Zentrum Gesundheit & Soziales
– die freie Gewerkschaft –

Stellungnahme vom 15.11.2022 Zentrum Gesundheit & Soziales:

Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) oder Warum die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer jetzigen Form nicht vor Überlastung der Pflegenden schützen!

Zuallererst muss man sich die Frage stellen, warum bedarf es denn überhaupt Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern der BRD. (Es handelt sich hier um Untergrenzen ausschließlich für Krankenhäuser, nicht für Pflegeinrichtungen!) Die Antwort lautet: Weil es bis zum heutigen Tage kein gesetzlich verankertes und somit verpflichtendes Personalbemessungsinstrument gibt. Es ist bis zum heutigen Tage nirgendwo allgemeinverbindlich festgeschrieben, wieviel Pflegepersonal mit welcher Qualifikation bei welchem Pflegeaufwand eingesetzt werden muss. Der GBA (Gemeinsame Bundeszuschuss) hat dies zwar für einige wenige hochspezialisierte Teilbereiche (z.B. Neonatologie) getan, es fehlt aber weiterhin eine allgemeinverbindliche Vorgabe für alle Bereiche im Krankenhaus – hierfür wäre der Gesetzgeber verantwortlich. Durch dieses Fehlen verbindlicher Personalvorgaben bei gleichzeitiger Ökonomisierung des Krankenhaussektors kam es zum von Experten prognostizierten Stellenabbau im Pflegebereich. Denn als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist sie auch der größte „Kostenfaktor“, ökonomisch betrachtet. Und da es keine verbindlichen Vorgaben gibt, wieviel Pflegekräfte man pro Patienten vorzuhalten hat, konnte man dort der kapitalistischen Logik folgend am einfachsten „Kosten“ sparen und so Gewinne steigern. Zudem hat die Pflege im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem keine eigene demokratisch legitimierte Berufsvertretung und somit politisch keine wahrnehmbaren Interessenvertretungen.

Seit Jahrzehnten fordern Pflegefachverbände ein einheitliches evidenzbasiertes Personalbemessungsinstrument für den Krankenhausbereich. Doch seit dem Aussetzen der PPR Mitte der 90er Jahre passierte nichts. Was war geschehen? Die ermittelten PPR-Werte ergaben ein Defizit von zehntausenden ausgebildeten Pflegekräften, welche damals noch vorhanden gewesen wären. Doch beim Blick auf die Kosten dieser zusätzlichen Stellen schreckten die Verantwortlichen zurück, denn die Beiträge sollten schließlich stabil bleiben, und so begrub man das Gesetz und schrieb den Personalmangel fort. Heute – über 20 Jahre später – fällt es jenen Parteien auf, welche das Gesetz damals einstampften, dass wir zu wenig Pflegepersonal gemessen am Pflegeaufwand in den Kliniken haben – welch Überraschung aber auch! Nun setzen sie normativ ohne jedwede evidenzbasierte Grundlage Personaluntergrenzen fest. Bei deren Nichteinhaltung sollen Krankenhäuser mit Strafzahlungen oder Bettenschließungen sanktioniert werden. Krankenhäuser sollen also dafür bestraft werden, dass sie aktuell nicht genug Pflegekräfte vorhalten, die es derzeit schlichtweg nicht gibt. Und warum gibt es keine mehr? Weil die Politiker der „Alt-Parteien“ damals den Mangel fortgeschrieben haben – somit nahm die Arbeitsbelastung und -verdichtung zu. Dies führte zur Verstärkung

des Phänomens der impliziten Rationierung und somit zur Berufsflucht motivierter und qualifizierter Pflegekräften.

Im Folgenden beschäftigen wir uns konkret mit der aktuellen Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen, aber zuvor exemplarisch die aktuell gültigen Untergrenzen für die Innere Medizin und Kardiologie ab dem 1. Februar 2021:

- in der Tagschicht: 10 zu 1
- in der Nachtschicht: 22 zu 1
    - Davon erlaubter Anteil der Hilfskräfte:
    - in der Tagschicht: 10 Prozent
    - in der Nachtschicht: 10 Prozent

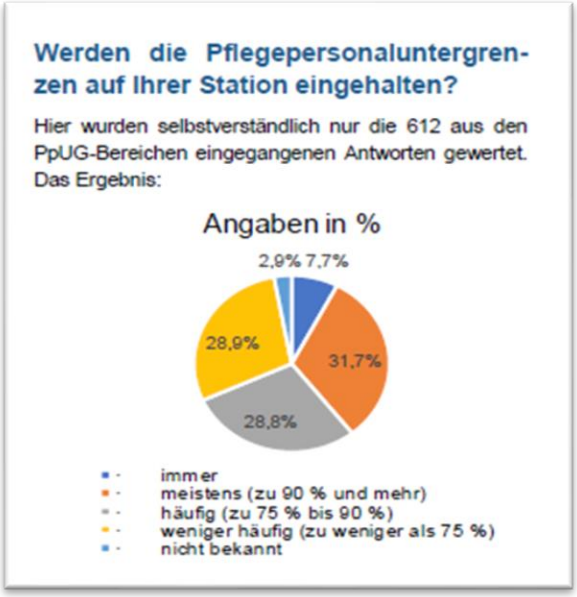
- Die Untergrenzen gelten nur für sogenannte „pflegesensitive“ Bereiche im Krankenhaus. Allein der Begriff „pflegesensitiv“ ist pflegewissenschaftlich umstritten, eine exakte Definition hierfür gibt es nicht. Pflegesensitiv ist dabei nicht gleichzusetzen mit pflegeintensiv, sondern pflegeempfindlich und bezieht sich auf den Zusammenhang der Anzahl von Pflegekräften und Vorkommnissen unerwünschter Ereignisse beim Krankenhausaufenthalt, wie zum Beispiel das Wundliegen bei bettlägerigen Patienten oder Wundinfektionen. Was genau dann nicht-pflegesensitive Bereiche in einem Krankenhaus sein sollen, erschließt sich pflegefachlich nicht.

- Der Gesetzgeber definiert Untergrenzen, wie folgt: Mit einem gesetzlich festgeschriebenen Mindestmaß an Personal auf festgelegten Krankenhausstationen soll eine sichere und qualitätsorientierte Behandlung der Patienten gewährleistet werden. Das bedeutet im Umkehrschluss: Werden diese Untergrenzen nicht eingehalten kann eine sichere Behandlung nicht gewährleistet werden.

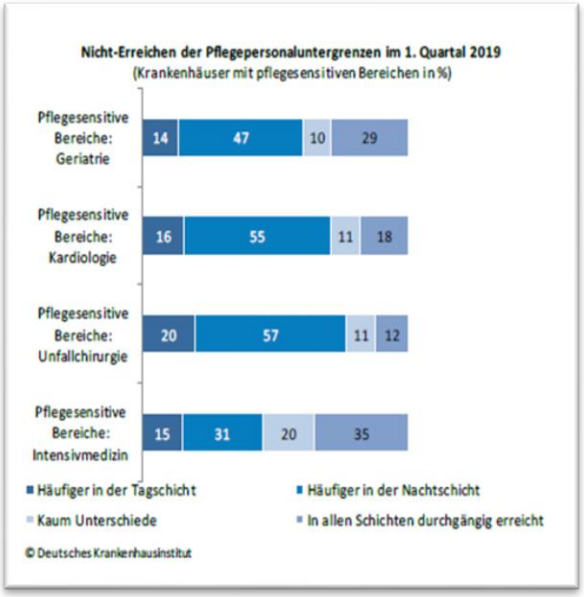
- Doch wie legte der Gesetzgeber die Untergrenzen fest: Rein statistisch normativ, nicht pflegewissenschaftlich. Es fehlt ja auch ein Personalbemessungsinstrument (s.o.). Die Ermittlung erfolgte anhand von Ist-Zahlen einer bestimmten Anzahl von Krankenhäusern, aber eben nicht allen Krankenhäusern! Also von aktuellen Personalschlüsseln, von denen man weiß, dass sie pflegefachlich nicht ausreichend sind (s.o. und Stellungnahme „Implizite Rationierung“). Von diesen ermittelten Ist-Zahlen wurden die schlechtesten 25% gestrichen und vom Rest der Median-Wert ermittelt – das ergab die Untergrenze. Wie gesagt, ein rein von Ist-Zahlen ermittelter statistischer Wert.

- Durch die sogenannte Corona-Pandemie wurde die Einhaltung der Untergrenzen ausgesetzt. Aktuell wissen wir daher nicht, ob dieses Mindestmaß überhaupt eingehalten wird. Erste Befragungen der Kliniken gibt es aber. Sowohl das Krankenhaus-Barometer, als auch eine DBfK-Umfrage zeigen ein deutliches Nicht-Erreichen dieser Untergrenzen. Sie werden max. zu 1/3 vollständig eingehalten. Das bedeutet nach den Worten des

Gesetzgebers (wie unter 2. beschrieben), dass in 2/3 der Schichten eine sichere Versorgung nicht gewährleistet werden kann.



(aus DBfK, Ziel erreicht? Online Umfrage 2020)



(aus DKI, Krankenhaus Barometer Umfrage 2019)

- Durch diese Ausgangslage (siehe 4.) wird die Untergrenze schnell zur Obergrenze in den Krankenhäusern. Denn durch den Personalmangel werden die Kliniken Personal verschieben, wenn sie in bestimmten pflegesensitiven Bereichen über der Untergrenze liegen. Eine Verschiebung von nicht-pflegesensitiven Bereichen hin zu pflegesensitiven Bereichen erlaubt der Gesetzgeber zwar nicht, doch wie exakt das kontrolliert werden kann und welche organisatorischen und bürokratischen Aufwände das verursacht, steht in keinem Verhältnis. Auch hier zeigt sich die problematische pflegefachlich-umstrittene Aufteilung in pflegesensitiv und nicht-pflegesensitiv.

Fazit:

In der jetzigen Ausgestaltung können die Pflegepersonaluntergrenzen selbst bei Einhaltung keine sichere Versorgung garantieren. Sie können daher nur als Übergangslösung bis zur Etablierung eines pflegewissenschaftlich abgesicherten Personalbemessungsinstrument, welches die PPR 2.0 nicht ist, dienen. Statt Krankenhäuser bei Nicht-Einhaltung der Untergrenzen bei gleichzeitigen Fachkräftemangel zu bestrafen, sollte mit den betreffenden Häusern konstruktiv nach Lösungen bzw. Alternativen gesucht werden. Denn man kann heute die Krankenhäuser nicht für einen Pflegepersonalmangel bestrafen, dessen Ursache im (gesundheits-) politischen Versagen in der Vergangenheit liegt.