



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von  
Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen  
für das Jahr 2019

(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung [PpUGV])

Berlin, 13.09.2018

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## 1. Grundlegende Bewertung des Verordnungsentwurfs

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Patientensicherheit in den Krankenhäusern durch eine Regelung zu Personaluntergrenzen.

Der Deutsche Ärztetag hat wiederholt verbindliche Personaluntergrenzen im Gesundheitswesen gefordert. Eine Überlastung des Personals stellt einen wesentlichen Risikofaktor für Patientinnen und Patienten dar. Dies betrifft insbesondere auch die Umsetzung hygienischer Standards in den Krankenhäusern. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 hatte zudem die Vertragsparteien zu einer fristgerechten Umsetzung des § 137i SGB V aufgefordert und das Bundesministerium für Gesundheit dazu aufgerufen, gegebenenfalls zeitnah sachgerechte Personaluntergrenzen per Rechtsverordnung festzulegen (121. Deutscher Ärztetag, Drucksache Ia-18).

Die Bundesärztekammer erkennt an, dass mit dieser Ersatzvornahme, weniger als zwei Monate nach den gescheiterten Verhandlungen von Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, kein ausgefeiltes, abschließendes Konzept, sondern lediglich ein erster Schritt für das Jahr 2019 vorliegt.

Die Bundesärztekammer gibt jedoch die folgenden Punkte zu bedenken:

Genügend und qualifiziertes Personal ist unabdingbare Voraussetzung für Qualität überall im Krankenhaus. Deshalb ist die Begrenzung der Personaluntergrenzen auf sogenannte pflegesensitive Bereiche aus Sicht der Bundesärztekammer nicht sinnvoll. Im Koalitionsvertrag wird bereits eine **Ausweitung der Anwendung von Personaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche** angekündigt („Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.“ Ein neuer Aufbruch für Europa, Eine neue Dynamik für Deutschland, Ein neuer Zusammenhalt für unser Land; Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode). Dieser Ansatz wird von der Bundesärztekammer begrüßt und sollte weiterverfolgt werden. Die Bundesärztekammer unterstützt außerdem die vom Bundesrat im Februar 2018 erhobene Forderung, dass die Vereinbarung zu Pflegepersonaluntergrenzen zu einer spürbaren Verbesserung der Personalschlüssel im Pflegebereich in den Krankenhäusern führen muss. Aus Sicht des Bundesrates entspricht eine Vereinbarung nur dann den Vorgaben des § 137i, wenn unter anderem die Maßgabe erfüllt ist, dass der Personalschlüssel für alle Stationen und Notaufnahmen der Krankenhäuser gilt, in denen Pflegepersonal tätig ist (Bundesrat Drucksache 48/18).

Die isolierte Festlegung von Personaluntergrenzen für nur eine der Berufsgruppen ist nicht sinnvoll und kann, bei einer nachfolgenden Substitution von Tätigkeiten der nicht ausreichend ausgestatteten Berufsgruppe, sogar kontraproduktiv sein, wenn eine Verschiebung von Tätigkeitsspektren die Folge ist. Der Deutsche Ärztetag hat wiederholt Mindestpersonalvorgaben auch für den ärztlichen Dienst im stationären Bereich gefordert. Auch im ärztlichen Bereich ist eine adäquate Personalausstattung hochgradig qualitätsrelevant und die Arbeitssituation der Beschäftigten besorgniserregend. Aus diesem Grund fordert die Bundesärztekammer die **Einführung von Personaluntergrenzen für alle maßgeblich an der Patientenversorgung Beteiligten**.

Die alleinige Anwendung des vorgelegten Perzentilen-Ansatzes, ohne eine Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs, ist fragwürdig. Zudem wäre die Vorlage des Gutachtens der KPMG

Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zur Ist-Situation der Pflegepersonalbesetzung im Verhältnis zur Anzahl der zu versorgenden Patienten wünschenswert gewesen, die Empirie beziehungsweise Repräsentativität der vorgelegten Verhältniszahlen ist so nicht nachvollziehbar. Die Bundesärztekammer erachtet die Perzentilen-Grenze als gefährlich, da sie suggeriert, dass Kliniken in den oberen Perzentilen eine ausreichende beziehungsweise besonders hohe Personalausstattung hätten. Dies verführt Krankenhäuser mit einer höheren Personalausstattung zu einem Stellenabbau. Angesichts der niedrigeren Verhältniszahlen in anderen Ländern ist dies nicht adäquat („Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing“ (RN4CAST); Albrecht M et al. „Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus: Internationale Empirie und Status quo in Deutschland“, Bertelsmann-Stiftung 2017).

Der tatsächliche Personalbedarf bleibt in dem vorgelegten Konzept unberücksichtigt, so dass es zu einer deutlichen Benachteiligung von Stationen mit komplexen, multimorbiden und pflegeintensiven Patienten kommt. Eine angemessene Personalbemessung kann nur mithilfe einer individuellen **Erhebung der Versorgungsbedarfe** in den Krankenhäusern stattfinden. Diese Daten müssen zügig und valide erhoben und das Konzept der Personaluntergrenzen weiterentwickelt werden, um tatsächlich eine Verbesserung der Patientenversorgung und der Arbeitssituation der am Patientenbett Tätigen zu erzielen. Wichtig ist hierbei sowohl die Erhebung von Zeiten am Patientenbett als auch von Tätigkeiten, wie zum Beispiel Dokumentation, Wartung von Lagerbeständen, Angehörigengespräche, Austausch/Abstimmung mit Kolleginnen und Kollegen, Transporttätigkeiten, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Teamentwicklung.

Der vorliegende Verordnungsentwurf ist allenfalls ein erster, kleiner Schritt auf dem Weg zu einer bedarfsgerechten Personalausstattung der Krankenhäuser. Die Auswirkungen der Einführung der Personaluntergrenzen sollten durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, unter Einbeziehung der Durchschnittsbesetzung im gesamten Krankenhausbereich und in allen Schichten, evaluiert werden.

Die Bundesärztekammer fordert die Einführung von Personaluntergrenzen für alle maßgeblich an der Patientenversorgung Beteiligten, in allen bettenführenden Krankenhausbereichen sowie Notaufnahmen. Die Personaluntergrenzen müssen auf der Grundlage valider Daten den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten und die Tätigkeitsprofile der am Patienten tätigen Mitarbeiter mit abbilden.

## **2. Vorbemerkung**

Im Folgenden werden unter (3.) einzelne Punkte des Gesetzentwurfes, sortiert nach der im Gesetzentwurf vorgegebenen Nummerierung und in chronologischer Reihenfolge, kommentiert. Konkrete Änderungsvorschläge sind den jeweiligen Punkten zugeordnet.

## **3. Stellungnahme im Einzelnen**

### ***3.1 Beschränkung der Verordnung auf pflegesensitive Bereiche (§ 1)***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verordnung regelt die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Genügend und qualifiziertes Personal ist unabdingbare Voraussetzung für Qualität in allen Bereichen im Krankenhaus. Aus diesem Grund ist eine Begrenzung der Personaluntergrenzen auf sogenannte „pflegesensitive“ Bereiche nicht sinnvoll.

Eine Beschränkung auf einzelne Krankenhausbereiche birgt zudem die große Gefahr von Verlagerungseffekten. Im Verordnungsentwurf wird auf Seite 26 (Punkt II „Wesentlicher Inhalt des Entwurfs“) ausgeführt, dass Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten „nicht Gegenstand der Verordnung“ seien und einer künftigen Vereinbarung der Vertragsparteien vorbehalten blieben, obgleich in § 137i SGB V explizit Maßnahmen gefordert werden, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. Dabei muss bedacht werden, dass die Beschränkung auf einzelne Krankenhausbereiche nicht nur die Gefahr von Personalverlagerungseffekten birgt (Pflegekräfte werden aus den nicht geregelten Bereichen abgezogen, um eine ausreichende Besetzung der geregelten Bereiche zu gewährleisten), sondern auch die von Patientenverschiebungen, zum Beispiel ein Ausbau von Monitorstationen zu Lasten von Intensivstationen, da für erstere keine Personalvorgaben existieren, mit der Gefahr zu früher Verlegung von der Intensivstation sowie ein Verbleib von Intensivpatienten in Notaufnahmen oder auch ein Verbleib geriatrischer Patienten im Akutbereich. Diese Patientenverschiebungen stellen eine deutliche Gefahr für die Patientensicherheit dar.

Im Koalitionsvertrag wird bereits eine Ausweitung der Anwendung von Personaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche angekündigt. Auch der Bundesrat hat sich dafür ausgesprochen, dass der Personalschlüssel für alle Stationen und Notaufnahmen der Krankenhäuser gelten soll, in denen Pflegepersonal tätig ist. Dieser Ansatz wird von der Bundesärztekammer begrüßt und sollte zeitnah umgesetzt werden.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer plädiert für die Einführung von Personaluntergrenzen in allen bettenführenden Bereichen einschließlich der Notaufnahmen. Bei einer Umsetzung der Verordnung in der vorgeschlagenen Form, müssen Maßnahmen ergriffen werden, um Personal- und Patientenverschiebungen zu unterbinden.

Mögliche Verlagerungseffekte sollten im Rahmen einer unabhängigen wissenschaftlichen Studie evaluiert werden.

### ***3.2 Beschränkung der Verordnung auf Pflegepersonal (§ 1)***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verordnung regelt die Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen ausschließlich für das Pflegepersonal.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die isolierte Festlegung von Personaluntergrenzen für nur eine der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen ist nicht sinnvoll, vielmehr muss eine leistungsbezogene Personalstrukturqualität entwickelt werden, die sich nicht aus den Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen, sondern aus dem Versorgungsbedarf der Patienten inklusive aller zusätzlich notwendigen Aufgabengebiete ergibt.

Der Deutsche Ärztetag hat wiederholt Mindestpersonalvorgaben auch für den ärztlichen Dienst im stationären Bereich gefordert. Auch im ärztlichen Bereich ist eine adäquate Personalausstattung hochgradig qualitätsrelevant und die Arbeitssituation der Beschäftigten besorgniserregend. Personaluntergrenzen müssen für alle wesentlichen, unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen gelten. Dies betrifft mindestens den pflegerischen und den ärztlichen Dienst sowie Pflegehilfskräfte als eigene Berufsgruppe. Gegebenenfalls sollten im Tagdienst auch weitere Therapeuten wie zum Beispiel Physio- oder Ergotherapeuten oder auch Psychologen einbezogen werden, um bewerten zu können, inwieweit notwendige Versorgungsaufgaben abgedeckt sind. Als Beispiele können hier die Mobilisation von Patienten durch Physiotherapeuten oder Pflegepersonal sowie das Wundmanagement durch Pflegekräfte (nach ärztlicher Anordnung) oder durch Ärzte genannt werden.

Insbesondere der pflegerische und der ärztliche Bereich im Krankenhaus sind in hohem Maße voneinander abhängig. Ohne eine ausreichende pflegerische Personalausstattung ist in der Regel keine gute ärztliche Versorgung, und ohne ausreichende ärztliche Personalausstattung in der Regel keine gute pflegerische Versorgung möglich. Die jeweils unterbesetzte Berufsgruppe stellt dabei einen Flaschenhals dar, der die Arbeit der besser besetzten Berufsgruppe behindert. Ärztliche und pflegerische Leistungen sind so in ihrer Abfolge voneinander abhängig. Zur Gewährleistung der in der modernen Medizin unabdingbaren berufsgruppenübergreifenden arbeitsteiligen Kooperation dürfen in der Bemessung von Stellenplänen und Personalbudgets Angehörige der Pflegeberufe einerseits und Ärztinnen und Ärzte andererseits nicht in Konkurrenz gebracht werden. Vielmehr muss das Personalkonzept eines Krankenhauses auf der Kooperation der Berufsgruppen in der Patientenversorgung aufbauen.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer fordert die Einführung von Personaluntergrenzen für alle maßgeblich an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen.

In den Krankenhäusern sollten kompetenzbasierte Personalentwicklungskonzepte entwickelt werden, die auf der Kooperation der Berufsgruppen in der Patientenversorgung aufbauen.

## ***3.3 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands (§ 4)***

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt standortbezogen den Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser auf der Grundlage des vom InEK entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 (Pflegeaufwand-Katalog des InEK).

In Teil B des Verordnungsentwurfs wird ausgeführt, dass auf eine weitere Untergliederung nach dem Pflegeaufwand zusätzlich zu den festgelegten Untergrenzen zunächst verzichtet wurde, um den Umsetzungsaufwand zu begrenzen. Es ist lediglich eine standortbezogene Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser vorgesehen.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Das Konzept der „Pflegebelastung“ basiert auf einem rein monetären Prinzip, bei dem der Anteil der Pflegepersonalkosten an den einzelnen DRG-Fallpauschalen festgelegt wird. Es ist damit für eine Abbildung des individuellen Pflegebedarfs eines Patienten nicht geeignet.

Um den tatsächlichen Pflegebedarf erfassen zu können, müssen der konkrete Bedarf und die konkreten Leistungen erfasst werden. Dies beinhaltet eine Analyse der zu verrichtenden Tätigkeiten bezogen auf eine examinierte Pflegekraft, die mit Zeiteinheiten zu hinterlegen sind. Dabei müssen der Case Mix Index und delegierbare Tätigkeiten sowie patientenferne Tätigkeiten wie Fortbildungszeiten und Teamgespräche ebenso berücksichtigt werden wie ausreichend Zeit für Gespräche mit Patienten und Angehörigen. Gegebenenfalls könnte hier auf die Pflegepersonal-Regelung (PPR) aufgebaut werden.

Der Verordnungsentwurf führt aus, dass es den Krankenhäusern obliegt, den konkreten Personalbedarf anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls zu ermitteln, etwa unter Berücksichtigung der jeweiligen Organisation der Arbeitsabläufe, der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen, der baulichen Verhältnisse, der technischen Ausstattung, des jeweiligen Versorgungsbereichs und der Bedürfnisse der spezifischen Patientengruppen. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass auch eine angemessene Proportionalität zwischen Behandlungsfallzahlen (Fall- oder Eingriffszahlen) und der Mitarbeiterzahl gegeben sein muss, da zum Beispiel in der Regel ein größerer Personalaufwand bei der Aufnahme und der Entlassung von Patienten besteht. Die durchschnittliche Liegedauer hat damit maßgeblichen Einfluss auf die Personalbelastung.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Nach Ansicht der Bundesärztekammer müssen Pflegepersonaluntergrenzen durch eine Erfassung des konkreten Personalbedarfs adjustiert werden. Hierfür sollten die Erkenntnisse aus der früheren Pflegepersonal-Regelung (PPR) geprüft werden.

Von den Krankenhäusern sollte ein kompetenzbasiertes Personalentwicklungskonzept gefordert werden, bei dem die Betroffenen in den Krankenhäusern zu beteiligen sind.

### **3.4 Pflegepersonaluntergrenzen (§ 6)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für vier als „pflegeintensiv“ ausgewiesene Krankenhausbereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie) werden in dem Verordnungsentwurf konkrete Personaluntergrenzen als Verhältnis Patient : Pflegekraft jeweils für die Tag- und für die Nachtschicht, sowie getrennt für Werk-, Wochenend- und Feiertage für das Jahr 2019 festgelegt. Die Verhältniszahlen basieren auf dem vom Hamburg Center for Health Economics (hche) eingeführten Perzentilen-Ansatz (Schreyögg et al. Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland; hche 2016). Ziel ist es, dass die Krankenhäuser mit einer Personalbesetzung unterhalb der 25. Perzentile ihren Personalbestand bis zur unteren Personalbesetzung der übrigen 75 % der Krankenhäuser aufstocken.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

In dem Verordnungsentwurf wird ausgeführt, dass die dem Perzentilen-Ansatz zugrundeliegenden Daten einem Gutachten der KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

entstammen, für das in zufällig ausgewählten Krankenhäusern die Pflegepersonalbesetzung im Verhältnis zur Anzahl der zu versorgenden Patienten, sowie im Verhältnis zum Pflegebedarf schichtgenau für festgelegte Wochen des Jahres 2016 evaluiert wurde. Aufgrund des knappen Arbeitszeitraums sei die Datenerhebung im Rahmen von Zufallsstichproben in 177 pflegesensitiven Bereichen aus 139 Krankenhäusern durchgeführt worden. Das Gutachten selbst steht der Bundesärztekammer nicht zur Verfügung. Es ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar, warum, ohne dass es für die Ersatzvornahme eine Fristenvorgabe gäbe, aus Zeitgründen eine unzureichende und nicht transparente Datengrundlage für ein so eklatant wichtiges Instrument der Personalbemessung zugrunde gelegt wird. Die Bundesärztekammer erachtet zudem die Perzentilen-Grenze als gefährlich, da sie suggeriert, dass Kliniken in den oberen Perzentilen eine ausreichende beziehungsweise besonders hohe Personalausstattung hätten. Dies verführt Krankenhäuser mit einer höheren Personalausstattung zu einem Stellenabbau.

In dem Verordnungsentwurf wird als Ziel der Regelung ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung angeführt. Gleichwohl setzt das Prinzip der Perzentilen, bei dem die derzeitigen Besetzungssituationen in den Krankenhäusern als Datengrundlage verwendet werden, voraus, dass diese zumindest im Durchschnitt angemessen sind. Dies ist vor dem Hintergrund der verfügbaren internationalen Vergleiche, bei denen die Pflegepersonalbesetzung in Deutschland schlechter abschneidet als in anderen vergleichbaren Ländern, sicherlich nicht korrekt („Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing“ (RN4CAST); Albrecht M et al. „Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus: Internationale Empirie und Status quo in Deutschland“, Bertelsmann-Stiftung 2017).

Aus Sicht der Bundesärztekammer sind zudem starre Personaluntergrenzen ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Pflegebedarfs der Patienten nicht geeignet, um die Patientensicherheit und eine angemessene Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund der durch den demografischen Wandel und die Reduzierung von Krankenhausbetten bedingten Zunahme von hoch-komplexen und multimorbiden Patienten in den Krankenhäusern.

Konkret bezogen auf die angeführten Personaluntergrenzen ist nicht ersichtlich, warum auf den Intensivstationen nachts von der von Fachgesellschaften empfohlenen 2:1 Besetzung abgewichen werden soll. Auch wenn tagsüber gegebenenfalls vermehrt administrative Tätigkeit und teilweise elektive diagnostische oder therapeutische Maßnahmen stattfinden, handelt es sich auch nachts noch um Intensivpatienten, die einer konstanten intensiven Überwachung, Therapie und Reaktionsbereitschaft bedürfen. Gerade im Hinblick auf die Einhaltung von Hygienestandards und die Vermeidung nosokomialer Infektionen ist eine ausreichende Personalausstattung unabdingbar. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass unter allen untersuchten Faktoren eine hohe Arbeitsdichte das größte Risiko für nosokomiale Infektionen darstellt und deren Inzidenz massiv erhöht (Daud-Gallotti RM, Costa SF et al.: Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU; 2012; Mitchell BG, Gardner A et al.: Hospital staffing and health-care associated infections: A systematic review of the literature in The Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety; 2018; Kaiser K, Mutters NT, Bed occupancy rates and hospital-acquired infections - should beds be kept empty? Clin Microbiol Infect 2012; Clements A et al. Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in meticillin-resistant Staphylococcus aureus transmission. Lancet Infect Dis 2008). Wenn Personal nicht in ausreichender Zahl vorgehalten wird, fehlt es oft an der Zeit, die unter anderem vor und

nach jedem Patientenkontakt notwendigen 30 Sekunden für eine hygienische Händedesinfektion einzuhalten. Das gleiche gilt für die Vorbereitung von Operationen und invasiven Eingriffen (zum Beispiel Venenzugänge, Herzkatheter, Blutentnahmen, Blasenkatheter, Port-Anlagen).

Der Gesetzgeber sollte sich nicht darauf zurückziehen, dass für eine höhere Personalbemessung nicht ausreichend Personal auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sei. Mehr Pflegepersonal kann letztendlich nur durch die Einstellung von mehr Pflegepersonal rekrutiert werden. Erst mit einer angemessenen Besetzung, die es Pflegekräften ermöglicht, ihrem eigenen Anspruch an die Betreuung von Patienten nachkommen zu können, werden auch wieder Pflegekräfte in ihren Beruf zurückkehren.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Personaluntergrenzen müssen in Zusammenarbeit mit den relevanten Pflegeverbänden und den relevanten Fachgesellschaften auf ein adäquates Maß angehoben werden.

Bei der Erarbeitung der Personalvorgaben sowie der Konsequenzen bei der Nicht-Einhaltung soll die Fachkompetenz der Ärzteschaft, der Pflegenden und der Therapeutinnen und Therapeuten mit einbezogen werden.

Bundesärztekammer und Deutscher Pflegerat sind in alle Verhandlungsrunden zu Personaluntergrenzen einzubeziehen. Sowohl DKG als auch Kostenträger sind durch unmittelbare finanzielle Auswirkungen einer Festlegung von Personaluntergrenzen betroffen. Im Vordergrund müssen aber neben der Anerkennung eines sorgfältigen Umgangs mit begrenzten Ressourcen die Bedürfnisse der Patienten und auch der Gesundheitsschutz des Personals stehen.

## **3.5 Anteil von Pflegehilfskräften (§ 6)**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für die vier als „pflegeintensiv“ ausgewiesenen Krankenhausbereiche wird in dem Verordnungsentwurf der konkrete Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte vorgegeben. Auch diese Zahlen basieren auf dem von KPMG erstellten Gutachten zur Ist-Situation der Personalbesetzung in deutschen Krankenhäusern.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Grundsätzlich kann es sinnvoll sein, Pflegehilfskräfte in Vorgaben für Personaluntergrenzen einzubeziehen, dann jedoch als eigene Personalgruppe und nach sauberer Abgrenzung der Tätigkeiten, die übernommen werden können. Krankenpflegehilfskräfte leisten einen relevanten Beitrag in der Patientenversorgung. Der Gesetzgeber sollte sich um eine Regelung bemühen, die eine Weiterqualifizierung von Pflegehilfskräften zu examinierten Krankenpflegekräften finanziell unterstützt.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer fordert die Einführung von Personaluntergrenzen für alle maßgeblich an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen. Hierfür sollten kompetenzbasierte Personalkonzepte entwickelt werden, die auf der Kooperation der Berufsgruppen in der Patientenversorgung aufbauen.



### **3.6 Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 7)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatsbezogener Durchschnittswerte fest.

Die Krankenhäuser teilen den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal, spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach Art der Schicht, die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 nicht eingehalten worden sind.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Verpflichtung, quartalsweise sämtliche Schichten anzuzeigen, bei denen das Ziel nicht erreicht wird, sollte für die Mitarbeiter des Krankenhauses transparent sein.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Krankenhäuser werden verpflichtet, die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, differenziert nach den Abteilungen und Anzahl der betroffenen Stationen, auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen.

### **3.7 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen (§ 8)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Zeit bis zum 31. März 2019 werden Vergütungsabschläge gemäß § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erhoben.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Deutsche Ärztetag hat sich kritisch zu finanziellen Abschlägen als Sanktionsmaßnahme für eine Nichteinhaltung von Personaluntergrenzen geäußert. Mit den Abschlägen wäre weder den Patienten noch den Kliniken geholfen.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Angesichts des hier vorgelegten ersten Schrittes auf dem Weg zu bedarfsangemessenen Personaluntergrenzen sollte von einer Erhebung von Vergütungsabschlägen für den gesamten Zeitraum (2019) abgesehen werden.

Die Konsequenzen im Falle einer Nichteinhaltung der verbindlichen Personalvorgaben erfordern eine sorgsame Diskussion, an der die maßgeblichen Berufsgruppen beziehungsweise deren Vertreterorganisationen beteiligt werden müssen.