkungen auf die Kalkulation für einen Zeitraum auszusetzen und eine gesonderte Finanzierung für die Pflege zu etablieren, bis wieder eine ausreichend erachtete Personaldecke im Pflegebereich aufgebaut wurde. Dabei ist durchaus denkbar, dass zu einem späteren Zeitpunkt eine Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das G-DRG-System erfolgen könnte. Die parallele Kalkulation des Pflegeerlöskatalogs zusammen mit dem DRG-Katalog im InEK lässt diese Option dauerhaft zu. Voraussetzung wäre, dass sich der Pflegeerlöskatalog in seiner Struktur nicht zu weit vom DRG-Fallpauschalenkatalog entfernt. Alternativ wäre auch ein dauerhaft unabhängiges Vergütungssystem für die Pflege denkbar, beispielsweise über eine Konvergenz der Pflegeentgeltwerte, dann vermutlich über eine Tages- und nicht Fallpauschalierung. Tagesbezogene Vergütung und Fallpauschalierung können allerdings entgegengesetzte Anreize auslösen. Es erscheint aber auf alle Fälle unwahrscheinlich, dass sich Krankenhäuser langfristig auf eine Selbstkostendeckung im Bereich der Pflegepersonalkosten einstellen dürfen" (Bunzemeier/Fiori/Roeder 2018: 696).

Sollte eine solche Umstellung auf bundesweit einheitliche Pflegepauschalen tatsächlich geplant sein, wäre es eine sehr plausible Erklärung für die im Vergleich zu krankenhausindividuellen Pflegesätzen erheblich kompliziertere Konstruktion des geplanten Vergütungssystems für die Pflegepersonalkosten.

Die Einführung eines Systems bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen hätte allerdings weit reichende Bedeutung. Die Umstellung auf

55 Diese Passage wird auch deshalb ausführlicher zitiert, weil die drei Autoren zu den besten Kennern des DRG-Systems gerechnet werden können und aufgrund ihrer Vernetzung vermutlich über Hintergrundwissen verfügen, das in diese Veröffentlichung eingeflossen ist.

bundesweit einheitliche Pflegepauschalen würde nicht nur Pflegepersonaluntergrenzen und jegliche Art von Vorgaben für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung aushebeln, sie würde vor allem auch die bestehende Unterbesetzung festschreiben und in die Zukunft fortschreiben.

Die DRG-Fallpauschalen und somit auch die aus ihnen abgeleiteten Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges basieren auf den Ist-Kosten der Krankenhäuser und somit auch auf deren Ist-Besetzung. Ein solches Vergütungssystem kann gar nicht anders als die Ist-Besetzung fortzuschreiben, denn bei der Kostenermittlung in den Kalkulationskrankenhäusern sind zwingend die Ist-Kosten zu ermitteln. Insofern kann ein solches System nur die bestehende Situation reproduzieren, und d. h. in diesem Fall: die Unterbesetzung fortschreiben.

Einführung eines Pflegepersonalquotienten

Der Regierungsentwurf des PpSG sieht die Einführung eines „Pflegepersonalquotienten“ vor, der im Referentenentwurf noch nicht enthalten war.[56] Der Pflegepersonalquotient ist definiert als Verhältniszahl, die

> „das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt“ (§ 137j Abs. 1 SGB V).

Der Quotient soll erstmals zum 31. Mai 2020 vom InEK für jedes Krankenhaus berechnet werden. Die Berechnung soll auf Grundlage des bereits oben erwähnten Pflegelast-Kataloges erfolgen, der in § 137j Abs. 1 SGB V als „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ bezeichnet wird. Der Quotient ist für jedes Krankenhaus so zu berechnen, dass die Summe der vom Krankenhaus auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges abgerechneten Bewertungsrelationen pro Jahr durch die Zahl der Vollkräfte des Pflegedienstes im Jahresdurchschnitt geteilt wird.[57] Das InEK soll eine vergleichende Übersicht aller Krankenhäuser und Quotienten erstellen, und die Quotienten aller Krankenhäuser sollen im Internet veröffentlicht werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass das BMG ermächtigt wird, auf Grundlage der Pflegepersonalquotienten aller Krankenhäuser durch Rechtsverordnung eine bundesweite „Untergrenze“ festzulegen (§ 137j

56 Art. 7 Nr. 12: § 137j SGB V.

57 Im Gesetzentwurf ist von „Vollzeitkräften“ die Rede. Das ist offensichtlich ein falscher Begriff. ‚Vollzeitkräfte‘ sind Arbeitskräfte mit einer vollen tariflichen Arbeitszeit, im Unterschied zu ‚Teilzeitkräften‘. Für die geplante Regelung kann es sich nur um Vollkräfte handeln, deren Zahl sich gemäß Krankenhausstatistik aus der Umrechnung aller Arbeitsverhältnisse in solche mit voller tariflicher Arbeitszeit ergibt.

Abs. 2 SGB V). Bei Unterschreitung des Quotienten sollen Sanktionen greifen, die allerdings noch von GKV-SV und DKG zu vereinbaren sind.

Spätestens nach drei Jahren soll das BMG den Stand der Entwicklung überprüfen und die Untergrenzen ggf. anpassen (§ 137j Abs. 2 SGB V). In der Begründung zu § 137j SGB V wird dazu ausgeführt, dass die Untergrenze dann möglicherweise vorübergehend nicht mehr gelten soll, wenn das BMG zu dem Ergebnis kommt, dass keine Untergrenze mehr erforderlich ist.

Diskussion

Da es sich um eine für das hier diskutierte Thema sehr relevante Regelung handelt, soll nachfolgend etwas näher auf diesen Paragraphen eingegangen werden.

Zunächst einmal ist es irritierend, dass zusätzlich zu den durch § 137i SGBV geforderten Pflegepersonaluntergrenzen für einzelne ‚pflegesensitive Bereiche' auch noch ein ‚Pflegepersonalquotient' je Krankenhaus errechnet und eine zweite Untergrenze, diesmal in Form eines Pflegepersonalquotienten festgelegt werden soll, der nicht unterschritten werden darf. Begründet wird dies wie folgt:

> „Da eine unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal aber nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen und für alle dort pflegerisch zu versorgenden Fälle für eine nicht patientengefährdende Versorgung relevant ist, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus erforderlich" (BMG 2018b).

Die Pflegepersonalquotienten sollen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen (ebd.). Offenbar wird ein System angestrebt, in dem Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotienten nebeneinander gelten. Auf die daraus resultierenden Probleme wird an späterer Stelle noch einzugehen sein. Zunächst einmal soll die geplante Konstruktion näher betrachtet werden.

Das Konzept der Pflegepersonalquotienten baut auf zwei zentralen Elementen auf, dem Pflegelast-Katalog und der Zahl der Vollkräfte des jeweiligen Krankenhauses, die durch Division zueinander in ein Verhältnis gesetzt werden sollen.

Wie an der oben zitierten Passage bereits erkennbar, baut auch der geplante Pflegepersonalquotient auf der zentralen Annahme auf, der Pflegelast-Katalog bilde den Pflegeaufwand ab. An anderer Stelle des § 137j Abs. 1 SGB V wird behauptet, mit dem Pflegelast-Katalog seien „tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar". Diese Feststellung ist insofern bemerkenswert, als damit eindeutig behauptet wird, der Katalog bilde pflegerische Leistungen ab. Wie oben aufgezeigt, vermeidet das InEK in seinen Erläuterungen zum Pflegelast-

Katalog eine solche eindeutige Festlegung und spricht nur vom „Pflegeaufwand“, was auch als finanzieller Aufwand gedeutet werden kann.

Es wurde oben bereits ausführlich nachgewiesen, dass die Behauptung, der Pflegelast-Katalog bilde den Pflegeaufwand im Sinne von Pflegezeitaufwand ab, nicht der Wahrheit entspricht. Dies gilt selbstverständlich auch den Pflegeaufwand im Sinne von ‚erbrachte Pflegeleistungen‘.

Wenn aber der Pflegelast-Katalog nicht den Pflegeaufwand abbildet, sondern lediglich den in die DRG-Kalkulation eingegangenen Kostenanteil für die Pflegepersonalkosten, dann geben die geplanten Pflegepersonalquotienten auch keine Auskunft über das Verhältnis zwischen angefallenem Pflegeaufwand und tatsächlicher Personalbesetzung, wie es das BMG behauptet (BMG 2018b: 85).

Und folglich kann aufgrund der so berechneten Pflegepersonalquotienten auch keine Untergrenze festgesetzt werden, die „das erforderliche Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegeaufwand“ vorschreibt, wie in § 137j Abs. 2 SGB V vorgesehen, da der Pflegeaufwand unbekannt ist.

Um es noch einmal deutlich festzuhalten, auch wenn es sich um eine Wiederholung handelt: Der Pflegelast-Katalog steht in keinem Zusammenhang zum Pflegeaufwand, er bildet weder den Pflegebedarf noch den für die Patienten einer DRGs tatsächlich durchschnittlich erbrachten Pflegeaufwand ab (s. das Kapitel zum Pflegelast-Katalog). Dies erscheint nicht zuletzt auch deshalb angebracht, weil das BMG auf seiner Internetseite und in seinen Pressemitteilungen das Gegenteil behauptet.

Bei der geplanten Untergrenze auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges soll zudem offenbar auch der sogenannte Perzentilansatz zum Einsatz kommen.[58] Hinweise darauf, dass die Pflegepersonalquotienten vermutlich ebenfalls auf Grundlage des Perzentilansatzes festgelegt werden sollen, finden sich an mehreren Stellen des Gesetzentwurfes. Sehr deutlich scheint dieses Vorhaben insbesondere in der Verordnungsermächtigung in § 137j Abs. 2 SGB V durch.

> „Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist“ (§ 137j Abs. 2 SGB V).

Wenn die Festlegung der Untergrenze auf Grundlage der Quotienten aller Krankenhäuser erfolgen soll, legt dies die Vermutung nahe, dass dies

58 Dieser Ansatz wurde oben bereits vorgestellt und kritisiert, so dass hier auf nähere Erläuterungen verzichtet werden kann.

auch auf Grundlage des Perzentilansatzes geschehen soll. Wozu sonst bräuchte das BMG die Kenntnis aller Pflegepersonalquotienten und will die Untergrenze auf Grundlage aller Quotienten festlegen?

Die zitierte Passage lässt zudem bereits erkennen, dass auch die Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten auf niedrigem Niveau festgelegt werden soll. Dieses Niveau wird in der zitierten Passage sprachlich sogar noch tiefer verortet als in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Ging es in der PpUGV noch um die Festlegung der Personalausstattung auf ein „gesetzlich vorgeschriebenes Minimum“ (BMG 2018g: 26), soll es nun nur noch darum gehen, eine „nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung“ zu gewährleisten. Dass ein solches Verständnis staatlicher Verantwortung für die Krankenhausversorgung im Widerspruch nicht nur zu den Erwartungen der Bevölkerung an eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung steht, sondern auch zu den maßgeblichen Normen des SGB V und KHG, wurde bereits oben dargelegt.[59]

Da das BMG über keinerlei inhaltliche Begründung und pflegefachliche Legitimation für die Festlegung einer Untergrenze auf dem offenbar geplanten niedrigen Niveau verfügt, versucht es sich anscheinend durch eine sonderbar klingende Formulierung aus dem damit verbundenen Legitimationsproblem zu befreien. Die Festlegung der Untergrenze soll in einer Höhe erfolgen, „bei der widerlegbar vermutet wird“ (§ 137j Abs. 2 SGB V), dass sie ausreicht, eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung gerade noch zu gewährleisten.

Offenbar will das BMG nicht in die Lage geraten, begründen zu müssen, warum es meint, die festgesetzte Untergrenze sei zur Erreichung des gesetzten Zieles geeignet. Andere sollen ihm das Gegenteil beweisen müssen. Anscheinend ist den Autoren dieser Rechtsvorschrift sehr wohl bewusst, dass die geplante Untergrenze für Pflegequotienten in keiner Weise fachlich begründbar ist.

Abschließend soll noch auf den Ursprung des § 137j SGB V hingewiesen und die Fehlerhaftigkeit der ihm hinterlegten Grundvorstellung deutlich gemacht werden. Das in § 137j SGB V enthaltene Regulie-

59 Unabhängig davon erscheint es dringend geboten der Vorstellung entgegenzutreten, Unterbesetzung im Pflegedienst führe zu ‚patientengefährdender Pflege‘. Es ist gerade nicht die Pflege, die Patienten gefährdet, sondern es ist das Fehlen von Pflege, durch das Gefährdungen von Patienten nicht rechtzeitig erkannt und verhindert werden können. Zu behaupten, Pflegepersonal gefährde Patienten, verdreht diesen Zusammenhang in sein Gegenteil. Nicht das vorhandene Pflegepersonal gefährdet Patienten, sondern die Unterbesetzung verhindert, dass Patienten die Pflege erhalten, die sie zur Bewältigung der Risiken einer Krankheit, Verletzung, Operation etc. benötigen. Von ‚patientengefährdender pflegerischer Versorgung‘ kann und sollte nur dann die Rede sein, wenn Pflegekräfte Patienten durch ihr Handeln gefährden, bspw. im Fall von Pflegefehlern oder Patientenmisshandlungen.

rungskonzept geht auf eine Diskussion in der großen Beratungsrunde zu Pflegepersonaluntergrenzen zurück. Das Ausgangskonzept wurde unter den Begriffen „Gesamthausansatz“ bzw. „Ganzhausansatz“ vom GKV-SV in die dritte Sitzung der großen Beratungsrunde am 7. Februar 2018 eingebracht (GKV-SV 2018). Das vorgeschlagene Konzept sollte als 1. Stufe der Regulierung den eigentlichen Pflegepersonaluntergrenzen vorgeschaltet werden.

> „In dieser 1. Stufe wird im Rahmen dieses Ansatzes vereinfacht für jedes Krankenhaus in Deutschland die Vollkräfteanzahl aller im Krankenhaus im Jahresdurchschnitt tätigen examinierten Pflegekräfte dem über das erbrachte Leistungsspektrum (vereinbartes Fallpauschalenvolumen) zu ermittelnden Pflegeerlös „Pflegeload“ gegenübergestellt. Es entsteht somit eine Verhältniszahl, die die Anzahl der examinierten Pflegevollkräfte den zu behandelnden Patienten bzw. den aus den Fällen heraus ermittelten Pflegeerlösen gegenüberstellt. Dieser Quotient aus examinierten Pflegevollkräften und Pflegeerlösen (DRG-Kostenmodul, ggf. inkl. ZE-Erlöse) wird auf Ebene jedes einzelnen Krankenhauses in Beziehung zu allen deutschen Krankenhäusern betrachtet.
>
> Nach der Ermittlung der Quotienten für jedes Krankenhaus wird eine Pflegepersonaluntergrenze auf das untere Quartil dieser Verteilung festgelegt“ (GKV-SV 2018: 1f.).

In der Begründung zu § 137j SGB V findet sich zwar kein expliziter, aber ein indirekter Verweis auf dieses Konzept, indem der Begriff „Gesamthausebene“ verwendet wird (BMG 2018b: 85). Ein expliziter Verweis auf das erwähnte Konzept findet sich hingegen auf der Internetseite des BMG.[60]

Ausgangspunkt des Gesamthausansatzes ist die Überlegung, dass mit der Summe der in einem Jahr abgerechneten Bewertungsrelationen eine bestimmte Zahl an Vollkräften (VK) im Pflegedienst finanzierbar ist. Insofern könne anhand eines Quotienten aus der Summe der Bewertungsrelationen und der Zahl der beschäftigten Vollkräfte ein Sollwert errechnet werden, dessen Einhaltung von den Krankenhäusern verlangt wird.

Auch das Gesamthauskonzept des GKV-SV baut auf der Annahme auf, die im Pflegelast-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen würden den „Pflegeaufwand“ abbilden (ebd.: 2). Dass dies nicht der Fall ist, wurde bereits oben nachgewiesen und braucht nicht wiederholt zu werden. Hier soll vielmehr aufgezeigt werden, dass die dem ‚Gesamthausansatz‘ zugrundeliegende Vorstellung fehlerhaft ist.

Der im Gesamthausansatz und in § 137j SGB V vorgesehene Vergleich des Quotienten aus der Summe der Bewertungsrelationen nach

60 „In vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen gelten ab dem 1. Januar 2019 Personaluntergrenzen. Begleitet wird diese Maßnahme voraussichtlich ab 2020 von Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus – dem sogenannten ‚Ganzhausansatz‘ (BMG 2018h).

Pflegelast-Katalog und der durchschnittlichen Zahl an Vollkräften pro Jahr, lässt nur dann die Ableitung eines Sollwertes zu, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die durchschnittlichen Bruttopersonalkosten einer Vollkraft im Pflegedienst müssen in allen Krankenhäusern in Deutschland gleich hoch sein.
- Die durchschnittliche Netto-Arbeitszeit der Vollkräfte im Pflegedienst muss in allen Krankenhäusern identisch sein.
- Die Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges müssen alle Einnahmen eines Krankenhauses abdecken.

Bruttopersonalkosten: Die identische Höhe der durchschnittlichen Bruttopersonalkosten je VK (einschließlich Personalnebenkosten) ist erforderlich, weil im Falle unterschiedlich hoher durchschnittlicher Personalkosten auch die Zahl der mit einer gegebenen Summe an Erlösen finanzierbaren Vollkräfte unterschiedlich hoch ausfällt. Bei gleicher Erlössumme können in einem Krankenhaus mit überdurchschnittlichen Kosten je VK weniger Vollkräfte finanziert werden als in einem Krankenhaus mit unterdurchschnittlichen Personalkosten.

Diese erste Bedingung, identisch hohe Bruttopersonalkosten je VK, ist im Krankenausbereich eindeutig nicht erfüllt. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Gehaltstarifverträge und die vergütungsrelevanten Alters- und Qualifikationsstrukturen im Pflegedienst der Krankenhäuser weichen sich z. T. deutlich von einander ab.[61] Zudem variiert die Höhe der Bruttopersonalkosten aufgrund unterschiedlich hoher Personalnebenkosten (z. B. Sozialversicherungsbeiträge, Urlaubsgeld, die Gewährung betrieblicher Sozialleistungen wie beispielsweise Zusatzrenten, Betriebskindergarten etc.).

*Netto-Arbeitsze*it: Die Zahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt lässt lediglich einen Rückschluss auf die Bruttoarbeitszeit zu. Als Bruttoarbeitszeit wird die tarifvertragliche Arbeitszeit einer Vollzeitarbeitskraft bezeichnet. Von der Bruttoarbeitszeit zu unterscheiden ist die Nettoarbeitszeit. Damit ist die Arbeitszeit gemeint, die eine Vollzeitarbeitskraft tatsächlich zur Arbeitsleistung verfügbar ist. Da in der Regel Arbeitsausfallzeiten anfallen, liegt die Nettoarbeitszeit deutlich unter dem Wert der Bruttoarbeitszeit. Zu den Arbeitsausfallzeiten zählen alle Ausfallzeiten, für die ein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung besteht, dies sind insbesondere Urlaub, Krankheit, Schwangerschaftsurlaub etc. Die Zahl

61 Nach Auskunft der Gewerkschaft ver.di gibt es im Krankenausbereich mittlerweile mehr als 150 unterschiedliche Tarifverträge, darunter auch mehrere Dutzend Haustarifverträge. Altersstrukturen sind insofern sehr relevant, weil sich Tarifgruppen daran oder an Jahren der Berufserfahrung orientieren.

der Vollkräfte bildet nur die Bruttoarbeitszeit ab, für die Deckung des Pflegebedarfs oder für eine Messung des tatsächlich geleisteten Pflegezeitaufwandes ist jedoch die Nettoarbeitszeit maßgeblich. Da die Ausfallzeiten individuelle Unterschiede aufweisen und sich die durchschnittlichen Ausfallquoten von Krankenhäusern z. T. deutlich unterscheiden, kann von der Zahl der Vollkräfte nicht auf die tatsächlich verfügbare Nettoarbeitszeit und somit auch nicht auf den tatsächlich erbrachten Pflegezeitaufwand geschlossen werden. Ein Vergleich der geplanten Pflegepersonalquotienten zwischen verschiedenen Krankenhäusern erlaubt darum kein Urteil darüber, ob die Personalbesetzung zur Deckung des Pflegebedarfs oder ‚anfallenden Pflegeaufwandes' der Patienten ausreicht. Ein solcher Vergleich wäre nur anhand der krankenhausindividuell gemessenen tatsächlich geleisteten Nettoarbeitszeit sachgerecht. Das sieht § 137j SGB V jedoch nicht vor. Eine Umstellung der geplanten Pflegepersonalquotienten auf die durchschnittliche Nettoarbeitszeit je Krankenhaus dürfte kaum praktikabel sein, da sie zu einer erheblichen weiteren Verkomplizierung führen würde, nicht nur wegen des Aufwandes für die Erhebung und zentrale Erfassung der betreffenden Werte, sondern weil sich aufgrund der Vielzahl an Tarifverträgen auch die Bruttoarbeitszeit zwischen den verschiedenen Krankenhäusern unterscheidet.

Erfassung aller Einnahmen eines Krankenhauses: Auch die dritte Bedingung ist nicht erfüllt. Der Pflegelastkatalog erfasst nur die Erlöse aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten. Es gibt jedoch noch weitere Erlöse und eine Vielzahl an Zu- und Abschlägen auf Fallpauschalen.[62] Das DRG-Fallpauschalensystem ist keineswegs, wie vielfach angenommen, ein reines Fallpauschalensystem, sondern ein hoch kompliziertes Gebilde aus verschiedenen Entgeltformen und zahlreichen Zu- und Abschlägen sowie krankenhausspezifischen Regelungen und Ausnahmetatbeständen,[63] in dem die Fallpauschalen für den weit überwiegenden Teil der Krankenhäuser zwar den Großteil der Erlöse ausmachen, aber eben nicht die einzigen Erlösquellen sind.

Zudem erzielen Krankenhäuser auch Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten, die je nach Krankenhaus unterschiedlich hoch

62 Eine Übersicht des AOK-Bundesverbandes listet für das Jahr 2018 mehr als 30 unterschiedliche Zu- und Abschläge auf, darunter zahlreiche krankenhausindividuelle (AOK-Bundesverband 2018).

63 So sieht das Krankenhausfinanzierungsrecht beispielsweise Sonderregelungen für sogenannte „Besondere Einrichtungen" vor (§ 17b KHG; § 6 KHEntgG), deren Leistungen nicht durch bundesweit einheitliche Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vergütet werden, sondern durch sogenannte „sonstige Entgelte" nach § 6 KHEntgG, die für die jeweilige Einrichtung zu vereinbaren ist. Sonstige Einrichtungen könnten ganze Kliniken sein, aber auch einzelne Fachabteilungen oder Stationen in einem Krankenhaus, wie beispielsweise Palliativstationen oder Stationen für Schwerbrandverletzte.

ausfallen können. Während die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte auch für Versicherte der PKV gelten, fallen bei der Versorgung von Privatpatienten weitere, darüber hinausgehende Einnahmen an, wie die Erlöse für wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung), die mittlerweile in der Regel von den Kliniken in Rechnung gestellt werden, sowie die Zusatzeinnahmen für die Wahlleistung Unterkunft und Verpflegung (Ein- und Zweibettzimmer). Auch diese Einnahmen werden durch den Pflegelast-Katalog nicht erfasst.

Und nicht zuletzt erhalten vor allem viele kommunale Krankenhäuser Zuschüsse ihres Trägers zur Deckung von Defiziten, die aus der Unterdeckung insbesondere auch der Personalkosten resultieren. Auch diese Einnahmen werden durch den Pflegelast-Katalog nicht berücksichtigt.

Wenn aber die Einnahmen der Krankenhäuser nicht vollständig durch den Pflegelast-Katalog erfasst werden, dann hat das Auswirkungen auf die Aussagekraft des geplanten Pflegepersonalquotienten. Wenn ein relevanter Teil der Einnahmen von Krankenhäusern nicht erfasst wird, sind dies Mittel, aus denen auch Stellen im Pflegedienst finanzierbar sind und auch finanziert werden. Unterschiede in der Zahl der Vollkräfte können somit auch daraus resultieren, dass die Kliniken in unterschiedlichem Maße Einnahmen aus den oben erwähnten Quellen erzielen, die vom Pflegelast-Katalog nicht berücksichtigt werden.

Da alle drei Bedingungen nicht erfüllt sind, ist ein Vergleich der geplanten Pflegepersonalquotienten sachlich unzulässig. Die Pflegepersonalquotienten geben weder Auskunft darüber, ob und in welchem Maße die Personalbesetzung bedarfsgerecht ist oder dem zu deckenden Pflegeaufwand entspricht, noch erlauben sie Rückschlüsse darauf, ob die tatsächliche Ist-Besetzung der eigentlich finanzierbaren entspricht.

Diese erheblichen Schwächen des Gesamthausansatzes und des Systems von Pflegepersonalquotienten könnten, das sei hier nur am Rande angemerkt, besondere Relevanz erlangen, wenn ein Krankenhaus gegen die Anwendung des Pflegepersonalquotienten und die daraus abgeleiteten Sanktionen klagen sollte. Es erscheint sehr zweifelhaft, ob die Regelungen des Pflegepersonalquotienten angesichts der vorstehend aufgezeigten Fehler und Schwächen einer gerichtlichen Überprüfung standhalten können.

Insgesamt bleibt nur eine Schlussfolgerung: Der geplante § 137j SGB V ist verfehlt und sollte ersatzlos gestrichen werden.

Diese Konsequenz zu ziehen ist zudem auch deshalb notwendig, weil die Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V nicht ergänzen, sondern in Konkurrenz dazu treten und Verwirrung stiften werden. Wenn § 137j SGB V so wie geplant in Kraft treten würde und das BMG auf dessen Grundlage einen

Pflegepersonalquotienten als Untergrenze festsetzt, träte diese Untergrenze in Konkurrenz zu weiterhin geltenden Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V. § 137i SGB V verlangt die Vorgabe von Untergrenzen in Form von Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen pro Schicht und Fachabteilung oder Station. § 137j SGB V verlangt die Festlegung einer einzigen Untergrenze für das gesamte Krankenhaus, allerdings nicht in Form einer Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl pro Schicht, sondern als Quotient aus der Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen nach Pflegelast-Katalog und der Zahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Selbst wenn beide Verhältniszahlen identische Zähler und Nenner aufweisen würden, wäre eine solche Parallelität in hohem Maße verwirrend und würde zu Rechtsunsicherheit führen, da die Frage unbeantwortet bliebe, welche der beiden Vorgaben wann gilt und einzuhalten ist.

Das Problem könnte auch nicht dadurch gelöst werden, dass für Fachabteilungen, für die eine Pflegepersonaluntergrenze gemäß § 137i SGB V festgelegt wurde, diese Untergrenze gilt, und für alle anderen die Untergrenze nach § 137j SGB V. Denn die Untergrenze nach § 137j SGB V wird auf Grundlage der abgerechneten Bewertungsrelationen aller Fachabteilungen errechnet und somit auch der Fachabteilungen, für die Untergrenzen nach § 137i SGB V gelten. Bei einer parallelen Geltung beider Arten von Untergrenzen müsste auf jeden Fall der Anteil der unter § 137i SGB V fallenden Fachabteilungen aus dem Quotienten nach § 137j SGB V herausgerechnet werden.

Die Verwirrung würde aber noch dadurch gesteigert, dass es sich um zwei grundverschiedene Verhältniszahlen handelt, die grundverschiedene Berechnungsgrundlagen und auch verschiedene organisatorische Bezugsgrößen (einzelne Fachabteilung vs. gesamtes Krankenhaus) aufweisen.

Wenn § 137i SGB V unverändert bestehen bleibt und die 2020 in Kraft tretende Vereinbarung und § 137j SGB V so wie geplant in Kraft treten, würde von den Krankenhäusern die Einhaltung von zwei parallel geltenden Vorgaben verlangt. Es könnte der Fall auftreten, dass ein Krankenhaus zwar die Untergrenzen nach § 137i SGB V einhält, die nach § 137j SGB V aber nicht, oder auch der umgekehrte Fall. Es hat den Anschein, als ob die Konstrukteure des § 137j SGB V die gesamte Thematik und vor allem die Komplexität der bereits jetzt absehbaren Probleme weder hinreichend durchdacht haben, noch dass es ihnen gelungen ist, ein in sich logisches und kohärentes Regelungssystem zu konstruieren.

Betrachtet man das geplante Gesamtsystem an Regulierungen zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, drängt sich der

Eindruck auf, dass es sich nicht nur um ein kompliziertes, sondern in zentralen Bereichen um ein verworrenes Gebilde handelt.

Abschließend soll noch auf den Eindruck zurückgekommen werden, der oben bei der Analyse des geplanten Systems aus Pflegepersonalkostenvergütung und Pflegeentgeltwerten entstanden ist. Die Analyse hatte zu dem Ergebnis geführt, dass die vorgesehene Systematik den Verdacht nahelegt, dass mit ihr die Einführung eines Systems bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen vorbereitet werden soll. Dieser Verdacht erhärtet sich, wenn man die Konstruktion des Pflegepersonalquotienten einbezieht. Der Quotient soll das Verhältnis der Zahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt zur Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen nach Pflegelast-Katalog pro Jahr ausdrücken. Der Quotient soll für einen Vergleich zwischen den Krankenhäusern genutzt und die geplante Untergrenze soll auf Grundlage einer Auflistung der Quotienten aller Krankenhäuser festgelegt werden.

Dahinter steht die Vorstellung, dass bei identischer Summe an Bewertungsrelationen auch eine identische Zahl an Vollkräften finanzierbar ist. Das ist aber nur dann der Fall, wenn diese Bewertungsrelationen auch mit einem bundesweit einheitlichen Pflegeentgeltwert multipliziert werden. In einem System von Pflegeentgeltwerten, die auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten berechnet werden, sind die Quotienten der Krankenhäuser nicht vergleichbar, da die Pflegeentgeltwerte unterschiedlich hoch sind. Bei gleicher Summe an Bewertungsrelationen fallen die krankenhausindividuellen Einnahmen je nach Höhe des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes unterschiedlich aus.

Offenbar greift der geplante Pflegepersonalquotienten bereits einem zukünftigen System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen vor, in dem sich – analog zum DRG-System – der Zahlbetrag einer Pauschale aus der Multiplikation der im Pflegelast-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit einem bundesweit geltenden Pflegeentgeltwert ergibt. Was oben nur als Verdacht bezeichnet wurde, verdichtet sich angesichts dieser Zusammenhänge zunehmend zu einer Gewissheit.

Weiterführung des Pflegestellen-Förderprogramms

Das zweite Pflegeförderprogramm läuft Ende 2018 aus. Es soll durch das PpSG um ein Jahr verlängert und in zentralen Punkten verändert werden.

- Die bisherige ‚Förderung' in Höhe von 90 % soll durch eine vollständige Refinanzierung zusätzlicher und aufgestockter Stellen ersetzt werden.[64]
- Die bisherige Obergrenze für die Summe der Fördermittel je Krankenhaus soll entfallen.[65]
- Die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms sollen nach gegenwärtig geltendem Recht ab 2019 in den Pflegezuschlag überführt werden. Dadurch würden die zuvor nur einzelnen Krankenhäusern gezahlten Mittel auf alle verteilt, auch an solche, die keine zusätzlichen Stellen geschaffen haben oder sogar Stellen abgebaut haben. Diese Vorschrift soll aufgehoben werden. Die den einzelnen Krankenhäusern gezahlten Mittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm sollen dem jeweiligen Krankenhaus verbleiben.

Mit diesen Änderungen wird die Ankündigung umgesetzt, dass ab 2019 jede zusätzliche Stelle im Pflegedienst voll finanziert werden soll. Alle geplanten Vorschriften dieses Regulierungskomplexes erscheinen sinnvoll und hilfreich für eine Verbesserung der Situation im Pflegedienst.

Ausgleich der durch Tariferhöhungen verursachten Personalkostensteigerungen

Die Personalkostensteigerungen aufgrund von Tariferhöhungen wurden bei der jährlichen Weiterentwicklung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte in den ersten Jahren nach DRG-Einführung nicht ausgeglichen. Seit einigen Jahren erfolgt ein teilweiser Ausgleich. Werden die Tariferhöhungen nicht oder nur teilweise zeitnah erstattet, führt dies zur systematischen Unterdeckung der Personalkosten und erhöht das Risiko von Defiziten. Um diese zu vermeiden, griffen Krankenhäuser häufig dazu, die ungedeckten Mehrkosten durch Stellenabbau auszugleichen. Dies traf in besonderem Maße auch den Pflegedienst.

Ein Programm, das zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst führen soll, muss auch eine vollständige Refinanzierung der Tariferhöhungen beinhalten. Insofern ist es folgerichtig, dass der Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes eine vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen durch Tariferhöhungen für den Pflegedienst vorsieht.[66] Zu dem eigentlich notwendigen Schritt, eine solche vollständige Refinanzierung auch für alle anderen Personalkosten

64 Art. 9 Nr. 2d: § 4 Abs. 8 KHEntgG.
65 Art. 9 Nr. 2d: § 4 Abs. 8 KHEntgG.
66 Art. 9 Nr. 8: § 10 Abs. 5 KHEntG.

zu gewähren, konnte sich die Regierungskoalition allerdings nicht entscheiden. Insofern werden Krankenhäuser weiterhin für die Einhaltung von Flächentarifverträgen und Zahlung tariflicher Gehälter und Löhne durch Kostenunterdeckungen bestraft.

Hier lässt die Regierungspolitik zudem die notwendige Konsistenz vermissen, denn für den Bereich der Pflegeeinrichtungen wurde sehr wohl die Refinanzierung tariflicher Bezahlung als erforderlich anerkannt.

Auslaufen des Pflegezuschlages

Zur Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser war 2013 ein sogenannter ‚Versorgungszuschlag' mit einem Gesamtvolumen von 500 Mio. Euro eingeführt worden. Das Geld wurde über einen Zuschlag auf alle Fallpauschalen an alle Krankenhäuser im Geltungsbereich des DRG-Systems ausgezahlt. Der Zuschlag sollte ursprünglich Ende 2016 entfallen. Im Rahmen des KHSG 2015 wurde er in „Pflegezuschlag" umbenannt und sollte ab 2016 zur Finanzierung der Personalkosten des Pflegedienstes dienen. Die Mittel wurden weiterhin als Zuschlag auf alle Fallpauschalen ausgezahlt, dessen Höhe sich seit 2016 allerdings nach dem Anteil des einzelnen Krankenhauses an der Gesamtzahl der Pflegekräfte bundesweit richtet.

Der PpSG-Entwurf sieht vor, dass der Pflegezuschlag Ende 2019 ausläuft.[67] Begründet wird dies damit, dass die Personalkosten, die gegenwärtig mit dem Pflegezuschlag finanziert werden, ab 2020 über das Pflegebudget vergütet werden (BMG 2018b: 89). Diese Begründung erscheint insofern plausibel, als die Beibehaltung des Pflegezuschlages zu einer Doppelfinanzierung der Pflegepersonalkosten führen würde. Ein Problem für die Krankenhäuser ist allerdings, dass die Mittel des Versorgungszuschlages für die verschiedensten Zwecke eingesetzt wurden, nicht nur für Pflegepersonalkosten, und der Pflegezuschlag nicht zweckgebunden war bzw. ist. Insofern wird eine Streichung des Pflegezuschlages Finanzierungslücken bei anderen Kostenarten zur Folge haben.

Aus Sicht der Pflege ist das geplante Finanzierungssystem mit einem zweckgebundenen und auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten vereinbarten Pflegebudget grundsätzlich besser geeignet, die Situation zu verbessern. Die Frage wird sein, ob die Regierungskoalition bereit ist, den Krankenhäusern eine finanzielle Kompen-

67 Art. 8 Nr. 1: § 8 Abs. 10 KHEntgG.

sation für die durch Streichung des Pflegezuschlages entstehenden Finanzierungslücken in anderen Bereichen zu gewähren.

Zwischenfazit

Der Entwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz enthält mehrere Regelungskomplexe, die zu einer deutlichen Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser beitragen können. Dazu gehören vor allem die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen und die Einführung eines gesonderten Pflegebudgets, das auf Grundlage der tatsächlichen Personalbesetzung und Personalkosten des einzelnen Krankenhauses vereinbart wird. Die Verlängerung des Pflegestellen-Förderprogramms mit geänderten Bedingungen zählt ebenfalls dazu. Die vollständige Finanzierung zusätzlicher Stellen und der Verbleib der Mittel im jeweiligen Krankenhaus auch nach dem Ende der Programmlaufzeit kann dazu beitragen, dass sich mehr Kliniken als bislang an dem Programm beteiligen. Die vollständige Refinanzierung der Mehrkosten im Pflegedienst durch Tariferhöhungen kann dazu beitragen, dass Tarifsteigerungen nicht mehr durch Stellenabbau kompensiert werden.

Die positive Bewertung der Einführung eines gesonderten Pflegebudgets ist allerdings wegen des geplanten Systems aus Pflegepersonalkostenvergütungen und Pflegeentgeltwerten stark einzuschränken. Diese Konstruktion vermittelt den Eindruck, dass mittelfristig die Einführung bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen geplant ist. Die Finanzierung auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten wäre dann nur eine kurze Episode und die negativen Wirkungen des Fallpauschalensystems auf die Pflege im Krankenhaus würden durch ein neues System pauschalierter Entgelte wieder eingeführt und die bis dahin nicht beseitigte Unterbesetzung in die Zukunft fortgeschrieben. Den Verdacht, dass die mittelfristige Umstellung auf ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen geplant ist, könnte die Regierungskoalition dadurch ausräumen, dass sie die entsprechenden Regelungen aus dem Gesetzentwurf entfernt und die Abzahlung der Pflegebudgets durch krankenhausindividuelle Pflegesätze beschließt. Wenn sie dies nicht macht, wird es ihr schwerfallen, das verlorene Vertrauen der Berufsgruppe der Pflegekräfte im Krankenhaus zurückzugewinnen.

Vollkommen verfehlt ist die geplante Einführung des sogenannten Pflegepersonalquotienten. Das in § 137j SGB V enthaltene Regulierungssystem ist offensichtlich nicht hinreichend durchdacht, baut auf falschen Annahmen auf und wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Verwir-

rung führen. Vor allem aber entspricht die Behauptung, der Pflegepersonalquotient bilde das Verhältnis von Pflegevollkräften zu Pflegeaufwand eines Krankenhauses ab, nicht der Wahrheit. Da der Pflegelast-Katalog weder den Pflegebedarf noch den tatsächlich erbrachten Pflegeaufwand der Patienten einer DRG abbildet, erlaubt auch der Pflegepersonalquotient keine Antwort auf die Frage, in welchem Verhältnis die Personalbesetzung eines Krankenhauses zum Pflegebedarf oder erbrachten Pflegeaufwand seiner Patienten steht. Der Quotient ist vollkommen verfehlt und § 137j SGB V sollte darum ersatzlos gestrichen werden.

Zwischenbetrachtung

Die bisherigen Kapitel der vorliegenden Expertise haben einen Überblick über die historische Entwicklung der Stellenbesetzung und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser gegeben und die aktuell geplanten Maßnahmen der Regierungskoalition vorgestellt und einer kritische Analyse unterzogen.

Als zentrales Ergebnis kann festgehalten werden, dass es seit mittlerweile mehr als zwei Jahrzehnten eine Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser gibt. Nach einer kurzen Phase der Besserung durch Stellenzuwächse infolge der Anwendung der Pflege-Personalregelung (PPR) in den Jahren 1993 bis 1995 trat eine lange Phase des Stellenabbaus ein, der im Vorfeld und während der Einführung des DRG-Systems eine bis dahin nicht gekannte Dimension erreichte. Seit 2008 ist zwar bundesweit ein Stellenzuwachs zu verzeichnen, der bislang allerdings bei weitem nicht ausreicht, eine ausreichende Personalbesetzung zu gewährleisten. Die in der vorliegenden Studie vorgestellte Schätzung kam zu dem Ergebnis, dass die gegenwärtige Personalbesetzung mit hoher Wahrscheinlichkeit um mehr als 100.000 Vollkräften unter den Niveau liegt, das für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung erforderlich wäre.

Seit 2007/2008 fordern sowohl die Gewerkschaft ver.di als auch führende Pflegeverbände staatliche Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst sicherstellen können. Diese Forderung wurde bislang nicht erfüllt. Zwar wurden Mittel für die Finanzierung zusätzlicher Stellen bereitgestellt, diese waren jedoch nicht ausreichend, um die Lücke zwischen bedarfsgerechter Soll-Besetzung und tatsächlich vorgehaltener Ist-Besetzung zu schließen. Vor allem aber waren weder das erste noch das zweite Pflegeförderprogramm oder die Umwandlung des Versorgungsschlags in einen Pflegezuschlag mit Vorgaben zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung verbunden.

Die 2018 gebildete Regierungskoalition hat nun Maßnahmenpakete vorgelegt, die nach ihrer Auffassung geeignet sind, die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser spürbar zu verbessern. In der Tat enthält der Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes eine Reihe Regelungen, die zu einer deutlichen Verbesserung beitragen können. Die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung enthaltenen Vorschriften und Pflegepersonaluntergrenzen sind jedoch vollkommen ungeeignet, die seit mehr als 10 Jahren bestehende Forderung zu erfüllen. Wie in der vorliegenden Studie aufgezeigt, ist es auch gar nicht das Ziel des BMG, mit der Verordnung eine bedarfsgerechte Personalbesetzung

sicherzustellen. Die Vorgaben sollen lediglich ein Besetzungsminimum für wenige Fachabteilungen auf sehr niedrigem Niveau durchsetzen.

Der im Entwurf eines PpSG enthaltene Pflegepersonalquotient soll diese unterhalb des notwendigen Niveaus angesetzten Pflegepersonaluntergrenzen um eine weitere Untergrenze ‚ergänzen', die für das gesamte Krankenhaus gilt. Wie gezeigt, handelt es sich bei dem geplanten Pflegepersonalquotienten jedoch um eine Verhältniszahl, die entgegen der Darstellung des BMG weder einen Rückschluss auf das Verhältnis zwischen Ist-Besetzung und anfallendem Pflegeaufwand erlaubt, noch eine Antwort, ob die Zahl der vorgehaltenen Vollkräfte im Jahresdurchschnitt dem entspricht, was mit den Einnahmen aus dem Pflegepersonalkostenanteil an den Fallpauschalen finanzierbar wäre.

Da der geplante Vergleich der Quotienten aller Krankenhäuser nur dann einen Sinn ergibt, wenn die Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges bei allen Krankenhäusern mit einem bundesweit einheitlichen Pflegeentgeltwert multipliziert werden, erhärtet dies den Eindruck, dass die Einführung eines Systems bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen geplant ist. Ob dieser Eindruck täuscht oder richtig ist, wird sich vermutlich erst in einigen Jahren zeigen. Die Regierungskoalition könnte einem solchen Eindruck allerdings bereits jetzt begegnen, indem sie den geplanten Pflegepersonalquotienten streicht und für die Abzahlung des Pflegebudgets nicht den Pflegelast-Katalog und einen Pflegeentgeltwert vorsieht, sondern einen auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten kalkulierten und vereinbarten Pflegesatz.

Die in der vorliegenden Studie enthaltene Analyse führte zu dem Ergebnis, dass das geplante System von Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst in seiner Gesamtheit hochgradig kompliziert, verwirrend und in relevanten Teilen auch verworren ist. Vor allem aber ist es eines: Die Verweigerung staatlicher Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sicherstellen können. Statt bedarfsgerechter Vorgaben wurde ein System konstruiert, das selbst für Experten in seiner ganzen Kompliziertheit und Verworrenheit kaum durchschaubar sein dürfte.

Dabei könnte eine staatliche Regulierung, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen kann, erheblich einfacher konstruiert und auch für interessierte Laien nachvollziehbar sein. Als Beispiel dafür, dass dies keine weltferne und naive Vorstellung ist, kann auf die Pflege-Personalregelung (PPR) und die noch heute geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) verwiesen werden. Beide Rechtsvorschriften waren bzw. sind auch für die Beschäftigten verständlich, die im Anwendungsbereich der beiden Vorschriften tätig sind. Beispiele für relativ einfache Rechtsvorschriften zur Regulierung der Personalbeset-

zung im Pflegedienst lassen sich auch in den USA und Australien finden (Simon/Mehmecke 2017).

Da die gegenwärtige Regierungskoalition und das BMG bislang nicht bereit sind, der Forderung nach bedarfsgerechten Personalvorgaben zu entsprechen und ein geeignetes Regulierungsmodell zu entwickeln und vorzustellen, erscheint es notwendig, unabhängig davon Überlegungen zu möglichen Regulierungsmodellen anzustellen, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sicherstellen können. Ein solches Regulierungsmodell wird im folgenden Kapitel in seinen Grundzügen und zwei unterschiedliche Varianten vorgestellt.

Grundzüge eines Systems bedarfsgerechter Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser

Seit mehr als zehn Jahren wird sowohl von gewerkschaftlicher Seite als auch von maßgeblichen Berufsverbänden der Pflege die Einführung staatlicher Vorgaben zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser gefordert. Erst Anfang 2017 wurde darauf mit der Entscheidung für die Einführung sogenannter ‚Pflegepersonaluntergrenzen' reagiert und Mitte 2017 mit dem § 137i SGB V eine entsprechende Rechtsvorschrift beschossen. Wie in der vorliegenden Studie aufgezeigt, sind jedoch weder die beauftragten Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), noch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereit, auf Grundlage des Mitte 2017 beschossenen § 137i SGB V Vorgaben zu vereinbaren bzw. in einer Verordnung festzulegen, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen können.

Mittlerweile wird die Forderung nach bedarfsgerechten Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser von zahlreichen maßgeblichen Organisationen und Verbänden erhoben, darunter (vgl. APS/DGB/DPR 2018; VLKKD 2018)

- die Gewerkschaft ver.di
- der DGB
- der Deutsche Pflegerat (DPR)
- die anerkannten Organisationen der Patientenvertretung
- das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- der Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands
- das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung.

In einem bemerkenswerten Beschluss vom 30. August sprach sich sogar der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ausdrücklich für Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage eines am individuellen Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungsinstrumentes aus:

> „Aus Gründen der besseren Versorgung der Versicherten und der Patientensicherheit begrüßt die gesetzliche Krankenversicherung die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen. Grundlage hierfür muss ein am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes sowie arbeits- und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument sein, welches verpflichtend anzuwenden ist. Baldmöglichst sollten die Krankenhäuser verpflichtet werden, für jede Schicht und für jede Station die Einhaltung der Untergrenzen nachzuweisen und transparent zu machen. Angaben zu monatsbezogenen Durchschnittswerten verschleiern Patientengefährdungen, da unterbesetzte Schichten durch überbesetzte Schichten rechnerisch kompensiert werden können. Dies ist inakzeptabel“ (Verwaltungsrat GKV-SV 2018).

Bislang verweigert das BMG jedoch Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen können, und lässt die Regierungskoalition nicht erkennen, dass sie solche Vorgaben auf dem gesetzlichen Weg einführen will.

Auch wenn die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung so wie vorgelegt erlassen und die im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz enthaltenen Regelungen zur Einführung von Pflegepersonalquotienten beschlossen werden sollten, wird damit die Diskussion nicht beendet sein. Die Forderung nach einer staatlichen Verpflichtung zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser wird weiter im Raum stehen, und es ist damit zu rechnen, dass die Unzufriedenheit unter Pflegekräften eher zunehmen wird.

Immerhin hat die Entscheidung für die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und die Verabschiedung des § 137i SGB V dazu geführt, dass die an den Beratungen über die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen beteiligten Organisationen und Verbände sich in ihren Positionen immer weiter angenähert haben und sich zunehmend darin einig wurden, dass Vorgaben notwendig sind, die sich am individuellen Pflegebedarf der Patienten orientieren, und dass dies den Einsatz eines pflegefachlich anerkannten Instrumentes zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs erfordert.

Da das BMG aber leider nicht bereit ist, ein solches Regelungssystem zu entwickeln und in Kraft zu setzen, ist es notwendig, ein geeignetes Regulierungsmodell unabhängig vom Gesundheitsministerium und von der Regierungskoalition zu entwickeln. Dies erscheint auch deshalb notwendig, damit die Kritik an den aktuell geplanten Maßnahmen nicht beim Aufzeigen von Fehlentwicklungen und Konstruktionsfehlern stehen bliebt, sondern konstruktiv gewendet und mit eigenen Vorschlägen für ein alternatives Regulierungsmodell verbunden werden kann.

Nachfolgend werden die Grundzüge eines Regulierungsmodells mit zwei unterschiedlichen Varianten vorgestellt. Beide Varianten verbindet, dass sie auf einem Verfahren aufbauen, das zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten und davon abgeleiteten Personalbe-

darfs einer Station eingesetzt wird. Wegen des gemeinsamen Kerns werden beide Modelle auch nur als Varianten eines Regulierungsansatzes begriffen.

Bevor die beiden Modellvarianten vorgestellt werden, soll jedoch zunächst ein kurzer Blick auf Regulierungsansätze in den USA und Australien und auf die Zeit der Anwendung der Pflege-Personalregelung (PPR) geworfen werden.

Vorbemerkungen

Der 2017 beschlossene § 137i SGB V verweist in seiner Begründung ausdrücklich auf Regulierungsansätze in den USA und Australien, indem vorgegeben wird, dass Pflegepersonaluntergrenzen als Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl pro Schicht und angelehnt an sogenannte nurse-to-patient ratios festzulegen sind. Anfang 2017 war eine im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung erstellte Studie erschienen, die einen internationalen Überblick über Modelle staatlicher Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser gab. Dabei wurde der Blick besonders auf die USA und Australien gerichtet, wo die am weitesten entwickelten Regulierungen und längsten Erfahrungen mit entsprechenden Vorschriften anzutreffen sind (Simon/Mehmecke 2017).

Die Informationen über das Regulierungsmodell der nurse-to-patient ratios beeinflussten anscheinend auch die Entscheidung für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in Form von Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen pro Schicht, denn in der Begründung zu § 137i SGB V wurde darauf explizit als Vorbild verwiesen.[68] Allerdings wurde das Regulierungsmodell offenbar nur unvollständig rezipiert, denn es umfasst sowohl in den USA als auch in Australien mehr als nur die Festsetzung von Verhältniszahlen. Ein sehr wesentlicher und zentraler Bestandteil dieses Regulierungsmodells ist die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Anwendung eines Instrumentes zur Ermittlung des Pflegebedarfs und Vorhaltung der damit errechneten bedarfsgerechten Personalbesetzung.

Der Blick zurück auf die Zeit der Geltung der PPR erscheint angebracht, um deutlich zu machen, dass sie in den 1990er Jahren eine breite Akzeptanz in der Pflege genoss und ihre Aufhebung gegen den erklärten Widerstand der Pflegeverbände erfolgte. Damit soll anderslau-

68 „Die zu treffenden Vorgaben sind im Verhältnis Patient pro Pflegekraft als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios“, darzustellen“ (BT-Drs. 18/12604: 92).

tenden Darstellungen begegnet werden, wie sie beispielsweise bereits in die große Beratungsrunde gemäß § 137i SGB V eingebracht wurden.

Von anderen Staaten lernen: Beispiele aus den USA und Australien

Staatliche Vorschriften für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sind in einer Vielzahl von Staaten und in sehr unterschiedlicher Form anzutreffen (Simon/Mehmecke 2017). Das international wohl bekannteste und am weitesten entwickelte Modell sind sogenannte nurse-to-patient ratios. Unter den Staaten, die nurse-to-patient ratios vorgeben, dürfte Kalifornien wohl das prominenteste Beispiel sein. Weniger bekannt ist, dass in Australien ebenfalls mehrere Bundesstaaten Vorgaben in Form von nurse-to-patient ratios machen, und Australien eine lange Tradition der Regulierung der Personalbesetzung durch tarifvertragliche Vereinbarungen hat.

Kalifornien war in den USA einer der ersten Staaten, der staatliche Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erließ. Bereits 1975 wurde eine erste nurse-to-patient ratio von 1:2 für Intensivstationen festgesetzt (hierzu sowie zu den nachfolgenden Darstellungen vgl. Simon/Mehmecke 2017). Als Reaktion auf einen in vielen Krankenhäusern stattfindenden Stellenabbau verpflichtete Kalifornien 1997 alle Krankenhäuser zur Anwendung eines Instrumentes zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten. Da dies allein für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung jedoch nicht ausreichte, wurde 1999 ein Gesetz beschlossen, das das kalifornische Gesundheitsministerium zum Erlass einer Verordnung ermächtigte, mit der nurse-to-patient ratios für alle Bereiche vorgegeben werden sollten. Die Verordnung wurde schließlich 2004 nach ausführlichen Beratungen und Anhörungen von Verbänden und auch Pflegekräften aus der Praxis in Kraft gesetzt (CDHS 2004).

Im Zentrum der Verordnung stehen Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen nicht nur für den Bereich der Stationen, sondern auch für weitere Bereiche, in denen Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung tätig sind und eine ausreichende Personalbesetzung für die Patientenversorgung als notwendig angesehen wird (Tab. 4). Die seit 2003 geltenden Verhältniszahlen unterscheiden sich mit Werten für die Normalstationen zwischen 1:4 bis 1:6 deutlich von den für Deutschland geplanten Werten von 1:10 oder 1:11, wobei allerdings zu bedenken ist, dass es z. T. deutliche Unterschiede in der Organisation und Patientenstruktur zwischen deutschen und US-amerikanischen Krankenhäusern gibt. Internationale

Vergleiche von Kennzahlen sind ohnehin grundsätzlich hoch problematisch und sollten nur unter dem Vorbehalt interpretiert werden, dass sich Gesundheitssysteme in vielfältiger Weise unterscheiden und insofern die meisten Kennzahlen kaum vergleichbar sind.

Für die deutsche Diskussion sollte weniger die festgelegte Höhe der nurse-to-patient ratios wichtig sein, als die Tatsache, dass das beschlossene Regulierungssystem deutlich mehr als nur die Festlegung von Verhältniszahlen umfasst. Von besonderer Bedeutung für die gegenwärtige Diskussion in Deutschland dürfte dabei die Vorgabe sein, dass es sich bei den beschlossenen Verhältniszahlen nur um Mindestbesetzungen handelt, die allerdings zu jeder Zeit (jeden Tag und jede Schicht) einzuhalten sind. Die bereits 1997 eingeführte Verpflichtung zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten blieb weiter bestehen. Ergibt die Ermittlung des Pflegebedarfes, dass die Mindestbesetzung nicht zur Deckung des Bedarfs ausreicht, sind die Kliniken verpflichtet, das über die Mindestbesetzung hinaus zur Deckung des Pflegbedarfs erforderliche Personal vorzuhalten. Auf die anderen zur Regulierung gehörenden Vorschriften wird hier nicht näher eingegangen, sie können an anderer Stelle nachgelesen werden (Simon/Mehmecke 2017).

Tabelle 4: Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen des US-Bundesstaates Kalifornien

Art der Einheit	**2004**	**2008**
Intensivstationen[1)]	1:2	unverändert
OP (pro Saal)	1:1	unverändert
Geburtshilfe		
Versorgung Schwangerer: nach Einsetzen der Wehen	1:2	unverändert
Versorgung Schwangerer: vor Einsetzen der Wehen	1:4	unverändert
Versorgung nach der Geburt: Mutter-Kind-Einheiten	1:4	unverändert
Versorgung nach der Geburt: nur Mütter	1:6	unverändert
Kombinierte Einheit für vor- und nachgeburtliche Versorgung	1:3	unverändert
Pädiatrie	1:4[2)]	unverändert
Aufwachraum	1:2	unverändert
Notfallaufnahme	1:4	unverändert
Schwerkranke	1:2	unverändert
Schwerunfallverletzte	1:1	unverändert
Intermediate Care Einheit	1:4	1:3
Intensivüberwachung	1:5	1:4
Normalstationen ohne Fachgebietszuordnung[3)]	1:6	1:5[4)]
Normalstationen mit Fachgebietszuordnung	1:5	1:4
Psychiatrie	1:6	unverändert

1) Intensivstationen einschließlich Verbrennungszentren und neonatologischen Intensivstationen
2) mindestens eine davon muss über eine Triage-Ausbildung verfügen
3) Gemischte Stationen (medizinisch/chirurgisch) für Patienten mit geringerem Pflegebedarf
4) Neufassung ab 2005.

Hinweis: Bereits vor Inkrafttreten der Regulierung war geplant, die Verhältniszahlen für bestimmte Bereiche in den Jahren 2005 bzw. 2008 anzuheben, um die Personalausstattung dieser Bereiche zu verbessern (CDHS 2003: 3).

Quelle: CDHS, California Department of Health Services.

Ein anderes, ebenfalls für die gegenwärtige Diskussion in Deutschland sehr interessantes Regulierungsmodell wird von gut einem Dutzend anderer US-Staaten angewendet. Dieses Regulierungsmodell sieht keine Vorgabe verbindlich einzuhaltender nurse-to-patient ratios vor, sondern es verpflichtet die Krankenhäuser unter maßgeblicher Beteiligung des Pflegepersonals von Station, für eine ausreichende und bedarfsgerechte Personalbesetzung zu sorgen. So sind beispielsweise im Bundesstaat Oregon seit 2001 alle Krankenhäuser verpflichtet, eine Stellenplankommission (nurse staffing committee) einrichten, die zur Hälfte aus Mitgliedern des Krankenhausmanagements und zur anderen Hälfte aus Pflegefachkräften von Station besteht. Da die Kommission zur Hälfte mit Pflegekräften von Station besetzt ist und keine unparteiischen Mitglieder vorgesehen sind, können Entscheidungen der Kommission nur mit Zustimmung der Pflegekräfte und nicht gegen sie getroffen werden.

Die Kommission hat die Aufgabe, einen schriftlich dokumentierten Stellenplan für alle Stationen zu erstellen, mit dem das Ziel einer bedarfsgerechten Personalbesetzung erreicht werden kann. Um die notwendige Besetzung feststellen zu können, ist ein geeignetes Instrument zur Ermittlung des Pflegebedarfs einzusetzen. Die Entscheidung über die Auswahl des Instrumentes trifft die Kommission.

Der Stellenplan hat für alle Stationen eine Mindestbesetzung vorzuschreiben, in der Regel in Form von nurse-to-patient ratios. Das Gesundheitsministerium des Bundesstaates überwacht die Einhaltung und ist berechtigt, Sanktionen gegen Krankenhäuser zu verhängen, die die Vorgaben nicht einhalten. Die Sanktionen können bis zum Entzug der Zulassung des Krankenhauses reichen.

Bemerkenswert an diesem Regulierungsmodell dürfte insbesondere sein, dass es den Pflegekräften vor Ort einen erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Stellenpläne und somit der Personalbesetzung gewährt.

Eine durchaus ähnliche Tradition ist in Australien anzutreffen. Dort beinhalten die Tarifverträge für Pflegepersonal seit langem nicht nur Gehaltsvereinbarungen, sondern auch Vereinbarungen über die Arbeitsbelastung und in diesem Zusammenhang auch die Personalbesetzung. Tarifverträge in allen Bundesstaaten beinhalten solche Vorgaben, z. T. in Form von nurse-to-patient ratios, z. T. in Form von Vorgaben in Form einer Kennzahl, die als von „Nursing Hours Per Patient Day" (NHHPD) bezeichnet werden und die festlegen, wie viele Stunden Pflegearbeitszeit pro Tag und Patient tatsächlich auf den Stationen und somit für die direkte Pflege verfügbar zu sein hat (vgl. exemplarisch die Erläuterungen zum Bundesstaat New South Wales in Simon/Mehmecke 2017: 65-73). Interessant für die nachfolgend vorgestellten Vorschläge für ein Regulierungsmodell in Deutschland ist insbesondere auch, dass die Vereinbarung in New South Wales, wie auch andere, eine wechselseitige Umrechnung von NHHPD in nurse-to-patient ratios und umgekehrt beinhalten. Wie hier an späterer Stelle gezeigt wird, sind Pflegeaufwandszeiten, z. B. PPR-Minuten, relativ einfach in Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen (Pflegepersonaluntergrenzen) und umgekehrt umzurechnen.

Bis Ende 2016 hatten zwei Bundesstaaten (Victoria, Queensland) auf Grundlage zuvor bestehender tarifvertraglicher Vereinbarungen staatliche Rechtsvorschriften in Form von nurse-to-patient ratios erlassen (ebd.: 49-65). Deren Höhe bewegt sich weitgehend auch auf dem Niveau der Vorgaben des US-Bundesstaates Kalifornien (Tab. 5). Es wird erwartet, dass in den nächsten Jahren weitere Bundesstaaten staatliche Vorschriften erlassen. Die bisherigen staatlichen Vorschriften lassen die gewerkschaftlichen Wurzeln noch deutlich erkennen. So schreiben sie für die Festlegung von Stellenplänen die Bildung einer Kommission vor, die von der jeweiligen Krankenhausleitung und der zuständigen Gewerkschaft zu besetzen ist.

Über die USA und Australien hinaus konnten im Rahmen der erwähnten Studien staatliche Vorschriften für die Personalbesetzung im Krankenhaus auch in mehreren asiatischen Staaten sowie in Belgien finden.

Diese nur knappen und kursorischen Darstellungen lassen erkennen, dass es für eine Regulierung, durch die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erreicht werden soll, international unterschiedliche Ansätze und Modelle gibt. Für die deutsche Diskussion erscheint es wichtig festzuhalten, dass die in den USA und Australien anzutreffenden Regulierungsansätze, die nurse-to-patient ratios einsetzen, im Kern aus zwei Elementen bestehen:

- Eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Anwendung eines pflegefachlich anerkannten Verfahrens zur Ermittlung des individuellen

Pflegebedarfs der Patienten und des davon abgeleiteten Personalbedarfs der Stationen und

- die Vorgabe von Mindestbesetzungen in Form von Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen oder Netto-Pflegearbeitszeit pro Schicht oder Tag.

Tabelle 5: Nurse-to-Patient Ratios des Bundesstaates Victoria (Australien)

	Frühschicht	**Spätschicht**	**Nachtschicht**
Normalstationen (Pflegekraft:Patienten)			
Krankenhäuser Level 1	1:4 + 1 Leitungskraft	1:4 + 1 Leitungskraft	1:8
Krankenhäuser Level 2	1:4 + 1 Leitungskraft	1:5 + 1 Leitungskraft	1:8
Krankenhäuser Level 3	1:5 + 1 Leitungskraft	1:6 + 1 Leitungskraft	1:10
Krankenhäuser Level 4	1:6 + 1 Leitungskraft	1:7 + 1 Leitungskraft	1:10
Notaufnahme (Pflegekraft:Betten)			
Notaufnahme Gruppe 1	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 2 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse
Notaufnahme Gruppe 2	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse
Notaufnahme Gruppe 3	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft	1:3 + 1 Leitungskraft
OP und Aufwachraum			
Operationssaal	1 OP-Pflegefachkraft + 1 Springer[1] + 1 Anästhesiepflegekraft je OP-Saal		
Aufwachraum	1:1 für jeden bewusstlosen Patienten in jeder Schicht		
Besondere Stationen (Pflegekraft:Patienten)			
Kardiologische Überwachungsstation	1:2 + 1 Leitungskraft	1:2 + 1 Leitungskraft	1:3
Intermediate Care Station (IMC)	1:2 + 1 Leitungskraft[1]	1:2 + 1 Leitungskraft[2]	1:2
Palliativstation	1:4 + 1 Leitungskraft	1:5 + 1 Leitungskraft	1:8
Rehabilitationsstation	1:5 + 1 Leitungskraft	1:5 + 1 Leitungskraft	1:10
Geriatrische Rehabilitation	1:5 + 1 Leitungskraft	1:6 + 1 Leitungskraft	1:10

Geburtshilfe			
Kreißsaal	2 Hebammen für je 3 Kreißsaalplätze		
Neonatologische Intensivstation (Pflegekraft:Patienten)	1:2 + 1 Leitungskraft in jeder Schicht		
Neugeborenenstation (für kranke Neugeborene)	a) 9 oder weniger belegte Betten: 1:4 in jeder Schicht b) 10 belegte Betten: 3 Pflegekräfte in jeder Schicht c) 11 oder mehr belegte Betten: 4 Pflegekräfte + 1 zusätzliche Pflegekraft für je 3 zusätzlich belegte Betten in jeder Schicht		
Entbindungsstation	1:4 + 1 Leitungskraft	1:4 + 1 Leitungskraft	1:6

Anmerkungen: Die Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level, einer Notaufnahme zu einer Gruppe sowie einer Geriatrie ist einem Anhang zum Gesetz zu entnehmen. Für einzelne Arten von Abteilungen und bestimmte einzelne Krankenhäuser gelten teilweise abweichende, genau spezifizierte besondere Vorschriften.

1) geforderte Qualifikation: Pflegeausbildung (mindestens zweijährige)
2) Eine zusätzliche Leitungskraft ist nur erforderlich, wenn die IMC nicht an eine Intensivstation angebunden ist.

Quelle: Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act 2015; eigene Darstellung.

Die Pflege-Personalregelung in den Jahren 1993 bis 1996: Ein in der Pflege breit akzeptiertes Modell

Ein kurzer Exkurs zur Geschichte der Pflege-Personalregelung (PPR) erscheint insofern angebracht, als ein breites Bündnis von Organisationen dafür plädiert, die 1997 aufgehobene PPR zu modernisieren und eine modernisierte PPR als Grundlage für staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung zu nutzen (APS/DGB/DPR 2018).

Die Pflege-Personalregelung (PPR) wurde im Auftrag der Bundesregierung ab Sommer 1990 von zwei unabhängigen Expertenkommissionen erarbeitet, einer Expertengruppe für die Erwachsenenkrankenpflege und einer für die Kinderkrankenpflege (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 15f.). Auf Grundlage des erarbeiteten Konzeptes wurde die PPR als Rechtsvorschrift vom damals zuständigen Sozialministerium (BMA) entwickelt und als Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) 1992 beschlossen. Sie trat zum 1. Januar 1993 in Kraft.

Die PPR verpflichtete die Krankenhäuser, alle Patienten nach vorgegebenen Kriterien einmal täglich einer von insgesamt neun Pflegestufen (Patientengruppen) für Erwachsene oder 27 Stufen für Kinder und Jugendliche zuzuordnen (zur Funktionsweise der PPR vgl. Schöning/ Luithlen/Scheinert 1995). Jeder einzelnen Pflegestufe war ein Minutenwert hinterlegt (Tab. 6). Zusätzlich zu den Minuten für die Pflegestufen enthielt die PPR zwei weitere Arten von Minutenwerten:

- *Fallwert*: Für die patientenbezogenen aber unabhängig von der Verweildauer anfallenden Aufgaben (z. B. Aufnahme, Verlegung, Tod, Entlassung) wurde einmalig bei der Aufnahme ein Fallwert von 70 Minuten pro Patient in die Berechnung einbezogen.
- *Pflegegrundwert*: Für jeden Patienten wurde pro Tag ein Pflegegrundwert von 30 Minuten zugrunde gelegt. Damit sollten Aufgaben und Tätigkeiten berücksichtigt werden, die nicht direkt am Patienten zu erbringen aber für die Patientenversorgung unerlässlich sind (z. B. Stationsbesprechungen, Leitungsaufgaben, Aufgaben im Zusammenhang mit der Ablauforganisation etc.).

Tabelle 6: Minutenwerte nach § 6 PPR

Patienten-gruppe	Minutenwert	Patienten-gruppe	Minutenwert	Patienten-gruppe	Minutenwert
A1/S1	52	A2/S1	98	A3/S1	179
A1/S2	62	A2/S2	108	A3/S2	189
A1/S3	88	A2/S3	134	A3/S3	215

Quelle: Pflege-Personalregelung.

Die Addition der Minutenwerte für alle Patienten ergab einen Gesamtpflegezeitbedarf für die jeweilige Station, Abteilung oder das Krankenhaus. Die Ergebnisse der Patienteneinstufungen und die Summe der Minutenwerte waren den Krankenkassen zu übermitteln. Auf Grundlage des so ermittelten Pflege- und Personalbedarfes war im Rahmen der Budgetverhandlung mit den Krankenkassen der Stellenplan des Pflegedienstes für das jeweils kommende Jahr zu vereinbaren. Es war folglich keineswegs so, dass die errechnete Stellenzahl zwingend von den Kassen zu finanzieren war, und es gab auch zahlreiche Konflikte über dieses Thema in den Budgetverhandlungen. Die Zahl der mit den Kassen schließlich vereinbarten Vollkräfte war auch nicht zwingend vom Krankenhaus vorzuhalten. Die PPR diente nur als Grundlage für die Budgetverhandlungen und enthielt keine Vorgaben zur Vorhaltung einer bestimmten Zahl an Pflegekräften.

Dennoch aber wurde die PPR im Pflegedienst der Krankenhäuser sehr positiv aufgenommen, da mit ihr erstmals eine differenzierte Grundlage für die Berechnung des Pflegebedarfs und Personalbedarfs gegeben war. Bis zum Inkrafttreten der PPR wurden in der Regel sogenannte ‚Anhaltszahlen' angewendet, die nur einen für alle Patienten und Fachabteilungen gleichen Minutenwert beinhalteten, der aus arbeitsanalytischen Untersuchungen stammte, die Anfang der 1960er Jahre durchgeführt worden waren. Insofern galt die PPR damals als erheblicher Fortschritt, nicht nur wegen ihrer Differenziertheit (Pflegestufen), sondern auch wegen der in ihr enthaltenen Minutenwerte. Die Minutenwerte für die einzelnen Pflegestufen waren durch arbeitsanalytische Untersuchung im Auftrag der Expertenkommission 1991 erhoben worden (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 16).

Wie oben im Rahmen der Rekonstruktion der historischen Entwicklung bereits dargelegt, ergab die Auswertung der PPR-Daten durch die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der GKV im Herbst 1993, dass sich aus diesen Daten ein Personalmehrbedarf von mehr als 20 % ergab (GKV 1993). Der ermittelte Personalmehrbedarf sollte in jährlichen Stufen bis Ende 1996 schrittweise durch zusätzliche Stellen gedeckt werden. Auf Verlangen der Krankenkassen wurde die Vereinbarung zusätzlicher Stellen auf Grundlage der PPR jedoch zum 1. Januar 1995 ausgesetzt und die PPR kurze Zeit später durch Gesetzesbeschluss zum 1. Januar 1997 vollständig aufgehoben.

Die Aufhebung erfolgte gegen den Widerstand der Pflegeverbände und trotz zahlreicher Proteste des Pflegepersonals. Die beiden größten Pflegeverbände (DBfK, ADS) wandten sich in einer gemeinsamen Stellungnahme gegen die Aufhebung und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Krankenpflegekräfte, Vorläufer des heutigen Bundesverbandes Pflegemanagement, forderte die Bundesregierung auf, die geplante Abschaffung der PPR zu überdenken (Gerster 1995: 729; Meurer 1996).

Nach Aufhebung der PPR wurde sie weiterhin in der weit überwiegenden Mehrzahl der Krankenhäuser für interne Zwecke, vor allem für die Personaleinsatzplanung, verwendet. Die Zahl der Krankenhäuser, die die PPR weiterhin nutzen, ist zwar in den vergangenen Jahren sicherlich deutlich zurückgegangen, noch immer wird aber auf Tagungen und in Veranstaltungen zum Thema Personalbesetzung aus vielen Kliniken berichtet, dass die PPR für interne Zwecke weiter eingesetzt wird. Entgegen ihrer ursprünglichen Zielsetzung, zu einer Verbesserung der Personalbesetzung beizutragen, wird die PPR seit Einführung des DRG allerdings auch eingesetzt, um Zielgrößen für einen Stellenabbau festzulegen. Die Methode hat in die Fachliteratur Eingang gefunden unter der

Bezeichnung „PPR minus x%“ (vgl. u. a. Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008). Dabei wird von der Krankenhausleitung ein pauschaler Prozentsatz vorgegeben, um den die mit der PPR errechnete Zahl an Stellen zu reduzieren ist. Übliche Prozentsätze bewegen sich Praxisberichten zufolge in der Größenordnung von 20-30 Prozent, teilweise offenbar sogar noch höher.

Darüber hinaus wird die PPR auch im Rahmen der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen genutzt. Das Kalkulationshandbuch gibt für die Ermittlung der fallbezogenen Personalkosten des Pflegepersonal auf Normalstationen die Verwendung von PPR-Minuten als Regelmodell vor (InEK 2016: 128, 135f.).

Die Tatsache, dass die PPR zwar 1997 aufgehoben wurde aber dennoch auch heute noch von vielen Kliniken angewendet wird, ist für die aktuelle Diskussion über Pflegepersonaluntergrenzen und die Forderung nach Reaktivierung und Modernisierung der PPR von Bedeutung. Vor dem Hintergrund der auch heute noch relativ weit verbreiteten Nutzung der immerhin mehr als 25 Jahre alten PPR wird nachvollziehbar, warum sie seit mehreren Jahren immer wieder in die Diskussion über staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst eingebracht wurde und auch aktuell als Lösungsansatz vorgeschlagen wird. Zudem ist die relativ weite Verbreitung auch insofern von Bedeutung, als es sich bei der PPR um ein Verfahren der Pflege- und Personalbedarfsermittlung handelt, das in vielen Kliniken auch heute noch bekannt und durch praktische Anwendung vertraut ist. Würde die PPR als Rechtsvorschrift reaktiviert und modernisiert, wäre dies von großem Vorteil. Es wäre ein Verfahren, das vielen bereits vertraut ist und auch heute noch auf große Akzeptanz im Pflegedienst trifft. Und es ist ein Verfahren, das relativ einfach zu handhaben ist. Ein nicht zu unterschätzender Aspekt, wie die sehr kontroverse Diskussion und erhebliche Kritik am System des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) zeigen kann. Je komplizierter ein Verfahren konstruiert ist, desto größer werden die Akzeptanzprobleme und zu erwartenden Widerstände in der Praxis.

Nachfolgend sollen nun die Grundzüge zweier Regulierungsmodelle vorgestellt werden, mit denen eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ermöglicht werden könnte. Die Beschreibung beschränkt sich auf zentrale Eckpunkte und soll lediglich Anregungen geben für die konkrete Ausgestaltung eines zukünftigen Regulierungssystems, das auf der Anwendung eines pflegefachlich anerkannten Verfahrens zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten und davon abgeleiteten Personalbedarfs aufbaut.

Das erste Modell ist sehr stark an der Zeit der Geltung der Pflege-Personalregelung angelehnt und orientiert sich zudem auch an den in

den USA und Australien anzutreffenden Regulierungsmodellen. Im Zentrum des ersten Modells steht die verpflichtende Anwendung eines vorgegebenen Verfahrens zur Pflege- und Personalbedarfsermittlung. Das Modell verzichtet allerdings auf die Vorgabe von Pflegepersonaluntergrenzen in Form von Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen.

Das zweite Modell verbindet die Verpflichtung zur Anwendung eines vorgegebenen Verfahrens zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs mit Pflegepersonaluntergrenzen in Form von Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen.

Beide Modelle beziehen sich nur auf den ‚somatischen' Bereich, da es für den Bereich der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen gesonderte Regelungen zur Personalbesetzung gibt. Für Zwecke einer vereinfachten Darstellung ist nachfolgend nur von ‚Pflegekräften' die Rede. Ob und in welchem Umfang die festzulegenden Vorgaben von mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften oder bis zu einem bestimmten Anteil auch von ausgebildeten Pfleghilfskräften erfüllt werden können, wird hier nicht weiter diskutiert. Damit soll jedoch keineswegs zum Ausdruck gebracht werden, dass immer und in allen Bereichen auch ausgebildete Pflegehilfskräfte auf die Vorgaben anrechenbar sein sollten. Dies differenziert zu erörtern, würde jedoch den Rahmen überschreiten.

Die Frage wäre in den beiden hier vorgestellten Modellen sicherlich angemessen von einer Expertinnen- und Expertenkommission zu erörtern und als Teil einer modernisierten Pflege-Personalregelung festzulegen.

Modell 1: Verbindliche Personalbedarfsermittlung und Verpflichtung zur bedarfsgerechten Personalbesetzung

Staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser in Deutschland können auf Erfahrungen zurückgreifen. Wie oben bereits dargelegt, galt in den Jahren 1993 bis 1996 die Pflege-Personalregelung als bundesweit einzuhaltende Rechtsvorschrift und verpflichtete alle zugelassenen Krankenhäuser für die somatischen Normalstationen den Pflege- und Personalbedarf auf Grundlage der PPR zu erheben und den Krankenkassen zu übermitteln. Die mit der PPR errechneten Stellen mussten jedoch nicht zwingend von den Krankenkassen finanziert oder von den Krankenhäusern vorgehalten werden. Die PPR schuf lediglich eine Datenbasis, auf der aufbauend über den

Stellenplan und das Budget des jeweils folgenden Jahres verhandelt werden konnte. Insofern war die PPR keine Vorschrift, die eine bestimmte Personalbesetzung verbindlich vorgab.

Eine modernisierte Pflege-Personalregelung als Grundlage

Das mit der PPR in allen zugelassenen Krankenhäusern praktizierte und auch noch heute in vielen Kliniken angewendete Verfahren könnte eine gute Grundlage für ein staatliches Regulierungssystem bieten. Die PPR müsste zuvor allerdings überarbeitet und den heutigen pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und auch den heutigen Patienten-, Diagnose- und Leistungsstrukturen angepasst werden. Da die der PPR zugrunde liegenden Minutenwerte für pflegerische Einzelleistungen und Leistungskomplexe veraltetet sind, müssten neue Minutenwerte für die Systematik einer neuen PPR aufgrund aktueller arbeitsanalytischer Untersuchungen ermittelt und festgelegt werden.

Die Erarbeitung einer modernisierten PPR könnte nur eine ‚echte' Expertinnen- und Expertenkommission leisten, die anders als die „Expertenkommission Pflegedienst im Krankenhaus" nicht überwiegend aus Vertreterinnen und Vertretern der Politik, des GKV-Spitzenverbandes, der DKG und Ökonomen besteht, sondern tatsächlich aus ausgewiesenen pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Expertinnen und Experten.

Auf Grundlage einer modernisierten PPR könnte ein Regulierungssystem geschaffen werden, das auf zwei zentralen Grundsätzen aufbaut:

- Verpflichtung aller zugelassenen Krankenhäuser zur Anwendung des vorgegebenen Verfahrens zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes und Übermittlung der Ergebnisse an die Kostenträger und die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden
- Verpflichtung zur Vorhaltung einer Personalbesetzung, die zur Deckung des ermittelten Pflege- und Personalbedarfes ausreicht.

Die beiden Grundsätze orientieren sich an Prinzipien der Regulierung, die sowohl in den USA als auch in Australien anzutreffen sind, die bereits oben erwähnt wurden. Die einschlägigen Rechtsvorschriften US-amerikanischer Bundesstaaten sowie der entsprechenden Tarifverträge und staatlichen Regelungen in australischen Bundesstaaten bieten zahlreiche Anregungen, wie ein solches System in seinen Einzelheiten ausgestaltet werden könnte (vgl. dazu Simon/Mehmecke 2017).

Wenn die PPR modernisiert und als Rechtsvorschrift reaktiviert würde, käme ihr in einem zukünftigen Regulierungssystem vor allem die Funktion zu, als Grundlage für die Erhebung der erforderlichen Daten zur Berechnung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung zu dienen. Im Grunde wird sie dort, wo sie auch heute noch für interne Zwecke der Personaleinsatzplanung verwendet wird, genauso genutzt. Die PPR zeigt an, wie viele Pflegekräfte zur Deckung des ermittelten Pflegebedarfes notwendig sind, und das Pflegemanagement legt aufgrund dessen fest, wie viel Pflegepersonal auf welcher Station in welcher Schicht einzusetzen ist.

Angesichts der seit langem herrschenden Unterbesetzung funktioniert dies allerdings insofern nicht zufriedenstellend, als die vorhandene Personalausstattung zumeist nicht ausreicht, den bei sachgerechter Anwendung der PPR ermittelten Pflegebedarf zu decken. Angesichts dieser Beschränkungen wird die PPR heute vielfach dazu genutzt, die vorhandene Unterbesetzung auf Grundlage der PPR-Daten zumindest halbwegs ‚gerecht' zu verteilen.

Einheitliches Verfahren für alle Schichten und alle Arten von Stationen

Eine modernisierte PPR wäre als Grundlage für eine Regulierung der Personalbesetzung nur nutzbar, wenn ihr Anwendungsbereich über den Tagdienst auf Normalstationen hinaus auf die Nachtschicht ausgeweitet wird. Da Vorgaben dringend auch für Intensivstationen notwendig sind, wäre zu prüfen, ob ein gesondertes Verfahren der Pflege- und Personalbedarfsermittlung für Intensivstationen entwickelt wird oder ob aus der alten PPR eine Regelung werden soll, die sowohl Normalstationen als auch Intensivstationen umfasst.

Ein einheitliches Verfahren für alle Arten von Stationen hätte den großen Vorteil, dass alle Patienten in jedem Zustand erfasst werden, unabhängig davon, auf welcher Station sie liegen. Dies erscheint angesichts der in vielen Krankenhäusern zu beobachtenden Entwicklungen nicht nur ratsam, sondern sogar notwendig. Das DRG-System setzt massive Anreize, so viele Patienten wie möglich zu operieren, um möglichst hohe Erlöse zu erzielen. Intensivstationen bilden dabei nicht selten so etwas wie ein ‚Nadelöhr'. Zwar würden die OP-Kapazitäten weitere Operationen erlauben, diese sind jedoch nicht möglich, weil auf der Intensivstation alle Betten belegt sind. Als Ausweg bietet es sich an, Patienten, die eigentlich noch intensivpflichtig sind, bereits auf Normalstationen zu verlegen, um Betten auf der Intensivstation für Frischoperierte

frei zu bekommen. Eine solche Strategie führt nicht nur zu steigender Arbeitsbelastung auf den Normalstationen, sondern ist vor allem auch gefährlich für die Gesundheit der zu früh verlegten Patienten. Ein für alle Stationsarten einheitliches und verpflichtend anzuwendendes Verfahren der Pflege- und Personalbedarfsermittlung und die Verpflichtung zur Vorhaltung einer daraus abgeleiteten ausreichenden Personalbesetzung könnte dafür sorgen, dass auch Intensivpatienten auf der nachbetreuenden Station ausreichend pflegerisch versorgt werden müssen.

Ein weiteres Argument für ein einheitliches, auf allen Arten von Stationen anzuwendendes Verfahren ist die zunehmende Zahl von Stationen, deren Aufgabenstellung zwischen Intensivpflege und Normalstation angesiedelt ist, häufig als Intermediate Care oder IMC-Stationen bezeichnet. Da damit zu rechnen ist, dass sich in der Krankenhauspraxis bereits zahlreiche weitere Arten von Stationen entwickelt haben und sich Stationsarten weiter ausdifferenzieren werden, könnte ein Regulierungsansatz, der auf Stationsarten ausgerichtet ist, diese Entwicklung nicht adäquat abbilden, da die Ausdifferenzierung zu komplex ist oder wird, als dass sie in einem starren Stationskonzept abgebildet werden könnte. Ein konsequent auf Patienten ausgerichteter Ansatz wäre in der Lage, jede Art von Station zu erfassen, gleich welche Bezeichnung ihr auch gegeben wird.

Ein konsequent auf den individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes Regulierungssystem, das auf allen Arten von Stationen angewendet werden kann, würde eine höhere Zahl an Pflegestufen oder Patientengruppen erfordern. Wie oben erwähnt, weist die alte PPR für die Erwachsenenpflege neun Stufen aus. Für die Pflege von Kindern und Jugendlichen waren es bereits 27 Stufen in der ersten Version der PPR. Und diese Zahl war in der Krankenhauspraxis handhabbar. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass auch eine deutliche Erhöhung der Zahl der Patientengruppen oder Pflegestufen in der Praxis zu bewältigen ist, zumal die Anwendung der PPR EDV-gestützt erfolgt.

Angesichts der sehr breiten Aufgabenstellung eines einheitlich auf allen Arten von Stationen anwendbaren Instrumentes könnte aber möglicherweise auch vollständig auf die Bildung von abgegrenzten einzelnen Patientengruppen oder Pflegestufen verzichtet werden. Ohnehin sah die alte PPR nicht vor, dass die Pflegestufe eingegeben wird, sondern die einzelnen erforderlichen Leistungen oder Leistungskomplexe. Diese waren bzw. sind mit einzelnen Zeitwerten hinterlegt. Die Zuordnung eines Patienten zu einer Pflegestufe wurde vom Programm aufgrund der eingegebenen Leistungen ermittelt und festgelegt.

Da das betreffende EDV-Programm auf Grundlage der eingegebenen Leistungen und hinterlegten Minutenwerte den Personalbedarf automatisch errechnet, ist die Einteilung in verschiedene Patientengruppen oder Pflegestufen im Grunde überflüssig. Das Programm kann auch sehr unterschiedliche Pflegebedarfe addieren und daraus direkt einen Gesamtpflegebedarf und Gesamtpersonalbedarf der betreffenden Station oder Schicht errechnen.

PPR-Minutenwerte als Richtwerte für die Besetzung pro Tag und Schicht

In der Zeit ihrer Geltung als Rechtsvorschrift wurde die PPR im Außenverhältnis des Krankenhauses zu den Krankenkassen nicht für Zwecke der Sicherstellung einer jederzeitigen bedarfsgerechten Personalbesetzung verwendet, sondern als Grundlage für die Vereinbarung eines zukünftigen Stellenplans, definiert als Zahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Die Vorgabe einer verbindlich einzuhaltenden Personalbesetzung sollte sich jedoch auf kürzere Zeiträume als ein Jahr beziehen. Soll eine bedarfsgerechte Pflege zu jeder Zeit sichergestellt werden, erfordert dies letztlich Vorgaben, die an jedem Tag und in jeder Schicht einzuhalten sind. Auch für solche Vorgaben kann die PPR sehr gut genutzt werden, wie auch bereits der erwähnte Einsatz für die tägliche interne Personaleinsatzplanung zeigt.

Aus der PPR lassen sich problemlos Vorgaben für die Besetzung pro Tag und auch pro Schicht ableiten, da sie bis auf eine Ausnahme tagesbezogene Zeitwerte ausweist (darauf wird in der Vorstellung des zweiten Modells näher eingegangen). Lediglich ein Minutenwert, der sogenannte Fallwert, ist nicht auf den Tag bezogen, sondern – wie der Name bereits anzeigt – auf den ‚Fall' im Sinne des gesamten Krankenhausaufenthaltes. Da die Vorgaben zur Personalbesetzung prospektiv aus dem Pflegebedarf abgeleitet werden und die genaue Verweildauer eines Patienten zu Beginn der Krankenhausbehandlung nicht bekannt ist, könnte der Fallwert abgeschafft und der Zeitaufwand für die damit abgebildeten Tätigkeiten unter Zugrundelegung einer bestimmten, beispielsweise der durchschnittlichen Verweildauer aller Patienten, auf den täglichen ‚Pflegegrundwert' übertragen werden.

Chancen durch die Verbindung von PPR und Krankenhausinformationssystem

Da die PPR in der Regel in das elektronische Krankenhausinformationssystem integriert war bzw. ist, und auch Dienstpläne zunehmend elektronisch erstellt werden und in das KIS integriert sind, lässt sich ohne besonderen Arbeitsaufwand ein Abgleich zwischen Pflegebedarf und errechnetem Personalbedarf auf der einen und tatsächlich vorgehaltener Personalbesetzung auf der anderen vornehmen, und dies zu jeder Zeit und für jede einzelne Schicht. Die dadurch gewonnenen Daten könnten gesetzlich verpflichtend sowohl den Krankenkassen als auch der zuständigen Landesbehörde in elektronischer Form und einem vorgegebenen von allen lesbaren Datenformat übermittelt werden. Dass dies auch tatsächlich möglich ist, könnte sichergestellt werden, indem nur Programme für die Anwendung der PPR zugelassen werden, die von einer unabhängigen Stelle ‚zertifiziert' wurden. Eine solche Zertifizierung von Software ist mittlerweile allgemein üblich und wäre auch insofern erforderlich, als sichergestellt werden muss, dass nur Programme eingesetzt werden, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen.

Wenn alle Krankenhäuser ihre Pflegeplanung, Pflege- und Personalbedarfsermittlung, Pflegedokumentation und auch Dienstplanung in digitaler Form durchführen, könnte ein solches System allen Beteiligten zu jederzeit sozusagen ‚auf Knopfdruck' alle erforderlichen Daten sowohl für die Planung (intern) als auch die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften (extern) zur Verfügung stellen. Rein technisch dürfte es machbar sein, dass die zuständige Landesbehörde über das Internet jederzeit die Personalbesetzung und Einhaltung der Vorschriften im gesamten Bundesland in Echtzeit überprüfen kann.

Mehrjährige Entwicklungsphase

Das vorstehend skizzierte System ist nicht innerhalb eines kurzen Zeitraumes zu entwickeln und umzusetzen. Allein die Überarbeitung, Modernisierung und Erweiterung der PPR durch eine Expertinnen- und Expertenkommission würde einige Zeit in Anspruch nehmen. Die Einführung eines solchen Regulierungssystems wäre darum vermutlich erst zwei bis drei Jahre nach einem entsprechenden Gesetzesbeschluss möglich. Ein mehrjähriger Entwicklungszeitraum erscheint auch deshalb unvermeidbar, weil die Minutenwerte einer modernisierten PPR auf Grundlage aktueller arbeitsanalytischer Untersuchungen festzulegen wären, die vermutlich mehr als ein Jahr benötigen werden. Möglicher-

weise könnte dabei auf die Erfahrungen der arbeitsanalytischen Erhebungen zurückgegriffen werden, die gegenwärtig zur Vorbereitung von Personalvorgaben gemäß § 113c SGB XI für Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Eine mehrjährige Entwicklungsphase müsste jedoch keineswegs Stillstand und Fortsetzung von Unterbesetzung bedeuten. Wenn ab 2019 alle zusätzlich besetzten Stellen vollständig finanziert und ab 2020 ein auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten zu vereinbarendes Pflegebudget eingeführt wird, können Krankenhäuser bereits damit beginnen, ihren Pflegedienst aufzustocken. Sie könnten die nächsten Jahre zudem auch dazu nutzen, sich auf die Anwendung eines Verfahrens zur Pflege- und Personalbedarfsermittlung vorzubereiten, indem sie ein selbst gewähltes Instrument zur Pflege- und Personalbedarfsermittlung einführen oder ein früher bereits genutztes, wie beispielsweise die PPR, reaktivieren.

Einführungsphase

Da es mit großer Wahrscheinlichkeit vielen Krankenhäusern nicht möglich sein wird, direkt nach Einführung eines solchen Regulierungssystems die Anforderungen an die Personalbesetzung zu 100 % zu erfüllen, wird ein Übergangszeitraum unvermeidlich sein. Aber auch ein solcher Übergangszeitraum braucht genaue Vorgaben, die festlegen, in welchen Schritten die gegenwärtige Ist-Besetzung an die durch die PPR vorgegebene Soll-Besetzung heranzuführen ist.

In dem hier skizzierten Regulierungsmodell wäre dies sehr einfach möglich, da Prozentsätze definiert werden könnten, die zu einem vorgegebenen Zeitpunkt des Übergangszeitraumes zu erfüllen sind. Diese Prozentsätze könnten in Anlehnung an die Diskussion um die Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung als ‚Erfüllungsgrad' bezeichnet werden. So könnte eine mehrjährige Einführungsphase festgelegt werden, in der für jedes Jahr eine Untergrenze für die Einhaltung der Vorgaben definiert ist, die schrittweise jedes Jahr angehoben wird, bis 100 % erreicht sind. Wenn beispielsweise eine dreijährige Einführungsphase festgelegt würde, könnte der Einstieg in die Einführungsphase mit einem Erfüllungsgrad von 70 % erfolgen, der im zweiten Jahr auf 80 % und im dritten Jahre auf 90 % erhöht wird, um im vierten Jahr nach Einführung schließlich einen Erfüllungsgrad von 100 % zu verlangen.

Anders als bei ‚Untergrenzen' könnte die Regulierung auch nach der Einführungsphase unter bestimmten, eng begrenzten Bedingungen vorübergehende Unterschreitungen zulassen. Dafür könnten in dem hier

skizzierten System ebenfalls Prozentgrenzen vorgegeben werden, bis zu denen eine vorübergehende Nichteinhaltung zulässig ist.

Bei einer ‚Pflegepersonaluntergrenze' oder der geplanten ‚Untergrenze' für sogenannte Pflegepersonalquotienten darf im Grunde keine Unterschreitung zugelassen werden, denn das wäre eine ‚Untergrenze unter der Untergrenze' und würde den Begriff der ‚Untergrenze' ad absurdum führen.

Ein Regulierungssystem auf Grundlage der PPR würde mit dem ‚Erfüllungsgrad' zudem auch eine sehr einfach zu verstehende Kennzahl zur Verfügung stellen, die sowohl für Patienten verständlich ist, als auch für Krankenhausvergleiche gut nutzbar wäre. Wohl jede Patientin und jeder Patient würde es verstehen, wenn auf der Internetseite eines Krankenhauses steht, dass diese Klinik oder diese Abteilung die Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst zu 100 % oder nur zu 90 % oder zu einem anderen Prozentsatz erfüllt. Und da die dafür erforderlichen Daten vom elektronischen Krankenhausinformationssystem jeden Tag und sozusagen in Echtzeit zur Verfügung gestellt werden, wäre es technisch auch möglich, die Erfüllungsgrade aller Fachabteilungen für aktuelle Zeiträume (die laufende Woche, den letzten Monat) anzugeben. Sicherlich wäre es sogar technisch möglich, den Erfüllungsgrad in ‚Echtzeit' auf der Internetseite anzugeben. Für die Entscheidung von Patienten über die Wahl eines Krankenhauses wäre eine solche Echtzeitangabe aber sicher nicht hilfreich. Hilfreicher wären sicher Angaben über die Einhaltung der Personalvorgaben für die einzelnen Monate des letzten Halbjahres oder Jahres.

Auf Grundlage der PPR-Daten wäre es auch sehr einfach möglich, die Zahl und prozentuale Häufigkeit von Schichten festzustellen und zu veröffentlichen, in denen die Vorgaben nicht eingehalten wurden und wie weit die Unterschreitung ging. Dies alles wäre in einem EDV-gestützten System ohne zusätzlichen Zeitaufwand und allein durch Auswahl entsprechender im Programm vorgesehener Funktionen möglich.

Ein solches System wäre mit erheblich weniger zusätzlichem administrativem Aufwand verbunden als die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (Pflegepersonalquotient) vorgesehenen Regulierungsmodelle.

Exkurs: Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes als unverzichtbarer Teil einer bedarfsorientierten professionellen Pflege

Die Einführung verbindlicher Vorgaben zur Personalbesetzung wurde in den letzten Monaten teilweise dahingehend kritisiert, dass dies zu einer Erhöhung des administrativen Aufwandes in der Pflege führen werde und dadurch weniger Zeit für die Patienten bliebe. Eine solche Kritik verkennt, dass die Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes eine der Kernaufgaben professioneller Pflege und verantwortungsvollen Pflegemanagements ist, nicht nur im Krankenhaus.

Ein professioneller Pflegeprozess sollte mit der Erhebung des Pflegebedarfes eines Patienten beginnen, denn nur so kann eine an den individuellen Bedarfen der Patienten ausgerichtete Pflege gewährleistet werden. Auf Grundlage dieser, in der Fachdiskussion auch ‚Assessment' genannten Einschätzung des Pflegebedarfes, sind die Maßnahmen zu planen, die für eine bedarfsgerechte Pflege des jeweiligen Patienten notwendig sind. Und auf Grundlage der Pflegeplanung ist auch die Personalplanung vorzunehmen. Nur ausgehend von der Kenntnis des qualitativen und quantitativen Pflegebedarfes (Art der Leistungen und Zeitaufwand) kann auch festgestellt werden, welches Personal mit welcher Qualifikation in welcher Anzahl zu welcher Zeit für die Patientenversorgung notwendig ist.

Die Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes ist folglich kein der Pflege von Außen aufgezwungener unnötiger bürokratischer Aufwand, sondern elementare und im Grunde unverzichtbare Voraussetzung für eine am Pflegebedarf der Patienten ausrichtete professionelle Pflege. Und die Ermittlung des sich daraus ergebenden Personalbedarfs ist eine der zentralen und unverzichtbaren Aufgaben verantwortungsvollen Pflegemanagements.

Und wenn ein Verfahren der Pflege- und Personalbedarfsermittlung auf elektronischem Weg mittels einer dazu geeigneten Software erfolgt, die die Pflegeplanung und -dokumentation mit diesem Verfahren verbindet, geschieht es zudem auch ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand. Mit der Feststellung und Eingabe des Pflegebedarfs wird zugleich anhand der im Programm hinterlegten Minutenwerte für die einzelnen Pflegemaßnahmen der Personalbedarf errechnet. Mit dem Abschluss der Pflegeplanung kann zugleich mit dem Enter-Befehl in ‚Echtzeit' auch der Personalbedarf vom Programm ausgegeben werden.

Und genauso funktionierte bzw. funktioniert auch die PPR.[69] Sie nahm in dem Zusammenhang zwischen Pflegebedarfsermittlung, Pflegeplanung und Personalbedarfsermittlung in den Jahren 1993 bis 1996 eine zentrale Funktion ein. Dass sie nach ihrer Aufhebung 1997 weiter in vielen Kliniken genutzt wurde und auch heute noch wird, liegt insbesondere in diesem Zusammenhang begründet. Die PPR kann auch ohne dass sie für Stellenplanverhandlungen genutzt wird für die interne Personalplanung und Personalverteilung hilfreiche Daten zur Verfügung stellen. Wegen dieser Nützlichkeit für die Weiterentwicklung einer beruflichen Professionalisierung der Pflege sowie für die Personaleinsatzplanung des Pflegemanagements wurde sie während der Zeit ihrer Geltung in der Pflegefachdiskussion weit überwiegend positiv bewertet (vgl. u. a. Elsner 1995; Jakobi 1993; Klee 1993; Philbert-Hasucha 1994; Ritter/Trill 1993; Scheel/Wied 1993).

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen erscheint es gerechtfertigt festzustellen, dass die Grundkonstruktion der PPR für ein System zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sehr gut geeignet ist. Ohne Zweifel müsste sie gründlich überarbeitet und modernisiert werden und es müssten auch ihre Zeitwerte durch neue arbeitszeitanalytische Untersuchungen aktualisiert werden. Gegenüber dem vom BMG gegenwärtig geplanten Regulierungssystem ist dieses Modell jedoch in der Lage, eine bedarfsgerechte Pflege im Krankenhaus zu ermöglichen. Darüber hinaus ist es – auch im Unterschied zu den geplanten Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotienten – transparent und in der Funktionsweise leicht nachzuvollziehen.

Da das hier vorgestellte Modell ohne die Vorgabe von Pflegepersonaluntergrenzen auskommt, wäre der § 137i SGB V überflüssig und müsste aufgehoben werden. An seine Stelle müsste eine Rechtsvorschrift treten, die die Einrichtung einer Expertinnen-und Expertenkommission zur Entwicklung des neuen Regulierungssystems vorsieht und ihren Auftrag definiert.

69 Dies gilt auch für andere Programme zur kombinierten Pflegebedarfsermittlung, Pflegeplanung und Personalbedarfsermittlung. Die PPR besitzt diesen gegenüber jedoch einen entscheidenden Vorzug: sie ist für alle Krankenhäuser kostenfrei verfügbar. Bei den anderen, im Krankenausbereich verbreiteten Programmen handelt es sich entweder um kommerzielle Produkte oder um Eigenentwicklungen einzelner Kliniken.

Modell 2: Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfs

Anders als das erste Modell sieht das nachfolgend vorgestellte zweite Modell die Kombination aus einer modernisierten PPR und Pflegepersonaluntergrenzen vor. Vereinfacht kann der Kern des Modells so umschrieben werden, dass auf Grundlage der PPR eine für alle Arten von Stationen und alle Schichten und Wochentage geltende Pflegepersonaluntergrenze festgelegt wird. Diese Untergrenze gilt jedoch nicht für ‚Patienten', sondern für ‚Patientenäquivalente'. Der Begriff ist angelehnt an den Begriff ‚Vollzeitäquivalente' (VZÄ), einer zentralen Kennzahl zur Messung des Arbeitszeitvolumens beispielsweise bei der Personalbedarfsermittlung, in der amtlichen Krankenhausstatistik oder bei internationalen Vergleichen der Personalausstattung unter anderem auch von Krankenhäusern. Die deutsche Krankenhausstatistik verwendet statt des Begriffs , Vollzeitäquivalente' den bedeutungsgleichen Begriff ‚Vollkräfte'.

Ebenso wie ‚Vollzeitäquivalente' ergibt sich die Berechnung der ‚Patientenäquivalente' aus der Umrechnung individueller Zeiten in einen Standardwert. Bei der Berechnung von Vollzeitäquivalenten werden die individuellen arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeiten der Beschäftigten auf Grundlage der tariflichen Arbeitszeit einer bzw. eines Beschäftigten mit voller tariflicher Arbeitszeit (Vollzeitkraft) in Vollzeitäquivalente umgerechnet. Analog dazu werden in dem hier vorgestellten Regulierungsmodell ‚Patientenäquivalente' so errechnet, dass der auf Grundlage der PPR ermittelte individuelle Pflegebedarf in einen Standardwert umgerechnet wird, der als ‚Patientenäquivalent' mit 1,0 gleichgesetzt wird. Die Pflegepersonaluntergrenze wird als Verhältniszahl angegeben, die anzeigt, wie viele Patientenäquivalente eine Pflegekraft maximal betreuen kann. Bei der so gesetzten Pflegepersonaluntergrenze handelt es sich allerdings nicht um eine willkürliche Setzung, sondern schlicht nur um die Feststellung, wie viele Minuten Pflegezeitbedarf eine Pflegekraft pro Schicht maximal abdecken kann.

Diese abstrakten Erläuterungen sollen nachfolgend anhand konkreter Zahlen und Berechnungen näher erklärt werden.

Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebedarf

In der Diskussion über Pflegepersonaluntergrenzen wird bislang zu wenig berücksichtigt, dass die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen

letztlich eine Entscheidung über den Umfang der für die Patientenversorgung bereit stehenden Arbeitszeit ist. Mit der Bereitstellung von Arbeitszeit wird wiederum zugleich auch über den Umfang des damit zu deckenden Pflegebedarfs entschieden. Dies soll an einer simplen Rechnung veranschaulicht werden:

- Geht man von einer Dauer der beiden Tagschichten (Früh-/Spätschicht) von zusammen 14 Stunden (Tagdienst: 6:00-20:00 Uhr) und von einer Schichtdauer für die Früh- und Spätschicht abzüglich der Pausenzeiten von jeweils 7 Stunden aus, so kann eine Pflegekraft pro Schicht maximal einen Pflegebedarf von 420 Minuten (7x60 Minuten) decken.
- Die Zahl der von einer Pflegekraft maximal zu versorgenden Patienten hängt wiederum entscheidend vom Umfang des durchschnittlichen Pflegebedarfs der Patienten ab. Haben alle Patienten 42 Minuten Pflegebedarf pro Schicht, so kann diese Pflegekraft pro Schicht maximal 10 Patienten adäquat versorgen. Haben die Patienten jedoch einen Pflegebedarf von durchschnittlich 84 Minuten, so kann sie nur 5 Patienten adäquat versorgen.

An dieser einfachen Rechnung wird bereits deutlich, dass die Vorgabe einer festen Pflegepersonaluntergrenze ohne Berücksichtigung des jeweils individuellen Pflegebedarfs der Patienten zu einer Ungleichversorgung führen muss. Wie auch immer die Pflegepersonaluntergrenze festgesetzt würde, sie entspräche nur bei einem relativ kleinen Teil der Patienten dem gegebenen Pflegebedarf. Sowie der durchschnittliche Pflegebedarf pro Patient höher oder niedriger ist als bei Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenze gedeckt werden kann, wäre die Station gemessen am Pflegebedarf entweder unterbesetzt oder überbesetzt.

Die Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen, die eine bedarfsgerechte Pflege sicherstellen sollen, erfordert folglich den Einsatz eines Instrumentes zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten und daraus abgeleiteten Personalbedarfs der Station und Schicht. An diesem Punkt kommt in dem hier vorgestellten Modell die PPR zum Einsatz. Die Funktionsweise des Modells soll im Folgenden anhand der Minutenwerte der alten PPR erläutert und veranschaulicht werden. Da die PPR nur Minutenwerte für den Tagdienst (6:00 Uhr bis 20:00 Uhr) enthält, kann die Funktionsweise des Modells nur exemplarisch für diesen Zeitraum des Tagdienstes erfolgen. Die Minuten dienen dabei nur als eine Art ‚Platzhalter' und zur exemplarischen Veranschaulichung. Sie wären im Fall der Umsetzung dieses Modells durch die Minutenwerte einer modernisierten PPR zu ersetzen.

Ableitung einer Pflegepersonaluntergrenze aus dem individuellen Pflegebedarf der Patienten

Wie oben bereits erläutert, enthält die alte PPR drei Arten von Minutenwerten: einen einmalig bei der Patientenaufnahme zu berücksichtigenden „Fallwert“, einen pro Verweildauertag zu berücksichtigenden „Pflegegrundwert“ und neun unterschiedliche Minutenwerte für die Patientengruppen A1/S1 bis A3/S3. In einem ersten Schritt der Ableitung einer Pflegepersonaluntergrenze auf Grundlage der PPR ist es zunächst erforderlich, den in der PPR enthaltenen Gesamt-Pflegezeitbedarf pro Patient und Tag im Regeldienst (Tagdienst) zu ermitteln. Dazu wird wie folgt vorgegangen:

- Der einmalige Fallwert von 70 Minuten wird anteilig auf Verweildauertage aufgeteilt. Dabei wird eine Verweildauer von 7 Tagen unterstellt. Dies ergibt einen Anteilswert von 10 Minuten pro Tag.
- Die Addition des anteiligen Fallwertes (10 Minuten), des pro Tag anzusetzenden Pflegegrundwertes von 30 Minuten und des jeweiligen Minutenwertes pro Patientengruppe (A1/S1-A3/S3) ergibt den Gesamt-Pflegezeitbedarf pro Patient und Tagdienst für die einzelnen Patientengruppen (Tab. 7).

Tabelle 7: Summe aus dem Minutenwert nach § 6 PPR, dem Pflegegrundwert und einem Siebtel des Fallwertes

Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
A1/S1	92	A2/S1	138	A3/S1	219
A1/S2	102	A2/S2	148	A3/S2	229
A1/S3	128	A2/S3	174	A3/S3	255

Quelle: eigene Darstellung.

Für die mittlere Patientengruppe A2/S2 ergibt diese Berechnung somit einen Wert von 148 Minuten Pflegezeitbedarf im Tagdienst (6:00-20:00 Uhr). Dieser Wert darf allerdings nicht so gedeutet werden, als würde er den arithmetischen Mittelwert des Pflegezeitbedarfs aller Patienten abbilden. Dessen Lage wäre vor allem auch von der Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Patientengruppen abhängig und könnte somit von dem Wert der A2/S2-Gruppe abweichen.

Setzt man den Pflegebedarf der mittleren Patientengruppe (A2/S2) als Orientierungswert für ein Pflegerelativgewicht von 1,0, so lässt sich aus diesem Wert eine erste Pflegepersonaluntergrenze wie folgt ableiten:

- Der Wert von 148 Minuten entspricht dem Pflegebedarf der Patientengruppe A2/S2 für die beiden Tagschichten (14 Std. Tagdienst). Geht man von einer Gleichverteilung des Pflegebedarfs zwischen beiden Tagschichten aus und halbiert diesen Wert, so ergibt dies einen Pflegebedarf von 74 Minuten pro Früh- und Spätschicht.
- Geht man von einer Nettoarbeitszeit je Pflegekraft im Umfang von 7 Stunden pro Früh- und Spätschicht aus, beträgt ihre für die Patientenversorgung verfügbare Arbeitszeit pro Schicht insgesamt 420 Minuten.
- Eine Pflegekraft kann folglich 5,67 Patienten mit einem Pflegebedarf von 74 Minuten pro Schicht versorgen (420 Min./74 Min.).
- Rundet man diese Zahl für Zwecke der Vorgabe einer Pflegepersonalgrenze ohne Nachkommastellen auf, so ergibt dies eine Pflegepersonaluntergrenze von 1:6.

In einem kombinierten System aus Pflegepersonaluntergrenze, Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs mittels PPR und dessen Umrechnung in Patientenäquivalente wäre für die Einhaltung einer Pflegepersonaluntergrenze von 1:6 erforderliche Personalbesetzung vom jeweiligen Patientenmix abhängig. Ein Verhältnis von einer Pflegekraft auf sechs Patienten ergäbe sich nur dann aus der Verhältniszahl, wenn es sich ausschließlich um Patienten mit einem Pflegezeitbedarf von 74 Minuten pro Schicht handelt bzw. der Durchschnitt des Pflegezeitbedarfs aller Patienten der Station diesem Wert entspricht. Der Wert von 74 Minuten pro Schicht entspräche einem Patientenäquivalent von 1,0 (Tab. 8).

Tabelle 8: Umrechnung der Minutenwerte nach Tab. 7 in Patientenäquivalente

Patienten-gruppe	Patienten-äquivalent	Patienten-gruppe	Patienten-äquivalent	Patienten-gruppe	Patienten-äquivalent
A1/S1	0,62	A2/S1	0,93	A3/S1	1,48
A1/S2	0,69	A2/S2	1,00	A3/S2	1,55
A1/S3	0,86	A2/S3	1,18	A3/S3	1,72

Quelle: eigene Darstellung.

Da die Pflegezeitbedarfe der Patienten variieren, würden auch die Patientenäquivalente unterschiedlich ausfallen. Folglich wäre auch die Zahl der Patienten (Kopfzahl) bei einer für alle Normalstationen einheitlichen Pflegepersonaluntergrenze unterschiedlich. Dies soll an einem stark vereinfachten fiktiven Beispiel veranschaulicht werden:

- Befinden sich auf der Station 18 Patienten mit einem durchschnittlichen Patientenäquivalent von 1,0 müsste die Station in der Früh- und Spätschicht mit 3 Pflegekräften besetzt sein.
- Befinden sich auf der Station hingegen 10 Patienten mit einem durchschnittlichen Patientenäquivalent von 2,0 und 8 Patienten mit einem Patientenäquivalent von 0,5 so ergäbe dies eine Summe von insgesamt 24 Patientenäquivalenten (10×2 + 8×0,5 = 20+4 = 24). Die Station müsste bei einer Pflegepersonaluntergrenze von 1:6 in den beiden Tagschichten folglich mit 4 Pflegekräften besetzt sein (24/6).
- Würden mehr Patienten mit geringem Patientenäquivalent auf der Station liegen, bspw. mit einem durchschnittlichen Patientenäquivalent von 0,75, so läge die Summe der Patientenäquivalente bei 13,5 und es müssten in den beiden Tagschichten jeweils lediglich 2,25 Pflegekräfte vorgehalten werden.

Wie an den Beispielen deutlich wird, führt ein solches System in vielen Fällen bei der Berechnung der erforderlichen Personalbesetzung zu Nachkommastellen. Es müsste folglich geklärt werden, wie damit umzugehen ist. Zwei Varianten bieten sich hierzu an: Entweder wird der in Nachkommastellen ausgewiesene Personalbedarf durch den stundenweisen, nicht die gesamte Schicht dauernden Einsatz von Personalressourcen gedeckt[70] oder Nachkommastellen werden auf- oder abgerundet.

Fazit

Es wurden zwei Modelle einer Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser vorgestellt. Beide Modelle sollen dem Ziel dienen, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherzustellen. Dieses Ziel ist nur zu erreichen, wenn ein Verfahren zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfes der Patienten und davon abgeleiteten Personalbedarfes der Stationen angewendet wird. Ein solches, dafür sehr gut geeignetes Verfahren könnte die Pflege-Personalregelung (PPR) sein. Sie bedürfte vor ihrem Einsatz im Rahmen eines neuen Regulie-

70 Bei einem Wert von 2,5 könnte der Pflegebedarf durch den Einsatz von 2 Pflegekräften über die gesamte Schicht und einer Pflegekraft für die Dauer von 3,5 Stunden (bei einer Schichtdauer von 7 Std.) gedeckt werden. Der stundenweise Einsatz könnte insbesondere durch teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte erfolgen. Wann der stundenweise Einsatz erfolgt, könnte entweder entsprechend des stationsspezifischen Arbeitsanfalls von der Station entschieden werden oder – im Falle einer zentralen Personaleinsatzsteuerung – es könnte die Ausführung bestimmter, planbarer Leistungen auf die Zeiten gelegt werden, in denen eine zusätzliche Pflegekraft zur Verfügung steht. Im Interesse planbarer Dienstzeiten könnte bspw. der stundenweise Mehrbedarf vorzugsweise durch fest auf der Station beschäftigte Teilzeitkräfte zu bestimmten, jeden Tag gleichen Zeiten erfolgen.

rungssystems allerdings einer Modernisierung und Anpassung an die gegenwärtige Krankenhauswirklichkeit.

Die Funktionsweise beider Modelle wurde exemplarisch auf Grundlage der Eckdaten und Grundkonstruktion der alten PPR vorgestellt. Die Minutenwerte der alten PPR dienten dabei nur als exemplarische Beispiele zur Veranschaulichung der Funktionsweise.

Das *erste Modell* besteht im Kern aus der Vorgabe eines in allen zugelassenen Krankenhäusern verbindlich anzuwendenden Verfahrens der Pflege- und Personalbedarfsermittlung, verbunden mit der Verpflichtung der Krankenhäuser, die aufgrund dessen als bedarfsgerecht ermittelte Personalbesetzung auch vorzuhalten. Das Modell könnte ein hohes Maß an Transparenz und Nachvollziehbarkeit bieten, insbesondere dadurch, dass zwar die hundertprozentige Einhaltung der Vorgaben gefordert, im Rahmen einer Einführungsphase aber ein schrittweiser Einstieg über nach und nach ansteigende ‚Erfüllungsgrade' in Form von Prozentsätzen ermöglicht werden könnte. Auch wäre es möglich, Prozentsätze als Untergrenzen für eine vorübergehende maximal zulässige Unterschreitung vorzugeben. Das System würde auch ein hohes Maß an Transparenz über die Personalbesetzung im Pflegedienst ermöglichen, indem der Grad der Einhaltung oder Nichteinhaltung der Vorgaben in Form eines allgemein und leicht verständlichen Prozentsatzes (Erfüllungsgrad) angegeben wird. Eine solche Kennzahl bedürfte keiner besonderen und auf fachsprachliche Begriffe zurückgreifenden Erklärung, da auch medizinische Laien verstehen können, was es bedeutet, wenn eine Klinik die Vorgaben zu 100 % oder sogar mehr erfüllt, die andere aber nur zu 90 %.

Das *zweite Modell* basiert auf einer Kombination aus der Anwendung eines Verfahrens zu Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs (PPR) und einer für alle Arten von Stationen und alle Schichten geltenden Pflegepersonaluntergrenze. Das Modell wurde entwickelt und vorgestellt, da § 137i SGB V die Vorgabe von Pflegepersonaluntergrenzen in Form von Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen verlangt.

Werden Pflegepersonaluntergrenzen, wie gegenwärtig vorgesehen, ohne jegliche Berücksichtigung des Pflegebedarfes und noch dazu auf dem Niveau der am schlechtesten besetzten Fachabteilungen festgesetzt, sind sie in keiner Weise geeignet, eine ausreichende und bedarfsgerechte Personalbesetzung und Pflege zu gewährleisten. Dies wurde bereits in den vorhergehenden Kapiteln dieser Expertise ausführlich dargelegt.

Aber auch wenn man Pflegepersonaluntergrenzen unter Berücksichtigung des Pflegebedarfes der Patienten festsetzen wollte, ginge dies nur, wenn ein Verfahren zur Pflege- und Personalbedarfsermittlung an-

gewendet wird. Dies ist in den gegenwärtigen Reformplänen der Bundesregierung jedoch nicht vorgesehen. Das zweite Modell ist insofern ein Alternativmodell zu dem gegenwärtig vorgesehenen Regulierungssystem, da es an zentraler Stelle auf der Anwendung einer modernisierten PPR zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfes und daraus abgeleiteten Personalbedarfes der Stationen aufbaut.

Das zweite Modell sieht die Ableitung einer Pflegepersonaluntergrenze aus den Minutenwerten eines Instrumentes zur Pflegebedarfsermittlung vor. Dazu werden die individuellen Pflegebedarfe der Patienten in ‚Patientenäquivalente' umgerechnet, analog zur Umrechnung der individuellen arbeitsvertraglichen Arbeitszeit von Pflegekräften in die Kennzahl ‚Vollzeitäquivalent'. Eine Ableitung aus den Minutenwerten der alten PPR ergab eine Pflegepersonaluntergrenze von einer Pflegekraft zu sechs Patientenäquivalenten (1:6).

Dieses zweite Modell ist weniger transparent und in der Funktionsweise komplizierter als das erste Modell. Der zentrale Begriff ‚Patientenäquivalente' erschließt sich zudem weder aufgrund von Alltagswissen noch aus der Pflegefachsprache und bedürfte insofern einer gesonderten und etwas ausführlicheren Erklärung.

Ein Vergleich beider Modelle ergibt für das erste Modell deutlich mehr Vorteile, sowohl was die Handhabbarkeit als auch die Transparenz betrifft.

Das Modell wäre jedoch nur zu verwirklichen, wenn § 137i SGVB V aufgehoben und durch eine neue Rechtsvorschrift ersetzt würde, die die Entwicklung dieses Regulierungsmodells ermöglicht.

Schlussbetrachtung

Die vorliegende Expertise zeichnete in groben Zügen die historische Entwicklung der Diskussion über die Personalbesetzung im Pflegedienst in der alten Bundesrepublik und im vereinten Deutschland nach, um aufzuzeigen, warum die Lage im Pflegedienst vieler Krankenhäuser mittlerweile so dramatisch ist, wie sie in zahlreichen Berichten aus der Praxis und in den Medien in Erscheinung tritt. Die Unterbesetzung hält bereits mehr als zwei Jahrzehnten an und hat dazu geführt, dass eine Vielzahl an Pflegekräften entweder ihre Arbeitszeit zum Schutz ihrer Gesundheit reduziert haben oder das Krankenhaus verlassen und in andere Bereiche abgewandert sind oder – um eine sich offenbar neuerdings verstärkende Entwicklung aufzugreifen – zu Zeitarbeitsfirmen wechseln, um endlich geregelte und zuverlässige Arbeitszeiten zu haben und Arbeitsüberlastung verhindern zu können.

Eine in der Expertise vorgestellte grobe Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung kam zu dem Ergebnis, dass der Pflegedienst bundesweit gegenwärtig um mehr als 100.000 Vollkräfte unterbesetzt ist. Es fehlen somit Pflegekräfte nicht nur im niedrigen vier- oder fünfstelligen Bereich, sondern in einer Größenordnung, die ca. einem Drittel oder sogar noch mehr der gegenwärtigen Personalbesetzung entspricht.

Diese Lücke ist vor allem Folge eines über viele Jahre betriebenen Stellenabbaus und einer aus der chronischen Unterbesetzung resultierenden Arbeitsüberlastung. Sie ist keine unvermeidbare, quasi ‚naturwüchsig' entstandene Situation, sondern vor allem durch Regelungen der Krankenhausfinanzierung hervorgerufen, die Krankenhäuser zu Kostensenkungen zwangen und dadurch einen starken Anreiz zum Stellenabbau insbesondere im Pflegedienst setzten. Wenn es für Krankenhäuser gegenwärtig schwierig ist, offene Stellen zu besetzen und dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt zu gewinnen, liegt dies in erster Linie daran, dass mittlerweile die Hälfte der Pflegekräfte im Krankenhaus nur noch in Teilzeit arbeiten, viele Pflegekräfte wegen der schlechten Arbeitsbedingungen aus den Krankenhäusern abgewandert sind und Auszubildende aufgrund ihrer Erfahrungen in den Praxiseinsätzen nicht bereit sind, unter den gegebenen Bedingungen nach der Ausbildung im Krankenhaus zu arbeiten.

Da eine ausreichende Besetzung im Pflegedienst des Krankenhauses von erheblicher Bedeutung für die Qualität der Patientenversorgung ist, handelt es sich bei der seit mehr als zwei Jahrzehnten anhaltenden Unterbesetzung auch um eine für die Krankenhauspatienten hochgradig gefährliche Entwicklung. Unterbesetzung in der Pflege führt dazu, dass notwendige pflegerische Maßnahmen nicht oder nicht in ausreichendem

Maße und in der erforderlichen Qualität erbracht werden können und dadurch Patienten während des Krankenhausaufenthaltes gesundheitliche Schäden erleiden. Wenn notwendige Prophylaxen nicht ausreichend durchgeführt werden können oder die Überwachung von Patienten in kritischen Situationen, beispielsweise nach einer Operation, nicht ausreichend gewährleistet ist, kommt es zu Komplikationen oder werden schwere Komplikationen zu spät erkannt, was schlimmstenfalls zum Versterben aufgrund einer zu spät erkannten Komplikation führen kann.

Die Unterbesetzung im Pflegedienst ist mittlerweile seit mehr als zehn Jahren auch Thema der öffentlichen Diskussion und Medienberichterstattung. Die von den bisherigen Bundesregierungen ergriffenen Maßnahmen waren jedoch bei weitem nicht ausreichend, die dringend gebotene durchgreifende und nachhaltige Verbesserung der Situation zu bewirken. Zwar wurden in den letzten zehn Jahren zwei Programme zur Finanzierung zusätzlicher Stellen beschlossen, die dafür vorgesehenen Mittel reichten jedoch nur für eine neunzigprozentige ‚Förderung' von maximal 17.000 (erstes Pflegeförderprogramm 2009-2011) bzw. 6.000 zusätzlichen Stellen (zweites Programm 2016-2018). Angesichts des oben erwähnten Umfangs der Unterbesetzung waren dies vollkommen unzureichende Beträge. Zudem flossen die Mittel des ersten Programms nur zu ca. der Hälfte tatsächlich in den Pflegedienst der Stationen und wurden mit den Mitteln des zweiten, noch laufenden Programms bis Ende 2017 nur ca. 2.500 zusätzliche Stellen geschaffen.

Vor allem aber wurde bislang eine zentrale Forderung der Pflege nicht erfüllt. Seit mittlerweile mehr als zehn Jahren fordern Gewerkschaft und Pflegeverbände staatliche Vorgaben, durch die die Krankenhäuser verpflichtet werden, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung vorzuhalten. Diese Forderung stand bereits im Zentrum einer 2007/2008 durchgeführten bundesweiten Unterschriftenaktion und einer bundesweiten Demonstration von ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten im September 2008 in Berlin.

Erst Mitte 2017 beschloss die damalige große Koalition, dass zum 1. Januar 2019 ‚Pflegepersonaluntergrenzen' für sogenannte ‚pflegesensitive Bereiche' eingeführt werden sollen (§ 137i SGB V). Allerdings beauftragte sie damit die beiden Spitzenverbände im Krankenausbereich, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Beide Verbände hatten sich in den Vorjahren, und im Fall der DKG sogar noch während des Gesetzgebungsprozesses, ausdrücklich gegen verbindliche Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst ausgesprochen.

Vor diesem Hintergrund einigten sich die beiden Verbände relativ schnell darauf, Vorgaben nur für sechs Fachabteilungen und auf sehr

niedrigem Niveau festzulegen. Das zugrundeliegende Konzept wurde ‚Perzentilansatz' genannt und beinhaltete die Grundsatzentscheidung, dass Pflegepersonaluntergrenzen auf dem Niveau der Grenze zu den 10 Prozent (Dezilgrenze) oder bestenfalls 25 Prozent (Quartilsgrenze) am schlechtesten besetzten Krankenhäusern festgelegt werden sollen.

Die Verhandlungen scheiterten letztendlich jedoch, offenbar weil die DKG nicht bereit war, Pflegepersonaluntergrenzen zuzustimmen, die oberhalb der 10 Prozent am schlechtesten besetzten Kliniken festgelegt werden. Der GKV-SV bestand hingegen auf der 25 Prozentgrenze. Wie auch immer: Beide Grenzen sind zu niedrig und nicht geeignet, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherzustellen.

Nach dem Scheitern der Verhandlungen ging die Zuständigkeit für eine Regulierung auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über. Es war durch § 137i SGB V verpflichtet, im Fall des Scheiterns eine Rechtsverordnung zu erlassen, und darin die vom Gesetz geforderten Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen.

Der Entwurf für eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) wurde Ende August 2018 vorgelegt und folgt in allen wesentlichen Punkten dem, was bereits von den beiden Spitzenverbänden vorbereitet und weitgehend vereinbart war. Die Frage auf welcher Höhe die Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollen, entschied das BMG zu Gunsten der 25-Prozent-Grenze.

Mit der Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage des Perzentilansatzes und in Höhe der Grenze zu den 25 Prozent am schlechtesten besetzten Krankenhäusern soll laut BMG ausdrücklich keine bedarfsgerechte Personalbesetzung erreicht werden, sondern nur eine Minimalbesetzung, die lediglich ausreicht, eine ‚patientengefährdende Pflege' zu vermeiden. Zudem werden Pflegepersonaluntergrenzen nur für vier Fachabteilungen vorgegeben.

Mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung setzt die gegenwärtige Bundesregierung die Linie der vorherigen Regierungen fort und verweigert Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung zum Ziel haben.

Die Regelungen der PpUGV treffen auf scharfe Kritik von Seiten der Gewerkschaft ver.di, des DGB, des Deutschen Pflegerates, anerkannter Organisationen der Patientenvertretung, der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und der AWMF. Sie fordern gemeinsam staatliche Vorgaben, die sich am individuellen Pflegebedarf der Krankenhauspatienten orientieren und eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen können.

Um zu zeigen, dass eine staatliche Regulierung möglich ist, durch die eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst sichergestellt

werden kann, wurden in der vorliegenden Expertise die Grundzüge zweier Regulierungsmodelle vorgestellt und exemplarisch erläutert, mit denen dieses Ziel erreicht werden könnte.

Im Zentrum des ersten Modells steht die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Anwendung eines bundesweit einheitlich vorgegebenen Verfahrens zur Pflege- und Personalbedarfsermittlung. Diese Verpflichtung wird verbunden mit der Verpflichtung zur Vorhaltung der auf Grundlage des Verfahrens als bedarfsgerecht ermittelten Personalbesetzung. Als Verfahren zur Pflege- und Personalbedarfsermittlung wird die Pflege-Personalregelung vorgeschlagen, die durch eine unabhängige Expertinnen- und Expertenkommission zu überarbeiten und zu modernisieren wäre. Dieses Modell käme ohne die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen aus und wäre deutlich flexibler im Einsatz und in der Berücksichtigung der verschiedenen Besonderheiten der Krankenhauswirklichkeit als die durch § 137i SGB V und die PpUGV vorgegebenen Pflegepersonaluntergrenzen.

Das zweite Modell ist eine Kombination aus dem verpflichtenden Einsatz einer modernisierten PPR und der Vorgabe einer für alle Arten von Stationen und Schichten einheitlichen Pflegepersonaluntergrenze. Die Pflegepersonaluntergrenze würde aus den Minutenwerten der PPR abgeleitet und wäre keine Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl, sondern eine Kennzahl, die angibt, wie viele ‚Patientenäquivalente' mit einem bestimmten Pflegezeitbedarf eine Pflegekraft pro Schicht maximal bedarfsgerecht versorgen kann.

Beide Modelle setzen allerdings voraus, dass die Finanzierung der Pflegepersonalkosten auf Grundlage der Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten und Personalbedarfs der Stationen geschieht. Das geltende DRG-System bietet diese Voraussetzung nicht, da die DRG-Fallpauschalen unabhängig vom Pflege- und Personalbedarf kalkuliert werden, und die in den DRGs enthaltene Vergütung für die Pflege keinerlei Bezug zum individuellen Pflegebedarf oder krankenhausbezogenen Personalbedarf aufweist.

Insofern ist zu begrüßen, dass die gegenwärtige Regierungskoalition in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart hat, die Finanzierung der Pflegepersonalkosten auf ein neues System umzustellen. Der Ende Juni 2018 vorgelegte Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) sieht dazu vor, dass die Pflegepersonalkosten ab 2020 durch ein ‚Pflegebudget' finanziert werden, das auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten zu vereinbaren ist und dessen Mittel zweckgebunden nur für die Pflegepersonalkosten verwendet werden dürfen.

Eine solche Neuregelung könnte die ökonomischen Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Verbesserung der Personalsituation

im Pflegedienst grundlegend verbessern, wenn es dauerhaft dabei bliebe, dass die mit den Kassen vereinbarten und tatsächlich entstandenen Personalkosten erstattet werden.

Literatur

Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: International Journal of Nursing Studies, Jg. 50, Heft, S. 143–153.

AOK-Bundesverband (2018): Übersicht zu den Zu- und Abschlägen im Rahmen der Krankenhausabrechnung 2018 nach KHEntgG. Stand: 02.01.2018. Online verfügbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/abrechnung/zuschlaege/zu-abschlaege_drg_020118.pdf (2.07.2018).

APS, Aktionsbündnis Patientensicherheit AWMF, Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft; DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund; DPR, Deutscher Pflegerat DNVF, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung PatV, Organisationen der Patientenvertretung – BAGP, DAG SHG, BAG Selbsthilfe, SoVD, vdk, ISL, vzbv ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018): (Weiter-)Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstools für die Pflege in Krankenhäusern. Gemeinsame Forderung der Organisationen. Berlin, 17. September 2018. Online verfügbar unter: https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++d53b7e74-ba7f-11e8-bcdc-525400f67940 (18.09.2018).

APS, Aktionsbündnis Patientensicherheit; DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund; DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft; DPR, Deutscher Pflegerat; PatV, Vertretung der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018): Maßnahmen müssen Verbesserung der Versorgungssituation gewährleisten. Gemeinsame Erklärung zu den Auswirkungen der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen. Berlin, 1. Juni 2018. Online verfügbar unter: https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++a51051c2-657d-11e8-8d5c-525400423e78 (1.06.2018).

AQUA, Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2016): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0. Online verfügbar unter: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/248_Methodenpapier/Methodenpapier_4.0.pdf (15.09.2018).

Becker, Andreas; Stausberg, Jürgen; Fischer, Burkhard; Carstanjen, Dirk; Weyermann, Maria (2016): Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. Eine Positionsbestimmung der DKG-Expertengruppe „Qualitätsmessung und Risikoadjustierung“. In: Das Krankenhaus, Jg. 108, Heft 11, S. 954-963.

Bergmann, Karl Otto; Pauge, Burkhard; Steinmeyer, Heinz-Dietrich (Hg.) (2017): Gesamtes Medizinrecht. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2015): Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe beruft Expertenkommission „P!egepersonal im Krankenhaus“ ein. Pressemitteilung des BMG vom 1.10.2015. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2015-4/expertenkommission-pflegepersonal-im-krankenhaus.html (11.10.2015).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018a): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Bearbeitungsstand: 25.06.2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf (17.09.2018).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018b): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). Kabinettsbeschluss vom 1. August 2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf (3.08.2018).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018c): Informationsvermerk zur rechtlichen Einordnung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V. Berlin, 2. Februar 2018. Verteilt an die Teilnehmer der großen Beratungsrunde gemäß § 137i SGB V.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018d): Kabinett beschließt Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Wichtige Etappe zur Verbesserung der Pflege“. Pressemitteilung Nr. 13 vom 1. August 2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/3-quartal/ppsg-kabinett.html - c13617 (27.09.2018).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018e): Konzertierte Aktion P!ege – für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen un gerechte Bezahlung. Pressemitteilung vom 3. Juli 2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html (7.07.2018).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018f): Pflegepersonaluntergrenzen. Internetseite des BMG. Bearbeitungsstand: 3.09.2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html - c13743 (27.09.2018).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018g): Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV). Bearbeitungsstand: 23.08.2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpUGV_RefE.pdf (17.09.2018).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018h): Schritt für Schritt – So machen wir P!ege besser. Unsere Strategie für die Pflege. Internetseite des BMG. Stand: 20.09.2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/strategie-fuer-pflege.html (28.09.2018).

Bofinger, Werner; Dörfeldt, Dieter; Tauch, Jürgen G. (2008): Personalbedarf im Krankenhaus. Arbeitshandbuch mit CD-ROM für die Personalbedarfs-Berechnungen (Loseblattsammlung). Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.

Bombosch, Frederik (2018): Pflegenotstand – Interne Zahlen belegen dramatische Lage in Klinikum Neukölln. Online verfügbar unter: https://www.berliner-zeitung.de/berlin/pflegenotstand-interne-zahlen-belegen-dramatische-lage-in-klinikum-neukoelln-30086890 (28.04.2018).

Bundesregierung (2018): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf (5.08.2018).

Bunzemeier, Holger; Fiori, Wolfgang; Roeder, Norbert (2018): Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG). Auswirkungen auf die Krankenhausfinanzierung. In: Das Krankenhaus, Jg. 110, Heft 8, S. 684-696.

CDHS, California Department of Health Services (2003): Final Statement of Reasons. Online verfügbar unter: http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01_FSOR.pdf (25.05.2016).

CDHS, California Department of Health Services (2004): Nurse-to-Patient Staffing Ratio Regulations. Online verfügbar unter: http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Pages/N2PRegulations.aspx (28.08.2008).

CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Online verfügbar unter: http://www.spd.de/linkableblob/112790/data/20131127_koalitionsvertrag.pdf (28.11.2013).

CDU/CSU/SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Online verfügbar unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2018.pdf (7.02.2018).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2007): „Uns reicht's! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege." Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di starten gemeinsam bundesweite Unterschriftenkampagne. Gemeinsame Pressemitteilung vom 22.11.2007. Online verfügbar unter: http://www.lpr-bw.de/s/pdf/PM_22112007_unsreichtsdbfk1.pdf (13.09.2018).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2008): Über 185.000 Menschen bekräftigen: Uns reicht's! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege. Presseinformation. Online verfügbar unter: http://uns-reichts.info/downloads/PM_unsreichts_05062008.pdf (

DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2010): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen – Hintergrundtext. Online verfügbar unter: http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf (26.07.2017).

DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017a): Instrument zur Schweregrad-Adjustierung des Pflegebedarfs. DKG-Position. Folienpräsentation vom 21.11.2017. Berlin: DKG.

DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017b): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zurm Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten, hier: Änderungsantrag der Fraktionen der CD U/CSU und SPD Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen Ausschussdrucksache 18(14)249.2. Online verfügbar unter: https://www.bundestag.de/blob/506706/d45549e20115031f1ea24d4b0a20bd81/18_14_0259-4-_pflegepersuntergrenze_dkg-data.pdf (26.05.2017).

DPR, Deutscher Pflegerat (2018): Pflegepersonaluntergrenzen: Mangelhaft! Deutscher Pflegerat mit deutlicher Kritik am Verordnungsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums. Pressemitteilung vom 27.08.2018. Online verfügbar unter: https://deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2058.php (30.8.2018).

Eichenhofer, Eberhard; Wenner, Ulrich (Hg.) (2013): Kommentar zum Sozialgesetzbuch V. Köln: Luchterhand.

Elsner, Christiane (1995): Standardentwicklung in Anlehnung an die Tätigkeitsprofile der PPR. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 33, Heft 3, S. 227-231.

Erhard, Ludwig (1960): Festvortrag. Rede zur Eröffnung des 2. Deutschen Krankenhaustages. In: Das Krankenhaus, Jg. 52, Heft 7, S. 290-296.

G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL: (§ 7 Nachweisverfahren und Anlage 2 Anforderung zum Pflegepersonal). Vom 15. Dezember 2016. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2806/2016-12-15_QFR-RL_Paragraph-7-und-Anlage-2.pdf (10.01.2017).

Gebhardt, Thomas (2018): Antwort des Parlamentarischen Staatsekretärs im Bundesministerium für Gesundheit auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE, betreffend „Pflegepersonaluntergrenzen und bedarfsgerechte Pflege“ (BT-Drs. 19/2152). Berlin 30. Mai 2018.

Gerster, Eyke (1995): Bonn setzt die Pflegepersonalregelung für ein Jahr aus. Ungehört verhallt der Protest der Pflegenden. In: Pflegezeitschrift, Jg. 48, Heft 12, S. 728-729.

GKV, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (1993): Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der GKV zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1994 vom 26.10.1993 (wörtlicher Abdruck). In: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 12, S. 539-549.

GKV-Spitzenverband (2013a): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011). Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM_2013-07-08_2013_06_28_PSP_4_Bericht_final.pdf (8.07.2013).

GKV-Spitzenverband (2013b): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.06.2013 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ (Drucksache17/12095). Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 17(14)0439(2).

GKV-Spitzenverband (2018): Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm in den Förderjahren 2016 und 2017 an das Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/pflegesonderprogramm/Bericht_Pflegestellen-Foerderprogramm_2016-17_GKV-SV.pdf (27.07.2018).

GKV-Spitzenverband; DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V. Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) an das Bundesministerium für Gesundheit. Stand: 30.01.2018. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_01_30_Pflegepersonaluntergrenzen_Zwischenbericht_an_BMG.pdf (1.03.2018).

GKV-SV, GKV-Spitzenverband (2017): Instrument zur Schweregrad-Adjustierung. Folienpräsentation. „Große Runde“ Pflegepersonaluntergrenzen, Berlin, 21.11.2017. Berlin: GKV-SV.

GKV-SV, GKV-Spitzenverband (2018): Pflegepersonaluntergrenzen – Umsetzungsskizze einer ergänzenden Ganzhausbetrachtung. Entwurf des GKV-Spitzenverbandes vom 25.01.2018. Berlin: GKV-SV.

Gröhe, Hermann; Nüßlein, Georg; Lauterbach, Karl W.; Michalk, Maria; Mattheis, Hilde; Prüfer-Storcks, Cornelia; Grüttner, Stefan (2017): Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vom 7. März 2017. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekommisison/170307_Abschlusspapier_Pflegekommission.pdf (7.03.2017).

Heslop, Lisa; Lu, Sai (2014): Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 70, Heft 11, S. 2469-2482.

ICN, International Council of Nurses (2009): Nursing sensitive outcome indicators. Online verfügbar unter: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/15c_FS-Nursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf (26.05.2017).

IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2018): Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Online verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23031/e23032/e23034/attr_objs23036/Befragung_Pflegepersonaluntergrenzen_032018_ger.pdf (19.09.2018).

InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2012): Kalkulation der Investitionskosten für Zwecke gem. § 10 KHG. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 1.0 vom 9. März 2012. Online verfügbar unter: http://www.gdrg.de/cms/inek_site_de/layout/set/print/Kalkulation2/Investitionskosten/Kalkulationshandbuch (2.10.2012).

InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2016): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0. 10. Oktober 2016. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch (10.12.2017).

InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2017a): Einschätzung des InEK zur „Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland“ des Hamburg Center for Health Economics (hche) vom 10.11.2016. Unveröffentlichte Stellungnahme für die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“.

InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2017b): Personalausstattung in pflegesensitiven Bereichen – „Pflegelast“. Konzeptpapier, vorgestellt in der großen Beratungsrunde nach § 137i SGB V am 21.11.2017. Siegburg: InEK.

InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2018a): Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog) – Version 0.99. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog (9.04.2018).

InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2018b): Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog) – Version 0.99. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog (9.04.2018).

Jakobi, Rainer (1993): Die praktische Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Kreiskrankenhaus Frankenberg. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 10, Heft 1, S. 68-72.

Klee, Dieter (1993): Erfahrungen mit der Umsetzung der Pflege-Personalregelung – Chancen für die interne Organisation. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 32, Heft 12, S. 1009-1016.

KPMG (2018): Empirische Auswertungen zur Pflegepersonalausstattung und ‚Pflegelast' in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Projektzwischenstand, 25. Juli 2018. Folienpräsentation vor der großen Beratungsrunde nach § 137i Abs. 1 Satz 9 SGB V.

Kunze, Heinrich; Kaltenbach, Ludwig (Hg.) (2005): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Leber, Wulf-Dietrich (2018a): DRGs nach dem Meteoriteneinschlag. Online verfügbar unter: https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/artikeldetailseite-ohne-heftzuweisung/35048-drgs-nach-dem-meteoriteneinschlag/ (20.04.2018).

Leber, Wulf-Dietrich (2018b): Freibier für die Pflege. Online verfügbar unter: https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/artikeldetailseite-ohne-heftzuweisung/36083-freibier-fuer-die-pflege/ (25.09.2018).

Meurer, Uta (1996): Pflege braucht ein Bündnis. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 13, Heft 6, S. 562-563.

Mohr, Friedrich W. (1988): Morbus Neunzehn. In: Das Krankenhaus, Jg. 80, Heft 10, S. 452-456.

Mushta, Jane; Rush, Kathy L.; Andersen, Elizabeth (2018): Failure to rescue as a nurse-sensitive indicator. In: Nursing Forum, Jg. 53, Heft 1, S. 84-92.

PatV, Vertretung der Patientenorganisationen nach § 140f SGB V; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft; DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund (2018): Pflegepersonaluntergrenzen müssen eine bedarfsgerechte Versorgung aller Krankenhauspatienten zu jeder Zeit sicherstellen. Gemeinsame Positionierung der VertreterInnen von den Patientenorganisationen nach § 140f SGB V, der Gewerkschaft ver.di und des DGB. Berlin, 5. Februar 2018. Online verfügbar unter: https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++5781625e-52a2-11e8-a3eb-525400f67940 (9.05.2018).

Philbert-Hasucha, Sabine (1994): Die Umsetzung der Pflege-Personalregelung. Erfahrungen mit einem Tätigkeitskatalog. In: Pflegezeitschrift, Jg. 47, Heft 10, S. 560-564.

Prütting, Dorothea (Hg.) (2016): Medizinrecht Kommentar. 4. Auflage. Köln: Luchterhand.

Quaas, Michael; Zuck, Rüdiger; Clemens, Thomas (Hg.) (2014): Medizinrecht. 3., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: C. H. Beck.

Ritter, Jens; Trill, Roland (1993): EDV-gestützte Umsetzung der PPR. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 10, Heft 5, S. 421-425.

Roeder, Norbert (2017): Kommentar zur Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Unveröffentlichte Stellungnahme für die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“.

Scheel, Jochen; Wied, Stefanie (1993): Pflege-Personalregelung – Praktische Umsetzung in der DRK-Kinderklinik Siegen. In: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 2, S. 66-69.

Schöning, Brigitte; Luithlen, Eberhard; Scheinert, Hanns (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Schreyögg, Jonas; Milstein, Ricarda (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (15.05.2017).

Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden: Springer VS.

Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2015__Unterbesetzung_im_Pflegedienst__2._Auflage_.pdf (11.03.2016).

Simon, Michael (2017a): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.

Simon, Michael (2017b): Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung zur Frage eines Zusammenhangs zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und der Ergebnisqualität deutscher Krankenhäuser. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2017_Pflegepersonal_Ergebnisqualitaet_in_deutschen_KH.pdf (20.04.2018).

Simon, Michael (2018): Pflegepersonaluntergrenzen. Die gesetzliche Verpflichtung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. In: Monitor Pflege, Jg. 4, Heft 2, S. 21-25.

Simon, Michael; Mehmecke, Sandra (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. Online verfügbar unter: http://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/106575_107296.htm (9.02.2017).

Twigg, Diane E.; Gelder, Lucy; Myers, Helen (2015): The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 71, Heft 7, S. 1564-1572.

Verwaltungsrat GKV-SV, Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes (2018): Der Verwaltungsrat begrüßt die Aktivitäten der Regierung zur Verbesserung der Situation in der Alten- und Krankenpflege. Statement vom 20.08.2018. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_744768.jsp (31.08.2018).

VLKKD, Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (2018): Schreiben an den Gesundheitsminister Jens Spahn, den Hauptgeschäftsführer der DKG und den Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband. Singen, 8. Mai 2018. Online verfügbar unter: http://www.vlkkd.de/de/aktuelles/meldungen/2018-06-Positionspapier-Pflegepersonaluntergrenzen.pdf (26.09.2018).

Wieteck, Pia (Hg.) (2009): Handbuch für PKMS und PPR-A 4. Kassel: RECOM.

Wingenfeld, Klaus (2011): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 263-290.

Wöhrmann, Stefan; Kim, Sinn (2017): Untergrenzen für Krankenhauspflegepersonal. Nur ein Teil der Lösung. In: ersatzkasse magazin, Jg. 97, Heft 3/4, S. 26-27.

Die negativen Folgen der personellen Unterbesetzung in der Krankenhauspflege für Beschäftigte und Patienten sind seit Jahren bekannt. Deshalb sollen verbindliche gesetzliche Regeln für die Personalbesetzung eingeführt werden. Das Bundesgesundheitsministerium hat im August 2018 einen Entwurf für eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgelegt. Dieser Entwurf wird in der vorliegenden Analyse kritisch bewertet: Sollte die Verordnung in Kraft treten, würde das Ziel einer ausreichenden und bedarfsgerechten Personalbesetzung nicht erreicht. Stattdessen würde der völlig unzureichende Status quo der Personalbemessung festgeschrieben.
In zwei Alternativmodellen wird aufgezeigt, dass es sehr wohl möglich ist, durch staatliche Vorgaben eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sicherzustellen.

ISSN 2509-2359