

# Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) zum Referentenentwurf des BMG zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019

*Ansprechpartner im Vorstand*

*Prof. Dr. Josef Köhrle, Präsident: josef.koehrle@charite.de*

*Prof. Dr. Sven Diederich, Vizepräsident: Sven.Diederich@medicover.de*

*Prof. Dr. Jörg Bojunga, Vizepräsident: joerg.bojunga@kgu.de*

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie DGE begrüßt grundsätzlich die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Pflegepersonaluntergrenzen sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden und Aufrechterhaltung und weiteren Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in Deutschland.

Im Detail ergeben sich nach Durchsicht des Entwurfes für die DGE folgende Kommentare und Fragen, die wir zur Weiterentwicklung des Entwurfes einbringen möchten:

1. Nicht zuletzt aufgrund des Pflegepersonalmangels erscheint es der DGE wichtig, die Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte zu verbessern und insbesondere auch die Vergütung anzuheben. Hier unterstützt die DGE die Forderung nach einer Erhöhung der Gehälter der Pflegenden. Dies muss in Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen stehen, um die Attraktivität dieses Berufes für die Zukunft zu verbessern.
2. Die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zum 01.01.2019 wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu vermehrten Sperrungen von Betten, v.a. im Intensivbereich, möglicherweise aber auch auf Normalstationen führen. Grund hierfür ist, dass das erforderliche Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt nicht vorhanden oder verfügbar ist. Hier sollte aus Sicht der DGE über eine zeitliche Verschiebung der Einführung bzw. Sanktionierung um mindestens sechs Monate nachgedacht werden. Diese Zeit könnte für einen nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Pflege genutzt werden.
3. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zu einem verstärkten Einsatz von Zeitarbeits-Pflegekräften führen wird. Dies führt zu einer finanziellen Mehrbelastung für die Kliniken. Der Gehaltsunterschied zwischen den Zeitarbeitern und dem niedriger bezahlten, aber besonders wertvollen Stammpersonal stellt dabei ein weiteres Problem dar. Erfahrungen aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass sich Qualitäts- und Arbeitszufriedenheitsparameter durch den Einsatz von Zeitarbeits-Pflegekräften verschlechtern können.
4. §2, Abs. 1: Die Festlegung von Personaluntergrenzen nur für einzelne (Pflege-relevante?) Bereiche eines Krankenhauses ist nicht nachvollziehbar. Dies wurde schon in den begleitenden Diskussionen zur Verhandlung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DKG verschiedentlich diskutiert.

5. §2, Abs. 3: Dieser Absatz erscheint nicht eindeutig. Die Begründung (S. 30) hierzu kann allerdings so verstanden werden, dass die Tagschichtbesetzung bis 22:00 Uhr erfüllt sein muss. Was ganz allgemein die Frage aufwirft, wie mit einer kurzzeitigen (z. B. 20:30 – 22:00 Uhr) Unterbesetzung verfahren wird.
6. §4: Der sogenannte Pflegelastkatalog misst nicht den Pflegeaufwand in pflegesensitiven Bereichen eines Krankenhauses. Er stellt nur eine Abschätzung dar, wie hoch der Pflegepersonal-Aufwand (im Sinne von Kosten) in einem Bereich bezogen auf eine bestimmte Fallmenge war. Es ist also nur eine grobe Abschätzung des Pflegeaufwandes, die noch dazu wie immer bei InEK-Berechnung auf Daten aus dem vorletzten Jahr basiert. Für einzelne (neue) DRGs gibt es noch keine Berechnungen.
7. §5, Abs. 5: Es ist nicht klar, aus welchem Grund und mit welcher Berechtigung Personaluntergrenzen und der nach §4 ermittelte Pflegeaufwand einzelner Stationen eines Hauses veröffentlicht werden.
8. §6: Das Zustandekommen der einzelnen Untergrenzen ist diskussionswürdig. Der „Perzentilansatz“ unterstellt, dass die Besetzungen in den pflegesensitiven Bereichen eigentlich ausreichend ist und nur in 25% der Bereiche korrigiert werden muss. Nicht der Bedarf, sondern eine Umfrage ist der Maßstab zur Personalbemessung. Damit ist für den Patienten nicht unbedingt etwas gewonnen. Der Median des Pflegepersonalschlüssels wird dadurch nicht zwingend korrigiert. Bei der Annahme einer 1:10 Betreuung gibt es wissenschaftliche Anhaltspunkte<sup>1,2</sup> dafür, dass eine 1:6 Betreuung eine geringere Mortalität als eine 1:8 Betreuung aufweist; für den wissenschaftlichen Hintergrund der hiervon abweichenden Annahmen des Referentenentwurfs sind keine Belege in diesem Papier zu finden.  
Bei der Annahme einer 1:10 Betreuung und bspw. 33 Betten auf Station: wie werden 3,3 Stellen praktisch realisiert? Wird hier ab- oder aufgerundet? Pflegehilfskräfte bilden in dem Referentenentwurf keine eigene Schicht; wie soll in der Praxis ein Grenzwert von z.B. 7,8% an der Gesamtzahl der Pflegekräfte realisiert werden?  
Im Intensivbereich war hauptsächlich die Empfehlung einer Fachgesellschaft führend (S. 35). Das stellt aus unserer Sicht den besseren Weg dar. Die deutlich schlechtere Besetzung im Nachtdienst auf einer „echten“ Intensivstation (z. B. von Maximalversorgern) ist inhaltlich allerdings nicht nachvollziehbar und geht an den realen Anforderungen vorbei.
9. §7, Abs. 1: Im erwähnten §137i Abs. 4 Satz 2 SGB V wird festgelegt, dass die nähere Form der Nachweise durch eine Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DKG geregelt wird. Diese Regelung erscheint zeitkritisch, da hierüber ein internes Berichtswesen neu eingeführt werden muss.
10. §7, Abs. 2: Was geschieht, wenn der monatliche Durchschnitt (§7, Abs. 1) die Vorgaben erfüllt, es aber schichtweise Verstöße gibt? Bleiben diese unsanktioniert?
11. §8: Auch die Vergütungsabschläge sind von einer Einigung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DKG abhängig. Bis wann muss diese Regelung getroffen sein?

1. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-1830.
2. Ball J, Day T, Murrells T, et al. Cross-sectional examination of the association between shift length and hospital nurses job satisfaction and nurse reported quality measures. *BMC Nurs*. 2017;16(1):26.