

Berlin, 11.05.2018

Positionspapier „Pflegepersonaluntergrenzen“ des Verbands der Pflegedirektorinnen und -direktoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) mit Unterstützung des Netzwerkes Pflegeforschung VPU anlässlich der Befragung der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zur Personalbesetzung in den Universitätsklinika Deutschlands

1. Hintergrund

Die Selbstverwaltungspartner wurden entsprechend §137i SGB V verpflichtet, bis zum 30. Juni 2018 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren.

Die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft wurde von der DKG und dem GKV-SV beauftragt, eine Untersuchung in deutschen Krankenhäusern zur Gewinnung von Daten zur Personalbesetzung in der Pflege und zu patientenbezogenen Daten (Datensatz §21 KHEntgG) in sechs sogenannten pflegesensitiven Bereichen durchzuführen (Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, Intensiv, Geriatrie).

Die von den beteiligten Einrichtungen übermittelten Daten sollen dazu dienen, „... die Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage der erhobenen Daten festzulegen“ (Schreiben der KPMG vom 12. April 2018, S. 2).

Da keine Transparenz dazu besteht, nach welchem Modell letztendlich die Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden, gibt dieser Satz Anlass zu großer Sorge. Im

Zwischenbericht des GKV-SV und der DKG vom 30.01.2018¹ werden Überlegungen zur Ermittlung und Festlegung von Personaluntergrenzen beschrieben (S. 14ff), insgesamt besteht aber noch eine große Unklarheit, dies beginnt schon bei der Definition. Aktuell muss angenommen werden, dass die in der Befragung ermittelten niedrigsten Personalbesetzungen – auf den untersten 10 oder 25% zukünftig als Pflegepersonaluntergrenzen definiert werden. Im Zwischenbericht wird vom „Quartilsansatz“ gesprochen (S. 14). Damit würde man 90 oder 75% der Einrichtungen in Deutschland bescheinigen, dass Sie eine Personalausstattung verfügen die oberhalb den Personaluntergrenzenniveau liegen und das in einem Land das in allen internationalen Vergleichen hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung auf den letzten Plätzen liegt [10]. Das ist enttäuschend und wird den Erwartungen, einer zukunftsgerichteten verbesserten Personalausstattung in keinsten Weise gerecht.

An der Befragung der KPMG ist folgende Kritik zu üben: Patienten- und Pflegenden-Outcomes bleiben bislang unberücksichtigt. Obwohl der §21 KHEntgG-Datensatz bei der Befragung übermittelt werden soll, ist unklar, wie die Patientendaten zu den erfragten Dienstplanbesetzungszeiträumen in Beziehung gebracht werden und in wie weit der §21 KHEntgG-Datensatz den Pflegeaufwand erfasst. Zu Pflegepersonal-Outcomes gibt es keine Datenerhebung. Über „patientenindividuelle Pflegelast“ (S. 13) und „Schweregradadjustierung“ (S. 15) sollen Pflegepersonaluntergrenzen gerecht festgelegt werden. Auch hier bleibt intransparent, wie das Modell dazu aussieht. Zudem wird allein durch die Befragung bereits ein enormer Dokumentationsaufwand in den Einrichtungen erzeugt und weiterer ist zu erwarten. Im Rahmen der Schweregradadjustierung sind Pflegenden-Patienten-Quoten aufgeführt, die international keinerlei Anschluss haben, wie z.B. niedriger Schweregrad 1:12, mittlerer Schweregrad 1:10 und hoher Schweregrad 1:8. Es ist zu hinterfragen, auf welche Studienlagen sich diese Festlegungen beziehen. In umfangreichen und soliden Untersuchungen der letzten 20 Jahre werden Quoten mit Auswirkungen für Patienten und Pflegenden aufgezeigt^{2, 3, 4}, hierzu gehören auch die Ergebnisse der europäischen RN4Cast-Studie⁵ mit ihren relevanten Ergebnissen für die Zukunft der Pflege in Europa. Die Festlegung von Pflegepersonal-Patienten-Quoten ist in mittlerweile in vielen Ländern üblich. Beispiele dafür sind die USA mit 21 Staaten in denen Regelungen zur Pflegepersonal-Patienten-Quote

¹ GKV-Spitzenverband & Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) (2018). Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach §137i SGB V. Zwischenbericht 30.01.2018. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_01_30_Pflegepersonaluntergrenzen_Zwischenbericht_an_BMG.pdf Aus dem Web am 30.04.2018

² Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2962631-8/fulltext> Aus dem Web am 30.04.2018

³ Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *JAMA* 288(16), 1987-93

⁴ Blegen, M.A., Goode, C., Spetz J., Vaughn, T. & P. S.H. (2011). Nurse Staffing Effects on Patient Outcomes: Safety-Net and Non-Safety-Net Hospitals. *Medical Care* 49(4), 406-414. doi: 10.1097/MLR.0b013e318202e129

⁵ <http://www.rn4cast.eu/> Aus dem Web am 30.04.2018

im Krankenhaus bestehen⁶, wobei Kalifornien⁷ ein Gesetz verabschiedet hat. Weitere Länder mit Regelungen sind Großbritannien⁸, Australien⁹, Irland oder Belgien. Für den normalstationären Bereich sind Quoten zur Pflegenden mind. dreijährige Ausbildung im Tagdienst von 1:4 bis 1:7 und im Nachtdienst 1:10 üblich.

Auch wenn diese Zahlen für Deutschland ungewöhnlich erscheinen, stehen Personalbesetzung – Patientenoutcome – Pflegendenoutcome in einem nachgewiesenen positiven Zusammenhang.

2. Stellungnahme zur Befragung bzgl. Personalbesetzung in deutschen Krankenhäusern

Im Folgenden wird zum beabsichtigten Vorgehen zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen auf der Basis der gewonnenen Daten aus der Befragung der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in einer unbekanntem Anzahl von Krankenhäusern Deutschland vom Verband der Pflegedirektorinnen und -direktoren der Universitätsklinika Deutschlands Stellung bezogen:

2.1 Der Begriff „pflegesensitiver“ Bereich ist nicht belegt.

Es ist nicht belegt, wie die Auswahl der Bereiche Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, Intensiv und Geriatrie als „pflegesensitive“ Bereiche zustande gekommen ist. Angesprochen werden hier Einrichtungen, welche die Patienten mit entsprechenden Grunderkrankungen und Hauptdiagnosen den genannten Fachabteilungen zuordnen können. Dabei bleiben sowohl die mittlerweile gängige Belegung freier Betten in fremden Fachabteilungen sowie gemischt belegte Stationen unberücksichtigt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Patienten auf viszeralchirurgischen, neurochirurgischen, HNO-, MKG-, gynäkologischen, nephrologischen, gastroenterologischen, pädiatrischen oder auch psychosomatische Abteilungen und allen weiteren Stationen nicht mit großen Risiken behaftet sind, wenn der Personalbestand in der Pflege nicht deren Betreuungsbedarf entspricht. Die damit einhergehende Beschreibung eines nichtpflegesensitiven Bereiches im Krankenhaus erscheint uns als fragwürdig und nicht evident.

⁶ Update on Nursing Staff Ratios (2018). http://lippincottolutions.lww.com/blog_entry.html/2018/03/08/update_on_nursingst-HJoe.html Aus dem Web am 01.05.2018

⁷ Kasprak, J. (2004). California RN Staffing Ration Law. 2004-R-0212. <https://www.cga.ct.gov/2004/rpt/2004-R-0212.htm> Aus dem Web am 30.04.2018

⁸ Ball, J. (2010). Guidance in Safe Nurse Staffing Levels in UK. Royal College of Nursing. <http://www.weds.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1076/rcn%20safe%20staffing%20levels.pdf> Aus dem Web am 01.05.2018

⁹ Department of Health & Human Services, State Government of Victoria, Australia (2015). Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act 2015. [http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_Notes/LDMS/PubPDocs_Arch.nsf/5da7442d8f61e92bca256de50013d008/CA257CCA00177A46CA257EB3007DB786/\\$FILE/581012bi1.pdf](http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_Notes/LDMS/PubPDocs_Arch.nsf/5da7442d8f61e92bca256de50013d008/CA257CCA00177A46CA257EB3007DB786/$FILE/581012bi1.pdf) Aus dem Web am 01.05.2018

2.2 Pflegepersonaluntergrenzen aufgrund der vorhandenen Mangels mit unterbesetzten Stationen festzulegen ist gefährlich.

Die Vorgabe, Pflegepersonaluntergrenzen für den Krankenhausbereich festzulegen, resultiert aus dem Wissen, dass die aktuelle Besetzung auch im europäischen Vergleich¹⁰ zu gering ist und Risiken für die Patienten birgt sowie zu einer Berufsfucht der Pflegenden führt. Die Pflegepersonaluntergrenzen aufgrund der vorhandenen nicht ausreichenden Stationsbesetzungen festzulegen, würde die aktuelle Situation fortschreiben und zu einer weiteren Verschlimmerung in deutschen Krankenhäusern führen.

Studien, u.a. auch die RN4Cast-Studie, zeigen auf, dass nicht ausgeführte pflegerische Aktivitäten aufgrund von Überlastung von Pflegenden zu negativen Auswirkungen wie eine erhöhte Infektionsgefahr oder eine Erhöhung der Mortalität bei Patienten führen. Auch Angehörigen können schlechter begleitet werden und Pflegenden leiden vermehrt unter gesundheitlichen wie auch psychischen Belastungen, was sowohl die Attraktivität den Berufsbildes negativ belasten als auch zu einem Rückzug der beruflich Pflegenden aus dem Beruf führt^{11, 12}. Kritisch zu bewerten ist, dass die Erhebung ausschließlich Ist-Personalbesetzungen berücksichtigt. Angaben zu einer Ausstattung, die sich an einem bedarfsgerechten Soll (bspw. auf Grundlage der PPR) orientiert werden nicht erhoben somit schein gar keine allgemeine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung beabsichtigt zu sein. Der Ist-Ausstattungs betrachtung fehlt damit aber der Maßstab zur Beurteilung. Die aktuelle pflegerische Versorgungslage ist gerade in vielen Bereichen kritisch zu bewerten weil nicht alle nötigen Leistungen im entsprechenden Umfang erbracht werden könne. Dieses Problem berücksichtigt die Abfrage nicht.

2.3 Pflegepersonaluntergrenzen sind auf der Basis valider Daten zu ermitteln

International hochwertige Untersuchungen zeigen auf, welche Auswirkung die Pflegend-Patienten-Quote für Patienten und Pflegende hat. Aiken et al. berichteten 2002¹³ von einer Zunahme der Mortalität nach Operationen um 7% bei einer Zunahme im Workload der Pflegenden mit einem zusätzlichen Patienten sowie um eine Erhöhung der Arbeitsunzufriedenheit, der Burnout-Quote und der Kündigungsrate bei den Pflegenden.

¹⁰ Simon, M. (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern. verfügbar über http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2015__Unterbesetzung_und_Personalmehrbedarf_im_Pflegedienst.pdf, letzter Abruf 04.2017

¹¹ Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Strømseng Sjetne, I., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. & Schwendimann, R. (2013). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* 2014;23:126–135. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318.

¹² Zander, B., Dobler, L., Bäumler, M. & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016.

¹³ Aiken, L.H., Clarke, S.P. & Sloane, D.M. (2002). Hospital Staffing, Organizational Support, and Quality of Care: Cross-National Findings. *International Journal of Quality in Health Care* 14(1): 5-13.

Replikationen in Kanada, England und Belgien sowie weitere Studien in den USA erzielten ähnliche Ergebnisse^{14, 15, 16}. Eine von der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) beauftragte Metaanalyse kam zu dem Schluss, dass es einen offensichtlichen Zusammenhang zwischen Pflegepersonal und Patientenergebnisse gibt¹⁷. Sochalski et al.¹⁸ (2008) zeigen im Studienzeitraum zwischen 1993 und 2001 auf, dass mehr Stunden von examinieren Pflegenden (RNs) pro Patiententag bei Patienten mit akutem Myokardinfarkt mit einer geringeren Mortalität assoziiert war. Analoge Ergebnisse liegen auch für Intensivstationen vor^{19, 20 21}.

2.4 Kritisch zu bewertende Datengrundlage

Die vorliegende Abfrage berücksichtigt im Kern erbrachte Patientenleistungen aus dem §21-Datensatz. Dieser spiegelt aber als Abrechnungsdatensatz nur sehr marginal Leistungen der Pflege. Ob die grundsätzliche rechtlichen Voraussetzungen für die Verarbeitung der §21-Krankenhausdaten durch die KPMG gegeben sind konnte datenschutzrechtlich nicht geprüft werden.

In der Abfrage der Abteilungen wird ausschließlich eine „sortenreine“ Belegung berücksichtigt. Auch die spiegelt nicht die zunehmende interdisziplinären Belegungen vieler Stationen im Krankenhaus wieder. Gerade die Interdisziplinarität stellt hohe organisatorische und fachliche Anforderungen an die Pflegenden. Insgesamt kann der Aufwand zur Zusammenstellung belastbarer Kennzahlen wie sie hier abgefragt werden als sehr hoch bewertet werden.

2.5 Pflegepersonaluntergrenze wird die Regelbesetzung sein

Die von den Selbstverwaltungspartnern festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen können aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit (z.B. KMT) als zukünftige Regelbesetzung definiert werden. Bei der finanziell angespannten Situation aller Krankenhäuser ist eine Personalbesetzung über die zukünftig vorgegebene Untergrenze hinaus nicht realistisch.

¹⁴ Aiken, L., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 288(16):1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987.

¹⁵ Tourangeau, A. E., Doran, D. M., Hall, L. M., Pallas, L. O., Pringle, D., Tu, J. V. & Dranley, L. A. (2007). Impact of Hospital Nursing Care on 30-Day Mortality for Acute Medical Patients. *Journal of Advanced Nursing* 57 (1): 32–44.

¹⁶ Van den Heede, K., Lasaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke, S. P., Aiken, L. H. & Sermeus, W. (2009). The Relationship between Inpatient Cardiac Surgery Mortality and Nurse Numbers and Educational Level: Analysis of Administrative Data. *International Journal of Nursing Studies* 46 (6): 796–803.

¹⁷ Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S. & Wilt, T. J. (2007). The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Care* 45 (12): 1195–204.

¹⁸ Sochalski, J., Konetzka, R.T., Zhu, J. & Volpp, K. (2008). Will Mandated Minimum Nurse Staffing Ratios Lead to Better Patient Outcomes? *Medical Care* 46 (6): 606–13.

¹⁹ Penoyer, D.A. (2010) Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Crit Care Med* 38(7):1521-8; doi: 10.1097/CCM.0b013e3181e47888.

²⁰ McGahan, M., Kucharski, G. & Coyer, F. (2012). Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Aust Crit Care* 25(2):64-77. doi: 10.1016/j.aucc.2012.03.003.

²¹ Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Muller, B. H., Hasselhorn, H. M., & European, N. S. g. (2011): Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession--prospective results from the European longitudinal NEXT study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Int J Nurs Stud*, 48(5), 628-635. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011

2.6 Qualifikationen von Pflegenden sind relevant

Die Abfrage der Personaluntergrenzen des KGNW berücksichtigt in der Bewertung der Personalausstattungen ausschließlich klassisch beruflich qualifiziertes Pflegepersonal sowie weitere Gesundheitsberufe und Hilfskräfte. Hochschulisch qualifizierte Pflegenden werden entgegen den Empfehlungen des Wissenschaftsrates²² nicht berücksichtigt. Die Ermittlung einer relevanten Personalausstattung sollte immer auch den nötigen individuellen Skill- und Grademix einer Abteilung und des von Ihnen betreuten Patientengutes berücksichtigen.

2.7 Nutzung von bekannten Leistungserfassungssystemen in der Pflege

Die vorliegende Untersuchung bezieht keine der bereits auf Ebene der DRG-Kalkulation etablierten Pflegeleistungserfassungssysteme wie PPR oder LEP mit ein, damit bleibt aber eine Beurteilung der Pflegepersonalausstattung vor dem Hintergrund des tatsächlichen Pflegebedarfs bewusst außen vor. Wie aktuelle Veröffentlichungen zeigen wäre mit diesem Benchmark eine starke Unterbesetzung sichtbar²³. Das bewusst eine solche Auswertung gar nicht in Betracht gezogen wird, zeigt das eine allgemeine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung – trotz aller Dringlichkeit nicht angestrebt wird.

Der VPU schließt sich in vollem Umfang der Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18.04.2018 (BT-Drucksachen 19/30, 19/79, 19/446, 19/447) an.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Kfm. Torsten Rantzsch, MBA
Vorstandsvorsitzender des VPU e.V.

²² Wissenschaftsrat. (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. verfügbar über <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>1768, letzter Abruf 18.06.2017

²³ <https://www.berliner-zeitung.de/berlin/pflegenotstand-interne-zahlen-belegen-dramatische-lage-in-klinikum-neukoelln-30086890>