

AUSREICHENDE PERSONALAUSSTATTUNG IN KRANKENHÄUSERN SICHERSTELLEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Änderungsantrag der Regierungsfractionen

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten:

„Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen“

15. Mai 2017

Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Team

Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66

10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. EINLEITUNG	3
II. ZUSAMMENFASSUNG	4
III. BEWERTUNG DER LAGE	5
IV. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN IM DETAIL	8
1. Rahmenbedingungen für ein patientenorientiertes Verhandlungsergebnis schaffen .	8
2. Anreize für eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität setzen	9
3. Umgehung der Mindestpersonalvorgaben sicher vermeiden	10

I. EINLEITUNG

Zweifellos ist die Personalausstattung in Krankenhäusern ein wesentlicher Faktor, der über Patientensicherheit und Versorgungsqualität entscheidet. Untersuchungen zeigen hier für Deutschland erhebliche Varianz zwischen den Krankenhäusern, aber insgesamt eine vergleichsweise geringe Ausstattung mit Pflegepersonal. Hieraus resultieren erhöhte Risiken für Patienten¹, mit Blick auf die gesamten Gesundheitsausgaben der Volkswirtschaft aber auch hohe Folgekosten durch vermeidbare Gesundheitsschäden, notwendige Folgebehandlungen, Einbußen an Leben bzw. Lebensqualität und Produktivität. Vor diesem Hintergrund hat am 01.10.2015 Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe zur weiteren Ausgestaltung von Vereinbarungen des Koalitionsvertrags eine Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ ins Leben gerufen, um vorhandenen Missständen gesetzlich abzuwehren. Die einberufene Kommission war vorwiegend einerseits mit gesundheitspolitischen Repräsentanten der Regierungsparteien, andererseits mit Vertretern der einschlägigen Interessengruppen des Gesundheitswesens besetzt. Ergänzt wurde diese Gruppe durch Wissenschaftler und die Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Vertreter der Interessen von Verbrauchern und Patienten, waren in diesem Gremium nicht vertreten.² Die Ergebnisse dieser Kommission wurden im März 2017 vorgelegt und münden nun in den vorliegenden Änderungsantrag, der zum Ziel hat, durch die Neuschaffung eines Paragraphen 137i im Fünften Sozialgesetzbuch Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen einzuführen. Ergänzend werden auch Regelungen zur Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag für Krankenhäuser gemacht sowie weitere Finanzierungsregelungen getroffen, auf die der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) aber im Folgenden nur am Rande eingeht. Diese Stellungnahme konzentriert sich auf die verbraucher- und patientenorientierte Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. Für die Gelegenheit zur Stellungnahme bedankt sich der vzbv ausdrücklich.

¹ Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/expertenkommission.html>

II. ZUSAMMENFASSUNG

Der Zusammenhang zwischen zu geringer Personalausstattung im Krankenhaus und unzureichender Versorgungsqualität bis hin zu erheblichen Gefährdungen der Patientensicherheit ist klar belegt. Bekannt ist auch, dass in Deutschland im Vergleich zu anderen westlichen Industrienationen das Verhältnis von Patienten zu Pflegepersonal ausgesprochen schlecht ist. Es besteht also erheblicher Handlungsbedarf im Interesse von Versicherten und Patienten. Deshalb begrüßt der vzbv ausdrücklich, dass sich die Regierungsfractionen und das Bundesgesundheitsministerium unter Minister Gröhe dieser Thematik annehmen.

Die Einführung von verbindlichen, nachdrücklich durchgesetzten und für Verbraucher transparenten Pflegepersonaluntergrenzen kann ein wichtiger erster Schritt bei der Behebung der bestehenden Probleme sein und wird deshalb vom vzbv befürwortet. Am Beispiel der „Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen“ zeigt sich aber, dass einfache, auf den ersten Blick überzeugende Problemlösungen die Gefahr beinhalten, das zugrundeliegende Problem schlimmstenfalls sogar zu verschärfen. Insbesondere an der Ausgestaltung des Verfahrens, in dem allein die ökonomischen Interessensträger im Konsens eine Regelung finden müssen, bestehen erhebliche Zweifel. Auch erweist sich die Aufgabenstellung bei näherem Hinsehen als ausgesprochen komplex. Damit aus einer positiven Intention im Interesse der Patienten nicht in der Summe negative Konsequenzen und eine Verschlechterung der Patientenversorgung in Deutschland erwachsen, fordert der vzbv ergänzende Regelungen in folgenden Punkten:

- 1. Die Rahmenbedingungen der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen und der sie flankierenden Maßnahmen müssen so gestaltet sein, dass die Anliegen von Patienten und Verbrauchern zuverlässig und maßgeblich Gehör finden. Die vorgesehenen Mitwirkungs- und Kontrollrechte reichen hierfür nicht aus.**
- 2. Es muss verhindert werden, dass mit den Pflegepersonaluntergrenzen ein Wettlauf unter den Krankenhäusern eröffnet wird, wer diese so umsetzt, dass er gerade noch unbeanstandet bleibt. Stattdessen müssen Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität auch durch Personaleinsatz über das Minimum hinaus geschaffen werden.**
- 3. Umgehungsstrategien der Krankenhäuser müssen wirksam verhindert werden.**

III. BEWERTUNG DER LAGE

Es bestehen keine Zweifel, dass eine ausreichende Ausstattung mit Pflegepersonal eine unabdingbare Voraussetzung für eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten im Krankenhaus ist. Viel beachtete Studien, allen voran die RN4CAST-Studie³, die 12 Länder miteinander verglichen hat, haben Aufschluss darüber gegeben, in welchem Umfang Gesundheit und Leben von Patienten an der Personalausstattung hängen. Demnach kommt es bei geringer Ausstattung mit Pflegepersonal zu einer impliziten Rationierung von Pflegeleistungen, insbesondere bei der Zuwendung zu Patienten und Angehörigen und deren Anleitung im Umgang mit der Erkrankung, aber auch bei sehr praktischen Pflegeanforderungen wie Händehygiene, Mund- und Körperpflege der Patienten, Schmerzmanagement, Umlagern, sorgfältige Medikamentengabe oder Vorbereitung von Entlassungen. Aus Daten aus der USA weiß man, dass jeder zusätzliche Patient, der von einer Pflegekraft in ihrer Schicht betreut werden muss, die Sterblichkeit der Patienten innerhalb von 30 Tagen um sieben Prozent erhöht. Auch typische Komplikationen wie Infektionen, Mangelernährung und Druckgeschwüre (Dekubitus) nehmen zu. In der RN4CAST-Studie schätzten 31% der befragten Pflegekräfte in Deutschland, dass Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung teilweise nicht in der Lage waren, ihre Anschlusspflege zu gewährleisten. Aus Sicht von Patienten und Verbrauchern sind diese Ergebnisse nicht hinnehmbar.

Die RN4CAST-Studie hat noch zwei weitere besorgniserregende Ergebnisse erbracht:

- Zum einen geht die Situation in den Krankenhäusern mit erheblichen Belastungen für die verbliebenen Pflegekräfte einher. Mehr als 37 Prozent waren mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden und etwa 30 Prozent wiesen deutliche Anzeichen eines Burn-out auf. Dass derartige Perspektiven nicht geeignet sind, das Berufsfeld für zukünftige Arbeitskräfte attraktiv zu machen, versteht sich von selbst. Aber auch mit Blick auf den Arbeitsschutz der aktuell Beschäftigten sind dringende Verbesserungen geboten.
- Zum anderen ist die Personalausstattung in deutschen Krankenhäusern im Vergleich mit den meisten der betrachteten Industrieländer einerseits von hohen Unterschieden zwischen den Krankenhäusern geprägt und andererseits im Durchschnitt ausgesprochen niedrig. Angegeben wird die Personalausstattung im Verhältnis von Patienten zu Pflegekraft (*nurse-to-patient-ratio*). Dieses lag in Deutschland im Schnitt mit 10,3 am höchsten, noch über Griechenland und Polen. Zum Vergleich: Norwegen liegt bei einem Verhältnis von unter vier Patienten pro Pflegekraft, der Durchschnitt aller untersuchten Länder lag knapp über sieben.

Die vorliegenden Erkenntnisse machen deutlich, dass in Deutschland dringend die Ausstattung mit Pflegepersonal im Durchschnitt deutlich verbessert werden muss und Versorgungssituationen, die mit einer erhöhten Patientengefährdung einhergehen, beseitigt werden müssen. Als erste, einfache Lösung bieten sich hier Personaluntergrenzen an. Dabei ist aber zu unterscheiden zwischen der Beseitigung vermeidbarer Patientengefährdung durch unzureichende Personalausstattung einerseits und einer qualitativ hochwertigen Pflege andererseits. Dass es sich hier um durchaus unterscheidbare Zielstellungen handelt, kann die folgende Darstellung verdeutlichen, in der die durch-

³ Vgl. https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2011.lectures/Berlin_2011.11.11.rb_Pflegerat-RN4Cast.pdf, https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf

schnittlichen Kosten für die Krankenhausträger je Behandlungsfall und der durchschnittliche Nutzen für Patienten aus der Behandlung idealtypisch in Relation gebracht werden.

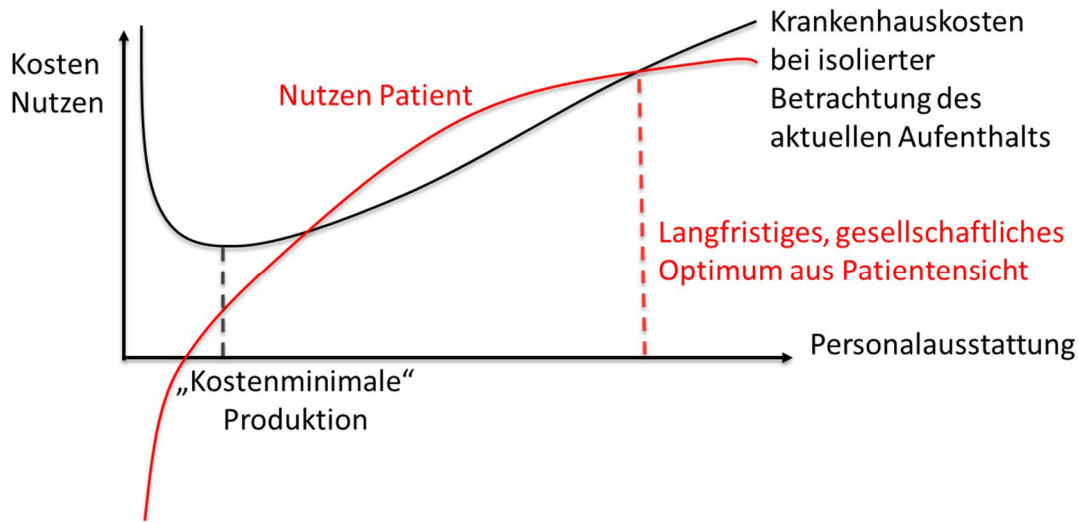


Abb.: Gegenüberstellung von isolierten Krankenhauskosten und Patientennutzen in Abhängigkeit von der Personalausstattung (eigene Darstellung)

Bei einer extrem geringen Personalausstattung steigen auch die Kosten für den Krankenhausträger sprunghaft an, weil es zu einer erheblichen Erhöhung von Komplikationen noch während des Aufenthaltes kommt, die zu Lasten des Krankenhauses von diesem behandelt werden müssen und ggf. Schadensersatzforderungen auslösen. Über ein gewisses Personalminimum hinaus rechnet sich der zusätzliche Personaleinsatz für den Krankenhausträger aber nicht mehr, obwohl der Nutzen für Patienten aus höherer Personalausstattung noch weit über den Punkt der kostenminimalen Produktion hinaus zunimmt, weil etwa Entlassungsvorgänge kompetent begleitet oder Frührehabilitationen angemessen durchgeführt werden. Wenn man ausschließlich den Aspekt der Patientensicherheit, also der Vermeidung von Komplikationen, im Blick hat, werden Personaluntergrenzen eher in der Nähe der kostenminimalen Produktion liegen. Wenn hingegen auch das Ziel angestrebt wird, durch die Behandlung in guter Versorgungsqualität einen möglichst hohen Patientennutzen zu stiften, dann müssen sich Personalvorgaben am langfristigen gesellschaftlichen Optimum ausrichten, in das eben auch später anfallende Posten z.B. von vermiedener Pflegebedürftigkeit und langfristiger Nutzen wie eine höhere Lebensqualität einbezogen werden. Für die genaue Festlegung von Personalvorgaben unter Berücksichtigung dieser verschiedenen Zielsetzungen fehlt hingegen die dezidierte Evidenz.

Als Fazit bleibt zu ziehen, dass keine objektiv beweisbaren Mindestpersonalvorgaben existieren und dass insbesondere die zu enge Fokussierung von Personaluntergrenzen auf den Aspekt der Patientensicherheit dazu führt, dass Vorgaben gemacht werden, die keine gute Versorgungsqualität gewährleisten. Wenn die Einhaltung dieser Minimalvorgaben dann noch einzige Orientierung für Verbraucher in den Qualitätsberichten ist, findet eine Irreführung der Öffentlichkeit statt. Aus Verbrauchersicht sollte es gar nicht nötig sein, die Einhaltung von Minimalvorgaben zu berichten, weil diese zuverlässig immer gegeben sein muss. Patienten wünschen sich hingegen gezielt Informationen, wo eine gute Versorgungsqualität – über das Minimum hinaus! – gegeben ist.

Bedeutsam wird die Unterscheidung zwischen Patientensicherheit und guter Versorgungsqualität vor allem vor dem Hintergrund der Anreize, unter deren Eindruck die Verhandlungen der Vereinbarungspartner des geplanten § 137i⁴ absehbar geführt werden. Erfahrungen aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) rund um die Festlegung von Personalmindestvorgaben für die Ausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nach § 136a Abs. 2 zeigen, dass die Krankenhäuser hohen Wert darauf legen, dass tatsächlich nur Vorgaben gemacht werden, die ein absolutes Minimum beschreiben, unterhalb dessen Patientengefährdung nachweislich und in erheblichem Umfang zunimmt. Auch der Begriff „Untergrenze“ legt diese Lesart nahe. Da der Änderungsantrag für § 137i Abs. 5 (neu) Vergütungsabschläge bei der Nichteinhaltung vorsieht und darüber hinaus von Krankenhauseite immer wieder Befürchtungen geäußert werden, dass nicht alle Einrichtungen das erforderliche Personal am Arbeitsmarkt finden, darf davon ausgegangen werden, dass auch bei den Verhandlungen nach dem neuen § 137i die Vertreter der Krankenhauseite darauf dringen werden, dass nur in sehr wenigen Bereichen und dort auch nur sehr geringe, höchstens die Belange der absolut notwendigen Patientensicherheit abdeckende Personalvorgaben gemacht werden. Der GKV-Spitzenverband wird hingegen befürchten, dass höhere Personalvorgaben entsprechend § 137i Abs. 6 (neu) zu höheren Entgelten für die Krankenhäuser führen werden, so dass mit Blick auf die Erhöhung von Zusatzbeiträgen für Versicherte auch von dieser Seite vermutlich kein Verhandlungsergebnis in der Nähe des langfristigen gesellschaftlichen Optimums angestrebt werden wird. Und selbst, wenn der GKV-Spitzenverband höhere Pflegepersonalausstattungen durchzusetzen versuchen würde, sind die Rahmenvorgaben dafür ungeeignet. Anders als im G-BA, wo bei strittigen Fragen letztlich die Stimme des Vorsitzenden eine Entscheidung auch gegen den Willen eines Verhandlungspartners herbeiführen kann, ist im § 137i vorgesehen, dass Verhandlungen zwischen Krankenhauseite und Krankenkassen stattfinden. Das Ergebnis kann also nur ein Konsens auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner sein. Positiv ist allerdings, dass bei Nichteinigung letztlich das Bundesgesundheitsministerium entscheiden wird.

In der Summe bezweifelt der vzbv, dass es bei der gegebenen Sachlage und den gegebenen Anreizen durch Verhandlungen der nun vorgesehenen Vereinbarungspartner zu einem gesellschaftlich wünschenswerten Ergebnis kommen wird, zumal die Verhandlungen nicht in einem öffentlichen Diskussionsrahmen stattfinden werden. Auch die Mitwirkungsrechte für den Pflegerat, die maßgeblichen Gewerkschaften, die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und die Patienten- und Verbraucherorganisationen nach der Patientenbeteiligungsverordnung sowie der Einbezug des Bundesgesundheitsministeriums, die allesamt vom vzbv ausdrücklich begrüßt werden, werden nach Einschätzung des vzbv in der geplanten Form nicht ausreichen, um ein im Interesse von Versicherten und Patienten wünschenswertes Ergebnis zu erzielen. Vor dem Hintergrund dieser Einschätzungen unterbreitet der vzbv verschiedene Vorschläge und Einschätzungen, die im folgenden Kapitel aufgeführt werden.

⁴ Alle Angaben zu Paragraphen in dieser Stellungnahme beziehen sich auf das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V).

IV. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN IM DETAIL

1. RAHMENBEDINGUNGEN FÜR EIN PATIENTENORIENTIERTES VERHANDLUNGSERGEBNIS SCHAFFEN

Wie oben ausgeführt wird es keine objektiv richtige Höhe für Personalmindestvorgaben geben. Diese wird immer in einem Abwägungsprozess von Kosten- und Machbarkeitsargumenten einerseits und dem langfristigen gesellschaftlichen Optimum aus Sicht von der Patienten andererseits festgelegt werden. Auch die Frage, welche Abteilungen als pflegesensitiver Bereich festgelegt werden, ist weder durch den Änderungsantrag spezifiziert noch eindeutig anhand wissenschaftlicher Evidenz belegbar. Hieraus ergeben sich zwei Forderungen:

1. Es geht bei der Festlegung von Personaluntergrenzen um eine Wertentscheidung von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Deshalb sollte diese nicht nur gegenüber Interessensvertretern, dem Ministerium und dem Parlament transparent sein, sondern auch gegenüber der Öffentlichkeit. **Der vzbv fordert deshalb, den Rahmen der Verhandlungen so zu gestalten, dass die Öffentlichkeit regelmäßig informiert wird bzw. von den Beteiligten informiert werden kann.** Das gilt insbesondere für die Frage, ob bei den Verhandlungen die Anliegen von Patienten und Versicherten hinreichende Berücksichtigung finden.
2. Bei den Verhandlungen zur Festlegung der Höhe und des Umfangs von Personalmindestvorgaben muss der Aspekt der Patientensicherheit und guter Versorgungsqualität mindestens ebenso stark vertreten sein wie Kosten- und Machbarkeitsüberlegungen. Das ist in der geplanten Form nach Einschätzung des vzbv nicht der Fall. Der vzbv befürwortet deshalb ausdrücklich, dass die Vertretungen verschiedener Gruppen (Pflegerkräfte, Patienten/Verbraucher, Wissenschaft) angehört werden müssen (§ 137i Abs. 1), sieht aber keine ausreichende Durchsetzungskraft für die von diesen Interessengruppen vertretenen Anliegen. Insbesondere ist mit der gewählten Formulierung in Abs. 1 nicht klar, was unter einer „qualifizierten Beteiligung“ zu verstehen ist und wie sichergestellt wird, dass die vorgebrachten Anliegen auch inhaltlich berücksichtigt werden. **Der vzbv fordert deshalb, dass festgelegt wird, dass die Beteiligten nach Abs. 1 das Recht zur Anwesenheit bei allen Beratungen und Entscheidungen und zur Kenntnis aller Beratungsunterlagen haben und dass den Verhandlungsparteien verpflichtend aufgegeben wird, jede Abweichung von den Stellungnahmen und Voten der Beteiligten schriftlich zu begründen.**⁵ Diese Begründungen sind zu veröffentlichen. Außerdem sollte in Abs. 2 festgehalten werden, dass das Bundesgesundheitsministerium die getroffene Vereinbarung nicht nur genehmigen muss, sondern bei der entsprechenden Prüfung auch einbezieht, ob die Anliegen der Beteiligten hinreichend umgesetzt wurden. Sollte dies nicht der Fall sein, soll das Ministerium die Möglichkeit der Ersatzvornahme haben.

⁵ Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass zumindest für die Patientenorganisationen aufgrund ihrer weitgehend ehrenamtlichen Struktur eine Reisekosten- und Aufwandsersatzung gem. § 140f Abs. 5-7 vorzusehen ist.

Bei der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen handelt es sich prinzipiell um eine wichtige, hinsichtlich ihrer Wirkungen im Versorgungsgeschehen aber auch um eine riskante Maßnahme. Insbesondere besteht nach Einschätzung des vzbv die Gefahr, dass die ökonomischen Interessen der Verhandlungspartner letztlich ein verbraucherorientiertes Verhandlungsergebnis verhindern und zahlreiche Widerstände und Umgehungsstrategien die Wirksamkeit in der Praxis einschränken. Deshalb begrüßt der vzbv ausdrücklich, dass die Regierungsfractionen in Abs. 7 vorsehen, dass die Regelung evaluiert wird. Allerdings sieht der vzbv bei den Adressaten dieser Verpflichtung erhebliche Interessenkonflikte, wenn nämlich Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband die Evaluation der Vereinbarung, die sie selbst verhandeln, in Auftrag geben. **Der vzbv fordert daher, dass die Evaluation vom Bundesgesundheitsministerium beauftragt und von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut erarbeitet wird.** Die Krankenhäuser sind zudem zur Mitwirkung an dieser Evaluation (z.B. Bereitstellung entsprechender Daten) zu verpflichten.

2. ANREIZE FÜR EINE KONTINUIERLICHE VERBESSERUNG DER VERSOR- GUNGSQUALITÄT SETZEN

Wie der Begriff schon impliziert, geben Personaluntergrenzen ein Mindestmaß an Personalausstattung vor, das nicht unterschritten werden darf. Flankierend wird im Änderungsantrag festgelegt, dass die Einhaltung überprüft (Abs. 4) wird, bei Nichteinhaltung Vergütungsabschläge drohen (Abs. 5) und die Verbraucher in den Qualitätsberichten hiervon erfahren (Abs. 4). Um die Einhaltung den Krankenhäusern finanziell zu ermöglichen, wird in Abs. 6 festgehalten, dass finanzieller Mehrbedarf im Vergleich zur Ist-Situation, der sich aus der Einführung der Personaluntergrenzen ergibt, in den Krankenhausentgelten berücksichtigt wird. Alle diese genannten Maßnahmen sind für die Durchsetzung der Regelung bedeutsam und werden vom vzbv ausdrücklich begrüßt. In ihrer Gesamtwirkung ergibt sich aber daraus die Gefahr, dass zukünftig eben die Personal**mindest**ausstattung den Normwert für die Krankenhäuser angibt und bessere Versorgungsbedingungen nicht öffentlich berichtet. Wenn zudem eine Orientierung der Personalvorgaben eher an der kostenminimalen Produktion und Patientensicherheit anstatt am langfristigen gesellschaftlichen Optimum und guter Versorgungsqualität erfolgt, besteht so die Gefahr, dass fortlaufend geringer Versorgungsqualität. Insbesondere würden Weiterentwicklungen im Interesse der Patienten und auch eine Marktdifferenzierung der Krankenhäuser durch gute Versorgungsqualität verhindert. So notwendig wirksame Untergrenzen der Personalausstattung zur Verhinderung von Patientengefährdung sind, so wichtig sind auch Anreize für eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität. Diese fehlen allerdings im Änderungsvorschlag der Regierungsfractionen nicht nur, sie werden implizit und ungewollt unterbunden. Deshalb regt der vzbv eine Prüfung folgender Vorschläge Punkte an:

- Der G-BA wird damit beauftragt, Kriterien zu bestimmen, die eine gute Personalausstattung beschreiben, und deren Erfüllung zusätzlich zur Einhaltung der Personalmindestvorgaben im Rahmen der Qualitätsberichte nicht nur differenziert nach Personalgruppen, sondern auch fachabteilungsbezogen darzustellen. Mit der Entwicklung eines zugrundeliegenden wissenschaftlichen Konzepts beauftragt er das Institut nach § 137a. Die Aufnahme entsprechender Angaben in den Qualitätsberichten hat spätestens 2021 zu erfolgen.

- Im Änderungsantrag erfolgt eine Klarstellung gegenüber den Verhandlungspartnern, dass Krankenhausentgelte nicht nur die Einhaltung der Personalmindestvorgaben, sondern auch eine darüber hinausgehende gute Versorgungsqualität abbilden sollen. Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wird der Auftrag erteilt, bis Ende 2018 ein Konzept zu entwickeln und vorzulegen, wie die Güte der Pflegepersonalausstattung über die Mindestvorgaben hinaus im Entgeltsystem differenziert zu berücksichtigen sind.

3. UMGEHUNG DER MINDESTPERSONALVORGABEN SICHER VERMEIDEN

Der Änderungsantrag greift explizit die Befürchtung auf, dass Personalmindestvorgaben in ausgewählten, sog. pflegesensitiven Bereichen Verlagerungseffekte von nicht geregelten in zukünftig geregelte Bereiche der Krankenhausversorgung nach sich ziehen werden. In § 137i Abs. 1 werden die Verhandlungspartner damit beauftragt, Maßnahmen vorzusehen, die dies verhindern. In Abs. 4 wird die Prüfung auch mit Blick auf die Personalverlagerungseffekte durch einen Wirtschafts- oder Buchprüfer vorgesehen, dessen Ergebnisse den Vertragspartnern und den Landeskrankenhausplanungsbehörden vorzulegen sind. Diese Maßnahmen sind aus Sicht des vzbv zwar begrüßenswert, aber in mehrfacher Hinsicht nicht ausreichend:

1. Wenn es zum Abzug von Pflegepersonal aus Bereichen kommt, die nicht Mindestpersonalvorgaben unterliegen, dann kann die jetzt vorgesehene Regelung dazu beitragen, dass die Vertragspartner und die Landeskrankenhausplanungsbehörden davon erfahren. Es ist aber nicht sichergestellt, dass auch Konsequenzen aus diesem Fehlverhalten gezogen werden. Auch erfährt die Öffentlichkeit hiervon nicht. **Deshalb fordert der vzbv, dass im Änderungsantrag Mechanismen etabliert werden, um den Personalabzug aus nicht geregelten Bereichen wirksam zu stoppen.** Geeignete Maßnahmen wären beispielsweise:

- die Aufnahme der Informationen über Personalverringerung in nicht geregelten Bereichen in die Qualitätsberichte nach § 136b,
- die Aufnahme derartiger Personalverschiebungen in Abs. 5 mit dem Ziel, dass diese auch zwingend zu Vergütungsabschlägen für das Krankenhaus führen, und/oder
- die Ausweitung der Verpflichtung zur Einführung von Personaluntergrenzen in allen bettenführenden Abteilungen und Bereichen von Krankenhäusern.

Insgesamt sieht es der vzbv als wichtig und richtig an, wenn der Antrag explizit von „pflegesensitiven Bereichen der Krankenhausversorgung“ ausgeht. Patientengefährdungen durch unzureichende Personalausstattung können aber in allen Bereichen vorkommen, gute Versorgungsqualität mit Blick auf das Outcome bei den Patienten ist daher auch überall wünschenswert. Letztlich muss alle Patientenversorgung mit angemessenem Personal erfolgen und es darf keine Versorgungsbereiche erster und zweiter Klasse geben. Deshalb bittet der vzbv intensiv darum, zu überprüfen, ob diese Einschränkung der Vorgaben tatsächlich dauerhaft aufrechterhalten wird. Denkbar wäre beispielsweise ein gestuftes Vorgehen, das zunächst besonders kritische Bereiche aufgreift, im zweiten Schritt aber die gesamte Versorgung.

2. Auch bei der Einführung von Untergrenzen für das Pflegepersonal ist nicht ausgeschlossen, dass es zu Situationen kommt, in denen durch systematische Arbeitsverdichtung und Umgehung der Personalvorgaben die Patientensicherheit strukturell gefährdet ist. Hier sind verschiedene Vorgehensweisen und Problemlagen denkbar, die exemplarisch aufgeführt werden sollen.

Ein gewichtiger Punkt ist beispielsweise, dass Patienten besonderen pflegerischen Bedarf haben können. Beispielsweise ist der pflegerische Bedarf auf einer orthopädischen Station, auf der überwiegend Sportverletzungen behandelt werden, ein anderer als auf einer Station mit hochbetagten, multimorbiden, dementen oder körperlich und/oder geistig behinderten Patienten. **Der vzbv fordert deshalb, dass Faktoren der Fallschwere/Komorbidität in die Mindestpersonalbemessung zwingend einzubeziehen sind, um die besonderen Bedürfnisse betroffener Menschen zu berücksichtigen und Patientenselektion zu vermeiden.**

Eine weitere Möglichkeit ergibt sich daraus, dass es keine allgemein verbindlichen Bezeichnungen für Fachabteilungen in der Krankenhausplanung gibt. Auch ist die Krankenhausplanung der Länder uneinheitlich bezüglich der Detailtiefe z.B. hinsichtlich der Zuordnung von Betten zu bestimmten Versorgungsbereichen oder Abteilungen. So könnten Krankenhäuser im Extremfall durch einfache Umbenennung oder organisatorische Umstrukturierung eigentlich pflegesensitive Versorgungsbereiche aus dem Gültigkeitsbereich entsprechender Vereinbarungen herausnehmen. **Der vzbv fordert deshalb, dass den Vereinbarungspartnern nach Abs. 1 auch der Auftrag erteilt wird, ein an Patientenmerkmalen und Versorgungsbedarfen orientiertes, verpflichtendes Klassifizierungssystem für Versorgungsbereiche zu entwickeln, dass die zweifelsfreie Zuordnung von organisatorischen Einheiten der Krankenhäuser zu den von der Vereinbarung nach § 137i erfassten Bereichen ermöglicht.** Dieses ist auch für die Berichterstattung in den Qualitätsberichten bezüglich der Einhaltung der Personalvorgaben erforderlich.

Da sich Personalmindestvorgaben auf jeden Fall auch auf Intensivabteilungen erstrecken werden, bestehen auch Umgehungsmöglichkeiten der Personalvorgaben durch die Verringerung der Größe dieser Abteilungen und der Einrichtung von Abteilungen z.B. der „*intermediate care*“. Wenn Patienten, die eigentlich eine intensivere Betreuung mit einem höheren (Mindest-)Personalschlüssel benötigten, durch Abteilungen versorgt werden, für die diese Vorgaben nicht gelten, können neue Patientengefährdungen auftreten. Der vzbv regt deshalb an, dass ein Auftrag nach § 136a oder § 136b bezüglich der Entwicklung und Umsetzung eines einschlägigen Qualitätssicherungsverfahrens gesetzlich erteilt wird.

Wenn Einsparungsmaßnahmen bei den Pflegekräften selbst durch Personalmindestvorgaben verhindert werden, dann können diese durch Reduktion anderer Fachkräfte im Krankenhaus bei gleichzeitiger Verlagerung der Aufgaben auf die Pflegekräfte erreicht werden. Zu denken wäre etwa an Maßnahmen der Frührehabilitation und -mobilisation, die ansonsten durch Physiotherapeuten übernommen werden. Verlagert werden könnten auch Aufgaben des Entlassmanagements von Sozialarbeitern oder Verwaltungskräften oder psychosoziale Betreuung von Psychotherapeuten. Der vzbv sieht deshalb Bedarf, dass in die Überprüfung möglicher Personalverlagerungseffekte auch andere

Berufsgruppen im Krankenhaus mit einbezogen werden. Insbesondere empfiehlt der vzbv, Formulierungen aus dem Änderungsantrag zu streichen, die nahelegen, dass von keinen Verlagerungseffekten ausgegangen wird, „wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche nicht wesentlich verringert hat“.

Insgesamt erscheint es ordnungspolitisch wenig zielführend, wenn Maßnahmen gegen Missbrauch und Umgehung ausschließlich im Rahmen von Vereinbarungen festgelegt werden, die im Konsens mit den Vertretern der Krankenhäuser getroffen werden müssen, für die unter Umständen von Umgehungsmöglichkeiten von Interesse sind. Deshalb regt der vzbv an, dass das Bundesgesundheitsministerium einen Auftrag an ein unabhängiges wissenschaftliches Institut vergibt, mit dem Ziel, mögliche Vorgehensweisen der Krankenhäuser bei der Umgehung der Personalmindestvorgaben im Vorfeld aufzuzeigen und wirksame Gegenmaßnahmen vorzuschlagen, die dann von den Vereinbarungspartnern oder gegebenenfalls durch eine Rechtsverordnung des Ministeriums umzusetzen sind.