



**Verband der  
Schwesternschaften  
vom DRK e.V.**



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

Berlin, 13.09.2018

**Stellungnahme des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e.V. zu dem Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019**

**Verband der  
Schwesternschaften  
vom DRK e.V.**

**Präsidentin**  
Generaloberin  
Gabriele Müller-Stutzer

**Verbandsoberein**  
Meike Buchholz

**Kontaktperson**  
Christian Hener  
c.hener@drk.de

Carstennstraße 58-60  
12205 Berlin  
Tel. 030 85404-917  
Fax 030 85404-933

[www.rotkreuzschwestern.de](http://www.rotkreuzschwestern.de)  
[drk-schwesternschaften@drk.de](mailto:drk-schwesternschaften@drk.de)

Der Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. gehört zum ältesten Teil der Rotkreuzbewegung und ist als Mitgliedsverband des Deutschen Roten Kreuzes aktiver Teil eines Spitzenverbandes der Freien Wohlfahrtspflege mit dem Fokus Pflege und Gesundheit.

Der Verband vertritt als Dachorganisation bundesweit 31 DRK-Schwesternschaften und rund 21.000 Rotkreuzschwestern und Berufsangehörige der DRK-Schwesternschaften. Wir machen uns für ein Gesundheits- und Pflegesystem stark, das eine Verbindung von Qualität und Menschlichkeit in der Gesundheitsversorgung fördert und passgenaue Hilfen für kranke und hilfebedürftige Menschen ermöglicht. In diesem Zusammenhang tritt der Verband nicht nur als Dachorganisation auf, sondern auch als Fachverband für professionelle Pflege.

Die 31 DRK-Schwesternschaften decken das gesamte Versorgungsspektrum der professionellen Pflege ab und sind kompetenter Partner für Gesundheit und Pflege. Als Träger oder Betreiber tragen die DRK-Schwesternschaften Verantwortung in bzw. für

- 25 Krankenhäuser
- 22 stationäre Pflegeeinrichtungen
- 17 ambulante Pflegedienste
- 22 Kurzzeit- und Tagespflegezentren
- 9 Einrichtungen „Betreutes Wohnen“
- 4 Kindertagesstätten
- 3 Hospize
- 4.000 Ausbildungsplätze an 64 Pflegeschulen

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. nimmt zu dem Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 wie folgt Stellung.

## **A. Allgemeine Stellungnahme zu dem bisherigen Entwicklungsstand der Pflegepersonaluntergrenzen**

### **Höhere Patientensicherheit durch mehr Pflegepersonal**

Die ab 2019 gelten sollenden Pflegepersonaluntergrenzen wurden ursprünglich eingeführt, um das Risiko für unerwünschte Ereignisse durch eine zu gering bemessene Personalausstattung des Pflegedienstes zu reduzieren – und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. unterstützte diese Zielsetzung ausdrücklich.

Der Zusammenhang zwischen der Personalausstattung im Pflegedienst und der Versorgungsqualität in Krankenhäusern ist in einer Vielzahl internationaler Studien belegt. So führt eine bessere Personalausstattung zu weniger Todesfällen nach Komplikationen und einer geringeren Mortalität. Eine niedrige Personalausstattung ist dagegen mit höheren Raten an katheterassoziierten Harnwegsinfektionen, Pneumonien, Sepsis und nosokomialen Wundinfektionen verbunden. Darüber hinaus treten häufiger Dekubiti, Stürze und Medikationsfehler auf.

### **Perzentilansatz ist zur Erfüllung der Zielsetzung ungeeignet**

Allerdings galt es zu befürchten, dass die Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Partner der Selbstverwaltung genau das Gegenteil der ursprünglichen Zielsetzung der Regelung nach § 137i SGB V bewirken könnte.

Ausschlaggebend dafür ist vor allem der sogenannte Perzentilansatz, nachdem die Pflegepersonaluntergrenzen durch die Krankenhäuser gebildet werden sollen, die entweder oberhalb des unteren Dezils (> 10%) oder des

unteren Quartils (> 25%) liegen. Nach dieser Methode würde die Personalausstattung der am schlechtesten besetzten 10% bzw. 25 % der Krankenhäuser zur Referenz für die Pflegepersonaluntergrenzen werden. Pflegepersonaluntergrenzen, die auf der Grundlage dieses Ansatzes festgelegt wurden, können daher nicht als evidenzbasierte Maßnahme zur Erhöhung der Patientensicherheit angesehen werden, da sie sich ausschließlich auf den Ist-Stand der schlechtesten 10% bzw. 25% der Krankenhäuser beziehen und somit keine Kausalität zwischen Personalausstattung und Patientensicherheit gegeben ist.

Angesichts der teilweise gravierenden Unterbesetzung in der Krankenhauspflege musste daher befürchtet werden, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nicht das halten können was sie versprechen, nämlich eine spürbare Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung. Im Gegenteil, es war sogar zu befürchten, dass die Krankenhäuser hierdurch einen Anreiz erhalten, Pflegepersonal abzubauen, wenn sie die Pflegepersonaluntergrenzen nicht als Untergrenze, sondern als Mindestbesetzung begreifen. Vor diesem Hintergrund konnte die durch uns kritisierte Beschränkung der Pflegepersonaluntergrenzen auf zunächst sechs Fachabteilungen (Intensivmedizin, Geriatrie, Neurologie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie) fast schon begrüßt werden, da die übrigen Abteilungen vor dieser Art der Untergrenzen bewahrt bleiben würden.

### **Methodische Fragen zur Festsetzung der Untergrenzen durch das BMG**

In Anbetracht dessen, dass die Partner der Selbstverwaltung keine fristgerechte Vereinbarung zur Festlegung der Untergrenzen getroffen haben, macht das Bundesministerium für Gesundheit nun von seinem Verordnungsrecht nach § 137i Abs. 3 SGB V Gebrauch. So sollen die Pflegepersonaluntergrenzen mit der vorliegenden Rechtsverordnung zunächst für das Jahr 2019 festgesetzt werden und auch nur für die pflegesensitiven Bereiche der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie. Die Partner der Selbstverwaltung sollen dadurch die Möglichkeit erhalten, die Pflegepersonaluntergrenzen in einem erneuten Anlauf für den Zeitraum ab dem Jahr 2020 festzulegen.

Die Festsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgte durch die bereits kritisierte Methode des Perzentilansatzes, wobei hier auf die Marke oberhalb des unteren Quartils abgestellt wurde. In Anbetracht der teilweise gravierenden Unterbesetzung des Pflegedienstes in den Krankenhäusern fallen die unter § 6 PpUGV ausgewiesenen Nurse-to-Patient-Ratios allerdings überraschend niedrig aus. Eine mögliche Erklärung lässt sich der Begründung entnehmen, wonach die Pflegepersonaluntergrenzen nur „grundsätzlich“ auf dem Perzentilansatz basieren.

Es ist daher fraglich, ob die in dieser Verordnung enthaltenen Nurse-to-Patient-Ratios tatsächlich die wahre Grenze oberhalb des unteren Quartils widerspiegeln. So variieren die in § 6 PpUGV genannten Nurse-to-Patient-Ratios für den Tagdienst der peripheren Abteilungen zwischen 1:10 und 1:13. Doch bereits die RN4Cast Studie hat eine mittlere Nurse-to-Patient-Ratio in allen deutschen Krankenhäusern von rund 1:10 ergeben.<sup>1</sup> Auch wenn dies ein relativ grober Anhaltspunkt ist, wäre es somit durchaus denkbar, dass die in der vorliegenden Verordnung enthaltenen Pflegepersonaluntergrenzen mit einem gewissen „Ermessensspielraum“ festgesetzt wurden.

Andererseits könnten die angesichts der teilweise gravierenden Unterbesetzung in deutschen Krankenhäusern überraschend hohen Nurse-to-Patient-Ratios auch durch methodische Mängel der Studie zur Auswertung der derzeitigen Pflegepersonalausstattung in den pflegesensitiven Bereichen verursacht worden sein. So lässt sich aus der Begründung zu § 1 Abs. 2 PpUGV entnehmen, dass die „tatsächliche Personalausstattung“ erhoben wurde.

Vor dem Hintergrund der Festsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen durch den Perzentilansatz kann die alleinige Verwendung von Ist-Daten jedoch zu erheblichen Problemen führen. So können periodische Schwankungen in der Ist-Situation der Pflegepersonalbesetzung (z.B. durch Krankheitsausfälle) und/oder der Bettenauslastung (z.B. in der Ferienzeit) zum Erhebungszeitpunkt zu einer Unter- bzw. Überschätzung der wahren Nurse-to-Patient-Ratios führen.

---

<sup>1</sup> Busse, R. (2012). Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes. Ergebnisse der RN4Cast-Studie. Online im Internet: [https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg\\_2015.01.21.rb\\_RN4Cast-web.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf). [Abruf: 05.09.2018].

Auch wenn Plandaten selbstverständlich ungeeignet sind, die tatsächliche Situation vor Ort abzubilden, verhalten sie sich dennoch stabil und spiegeln die durch das Krankenhaus vorgesehene Leistungsplanung wider. Um eine valide Erhebung zur Festlegung einer Pflegepersonaluntergrenze auf der Grundlage des Perzentilansatzes durchzuführen, müssten neben den Ist-Daten demnach auch die Plandaten berücksichtigt werden – zumindest um die erhobenen Ist-Daten relativieren zu können.

Darüber hinaus lässt die hohe Variabilität Zweifel an der Gültigkeit der Ergebnisse aufkommen. Beispielsweise scheint der plan- bzw. regelmäßige Einsatz von einer Pflegekraft für 14 Patienten im Nachtdienst einer geriatrischen Abteilung angesichts eines durch die DRG-Systematik bedingten Anreizes zur Kosteneffizienz als nicht plausibel, während das Verhältnis von einer Pflegekraft zu 37 Patienten sicher als Überbelegung interpretiert werden muss. Auch wenn in der Begründung an dieser Stelle von „Ausreißern“ die Rede ist, lassen sich diese doch nur schwer erklären, da die Rahmenbedingungen für alle Krankenhäuser annähernd gleich sind.

Weiterhin wird in der Begründung zu § 6 Abs. 1 PpUGV beschrieben, dass in die Berechnung der Marke oberhalb des unteren Quartils 177 pflegesensitive Bereiche aus 139 Krankenhäusern einbezogen wurden, was der Grundgesamtheit der einzelnen pflegesensitiven Bereichen gerecht werden würde. Dies gilt es jedoch hochgradig anzuzweifeln, denn im Verhältnis zu sechs pflegesensitiven Bereichen wären dies rechnerisch nur 30 Fachabteilungen pro pflegesensitiven Bereich. Auf Grundlage dieser geringen Stichprobe ist eine Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen, die für rund 2.000 Krankenhäuser gelten soll, mehr als fraglich.

Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. gibt daher zu bedenken, dass die realitätsgetreue Anwendung des Perzentilansatzes ab dem Jahr 2020 deutlich höhere Nurse-to-Patient-Ratios hervorbringen könnte. Wir werten die in § 6 Abs. 1 PpUGV enthaltenen Ergebnisse somit nicht als Hinweis für die Eignung dieser Methode zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Begrenzung der Pflegepersonaluntergrenzen auf die pflegesensitiven Bereiche bergen die

Nurse-to-Patient-Ratios nach § 6 PpUGV dazu das Risiko, dass Pflegepersonal aus anderen Krankenhausbereichen abgezogen wird, um es in den pflegesensitiven Bereichen einzusetzen. Zumal bisher keine Maßnahmen zur Vermeidung dieser Personalverlagerungseffekte getroffen wurden. Weiterhin ist auch die Erweiterung des Aufgabenspektrums des Pflegedienstes in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen denkbar, wodurch ein Mehr an Personal bereits aufgezehrt werden würde. Ebenso bedeutet die einseitige Aufwertung der pflegesensitiven Bereiche eine mangelnde Wertschätzung gegenüber den Pflegenden in den anderen Fachbereichen, die ebenfalls personelle Unterstützung verdient hätten – für den Fall, dass etwaige Untergrenzen unterschritten werden würden.

Darüber hinaus ist es fraglich, auf welcher methodischen Grundlage die unter § 6 Abs. 2 PpUGV ausgewiesenen prozentualen Anteile an Pflegehilfspersonen ermittelt und festgelegt wurden. In der Begründung der entsprechenden Vorschrift ist lediglich von einer „gutachterlichen Auswertung“ die Rede.

### **Pflegelast ist zur Differenzierung des Versorgungsbedarfs ungeeignet**

Eine weitere Fehlentwicklung im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Selbstverwaltung betrifft die Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand, welche auf der Grundlage der Pflegelast pro Patient vorgenommen werden sollte. Hintergrund ist, dass eine einheitliche Pflegepersonaluntergrenze für alle Abteilungen eines medizinischen Fachgebiets unsachgemäß wäre, da auf diese Weise keine Unterschiede im Versorgungsbedarf berücksichtigt werden können. Dies ist aus Sicht des Verbands der Schwesternschaften vom DRK e.V. durchaus als sachgerecht zu bewerten, weshalb die Festlegung von verschiedenen Pflegepersonaluntergrenzen, die zwischen unterschiedlichen Bedarfskonstellationen differenzieren, inhaltlich nachvollzogen werden kann.

Allerdings soll die Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand anhand eines Pflegelastkatalogs erfolgen, der durch das InEK entwickelt wurde und nach § 4 PpUGV jährlich weiterentwickelt werden soll. Die sogenannte Pflegelast wird auf der Grundlage des Anteils der kalkulatorischen Pflegekosten an den

einzelnen Fallpauschalen bemessen. Es handelt sich daher um eine rein monetäre Aussage, die keine Rückschlüsse auf den Pflegebedarf der Patienten zulässt, zumal pflegerische Aufwände innerhalb des primär an ärztlichen Diagnosen und Prozeduren orientierten G-DRG-Systems ohnehin nur unzureichend abgebildet werden. Die Pflegelast eignet sich daher nicht dazu, den Versorgungsbedarf der Patienten adäquat zu differenzieren.

In dem vorliegenden Referentenentwurf wird allerdings – vorerst – auf eine Ausdifferenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach den unterschiedlichen Bedarfskonstellationen der Patienten verzichtet. Gleichwohl wird in der Begründung zu den wesentlichen Inhalten des Entwurfs darauf hingewiesen, dass „eine Berücksichtigung unterschiedlicher Pflegeaufwände“ als sachgerecht erscheint. Weshalb die „standortbezogene Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands“ bereits im Rahmen der Verordnung vorgesehen ist.

Es spricht also einiges dafür, dass der bisher eingeschlagene Weg zur Differenzierung des Pflegebedarfs anhand der monetär ausgerichteten Pflegelast fortgeführt werden soll. Dies gilt es aus Sicht des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e.V. abzulehnen.

### **Pflegepersonalquotient statt Pflegepersonaluntergrenzen**

Laut Begründung des Gesetzesentwurfs zum PpSG soll der ab 2020 geltende Pflegepersonalquotient die Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern verbessern und gleichzeitig die Patientensicherheit gewährleisten.

Der Pflegepersonalquotient greift daher die ursprüngliche Intention der Pflegepersonaluntergrenzen auf und führt diese fort. Die Bundesregierung will damit offenbar ihr Versprechen aus dem KoA einlösen, die Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen auszuweiten. Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. begrüßt dies außerordentlich, da sich das Risiko für unerwünschte Ereignisse aus den individuellen Patientenmerkmalen ableitet und weiterhin Personalverlagerungseffekte vermieden werden.

Die Regelung sieht vor, dass das InEK den Pflegepersonalquotienten jährlich für jedes Krankenhaus ermittelt. Die Kennzahl soll eine Aussage zu dem Verhältnis von Vollzeitkräften im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses treffen. Allerdings lässt der Gesetzestext darauf schließen, dass der Pflegeaufwand durch den Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 KHG (GesE PpSG) ermittelt werden soll. Der Pflegeerlöskatalog enthält jedoch lediglich die aus den Fallpauschalen ausgegliederten Pflegepersonalkosten, woraus keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Pflegebedarf gezogen werden können. Der Pflegepersonalquotient gibt daher das Verhältnis von Vollzeitkräften im Pflegedienst zu den Pflegepersonalkosten eines Krankenhauses wieder und nicht etwa zu dem Pflegebedarf.

Wir geben daher zu bedenken, dass dieser Kennwert ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit widerspiegelt. Unter der Voraussetzung, dass dies bei der Interpretation des Pflegepersonalquotienten berücksichtigt wird, ist ein Benchmarking der Krankenhäuser jedoch durchaus denkbar.

Darüber hinaus wird das Bundesministerium für Gesundheit dazu ermächtigt durch eine Rechtsverordnung eine Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten festzulegen. Maßgeblich dafür soll das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand sein, bei dem widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist.

Auch dies entspricht der ursprünglichen Intention der Pflegepersonaluntergrenzen, welche der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. begrüßt. Gleichzeitig stellen sich in diesem Zusammenhang jedoch einige Fragen:

- Die Aussage des Pflegepersonalquotienten bezieht sich auf das Verhältnis der Vollzeitstellen im Pflegedienst zu den Pflegepersonalkosten des Krankenhauses und nicht auf den Pflegebedarf. Es ist daher fraglich, inwieweit aus diesem Kennwert Informationen zur Patientensicherheit hervorgehen bzw. abgeleitet werden können.

- Ebenso offen bleibt, wie vor dem Hintergrund der begrenzten Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten eine evidenzbasierte Entscheidung bezüglich einer Untergrenze getroffen werden kann. Nach den Erfahrungen im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen, die trotz einer begrüßenswerten Intention heute als gescheitert betrachtet werden müssen, raten wir dringend dazu, an diesem Prozess entsprechende Sachverständige aus der Pflege direkt zu beteiligen und nicht nur miteinzubeziehen.
- Vorausgesetzt die limitierte Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten wird akzeptiert, so bezieht sich der Kennwert immer nur auf das Krankenhaus als Ganzes. Hieraus lassen sich jedoch keine Aussagen zu der Situation in den einzelnen Abteilungen bzw. Stationen ableiten. Wir sprechen uns daher dafür aus, dass das InEK den Pflegepersonalquotienten sowohl für das gesamte Krankenhaus, als auch für jede abgeschlossene bettenführende Einheit (Station) berechnet. Ebenso empfehlen wir die Festlegung einer Untergrenze für jeden dieser Bereiche. Nur so kann das Versprechen aus dem KoaV, die Pflegepersonaluntergrenzen auf alle Bereiche des Krankenhauses auszudehnen, wirklich erfüllt werden.
- Der Pflegepersonalquotient verfolgt ein ähnliches Ziel wie die Pflegepersonaluntergrenzen. Wie bei den Pflegepersonaluntergrenzen geht es nicht darum einen bedarfsgerechten Personalschlüssel festzulegen, sondern eine Untergrenze für eine nicht-patientengefährdende pflegerische Versorgung zu schaffen. Es stellt sich daher die Frage nach der Sinnhaftigkeit von zwei parallelen Instrumenten, die ein beinahe identisches Ziel verfolgen.
- Vor dem Hintergrund des sich immer weiter verschärfenden Fachkräftemangels in der Pflege bleibt es insgesamt offen, inwiefern Untergrenzen, sei es nach § 137i SGB V oder § 137j SGB V überhaupt besetzt und dementsprechend eingehalten werden können.

Im Vergleich zu den Pflegepersonaluntergrenzen, deren Ausgestaltungsprozess sich aus unserer Sicht in einer Sackgasse befindet, erscheint uns der Pflegepersonalquotient, trotz der hier aufgeführten Limitationen, in der Gesamtschau der geeigneterer Ansatz zur Festlegung von Untergrenzen zu sein. Ebenso ist zu erwarten, dass die Finanzierung einer verbesserten Pflegepersonalausstattung durch die Fortführung des Pflegestellen-Förderungsprogramms und der Einführung des Pflegebudgets zukünftig möglich ist.

***Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. spricht sich daher für eine Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V und eine Weiterentwicklung des Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V (GesE PpSG) aus. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinisch-pflegerischen Versorgung durch den Pflegedienst ist jedoch die Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen, bundesweit einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in der Krankenhauspflege analog zu § 113c SGB XI unabdingbar.***

Im Rahmen einer Übergangszeit könnte hierzu bereits eine überarbeitete und weiterentwickelte Version der PPR (Pflegepersonal-Regelung) zur Anwendung kommen, die bereits heute von allen Krankenhäusern verwendet wird, die an der InEK-Kalkulationen teilnehmen.

## **B. Stellungnahme zu den einzelnen Paragraphen der Verordnung**

### **§ 2 PpUGV Begriffsbestimmungen**

Nach § 2 Abs. 2 PpUGV setzen sich die Pflegekräfte, die zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenze vorzuhalten sind, sowohl aus Pflegefach- als auch aus Pflegehilfspersonen zusammen, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind. Zu den Pflegefachpersonen zählt der Verordnungsgeber neben Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen und Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen auch Altenpfleger\*innen, was es aus unserer Sicht zu begrüßen gilt. Unklar ist jedoch, was unter der Formulierung „weiteres geeignetes Pflegepersonal“ zu verstehen ist.

Wir regen hier daher eine Klarstellung in Form einer abschließenden Aufzählung der zugelassenen Pflegeberufe in dem Verordnungstext oder der Begründung an. Hierbei sind insbesondere auch die akademischen Abschlüsse in der Pflege zu beachten, denen im Rahmen der Professionalisierung der Pflegeberufe zukünftig eine tragende Rolle in der direkten Patientenversorgung zukommen wird, insbesondere vor dem Hintergrund des Pflegeberufgesetzes, das ab 2020 eine primärqualifizierende akademische Pflegeausbildung vorsieht.

Unter Pflegehilfspersonen versteht der Ordnungsgeber dagegen nicht-examinierte Pflegepersonen, wie Kranken- und Altenpflegehelfer\*innen und verschiedene Varianten von Pflegeassistent\*innen. Angesichts eines solch breiten Spektrums an Helfer- und Assistenzberufen ist es jedoch unverständlich, warum explizit die DRK-Schwesternhelfer\*innen ausgeklammert werden sollen, da diese Qualifikation mit den genannten Pflegehilfs- und Assistenzberufen vergleichbar sein kann.

***Wir sprechen uns daher für eine Streichung dieser Passage und die Berücksichtigung der DRK-Schwesternhelferinnen als Pflegehilfspersonen aus, wenn es sich dabei um eine mindestens einjährige Ausbildung handelt, die mindestens 700 Stunden berufsbezogenen schulischen Unterricht und 850 Stunden praktische Ausbildung umfasst, wie es in den Eckpunkten für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege gefordert wird. DRK-Schwesternhelfer\*innen, die bisher nach Landesrecht als Pflegehilfspersonen anerkannt wurden, sollten darüber hinaus Bestandsschutz genießen.***

In § 2 Abs. 3 PpUGV werden die für die Pflegepersonaluntergrenzen geltenden Zeiträume und damit auch die jeweiligen Schichten definiert. In der dazugehörigen Begründung wird aufgeführt, dass die vorgenommene Unterteilung in Tagschicht (6:00 – 22:00) und Nachtschicht (22:00 – 6:00) die nötige Flexibilität bei der Arbeitsorganisation gewährleisten würde und so auf eine weitere Ausdifferenzierung der Tagschicht in Früh- und Spätdienst verzichtet werde.

Dies können wir jedoch nicht teilen, da die Organisation der Arbeitsabläufe bereits durch die Festlegung der Schichtzeiten des Früh- und Nachtdienstes erheblich beeinträchtigt wird. Mit der jetzigen Regelung kann maximal das Ende des Frühdienstes bzw. der Anfang des Spätdienstes flexibel gestaltet werden. Zudem wird es mit dieser Unterteilung schwierig bis unmöglich Dienstmodelle umzusetzen, die sich nicht in das klassische Drei-Schicht-System pressen lassen, wie z.B. ein Vier-Schicht-Dienst, Geteilter-Dienst oder Zwölf-Stundendienste. Den jeweiligen Dienstmodellen liegen jedoch dezidierte Pflegesysteme wie Primary Nursing zu Grunde, welche die medizinisch-pflegerische Versorgung patientenzentrierter ausrichten soll.

***Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. regt daher an, die geplante Regelung derart auszugestalten, dass die Umsetzung von patientenzentrierten Dienstmodellen, die von dem klassischen Drei-Schicht-System abweichen, auch weiterhin möglich bleibt.***

## **§ 6 PpUGV Pflegepersonaluntergrenzen**

Die unter § 6 Abs. 1 PpUGV ausgewiesenen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen beruhen weder auf evidenzbasierten noch fachlichen Standards zur Erhöhung der Patientensicherheit und wurden rein auf der Grundlage des Perzentilansatzes festgelegt, der zudem eine fragwürdige Datenquelle aufweist. Gleichzeitig wurde den pflegesensitiven Krankenhausbereichen durch die unter § 6 Abs. 2 PpUGV genannten prozentualen Anteile an Pflegehilfspersonen ein offenbar willkürlich definierter Skill- und Grade-Mix „verordnet“, der jegliche Bedarfs- und Kompetenzorientierung vermissen lässt.

Die starre Unterteilung in Tag- und Nachtdienst, welche durch die weitere Ausdifferenzierung in „montags bis freitags“ und „samstags, sonntags, feiertags“ noch verschärft wird, tut ihr übriges, um eine gute Idee ad absurdum zu führen. Denn das Risiko für unerwünschte Ereignisse besteht kontinuierlich und hält sich weder an Tageszeiten noch an Wochentage. Vor dem Hintergrund der DRG-Effekte kann ohnehin nicht mehr davon ausgegangen werden, dass sich der Arbeitsaufwand in der Nacht oder am

Wochenende so verhält, wie die Stellenplanung es vermuten lässt, insbesondere im Bereich der Intensivversorgung.

Selbst wenn die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 PpUGV unter dem Strich eventuell sogar zu einer punktuellen Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den pflegesensitiven Bereichen einiger Krankenhäuser beitragen könnten, wiegen die im Rahmen einer Umsetzung dieser Verordnung entstehenden Probleme deutlich schwerer. Denn mit der Verabschiedung der PpUGV würde ein durch die Selbstverwaltung fehlgesteuerter Entwicklungsprozess zementiert werden, der aus unserer Sicht nicht geeignet ist, um der ursprünglichen Intention der Pflegepersonaluntergrenzen zu genügen, nämlich die Patientensicherheit durch eine bessere Pflegepersonalausstattung zu erhöhen.

***Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. sieht sich daher dazu gezwungen das Projekt Pflegepersonaluntergrenzen als gescheitert anzusehen, auch – oder gerade – vor dem Hintergrund fehlender pflegerischer Expertise in der Ausgestaltung dieses Unternehmens. Wir möchten daher darauf hinweisen, dass in Zukunft unbedingt fachlich geeignete Akteure aus der Pflege mit der Umsetzung derartiger Aufträge betraut werden sollten.***

### **§§ 7 und 8 PpUGV Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sowie Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen**

Vor dem Hintergrund des sich immer weiter verschärfenden Fachkräftemangels in der Pflege bleibt es insgesamt offen, inwiefern die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 PpUGV besetzt und dementsprechend eingehalten werden können. Nach den aktuellen Daten der Bundesagentur für Arbeit kommen im Bereich Krankenpflege auf 100 als vakant gemeldete Stellen, lediglich 67 arbeitslose Personen.<sup>2</sup>

Insofern ist die in § 7 Abs. 1 PpUGV enthaltene Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bezogen auf den Monatsdurchschnitt ein

---

<sup>2</sup> Bundesagentur für Arbeit. (2018). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Online im Internet: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>. [Abruf: 05.09.2018]

notwendiger Kompromiss, der jedoch der ursprünglichen Intention, nämlich der Verbesserung der Patientensicherheit, zuwiderläuft. Dies könnte nur durch eine Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in jeder Schicht erreicht werden, was jedoch angesichts der Situation auf dem Arbeitsmarkt nicht gewährleistet werden kann.

Hierin spiegelt sich gleichzeitig das ganze Ausmaß des Pflegenotstandes wider. Denn selbst der Verordnungsgeber scheint nicht daran zu glauben, dass die durch ihn definierten Minimalanforderungen an eine nicht-patientengefährdende medizinisch-pflegerische Versorgung im Krankenhaus eingehalten werden können.

In Anbetracht dessen stellt sich insgesamt die Frage, inwiefern die Krankenhäuser bei einer Nicht-Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen überhaupt in Form von Vergütungsabschlägen sanktioniert werden können, zumindest wenn sich dies nachweisbar auf die Situation auf dem Arbeitsmarkt zurückführen lässt. Nach § 8 Abs. 1 PpUGV sind jedoch nur kurzfristige unverschuldete Personalausfälle von Vergütungsabschlägen ausgenommen. Laut dem aktuellen Bericht der Bundesagentur für Arbeit beträgt die durchschnittliche Vakanzzeit im Bereich der Krankenhauspflege jedoch 146 Tage und liegt damit 43% über dem Durchschnitt aller Berufe.<sup>3</sup>

***Der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. spricht sich daher dafür aus, auch vakante Stellen, die nachweislich aufgrund der Situation auf dem lokalen Arbeitsmarkt mittelfristig nicht besetzt werden können, als Ausnahmetatbestand nach § 8 Abs. 2 PpUGV aufzunehmen.***

---

<sup>3</sup> Bundesagentur für Arbeit. (2018). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Online im Internet: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>. [Abruf: 05.09.2018]