

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
- Abteilung Köln -
Fachbereich Gesundheitswesen

*Bachelor-Thesis im Studiengang Pflegewissenschaften /
Schwerpunkt Pflegemanagement*

**Zur Rationale der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß
PpUGV auf Intensivstationen in der stationären
Krankenhausversorgung Erwachsener
Eine Quellenstudie zur Klärung eines komplexen
Sachverhalts**

vorgelegt von

Wolfgang Stratenschulte

am: 27.05.2019

Erstleser: Prof. Dr. Andreas Becker
Zweitleser: Prof. Dr. Marcus Siebolds

Für meine liebe Frau,
vielen Dank für deine Unterstützung!

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Zielsetzung	8
3	Grundlagen	9
3.1	Begriffsklärung Rationale	9
3.2	Systematische Literaturrecherche	9
3.3	Handrecherche	9
3.4	Definition Intensivstation	10
3.5	Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität	10
3.6	Patientensicherheit	11
3.7	Grundlegendes Denkmodell zu Pflegezielen	11
3.8	Der Weg zur PpUGV	13
3.9	Pflegeverhältniszahlen	15
3.9.1	Nurse-to-patient ratio	15
3.9.2	Nurse-to-bed ratio	15
3.10	Evidenzklassen	16
4	Methodik	17
4.1	Methoden der Quellenrecherche	17
4.1.1	Handrecherche	18
4.1.2	Internetsuche	18
4.1.3	Datenbankrecherche	19
4.2	Ein- und Ausschlüsse	19
4.3	Entwicklung von Fragestellungen zur Analyse der Literatur	20
5	Ergebnisse	21
5.1	Formale Ergebnisse der Literaturrecherche	21
5.1.1	Basiswissen	21
5.1.2	Sekundäre Quellenrecherche	21
5.1.3	Internetsuche	21
5.1.4	Datenbankrecherche	22
5.2	Inhaltliche Ergebnisse der Literaturrecherche	22
5.2.1	Rechtsgrundlagen / Richtlinien	23
5.2.1.1	§ 137i SGB V	23
5.2.1.2	Gesetzesbegründung § 137i SGB V	24
5.2.1.3	Referentenentwurf	25
5.2.1.4	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung	27
5.2.1.5	G-BA Richtlinien	29
5.2.1.6	Krankenhausplan NRW 2015	30
5.2.1.7	Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin	32
5.2.1.8	Tarifvertrag zwischen Charité & ver.di	34
5.2.2	Studienergebnisse	35
5.2.2.1	Hamburg Center for Health Economics	37
5.2.2.2	Gutachten des DKI im Auftrag der DKG	38
5.2.2.3	Gutachten des KCQ	39
5.2.2.4	Michael Simon und Sandra Mehmecke	42
5.2.2.5	Institut für Infrastruktur und Gesundheit	45

5.2.2.6	KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft	46
5.2.2.7	Karagiannidis et al.	48
5.2.2.8	Pflege-Thermometer 2012.....	49
5.2.2.9	Isfort, Michael	51
5.2.2.10	Weitere Ergebnisse aus der sekundären Quellenrecherche	52
5.2.2.11	Ergebnisse der Studien aus der Datenbankrecherche 2016 bis 2019..	54
5.2.3	Empfehlungen und Stellungnahmen von Fachgesellschaften	55
5.2.3.1	DIVI	55
5.2.3.2	DGF.....	58
5.2.3.3	DGP.....	59
5.2.3.4	DGIIN	60
5.2.3.5	DGAI und BDA	61
5.2.4	Interessenvertreter	61
5.2.4.1	GKV-Spitzenverband und DKG	61
5.2.4.2	Bundesärztekammer	63
5.2.4.3	Spitzenverband gesetzliche Krankenversicherung.....	64
5.2.4.4	Deutsche Krankenhausgesellschaft	64
5.2.4.5	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	65
5.2.4.6	Deutscher Pflegerat e.V.	66
5.2.4.7	Peer Köpf, Bernd Metzinger, Geschäftsführer DKG	67
5.2.5	Reaktionen von Kliniken auf die PpUGV.....	69
5.2.5.1	Krankenhäuser Dortmund und Lünen.....	69
5.2.5.2	Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser.....	70
5.2.6	Expertenstatements	71
6	Diskussion	74
6.1	Diskussion der Quellenqualität.....	74
6.1	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	77
6.2	Intensivstation als pflegesensitiver Bereich	79
6.3	Personalbesetzung - Qualität und Patientensicherheit	80
6.4	Konkrete Verhältniszahlen von Pflegepersonal zu Patienten.....	81
6.5	Qualifikation des Intensivpflegepersonals.....	91
6.6	Einschätzung des Schweregrades oder Pflegeaufwandes	95
6.7	Diskussion der Methodik.....	97
7	Zur Rationale der PpUGV auf Intensivstationen	99
8	Stärken und Limitierungen	100
9	Zusammenfassung	101
10	Abstrakt.....	104
	Abbildungsverzeichnis.....	105
	Tabellenverzeichnis.....	106
	Abkürzungsverzeichnis	107
	Quellenverzeichnis	110
	Anhang.....	119

1 Einleitung

Betrachtet man die Forderungen, die seitens der Bürger¹ an Krankenhäuser gestellt werden dürfen, muss als Basis zunächst das Grundgesetz (GG)² genannt werden. „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ (GG, 2019, Art.1 Abs.1) und „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ (Art.2 Abs.2)³ Diese Grundsätze gelten auch im Krankenhaus uneingeschränkt.

Auf dieser Grundlage bietet sich eine Recherche im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) an. Darin sind die Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst. In vielen Teilen werden Regelungen getroffen, die für die Krankenhausversorgung Vorgaben machen.

Im Paragraphen (§) 1 wird zunächst die Aufgabe der Krankenversicherung erläutert:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“ (SGBV, 2015, §1)

Weiter unten wird in § 12 *Wirtschaftlichkeitsgebot*⁴ beschrieben, dass zur Erreichung dieser Aufgabe die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. (vgl. §12 Abs.1)

Von besonderer Relevanz im Krankenhausbereich ist der § 92 *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses* (G-BA) im SGB V, der den G-BA für die Beschließung der zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten autorisiert. (vgl. §92 Abs.1)

Folgt man dieser Richtung im fünften Sozialgesetzbuch, findet sich in § 136 *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung* der Passus, dass der G-BA für zugelassene Krankenhäuser einheitlich für

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Die Angaben beziehen sich ebenso auf Angehörige der Geschlechter weiblich und divers. Zitate und Paraphrasen sind davon ausgenommen.

² Im Text verwendete Abkürzungen werden beim ersten Auftreten ausgeschrieben und sind im Abkürzungsverzeichnis zu finden.

³ Wenn in ganzen Abschnitten der gleiche Bezug hergestellt wird, wird im Zitationshinweis auf die Quelle und die Jahreszahl, in diesem Fall (GG, 2019) verzichtet. Die Systematik wird erst wiederhergestellt, wenn Bezug auf eine neue Quelle genommen wird.

⁴ Originaltitel werden kursiv dargestellt.

alle Patienten die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung fordert. Darüber hinaus gelten grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. (vgl. §136 Abs.1)

Weiter führt der § 136a - *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen* aus, dass der G-BA in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit bestimmt und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festlegt. (vgl. §136a, Abs.3)

Bei der Betrachtung der *Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für [...] zugelassene Krankenhäuser* findet sich in der Präambel als primäres Ziel die größtmögliche Patientensicherheit. (vgl. QM-RL, 2016, S.3) In Teil B § 1 stellt der G-BA die Verantwortlichkeit klar:

„Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind Führungsaufgabe und werden von der Führungsebene verantwortet [...].“ (Teil B §1 Satz 2)

Wird im SGB V weiter recherchiert, stößt man auf den § 137i, der am 01.01.2019⁶ in Kraft getreten ist. Obligat ist im Zusammenhang mit dieser Arbeit jedoch auch eine Prüfung der Version dieses Paragraphen, der vom 25.07.2017 bis zum 31.12.2018⁷ Gültigkeit hatte. Darin ist der Auftrag an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) enthalten, pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen. Im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbarten sie spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) für alle Krankenhäuser. (vgl. SGB V, 2015, §137i (2017) Abs.1 Satz 1)

In beiden Fassungen des Paragraphen wird ausgeführt, dass in den pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensiveinheiten, in begründeten Fällen

⁵ Auslassungen werden durch [...] gekennzeichnet. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Auslassungen keinesfalls den Sinnzusammenhang verfälschen.

⁶ Im Zitationshinweis wird diese Version wie folgt dargestellt: (SGB V, 2015, §137i (2019)).

⁷ Im Zitationshinweis wird diese Version wie folgt dargestellt: (SGB V, 2015, §137i (2017)).

auch Intensiveinheiten außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen zu berücksichtigen sind. (vgl. SGB V §137i (2017) Abs.1 Satz 4 & §137i (2019) Abs.3 Satz 7)

Die Ziele, die der Gesetzgeber verfolgt, sind in der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit in der Gesetzesbegründung zum § 137i zu finden. Patientenschutz und Qualitätssicherung in der Versorgung sollen in Bereichen sichergestellt werden, in denen ein Zusammenhang zwischen einer Pflegepersonalunterbesetzung und dem Vorkommen unerwünschter Ereignisse evident ist. (vgl. BT-Drucksache 18/12604, 2017c, S.79)

Bereits im Jahr 2006 kam das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in seinem Bericht *Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung - Eine systematische Übersicht* zu der Erkenntnis, dass in Deutschland bislang kein zuverlässiges System existiert, das eine Verschlechterung der Behandlungsergebnisse aufgrund nicht ausreichender Pflegekapazität anzeigt. Ebenso wird festgestellt, dass internationale Studien auf einen Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Ergebnisqualität schließen lassen. Das Fazit schließt mit der Feststellung, dass es in Deutschland einen erheblichen Forschungsbedarf zu dieser Problematik gibt. (IQWiG, 2006, S.61)

Im Zwischenbericht *Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V*, den der GKV-SV und die DKG im Jahr 2018 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt haben, steht im Vorwort:

„Wesentliches Hindernis bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen innerhalb der gesetzlichen Frist ist, dass es zur deutschen Versorgungssituation keine Studien gibt, auf deren Basis Pflegepersonaluntergrenzen valide abgeleitet werden könnten.“ (GKV-SV & DKG, 2018, S.3)

Beide Quellen kommen also im Abstand von fast zwölf Jahren zu einer ähnlichen Aussage.

Da der GKV-SV und die DKG sich nicht in der gesetzten Frist einigen konnten, hat das BMG per Ersatzvornahme zum 05.10.2018 mit Wirkung zum 01.01.2019 die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) erlassen. Die Grundlage für diese Ersatzvornahme war in der ersten Version des § 137i enthalten. Dort heißt es:

„Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristab-

lauf die Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.“ (SGB V, §137i, (2017), Abs.3 Satz 1)

Im *Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019* (BMG, 2018) werden einige der o.g. Aspekte aufgegriffen. Der Referentenentwurf zeichnet sich dadurch aus, dass er Ziel, Problem und Lösung formuliert und später eine ausführliche Begründung liefert.

Das formulierte „Ziel der gesetzlich vorgeschriebenen Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen ist die Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung.“ (S.26)

In der Begründung des Referentenentwurfes findet sich folgender Absatz:

„Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein besonderer Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse, besteht. [...] Pflegesensitive Krankenhausbereiche sind für unerwünschte Ereignisse besonders anfällig, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt.“ (S.29)

Der Referentenentwurf führt dann aus, dass in einem ersten Schritt zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie gutachterlich als pflegesensitiv bestätigt wurden. (S.29)

An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, ob mit dieser „gutachterlichen Bestätigung“ die Aussage aus dem Gesetz aufgegriffen wird, nach der der Zusammenhang zwischen einer Pflegepersonalunterbesetzung und dem Vorkommen unerwünschter Ereignisse evident ist. (vgl. BT-Drs. 18/12604, 2017, S. 79)

Nach den vorher genannten Einschränkungen in der Studienlage ist die konkrete Vorschreibung der Anzahl von zu betreuenden Patienten je Pflegekraft für jeden dieser Bereiche (vgl. BMG, 2018, S.2,7f.) überraschend.

Die Erforschung der Rationale, auf deren Grundlage die Vorschriften zu Pflegepersonaluntergrenzen in der späteren PpUGV im Bereich der Intensivmedizin getroffen wurde, ist Gegenstand dieser Arbeit.

2 Zielsetzung

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, die Begründung für die PpUGV mit Konzentration auf die Intensivstationen zu durchleuchten. Dazu wird analysiert, ob das definierte Ziel Patientensicherheit sich mit den Anforderungen deckt, die an ein Krankenhaus zu stellen sind. Weiter liegt ein Fokus darauf, auf welcher Datenbasis Intensivstationen als pflegesensitiver Bereich identifiziert wurden. Besonders sorgfältig wird untersucht, ob es eine wissenschaftliche Datenlage zur Festlegung der konkreten Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Patienten gibt. Auch die Qualifikation des Pflegepersonals, die sich in den PpUGV als Anteil der zulässigen Pflegehilfskräfte niederschlägt, gilt es zu betrachten.

3 Grundlagen

In diesem Kapitel werden die Grundlagen beschrieben, die eine Basis zum Verständnis der folgenden Kapitel bilden.

3.1 Begriffsklärung Rationale

Der Begriff Rationale lässt sich auf unterschiedliche Weise interpretieren. Im medizinischen Kontext beschreibt er eine wissenschaftliche Begründung. Zulässig ist es aber auch, von der Herkunft des Wortes ratio - Vernunft - die vernunftgeleitete Begründung einer Entscheidung als Rationale zu bezeichnen.

3.2 Systematische Literaturrecherche

Systematische Literaturrecherchen in Datenbanken bilden die Basis einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit einem Thema. Dabei sollen möglichst alle verfügbaren Literaturquellen und Studien, die aufgrund ihrer wissenschaftlichen Qualität in diesen Datenbanken gelistet sind, gefunden werden. Aus diesen Quellen werden transparent und nachvollziehbar die Kernaussagen herausgearbeitet, die Relevanz für die Arbeit besitzen.

3.3 Handrecherche

Im Gegensatz zur systematischen Literaturrecherche wird bei der Handrecherche oder Handsuche nicht systematisch in Datenbanken nach Studien und publizierten Fachartikeln gesucht. Gerade bei aktuellen Themen, zu denen es wenige oder keine Quellen gibt, die in wissenschaftlichen Datenbanken indexiert wurden, lohnt sich diese Handrecherche, um sogenannte graue Literatur zu finden. Vor allem deutschsprachige Artikel sind einer Handrecherche eher zugänglich. Eine gängige Methode der Handrecherche ist die Suche beispielsweise in der Internetsuchmaschine Google[®] oder in Google Scholar[®]. Letztere ist zum unsystematischen Auffinden wissenschaftlicher Dokumente hilfreich.

Eine weitere Methode der Handrecherche, die besonders bei dieser Arbeit zum Einsatz kam, ist die Recherche von und in Quellen, die in den verschiedenen Artikeln, Empfehlungen und Studien im Literaturverzeichnis aufgelistet waren. Häufig wurden auch in diesen wiederum neue Quellen entdeckt.

3.4 Definition Intensivstation

In der vorliegenden Arbeit werden die in der zugrundeliegenden Literatur verwendeten Begriffe (Bereiche/Einheiten für) Intensivmedizin, Intensivstation, Intensiv(therapie)einheit synonym betrachtet, weil eine Unterscheidung keine Relevanz für die Analyse der Fragestellung hat. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) definiert Intensivtherapieeinheiten in den *Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen* wie folgt:

„Intensivtherapieeinheiten sind personell speziell besetzte und ausgestattete Stationen, in denen die medizinische Versorgung kritisch kranker Patienten gewährleistet wird. Der kritisch kranke Patient ist charakterisiert durch die lebensbedrohlichen Störungen eines oder mehrerer Organsysteme.“ (Jorch et al., 2010, S.5)

Diese Fachgesellschaft verwendet also die Begriffe Intensivstation und Intensivtherapieeinheit ebenfalls synonym.

3.5 Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität

Die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die im §136, Abs. 1 SGB V gestellt werden, gehen auf das Modell von Avedis Donabedian zurück. Er definierte bereits 1966 mit „structure“, „process“ und „outcome“ diese drei Faktoren, um die Qualität einer Leistung einzuschätzen. (vgl. Donabedian, 1966)

Mit dem Bezug auf die vorliegende Arbeit umfasst Strukturqualität u.a. die personellen Ressourcen, Prozessqualität beschreibt z.B. die Art der Leistungserbringung und Ergebnisqualität beinhaltet die Auswirkungen der erbrachten Leistung.

Das Modell stellt dar, dass durch eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität die Ergebnisqualität optimiert werden kann, weil sie in einer linearen Beziehung zueinander stehen.

3.6 Patientensicherheit

Die Definition der „größtmöglichen Patientensicherheit“, die der G-BA in der QM-RL als primäres Ziel definiert (vgl. QM-RL, 2016, S.3), verdient eine genauere Betrachtung.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit beschreibt in *Wege zur Patientensicherheit - Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit* „Patientensicherheit als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse [...]“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., 2014, S.13) Das Aktionsbündnis definiert also eine Null-Fehler-Rate.

Die World Health Organization (WHO) spricht im *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional edition* von „Patient safety: the reduction of risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum“. (WHO, 2011a, S.81) In der deutschen Version, die ebenfalls auf der Internetseite der WHO angeboten wird, ist der Satz sehr wörtlich übersetzt mit „Patientensicherheit: die Reduzierung von Risiken für unnötige Schäden mit der Gesundheitsversorgung auf ein akzeptables Minimum“. (WHO, 2011b, S.89) Nach der WHO-Definition geht es also darum, unnötige Schäden auf ein akzeptables Minimum zu reduzieren. Es handelt sich demnach um einen dynamischen Prozess mit einem Restrisiko, der aber einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess erlaubt.

Spricht der G-BA also von einer größtmöglichen Patientensicherheit, ist damit nicht die Null-Fehler-Rate beschrieben, sondern in diesem Fall die positiv formulierte WHO-Definition aufgegriffen.

3.7 Grundlegendes Denkmodell zu Pflegezielen

Im Artikel *Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Rolle der Versorgungsforschung* bringt Ilona Köster-Steinebach 2018 die Aussagen, die sie dem § 12 im SGB V entnimmt, in einen Zusammenhang mit Pflegezielen. Diese Pflegeziele sind also sinngemäß:

1. Gesundheit der Versicherten erhalten, indem vermeidbarer Schaden abgewendet wird. [Hier findet sich eine deutliche Parallele zu „unnecessary harm“ aus der WHO-Definition von Patientensicherheit.⁸]

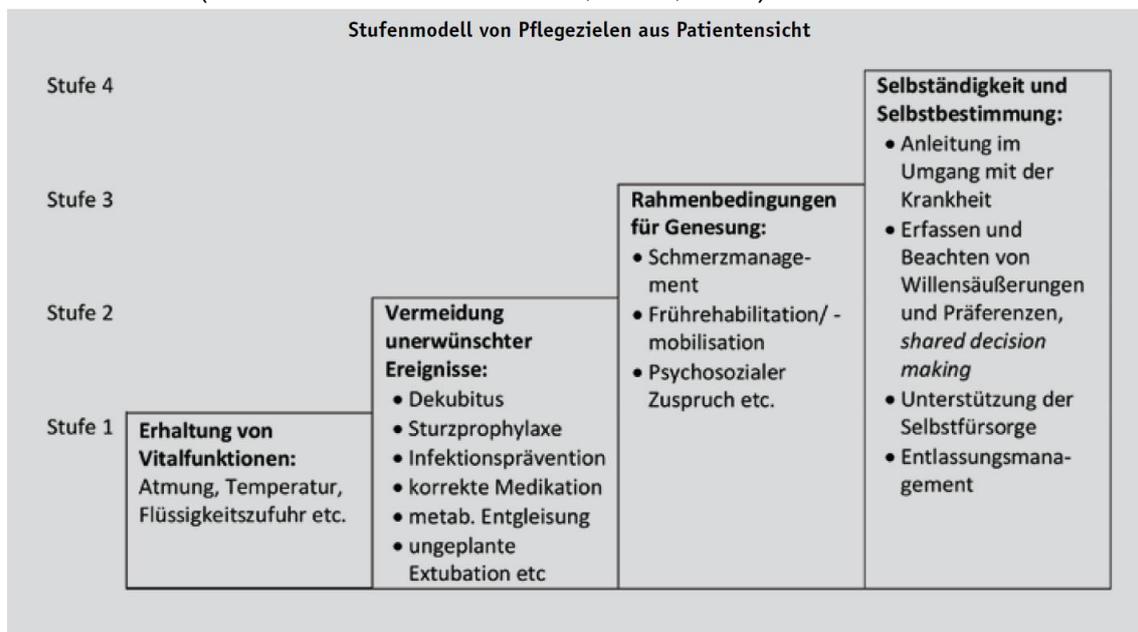
⁸ Anmerkung des Verfassers (Anm. d. Verf.)

2. Gesundheit wiederherstellen
3. Voraussetzungen dafür schaffen, dass Versicherte Eigenkompetenzen entwickeln, um selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen zu können.

Die Pflegeausstattung muss zur Konformität mit dem SGB V die Erreichung aller Ziele gewährleisten. (vgl. Köster-Steinebach, 2018, S.48)

Die Autorin illustriert diese Aussagen mit einem anschaulichen Stufenmodell.

Abbildung 1: Stufenmodell von Pflegezielen aus Patientensicht
(Quelle: Köster-Steinebach, 2018, S.48)⁹



Die Autorin leitet aus der Gesetzesbegründung zum § 137i ab, „dass die PPUG so festgelegt werden sollen, dass Patientengefährdung auszuschließen ist. Eine Personalausstattung, die aber lediglich auf die Patientensicherheit abstellt, würde nur ein Pflegeniveau auf der Stufe 2 des oben entworfenen Modells bedeuten. Dies wäre also deutlich unterhalb des Leistungsanspruchs angesiedelt, der sich aus den Paragraphen 1 und 12 SGB V ergibt.“ (Köster-Steinebach, 2018, S.48f.)

⁹ Die Erlaubnis der Autorin und des Verlages zur Verwendung dieser Abbildung liegt vor. Die Korrespondenz kann beim Verfasser eingesehen werden.

3.8 Der Weg zur PpUGV

In diesem Kapitel werden tabellarisch ab 2014 die wichtigsten Meilensteine zur Entwicklung der PpUGV dargestellt. Die Gesetzesentwürfe zum *Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten* werden in unterschiedlichen Versionen chronologisch aufgeführt, weil erst durch den Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Regelungen zu Pflegepersonaluntergrenzen in den Gesetzentwurf aufgenommen wurden.

Die vom BMG, der DKG und dem GKV-SV beauftragten Studien werden farblich abgehoben.

Tabelle 1: Meilensteine auf dem Weg zur PpUGV (eigene Darstellung)

ab Mai 2014	Treffen der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015
05.12.2014	Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015 (BMG, 2014)
01.10.2015	Konstituierende Sitzung der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ unter der Leitung des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe
09.05.2016	Auftrag der Expertenkommission an Prof. Dr. Schreyögg (Hamburg Center for Health Economics (hche)) zur Erstellung eines Gutachtens
10.11.2016	hche: Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland (im Auftrag des BMG) (Schreyögg & Milstein, 2016)
23.01.2017	Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (BT, 2017a)
07.03.2017	Veröffentlichung der Empfehlungen der Expertenkommission (BMG, 2017)
24.04.2017	Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (BT, 2017b)

31.05.2017	Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 31.05.2017 (BT, 2017c)
Juni 2017	Deutsches Krankenhausinstitut (DKI): Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin - Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Blum, 2017)
17.07.2017	Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 (BgbI, 2017)
25.07.2017	SGB V § 137i (mit Gültigkeit bis 01.01.2019) tritt in Kraft (SGB V, 2015, §137i (2017))
Dezember 2017	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (KCQ) Gutachten: Instrumente und Methoden zur Pflegebedarfsermittlung im Krankenhaus mit Fokus auf die Intensivpflege im Auftrag des GKV-SV (Kralewski & Giehl, 2017)
30.01.2018	Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V Zwischenbericht des GKV-SV und der DKG an das BMG (GKV-SV & DKG, 2018)
12.03.2018	Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode - Ein neuer Aufbruch für Europa - Eine neue Dynamik für Deutschland - Ein neuer Zusammenhalt für unser Land (CDU, CSU & SDP, 2018)
März 2018	Institut für Infrastruktur und Gesundheit (IGES) Studie: Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (im Auftrag des GKV-SV und der DKG) (Albrecht et al. 2018)
30.06.2018	Fristende zur Vereinbarung von verbindlichen PPUG zwischen DKG und GKV-SV mit Wirkung zum 01.01.2019
23.08.2018	Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (BMG, 2018)

24.09.2018	KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft: Veröffentlichung der Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflebelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (im Auftrag des GKV-SV und der DKG) (Friedrich et al. 2018)
05.10.2018	Veröffentlichung PpUGV (PpUGV, 2018)
01.01.2019	SGB V § 137i (mit Gültigkeit ab 01.01.2019) tritt in Kraft (SGB V, 2015, §137i (2019))
01.01.2019	Gemäß PpUGV müssen ab diesem Datum PPUG in pflegesensitiven Bereichen eingehalten werden.

3.9 Pflegeverhältniszahlen

In den unterschiedlichen Quellen werden verschiedene Angaben benutzt, um das Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten oder zu aufgestellten Betten zu beschreiben. Michael Simon und Sandra Mehmecke differenzieren 2017 in ihrer Studie *Nurse-to-Patient Ratios - Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser* die unterschiedlichen Begrifflichkeiten, die hier zum besseren Verständnis des Ergebnisteils kurz unterschieden werden.

3.9.1 Nurse-to-patient ratio

„Als Nurse-to-Patient Ratios werden Verhältniszahlen bezeichnet, die angeben, wie viele Pflegefachkräfte für eine bestimmte Zahl an Patienten pro Schicht auf einer Station [...] vorzuhalten sind. (Simon & Mehmecke, 2017, S.7)

3.9.2 Nurse-to-bed ratio

Nurse-to-Bed Ratios geben die Zahl der Pflegepersonalstellen pro Station im Verhältnis zur Zahl der aufgestellten oder durchschnittlich belegten Betten an. (vgl. S.7) Diese Angabe ist für den Verfasser nicht eindeutig. Wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff nurse-to-bed ratio verwendet, ist die Verhältniszahl von Pflegekräften pro aufgestelltem Intensivbett pro Schicht gemeint.

3.10 Evidenzklassen

Wenn in dieser Arbeit von Evidenzklassen gesprochen wird, bezieht sich diese Aussage auf die Evidenzklassen, die sich an den Empfehlungen der Agency for Healthcare Research and Quality (AHCPR) orientieren. Dazu wird die vereinfachte Darstellung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zugrunde gelegt.

Abbildung 2: Evidenzklassen, eigene Darstellung in Anlehnung an BGW
(Quelle: BGW, 2019)

<p>Klasse I a: Evidenz durch Meta-Analysen von mehreren randomisierten, kontrollierten Studien</p>
<p>Klasse I b: Evidenz aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie</p>
<p>Klasse II a: Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten, jedoch nicht randomisierten und kontrollierten Studie</p>
<p>Klasse II b: Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten quasi-experimentiellen Studie</p>
<p>Klasse III: Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien wie etwa Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fall-Kontroll-Studien</p>
<p>Klasse IV: Evidenz aufgrund von Berichten der Experten Ausschüsse oder Expertenmeinung bzw. klinischen Erfahrung anerkannter Autoritäten</p>

4 Methodik

In diesem Kapitel wird auf die methodischen Vorgehensweisen eingegangen, um Quellen zu diesem Thema zu finden bzw. zu systematisieren und einen Ansatz zu einer Analyse zu entwickeln.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine orientierende Recherche, um einen Zugang zu diesem Thema zu finden, nicht erforderlich war. Der Verfasser war aufgrund seiner Zuständigkeit als Bereichsleitung für die Bereiche Kardiologie und Intensivstation bereits im Vorfeld gezwungen, die Entwicklung der Thematik in der Fachpresse zu verfolgen und die Forderungen aus den Gesetzen und Verordnungen frühzeitig in eine prospektive Planung für das Jahr 2019 zu implementieren. Dadurch standen ihm beispielsweise die PpUGV, zunächst im Referentenentwurf und später auch in der Endfassung, der §137i SGB V in der ersten und in der aktuell gültigen Fassung, Quellen auf der Internetseite des BMG und eine Vielzahl von Artikeln in der Fachpresse zur Verfügung.¹⁰ Wesentlich erweitert wurde dieses Basiswissen um Inhalte aus den Vorlesungen an der Katholischen Hochschule (KatHO) Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln. Dabei handelte es sich insbesondere um die Vorlesungen aus den Modulen klinisches Risikomanagement, Qualitätsmanagement und Gesundheitspolitik.

Bei den nachfolgend beschriebenen Recherchemethoden ging es deshalb in erster Linie darum, geeignete Quellen zu finden, um das Studium- und Praxiswissen zu ergänzen und Zusammenhänge und Widersprüche aufzudecken.

4.1 Methoden der Quellenrecherche

Die Quellenrecherche dieser Arbeit kann in zwei Oberbegriffe differenziert werden. Da es sich um ein sehr aktuelles Thema mit hoher Dynamik handelt, waren sehr viele Quellen einer Handrecherche zugänglich. Diese Rechercheform differenzierte sich in die Überprüfung der Quellenangaben in der identifizierten Literatur¹¹ und in eine Recherche in Internetsuchmaschinen¹². Erst im nächsten Schritt wurde eine Literaturrecherche durchgeführt¹³. Diese Literaturrecherche

¹⁰ Diese Kenntnisse werden in der vorliegenden Arbeit als Basiswissen bezeichnet.

¹¹ Diese Rechercheform wird in der vorliegenden Arbeit als sekundäre Quellenrecherche bezeichnet.

¹² Diese Rechercheform wird in der vorliegenden Arbeit als Internetsuche bezeichnet.

¹³ Diese Rechercheform wird in der vorliegenden Arbeit als Datenbankrecherche bezeichnet.

erfüllt jedoch durch die Beschränkung auf eine Datenbank und die reduzierte Anwendung von Suchbegriffen nicht die Anforderungen einer systematischen Literaturrecherche.

4.1.1 Handrecherche

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie die Suche nach Quellen organisiert wurde. Zunächst waren einige Quellen, wie bereits unter 4 erwähnt, ohne jede Recherchearbeit sofort zugänglich. Soweit sie dem Verfasser noch nicht in der Originalfassung zur Verfügung standen, war der Volltext beispielsweise der PpUGV sowie des Referentenentwurfes, des § 137i in beiden Fassungen und der Gesetzesbegründung bei einer einfachen Eingabe des Begriffs in Google[®] sofort erhältlich. Bereits bei dieser Abfrage wurde klar, dass die Eingabe beispielsweise des Begriffs „Pflegepersonaluntergrenzenverordnung“ in das Suchfeld einen Zugriff auf unzählige Ergebnisse lieferte, die bereits bei einer unstrukturierten, interessegeleiteten Sichtung viele weitere Quellen lieferte.

Auf dieser Basis wurde entschieden, zunächst eine Handrecherche in der Form zu betreiben, dass in den aus dem Basiswissen generierten Quellen die Literaturangaben und die Verweise in den Texten selbst auf ihre Aussagefähigkeit zu dieser Arbeit geprüft werden sollten. Klar war, dass sich bei der Überprüfung der genannten Quellen weitere Literatur in den jeweiligen Texten und Literaturangaben ergeben würde. Bei der Suche nach Abstracts oder Volltexten dazu würden sich weitere Treffer zur Thematik auf die Seite der Suchmaschine drängen.

4.1.2 Internetsuche

Wie beschrieben konnten bei der Suche nach Volltexten aus dem Basiswissen und dem Ergebnis der sekundären Quellenrecherche bereits viele weiterführende Artikel identifiziert werden. Ergänzend wurde eine Suche zunächst mit Google Scholar[®], dann mit Google[®] durchgeführt. Die Suchbegriffe waren „Pflegepersonaluntergrenzen“ kombiniert mit „Intensiv“, „nurse to patient ratio“ kombiniert mit „Intensiv“, „Patientensicherheit“ kombiniert mit „Krankenhaus“ und „Versorgungsqualität“ kombiniert mit „Intensiv“.

4.1.3 Datenbankrecherche

Wie erwartet, wurden bereits bei einer ersten Orientierung mit der o.g. Systematik Studien von namhaften Wissenschaftlern gesichtet, die zu dieser Thematik sehr aktuell und hochwissenschaftlich national und international eine ausführliche Datenbankrecherche betrieben hatten. An dieser Stelle muss kurz dem Ergebnisteil vorgegriffen werden, weil eine Studie (Simon & Mehmecke, 2017) wegen des Untersuchungsthemas in den Vordergrund rückte. Eine Recherche zu betreiben, die zu dem gleichen Thema weitere Ergebnisse liefern würde, erschien dem Verfasser vermessen. Daher wurde der Plan verfolgt, auf die beschriebenen Suchstrategien gestützt, Quellen zu finden, die *nach*¹⁴ der Recherche der Studienautoren in die Datenbank aufgenommen wurden. „Die international ausgerichtete Literaturrecherche erfolgte primär über PubMed [...]“ (Simon & Mehmecke, 2017, S.12) Das Veröffentlichungsdatum der Studie war Februar 2017. In der Annahme, dass sie einige Bearbeitungszeit in Anspruch genommen hatte, wurde der Zeitraum bei der eigenen Suche in PubMed[®] vom 01.06.2016 bis 31.03.2019 gewählt. PubMed[®] ist ein frei verfügbarer Zugriff auf die Datenbank Medline[®], des National Center for Biotechnology Information.

In der Studie nennen Simon und Mehmecke die verwendeten Medical Subject Headings (MeSH) –Terms, die bei der Suche verwendet wurden, nicht. Insofern wurden hier, basierend auf einer gewissen Kongruenzwahrscheinlichkeit, die MeSH–Terms „patient“, „nurse“, „ratio*“¹⁵ und „icu“, die sinnvoll mit den Boole’schen Operatoren „OR“ und „AND“ verknüpft wurden, für die Suche verwendet. Außerdem wurde der Filter „humans“ verwendet. Ausgeschlossen mit „NOT“ wurden „children“ und „pediatric“.

4.2 Ein- und Ausschlüsse

Alle Ergebnisse der oben genannten Suchvorgänge werden nur in dieser Arbeit betrachtet, wenn sie Aussagen zu Erwachsenen-Intensivstationen treffen oder ausnahmsweise auch dann, wenn sie Angaben zur Thematik machen, die für den Kontext bedeutsam sind. Die Aussagen zu anderen pflegesensitiven Bereichen wie Kardiologie, Geriatrie und Unfallchirurgie werden nicht berücksichtigt.

¹⁴ Hier dient die kursive Schreibweise der Betonung.

¹⁵ Die Trunkierung durch * dient der Auffindung von Begriffen, die durch Pluralität oder Kasus in der Endung abweichen.

4.3 Entwicklung von Fragestellungen zur Analyse der Literatur

Ausgehend von den Vorgaben, die in der PpUGV gemacht werden, wurden untenstehende Fragen entwickelt, um die gefundene Literatur gezielt nach Aussagen zu diesen Themen zu durchsuchen.

1. Werden Intensivstationen als pflegesensitive Bereiche definiert?
2. Welche Aussagen werden zur Qualität und Patientensicherheit in Bezug auf die Personalbesetzung gemacht?
3. Welche Verhältniszahlen von Pflegepersonal zu Patienten werden genannt?
4. Welche Aussagen werden zur Qualifikation des Pflegepersonals getroffen?
5. Finden sich Aussagen zur Erhebung der Pflegelast oder Assessmenttools, um den Schweregrad oder den Pflegeaufwand der Patienten einzuschätzen?

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der Literaturrecherche vorgestellt. Anschließend werden die einzelnen Quellen, die in die Betrachtung eingeschlossen sind, zu Clustern zusammengefasst und mit dem Schwerpunkt auf ihre Aussagen zu den formulierten Fragestellungen aus dem Methodikteil durchleuchtet.

5.1 Formale Ergebnisse der Literaturrecherche

5.1.1 Basiswissen

Bereits zu Beginn der Arbeit lagen dem Verfasser beispielsweise die Gesetzestexte, die Begründung, die Verordnung, der Referentenentwurf und weitere Quellen vor, bei denen z.T. lediglich noch der Volltext durch eine Internetsuche ergänzt werden musste. Insgesamt handelte es sich dabei um sechs Quellen.

5.1.2 Sekundäre Quellenrecherche

Ausgehend vom Basiswissen wurden die im Fließtext oder in den Literaturangaben erwähnten Quellen geprüft, ob sich aus dem Titel oder aus der Erwähnung im Kontext auf eine Relevanz zur vorliegenden Arbeit schließen ließ. Durch die erste sekundäre Quellenrecherche wurden 139 Quellen gefunden, die vorgenannten Kriterien erfüllten davon 26. Auch diese Quellen wurden in der nächsten Ebene einer weiteren sekundären Quellenrecherche unterzogen. Im Ergebnis waren das weitere 53, von denen 13 den Kriterien standhielten, wobei es darin doppelte Treffer zu den vorgenannten Suchergebnissen gab.

5.1.3 Internetsuche

Bei der Internetsuche wurden vor allem Quellen identifiziert, die sehr aktuell waren. Dabei handelte es sich vereinzelt um wissenschaftliche Quellen, meist aber um Stellungnahmen verschiedener Institutionen, Fachgesellschaften und Interessenvertretungen zur PpUGV und zum Referentenentwurf. Auch Presseartikel wurden gefunden, die eingeschlossen wurden, sofern sie für diese Arbeit von Bedeutung waren.

Die ergänzende Internetsuche in der Suchmaschine Google Scholar[®] mit den Suchbegriffen aus dem Methodikteil ergab insgesamt ca. 17200 Treffer. Das

präziseste Ergebnis lieferte der Eintrag „Pflegepersonaluntergrenzen“ mit 41 Treffern, von denen viele zu sinnvollen Quellen überleiteten. Die Suche nach „nurse to patient ratio“ lieferte nach der Eingrenzung auf die deutsche Sprache ebenfalls ein zufriedenstellendes Ergebnis mit 1920 Treffern. Allerdings wurde festgestellt, dass sich ein Großteil der Quellen aus diesen Suchen bereits im Quellenverzeichnis befand, das sich aus dem Basiswissen und den sekundären Quellenrecherchen speiste. Ohne vielversprechendes Ergebnis blieb die Suche mit den gleichen Begriffen unter Google[®]. Bei über 500000 Treffern zu den gleichen Suchbegriffen wie zuvor wurden nur die ersten Seiten gesichtet und einer näheren Überprüfung unterzogen, wenn die Ergebniszeile vielversprechend war. Dabei wurden nur zwei bis dahin unbekannte Artikel zusätzlich identifiziert. Bei den anderen Treffern handelte es sich um Quellen, die nicht zur Thematik passten oder die bereits gefunden worden waren.

5.1.4 Datenbankrecherche

Diese Datenbankrecherche wurde in der Datenbank PubMed[®] durchgeführt. Die Basis der Suchstrategie bildete die Studie *Nurse-to-Patient Ratios; Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser* aus dem Jahr 2017 von Michael Simon und Sandra Mehmecke, die im Rahmen der sekundären Quellenrecherche auf den Internetseiten des BMG gefunden wurde. Die im Methodikteil beschriebene Kombination der Suchbegriffe führte zu einem Resultat von 97 Treffern.

Viele Studien konnten ausgeschlossen werden, weil sie andere Schwerpunkte hatten und nur zufällig mit der Suche erfasst wurden. Einige befassten sich nicht mit dem Setting Intensivstation oder der Untersuchungsgegenstand war nicht das Pflegepersonal. Bei anderen fehlten Aussagen zum Verhältnis von Pflegepersonalbesetzung zu Patienten. Tatsächlich wurden darunter aber acht Studien mit Resultaten gefunden, die Fakten für diese Arbeit beinhalten.

5.2 Inhaltliche Ergebnisse der Literaturrecherche

Nach der Darstellung der formalen Ergebnisse aus den verschiedenen Suchstrategien werden in den folgenden Kapiteln die Rechercheergebnisse nach Clustern sortiert dargestellt.

5.2.1 Rechtsgrundlagen / Richtlinien

In diesem Cluster werden die gesetzlichen Vorgaben analysiert, die sich für deutsche Krankenhäuser ergeben. Um Redundanzen zu vermeiden, sind hier die in der Einleitung und in den Grundlagen bereits dargestellten Paragraphen aus dem Grundgesetz und dem SGB V sowie die G-BA Richtlinien nur erwähnt, sofern sie einer weiteren Ausführung bedürfen.

5.2.1.1 § 137i SGB V

Dieser Paragraph wird hier in seiner aktuellen Fassung, die ab dem 01.01.2019 gilt und in der vorherigen mit Gültigkeit ab dem 25.07.2017 betrachtet. In der ersten Fassung verpflichtet der § 137i SGB V den GKV-SV und die DKG zur Festlegung pflegesensitiver Bereiche im Krankenhaus, für die sie spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 01. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen vereinbaren mussten. (vgl. SGB V, 2015, §137i (2017), Abs.1 Satz 1)

In dieser Version ist festgelegt, dass das BMG per Ersatzvornahme die pflegesensitiven Bereiche und die Personaluntergrenzen erlässt, wenn die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande kommt. (Abs.3 Satz 1)

Da sich dieser Fall einstellte, wurde am 05.10.2018 die PpUGV veröffentlicht. Durch die veränderten Bedingungen wurde eine Änderung des § 137i SGB V erforderlich, in der jetzt die Verpflichtungen der o.g. Vertragsparteien darin liegen, die PpUGV zu überprüfen und weiterzuentwickeln. (vgl. SGB V, 2015, §137i (2019) Abs.1 Satz 1)

Zur Beantwortung der Frage nach der Einstufung von Intensivstationen als pflegesensitiver Bereich ist die Aussage dazu in beiden Versionen identisch.

„In den pflegesensitiven Bereichen sind die dazugehörigen Intensiveinheiten, in begründeten Fällen auch Intensiveinheiten außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen, [...] zu berücksichtigen.“ (SGB V, 2015, §137i (2017) Abs.1 Satz 4 & § 137i (2019) Abs.1 Satz 7)

Da diese Formulierung ohne weitere Erläuterungen Interpretationsspielraum bietet, wird weiter unten zur Klärung die Gesetzesbegründung herangezogen.

Die Fragen nach dem Zusammenhang zwischen Qualität und Patientensicherheit in Bezug auf die Personalbesetzung, den Verhältniszahlen von Pflegepersonal zu Patienten und zur Qualifikation des Pflegepersonals werden im Geset-

zestext nicht erwähnt. Deshalb wird zur Beantwortung ebenfalls die Gesetzesbegründung betrachtet.

Aussagen zur Einschätzung der Pflegelast bzw. Schweregrad findet erst in der ab dem 01.01.2019 gültigen Fassung des § 137i SGB V Berücksichtigung.

„Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind die Pflegepersonaluntergrenzen [...] differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand bestimmt, festzulegen.“ (SGB V, 2015, 137i (2019) Abs.1 Satz 3)

5.2.1.2 Gesetzesbegründung § 137i SGB V (BT, 2017c)

Die Begründung für den § 137i im SGB V findet sich in der Drucksache 18/12604 des Deutschen Bundestages vom 31.05.2017. Zur Beantwortung der Frage nach Intensivstationen als pflegesensitiver Bereich ist daraus folgender Absatz heranzuziehen.

„Nach Satz 4 sind zur Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung in den pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensiveinheiten [...] zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass Intensiveinheiten bettenführende eigene Abteilungen oder auch einzelne Betten in anderen, eigenen Fachabteilungen sein können. In begründeten Fällen können auch für Intensiveinheiten, die außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen liegen, sich aber dennoch ihrerseits als pflegesensitiv erweisen, von den Vertragsparteien nach Satz 1 Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden.“ (S.79)

Eine interpretationsfreie Aussage lässt sich aus dieser Begründung ebenfalls nicht ableiten. Die im Gesetz genannten „begründeten Fälle“ werden auch hier nicht definiert. Deshalb wird später die PpUGV auf eine interpretationsfreie Definition geprüft.

Die Frage nach dem Zusammenhang von Qualität bzw. Patientensicherheit wird in dieser Gesetzesbegründung wie folgt beantwortet:

„Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse evident ist.“ (S.79)

Verhältniszahlen von Pflegekraft zu Patienten im Sinne einer „nurse-to-patient ratio“ oder „nurse-to-bed ratio“ werden nicht genannt. Es wird aber die Forderung aufgenommen, dass die zu treffenden Vorgaben im Verhältnis Patient pro

Pflegekraft als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios“, darzustellen sind. (vgl. S.79) Zum Pflegepersonal zählen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen mit mindestens drei Jahren Berufsausbildung. Zusätzlich können beispielsweise auch ergänzend Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden. (vgl. S.79) Welche Ausbildung die genannten Pflegehelferinnen und -helfer haben sollen, wird ebenso wenig ausgeführt wie eine weitere Differenzierung der Qualifikation beispielsweise im Sinne einer Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie oder einer akademischen Ausbildung.

5.2.1.3 Referentenentwurf (BMG, 2018)

Nachdem es nicht in der gesetzten Frist zu einer Einigung des GKV-SV und der DKG kam, veröffentlichte das BMG zunächst den *Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019*.

Darin finden sich allgemeine Vorgaben und spezielle Anforderungen an Intensivstationen. Die vorgenannten Fragen aus dem Methodikteil werden wie folgt beantwortet:

Zunächst wird beschrieben, dass die 15 vom hche als pflegesensitiv eingestuftten Bereiche nach der Weiterentwicklung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene [gemeint sind GKV-SV und DKG]¹⁶ weiterentwickelt und auf sechs Bereiche reduziert wurden. Diese Bereiche wurden durch eine Expertenbefragung in Krankenhäusern durch das IGES-Institut und eine Auswertung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)¹⁷ bestätigt. Dann wurden für vier dieser sechs Bereiche durch die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft repräsentative Ergebnisse für die tatsächliche Personalausstattung ermittelt. (vgl. S.29f.)

Eine Antwort auf die Frage nach der Einordnung von Intensivstationen als pflegesensitiver Bereich wird der Anlage zu § 3 gegeben. Dort werden die Diagnosis Related Groups (DRG) genannt, die „als Indikatoren für das Vorhandensein eines pflegesensitiven Krankenhausbereiches“ gelten und bei einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung in den Bereichen Unfallchirurgie, Kardiologie,

¹⁶ Anm. d. Verf.

¹⁷ Diese Auswertung wurde vermutlich nicht veröffentlicht, da sie trotz intensiver Suche nicht gefunden werden konnte.

Neurologie und Herzchirurgie verschlüsselt werden. (vgl. S.10-24) Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) der intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980 oder 8-98f) werden nicht im Referentenentwurf erwähnt.

Ergänzend wird der Vorschlag gemacht, weitere Indikatoren aus den § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) Datensätzen zu nutzen. „Als Ermittlungsinstrument können [...] die den jeweiligen Bereichen entsprechenden Fachabteilungsschlüssel herangezogen werden (beginnend mit „36“ für Intensivmedizin, [...]).“ (S.31)

Die Qualität der Patientenversorgung - aus der sich indirekt auch die Patientensicherheit ableiten lässt - in Abhängigkeit von der Pflegepersonalbesetzung steht in der Begründung zum Referentenentwurf den weiteren Ausführungen voran. (vgl. S.25)

Weiter unten in der Begründung folgt dann auch der Hinweis auf die Begründung zu § 137i SGB V.

„Ziel der gesetzlich vorgeschriebenen Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen ist die Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung (Begründung zu § 137i SGB V, BT-Drs. 18/12604, S. 78).“ (S.26)

Sehr konkret wird für die Intensivmedizin festgelegt, dass das Verhältnis von Patient zu Pflegekraft in der Tagschicht immer 2:1 mit einem maximalen Anteil an Pflegehilfskräften montags bis freitags von 8,5% bzw. samstags, sonntags und feiertags 3,7% betragen muss. Für die Nachtschicht gilt immer ein Verhältnis von 3:1 mit einem Pflegehilfskräfteanteil von 5,9% montags bis freitags bzw. 7,2% samstags, sonntags und feiertags. (vgl. S.7)

Auf Seite 35 bewertet der Referentenentwurf die PPUG auf Intensivstationen in Bezug auf die Empfehlungen einer Fachgesellschaft.

„Speziell in diesem Bereich liegen die Pflegepersonaluntergrenzen in einzelnen Schichten aber sehr nahe bei den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin oder sind sogar strenger. In diesem Fall ist es sachgerecht, zunächst die Empfehlungen der Fachgesellschaft zu übernehmen.“ (S.35)

Auch zur Qualifikation des Pflegepersonals werden Aussagen getroffen. Zunächst wird dargestellt, dass die PPUG „differenziert nach Schichten sowie unter Vorgabe des Verhältnisses zwischen examinieren Pflegekräften und Hilfskräften vorgeschrieben“ werden. „Examinierte Pflegekräfte sind Pflegekräfte mit

mindestens dreijähriger Berufsausbildung. Pflegehilfskräfte sind nicht-examinierte Pflegekräfte.“ (S.5)

Die Definitionen, die für Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte gelten, werden später weiter ausgeführt. Unstrittig ist die Definition einer Pflegekraft „mit mindestens dreijähriger Ausbildung“ [...]. „Ergänzend werden Pflegehelfer und Pflegehelferinnen berücksichtigt, die als nicht-examinierte Pflegekräfte erfasst werden. Dies sind Krankenpflegehelfer und -helferinnen, Pflegeassistenten und -assistentinnen sowie weitere nicht-examinierte Pflegekräfte wie Altenpflegehelfer und -helferinnen und Altenpflegeassistenten und -assistentinnen.“ (S.30)

„Sobald die Datengrundlage verbessert ist, wird die Vorgabe ab 1. Januar 2020 durch eine Vereinbarung des GKV-SV und der DKG abgelöst. Damit soll eine Bestimmung von Untergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche sowie eine sachgerechte Differenzierung der Personaluntergrenzen nach dem Pflegeaufwand erreicht werden.“ (S.3)

Die Ermittlung der pflegesensitiven Fachbereiche wird dem InEK übertragen, das auf Grundlage der nach § 21 des KHEntgG übermittelten Daten des Jahres 2017 und der in der Anlage zu dieser Verordnung enthaltenen Indikatoren-DRGs bis zum 31. Oktober 2018 die rechnerische Vorarbeit leisten soll. (vgl. S.31)

Im folgenden Paragraphen ist dann als nächster Bearbeitungsschritt die Weiterentwicklung und Differenzierung erkennbar, indem das InEK die Aufgabe erhält, den Pflegeaufwand zu ermitteln und auszuweisen.

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt standortbezogen den Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen [...]. Zum Zwecke der künftigen Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Schweregraden hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands jährlich zu aktualisieren.“ (§4)

5.2.1.4 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV, 2018)

Die PPUG gemäß PpUGV vom 05.10.2018 müssen ab dem 01. Januar 2019 in pflegesensitiven Bereichen eingehalten werden.

Die Definition als pflegesensitiver Bereich ist in der Verordnung klar und interpretationsfrei enthalten.

„Die als intensivmedizinische Behandlungseinheiten aufgestellten Betten einer Station sind ein pflegesensitiver Bereich in Krankenhäusern, wenn [...] mindestens 400 Fälle mit einem Operations- und Prozedurenschlüssel der in-

tensivmedizinischen Komplexbehandlung oder der aufwendigen¹⁸ intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980 oder 8-98f) [...] enthalten sind.“ (§3 Abs.4)

Eine Aussage zu Qualität bzw. Patientensicherheit wird in der PpUGV nicht getroffen. Dafür werden präzise Angaben zur Pflegepersonalbesetzung gemacht. Folgende Pflegepersonaluntergrenzen sind schichtbezogen als Verhältnis von Patienten zu einer Pflegekraft unter Berücksichtigung der Höchstanteile von Pflegehilfskräften einzuhalten.

„1. Intensivmedizin täglich in der Tagschicht 2,5 zu 1 und in der Nachtschicht 3,5 zu 1; ab dem 01. Januar 2021 täglich in der Tagschicht 2 zu 1 und in der Nachtschicht 3 zu 1.“ (§6 Abs.1)

Zur Qualifikation der Pflegekräfte unterscheidet das BMG zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften. Pflegefachkräfte haben eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach Krankenpflege-, Altenpflege- oder Pflegeberufegesetz. (vgl. §2 Abs.1) Eine höhere Qualifikation im Sinne einer Fachweiterbildung oder eines Studiums ist auch hier nicht erwähnt.

Bei den Pflegehilfskräften sind die Ausführungen etwas umfangreicher, weil die Assistenz- und Helferberufe in der Pflege jetzt in der Länderzuständigkeit liegen, vorher aber über das Krankenpflegegesetz geregelt waren. Grundsätzlich ist aber die Anforderung einer Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer. (vgl. §2 Abs.1) Der anrechenbare Anteil dieser Pflegehilfskräfte liegt in der Intensivmedizin immer bei 8%. (vgl. §6 Abs.2)

Eine Einschätzung des Schweregrades wird dem InEK übertragen, das den Pflegeaufwand auf Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 in den pflegesensitiven Bereichen ermittelt. (vgl. §4 Abs.1) Hier wird also Bezug genommen auf den Katalog, der vom InEK die Bezeichnung „Pflegetlast-Katalog Version 0.99“ erhalten hat.

Zu diesem Pflegetlast-Katalog liest man auf der Internetseite des InEK:

„Mit dem Pflegetlast-Katalog wird der Aufwand für pflegerische Maßnahmen wesentlich spezifischer abgebildet als im DRG-Fallpauschalen-Katalog. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen ist zu beachten, dass weder die Personalausstattung in Vollkräften noch die Pflegepersonaluntergrenzen aus den dimensionslosen Relativgewichten unmittelbar ableitbar sind.“ (InEK, 2019)

¹⁸ Veraltete Schreibweise im Original.

5.2.1.5 G-BA Richtlinien

In einem DKI-Gutachten, das später noch ausführlich analysiert wird, sind G-BA Richtlinien erwähnt. (vgl. Blum, 2017) An dieser Stelle sei kurz darauf eingegangen, weil sie sich unter diesen Gliederungspunkt „Rechtsgrundlagen / Richtlinien“ einordnen. Dabei werden die Richtlinien betrachtet, die sich auf den Erwachsenen-Intensivbereich beziehen und insofern für diese Arbeit von Bedeutung sind. Es handelt sich um die *Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen* (MHI-RL, 2019) und um die *Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma* (QBAA-RL, 2019).

In der MHI-RL wird die Ergebnisqualität in einen Zusammenhang mit der Struktur- und Prozessqualität gebracht.

„Zu diesem Zweck werden in dieser Richtlinie Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität definiert, die zu einer Optimierung der Ergebnisqualität der Behandlung beitragen sollen.“ (MHI-RL, 2019, §1 Satz 1)

Ebenso werden Aussagen zu personellen und fachlichen Anforderungen an das Pflegepersonal der Intensivstationen gemacht.

„Das Pflegepersonal der Intensivstation muss aus Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder -pflegern bestehen. Mindestens 25 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegepersonals (bezogen auf Vollzeitäquivalente) sollen eine Fachweiterbildung im Bereich „Intensivpflege/Anästhesie“ [...] abgeschlossen haben.“ (§5, Abs.13)

Diese Richtlinie bleibt aber eine Aussage zu den Verhältniszahlen im Sinne einer nurse-to-patient ratio schuldig.

Die QBAA-RL formuliert einen ähnlichen Satz zum Zusammenhang zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt diese Richtlinie als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, mit der die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gesichert und verbessert werden soll.“ (QBAA-RL, 2019, §1, Satz1)

Die Anforderung an die Qualifikation des Intensivpflegepersonals der QBAA-RL geht über die der MHI-RL hinaus.

„Der Pflegedienst der Intensivstation [...] muss aus Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpflegern bestehen. 50% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes müssen eine Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie [...] abgeschlossen haben. Es muss in jeder Schicht eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung im Be-

reich Intensivpflege und Anästhesie eingesetzt werden. Die Stationsleitung hat zusätzlich einen Leitungslehrgang absolviert. (§4, Abs. 3 Satz 1)

Eine Vorgabe zum Betreuungsverhältnis von Pflegekräften zu Patienten wird auch hier nicht formuliert.

Ausdrücklich anders verhält es sich in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL, 2019), die nur zum Punkt Personalbesetzung ausnahmsweise in dieser Arbeit erwähnt werden soll. Dort legt der G-BA für Perinatalzentren Level 1 je nach Geburtsgewicht immer ein Betreuungsverhältnis von examinierter Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft zu intensivüberwachungspflichtigem Frühgeborenen von 1:1 bzw. 1:2 fest. (vgl. QFR-RL, 2019, Anlage I.2.2 Punkt 5 & 6)

5.2.1.6 Krankenhausplan NRW 2015 (MGEPA, 2013)

Im Vorwort wird das Ziel des Krankenhausplans umrissen. Mit dem Krankenhausplan 2015 verfolgte das damalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA), heute Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) einen Wechsel in folgende Richtung:

„Wir brauchen eine ganzheitliche Sicht vom Menschen auch und gerade in der stationären Versorgung.“

Mit dem Krankenhausplan 2015 verfolgt das Land einen Wechsel in diese Richtung, unter Berücksichtigung internationaler Qualitätsstandards.“ (S.9)

Unter „Planungszielen der Krankenhausversorgung“ heißt es im Unterpunkt Leistungsfähigkeit: „Die dazu notwendigen medizinischen und pflegerischen Angebote sind in ausreichender Qualität und Quantität vorzuhalten.“ (S.22) In Bezug auf die Versorgungsqualität ist formuliert: „Patientinnen und Patienten haben immer einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung.“ (S.24)

„Um einen Überblick über bereits vorhandene Qualitätskriterien und Vorschläge zu deren Anwendung im Rahmen der Krankenhausplanung zu erhalten, wurde ein Gutachtenauftrag ¹⁹ die IGES Institut GmbH, Berlin, vergeben.“ (S.25)

¹⁹ „an“ fehlt im Original.

Aus diesem nicht veröffentlichten Gutachten sind zwei Zitate, die sich im Krankenhausplan finden, herausgegriffen.

„Die Gutachter haben zum einen Hinweise darauf gefunden, dass die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse international auf 5 - 10 % und tatsächliche Schäden auf 2 - 4 % geschätzt werden können. Allerdings schwanken die Schätzungen z.B. zu Todesfällen zwischen verschiedenen Quellen erheblich [...]“ (S.25)

„[...] die Anzahl des nichtärztlichen Personals insbesondere des Personals des Pflegedienstes ist zurückgegangen“ (S.25)

Diese zwei Textstellen folgen in zwei Abschnitten aufeinander. Es gibt jedoch keinen Hinweis darauf, dass die Aussagen miteinander in Verbindung gebracht werden. Im gesamten Text des Krankenhausplans findet sich auch keine Anmerkung, dass eine unzureichende Personalbesetzung Einbußen der Patientensicherheit oder Qualität nach sich ziehen.

Bezüglich der Intensivstationen wird festgestellt: „In den letzten Jahrzehnten konnte die Tendenz beobachtet werden, dass einerseits die Gesamtzahl der stationären Betten kontinuierlich sank, andererseits die Zahl der Intensivbetten aber laufend erhöht werden musste.“ (S.56) Zur Pflegepersonalausstattung auf Intensivstationen sind die Empfehlungen von 2010 zur *Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen* der DIVI (vgl. Jorch et al., 2010, S.14) in den Plan übernommen. Der Wortlaut im Krankenhausplan spricht von „Zitate aus dieser Leitlinie“. Im direkten Vergleich sind Unterschiede zu erkennen, die aber nur syntaktisch sind. Die Kernaussagen einer Besetzung von einer Pflegekraft pro Schicht für zwei Behandlungsplätze, eine zusätzliche pflegerische Leitung, in besonderen Situationen eine 1:1 Besetzung und die Berücksichtigung des Reanimationsteams sind kongruent. Auch der Anteil von 30% Intensiv-Fachpflegekräften wurde übernommen. (vgl. S.109f.) Im Krankenhausplan wird explizit darauf hingewiesen, dass diese Empfehlung der DIVI ganz bewusst übernommen wurde.

„Mit Blick auf die nachfolgenden Zitate aus dieser Leitlinie wird auf die Ausführung in Abschnitt 2.4 verwiesen.“ (S.109)

In Abschnitt 2.4 heißt es dazu:

„Die Krankenhausplanung übernimmt Leitlinien und / oder Zertifikate der Fachgesellschaften nicht uneingeschränkt, sondern hat eine Auswahl getroffen oder fixiert bestimmte Inhalte.“ (S.51)

Mit diesen Ausführungen sind die Fragen nach dem Verhältnis von Pflegekräften zu Behandlungsplätzen und der Qualifikation des Pflegepersonals beantwortet.

5.2.1.7 Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin (SenGPG, 2015)

Im Vorwort des Senators beschreibt der Krankenhausplan Berlin 2016, dass in den Krankenhäusern eine hohe Leistungsverdichtung festzustellen ist, die mit dazu führt, dass Beschäftigte im Bereich der Pflege heute erheblich mehr Patienten betreuen und versorgen müssen als noch vor einigen Jahren. Als Lösung für dieses Problem enthält der Plan wesentliche qualitätssichernde Anforderungen mit verbindlichem Charakter und solche mit empfehlendem. (vgl. S.5) Noch im gleichen Absatz werden auch die Intensivstationen erwähnt.

„Zu den Qualitätskriterien gehört zudem, dass erstmals im Krankenhausplan festgelegte Empfehlungen zur Personalausstattung [...] auf Intensivstationen Berücksichtigung finden.“ (S.5)

Tatsächlich wird dem Pflegepersonal auf Intensivstationen ein eigener Abschnitt gewidmet. Darin ist erläutert, dass eine adäquate Personalausstattung mit qualifizierten Pflegekräften zu einer Erhöhung der Qualität führt. Daher sind auf Intensivstationen der Berliner Plankrankenhäuser möglichst die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) einzuhalten. (vgl. S.26)

Greift man die Formulierung der Einleitung auf, in der von qualitätssichernden Anforderungen mit verbindlichem Charakter und solche mit empfehlendem gesprochen wird, so handelt es sich mit der Ergänzung „möglichst“ also um eine Empfehlung. Folgt man dem Abschnitt weiter, sind die Inhalte der DIVI-Empfehlung wiedergegeben. Im direkten Vergleich²⁰ sind jedoch Unterschiede festzustellen.

²⁰ Die Vergleichstabelle ist zur besseren Visualisierung auf der Folgeseite dargestellt.

Tabelle 2: Vergleich Krankenhausplan Berlin 2016 / DIVI-Empfehlung
(eigene Darstellung)

Krankenhausplan Berlin 2016 (SenGPG, 2015, S.26)	Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen (Jorch et al., 2010, S.14)
<p>Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich.</p> <p>Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden. Beispielsituationen sind schwere Verbrennungen, extra-korporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil (> 60 Prozent) der Patientinnen und Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z. B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus oder die Begleitung von Transporten intensiv behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten.</p>	<p>Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung (mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie) pro Intensivtherapieeinheit vorgesehen werden.</p> <p>Bei speziellen Situationen (z.B. schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren), einem hohen Anteil (>60%) an Patienten mit Organersatzverfahren (z.B. Beatmung, Nierenersatzverfahren)</p> <p>oder zusätzlichen Aufgaben (z.B. Stellung des Reanimationsteam für das Krankenhaus, Begleitung der Transporte der Intensivpatienten) soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden</p>

(Quelle: SenGPG, 2015, S.26 & Jorch et al., 2010, S.14)

Bei weitgehender inhaltlicher Kongruenz in den beschriebenen speziellen Situationen fällt auf, dass keine zusätzliche Stelle für die pflegedienstliche Leitung vorgesehen ist.

Zum Zusammenhang von Qualität und Patientensicherheit zur Personalbesetzung wird man unter Versorgungsziele des Krankenhausplans fündig. Dort ist als erstes Ziel formuliert:

„Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit, insbesondere durch geeignete Vorgaben bzw. Empfehlungen zu Strukturen und Prozessen, zur Personalvorhaltung [...].“ (S.9)

Ergänzend heißt es später:

„Eine hohe Qualität der Krankenhausversorgung und der Patientensicherheit für die Berliner Bevölkerung ist für den Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Berliner Abgeordnetenhauses von hohem Interesse. Auch die Kran-

kenhausplanung soll im Rahmen ihrer Möglichkeiten hierzu ihren Beitrag leisten.“ (S.14)

5.2.1.8 Tarifvertrag zwischen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (Charité & ver.di, 2016)

Im *Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie (TV GS)* zwischen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) wurde 2016 ein Tarifvertrag geschlossen, in dem Vereinbarungen zu den Intensivbereichen zu finden sind. Im ersten Absatz werden drei Ziele formuliert. Die Vertragsparteien „verfolgen mit diesem Tarifvertrag das Ziel, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten sowie konkrete Überlastungssituationen zu identifizieren und zu beseitigen. Die Tarifvertragsparteien gehen im Weiteren davon aus, dass dadurch eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung erreicht und verbessert werden kann.“ (S.3)

Im nächsten Absatz heißt es:

„Die Tarifvertragsparteien stimmen überein, dass darüber hinaus weitere politische Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung im Krankenhaus zwingend notwendig sind.“ (S.3)

Damit ist der Zusammenhang zwischen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und einer Verbesserung der Personalausstattung hergestellt.

Für die Intensivbereiche wird Folgendes festgelegt.

„Der Pflegeaufwand der Patienten wird nach drei Besetzungsstufen abgegrenzt (Stufe 1 High-End 1:1, Stufe 2 Normal-ITS 1:2, Stufe 3 Überwachungsstationen 1:3). Dies gilt auch für den Pflegeaufwand von Überwachungs- und PACU-Patienten. Im Durchschnitt wird über die in Anlage 1.1 entsprechend gekennzeichneten Stationen bzw. Bereichen eine Ausstattung von 1 : 2 erreicht. Dies gilt in der Regel für Früh-, Spät- und Nachtdienst. In den weiteren, in Anlage 1.1 ebenfalls entsprechend gekennzeichneten Bereichen/ Stationen, wird eine Ausstattung von 1 : 3 nicht unterschritten.“ (S.3)

Die Differenzierungen dieser Bereiche kann auch durch den Blick in den Anhang nicht aufgeklärt werden. Dort ist nicht ersichtlich, bei welchen Stationen es sich um Intensivstationen oder beispielsweise Intermediate-Care (IMC) Stationen handelt. Lediglich zwei Stationen lassen sich zumindest dem Namen nach als „stroke-units“ identifizieren. Die Differenzierung ist aber in dieser Arbeit von nachrangiger Bedeutung. Entscheidend sind die Aussagen, dass bei Intensivpatienten:

1. eine 1:1 bis 1:2 Betreuung vorgesehen ist,
2. im Durchschnitt eine Ausstattung von 1:2 erreicht wird und
3. dies in der Regel für Früh-, Spät und Nachtdienst gilt. (vgl. S.3)

Die Zusammenhänge von Patientensicherheit bzw. hochwertiger Patientenversorgung sind in diesem Tarifvertrag also ebenso hergestellt wie konkrete Verhältniszahlen im Sinne einer nurse-to-patient ratio. Tatsächlich findet auch eine differenzierte Besetzung durch die Unterscheidung nach dem Pflegaufwand der Patienten statt. Für diese unterschiedliche Einschätzung ist allerdings kein Assessment-tool beschrieben. Die Unterscheidung ergibt sich wahrscheinlich eher pragmatisch aus der Unterbringungsform auf verschiedenen Stationen.

5.2.2 Studienergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden einige Studien oder studienähnliche Quellen, die als Expertise, Gutachten oder Befragung bezeichnet sind, zur Thematik analysiert. Um deren wissenschaftliche Qualität und ihre Aussagen zur Fragestellung dieser Arbeit zu beurteilen, werden zunächst zwei Tabellen eingefügt, die einen direkten Vergleich ermöglichen.

Zur Beurteilung der wissenschaftlichen Qualität werden zutreffende Gütekriterien aus dem STROBE-Statement[®] verwendet und in der ersten Tabelle dargestellt. Dieses Instrument wurde für Beobachtungsstudien entwickelt, daher sind viele Punkte hier nicht relevant. Grundsätzliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten lassen sich aber daraus entnehmen. Im Internetauftritt des STROBE-Statements^{®21} wird als offizielle deutsche Übersetzung auf einen Artikel verlinkt, der 2008 in „Der Internist“ erschienen ist. Diesem Artikel werden die deutschen Begrifflichkeiten entnommen. (vgl. von Elm, 2008, S.690f.) Die Kriterien aus dem STROBE-Statement[®] werden in den letzten zwei Tabellenzeilen um Kriterien ergänzt, die dem Verfasser zur Bewertung der Güte sinnvoll erscheinen.

Die zweite Tabelle nimmt die Fragen aus dem Methodikteil auf und prüft die Quellen auf die Aussagen dazu.

²¹ <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-translations>

Tabelle 3: Bewertungstabelle Studien-Gütekriterien²² (eigene Darstellung)

Gütekriterien:	Albrecht et al., 2018 (IGES)	Blum, 2017 (DKI)	Friedrich et al., 2018 (KPMG)	Isfort & Weidner, 2012	Isfort 2017	Jorch et al., 2010 (DIVI)	Kralewski & Giehl, 2017 (KCQ)	Karagiannidis et al., 2018	Simon & Mehmecke, 2017	Schreyögg & Milstein, 2016 (hche)
Studiendesign in Titel oder abstract	X ²³	²⁴		X	X (545) ²⁵		X (3)	X (3)	X (7)	
Wissenschaftlicher Hintergrund und Rationale	X (6)	X (7)	X (3)	X (5-20) ²⁶	X (543f.)		X (3)	X (1f.)	X (8-10)	X (5 f.)
Zielsetzungen	X (6)	X (8)	X (3)	X (11)	(X) (543f.) ²⁷		X (3)	X (3)	X (12)	X (36)
Setting	X (8-14)	X (19)	X (1)	X (21f.)	X (544)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (7-12)
Zeitraum	X (14)	X (19f.)	X (3)	X (22)	X (544)	X (3)	X (33)	X (3)		X (11)
Bias / Verzerrung berücksichtigt			X (17,19,21,27,41)			X (10)	X (45)		X (111)	X (17)
Ein- u. Ausschlüsse					X (544)	X (3)				X (9)
Population		X (19)	X (11)		X (544)			X (3)		X (9)
Outcome / Ergebnisse quantifiziert	X (22-34)	X (84-99)	X (22-40)	X (5-10 u. ubiquitär)	X (544f.)	X (ubiquitär)	X (62-139)	X (4f.)	X (ubiquitär)	X (17-22)
Outcome / Ergebnisse interpretiert	X (39f.)	X (103-109)	X (24-40)	X (80-84)	X (548f.)	X (4)	X (144-176)	X (6)	X (101-119)	
Robustheit / interne Validität		X (110)	X (7,12,19)	X (11)		X (10)				X (22-25)
Übertragbarkeit / externe Validität						X (8)	X (142f.)		X (122f.)	X (25-32)
Limitierung		X (110)	X (41)		X (548)			X (6)		X (33-35)
Finanzierung	(X)	(X)	(X)	X	(X) (549)		(X)			(X)
Evidenzklasse (AHCPR) ²⁸	IV	IV	O ²⁹	IV	IV	O	O	IV	O	O
Literaturrecherche beschrieben						X (3)	X (33f.)		X (12)	

(Quellen: s. erste Tabellenzeile)

²² Die Sortierung in der Tabelle erfolgt alphabetisch nach Autoren.²³ Ein X sagt aus, dass in der Quelle Aussagen zum Parameter gefunden wurden.²⁴ Ein leeres Feld bedeutet, dass keine Aussage zum Parameter gefunden wurde.²⁵ Die Angabe bezieht sich auf die Seitenzahl in der Quelle.²⁶ Häufig finden sich die Parameter auf mehreren Seiten, die aussagekräftigsten Seiten sind angegeben.²⁷ (X): indirekt ableitbar.²⁸ Vgl. Kapitel 3.9.²⁹ Ein „O“ bedeutet, dass eine eindeutige Aussage nicht möglich ist. Im Gegensatz zu einem leeren Feld wird diese Einschätzung, die sich ausnahmslos auf Evidenzklassen bezieht, im Diskussionsteil auf den Seiten 74 f. begründet.

Tabelle 4: Bewertungstabelle Studien – Aussagen zur vorliegenden Arbeit³⁰
(eigene Darstellung)

Aussagen zu:	Albrecht et al., 2018 (IGES)	Blum, 2017 (DKI)	Friedrich et al., 2018 (KPMG)	Isfort & Weidner, 2012	Isfort 2017	Jorch et al., 2010 (DIVI)	Kralewski & Giehl, 2017 (KCCQ)	Karagannidis et al., 2018	Simon & Mehmecke, 2017	Schreyögg & Milstein, 2016 (hche)
Intensivstation als pflegesensitiver Bereich	X (32 f.)			(X)						
Qualität und Patientensicherheit in Bezug auf Personalbesetzung	X (17)			X (42f., 65))	X (543, 545)	X (14-16)		X (1f.)	X (109f.)	X (29)
Nurse-to-patient-/nurse-to-bed ratio (konkret Intensiv)		X (34)	X (39)	X (6,41)	X (546)	X (14)	X (5-7)	X (5)	X (16,19, 35f.,60, 78,94-96)	X (10) nur DIVI-Empfehlung)
Qualifikation des Pflegepersonals		X (36)	X (2,6)	X (33,83)	X (543, 546)	X (14)	X (5-179)	X (2, 5-7))	X (114)	
Pflegelast oder Assessment-tools zur Einschätzung Schweregrad oder Pflegeaufwand	X (17)			(X) (55)		(X) (14)	X (ubiquitär, da Studien-schwerpunkt)		X (117)	X (12)

(Quellen: s. erste Tabellenzeile)

5.2.2.1 Hamburg Center for Health Economics (hche)

Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des BMG (Schreyögg & Milstein, 2016)

Schreyögg und Milstein haben im Auftrag des BMG in einer Expertise erarbeitet, welche Fachabteilungen besonders sensitiv für eine Unterbesetzung der Pflege sind. Diese sollten durch eine primär datenbasierte Identifizierung ermittelt werden. (vgl. S.4) Die Autoren legten pflegesensitive Ergebnisindikatoren (PSEI) fest, die sich in der internationalen Literatur etabliert haben. (vgl. S.4) Den Begriff PSEI verwenden sie synonym mit „unerwünschte Ereignisse“. (vgl. S.36) Diesen stellten sie Fachabteilungen gegenüber, bei denen die Personalbelastungszahl (Fallzahl pro PflegerIn pro Schicht) dargestellt wurde. Im Ergebnis konnten 15 Fachabteilungen identifiziert werden, für die sich ein Zusam-

³⁰ In Tabelle 4 gelten die Fußnoten wie in Tabelle 3

menhang nachweisen ließ, die also besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege sind. (vgl. S.36)

Diese Expertise wird in der vorliegenden Arbeit erwähnt, obwohl die Intensivabteilungen von der Untersuchung ausgeschlossen waren. (vgl. S.9) Dennoch ist sie für diese Arbeit von grundlegender Bedeutung, weil sie die Basis für die weitere Bearbeitung auf politischer Ebene darstellt und erstmals die Begrifflichkeiten „pflegesensitiver Bereich“ und „Pflegepersonaluntergrenzen“ benutzt. Der Ausschluss der Intensivstationen wird damit begründet, dass dort keine etablierten Indikatoren für eine adäquate Messung vorliegen und dass klinische Informationen notwendig sind, die den Abrechnungsdaten nicht entnommen werden können. Darüber hinaus ist die Verweildauer oft sehr kurz, so dass das Risiko sinkt, dort pflegesensitive Ergebnisindikatoren auszubilden. Abschließend wird zur Begründung angeführt, dass eine Empfehlung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vorliegt, die bereits in die Landeskrankenhauspläne von Nordrhein-Westfalen und Berlin eingegangen ist. (vgl. S.9)

Zum Verständnis der weiteren Schritte auf dem Weg zur PpUGV ist diese Quelle daher von hoher, bei der Suche nach der Rationale der PPUG auf Intensivstationen von nachrangiger Bedeutung.

5.2.2.2 Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin (Blum, 2017)

Vor dem Hintergrund verschiedener Richtlinien des G-BA und den Empfehlungen der Fachgesellschaften zu personellen Vorgaben für Intensivstationen hat die DKG das DKI mit einer Befragung zum Umsetzungsstand pflegerischer Strukturvorgaben ausgewählter G-BA-Richtlinien sowie allgemein zur Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin beauftragt. (vgl. S.6)

Die Einstufung der Intensivstation als pflegesensitiver Fachbereich war ebenso wenig Gegenstand des Gutachtens wie der Zusammenhang zwischen Qualität bzw. Patientensicherheit und der Pflegepersonalbesetzung. Nur indirekt lässt sich darauf schließen, da dem Untersuchungsgegenstand GBA-Richtlinien zugrunde liegen.

Bezüglich der Verhältniszahlen von Pflegekraft zu Patienten kommt das Gutachten nach verschiedenen Berechnungen zu folgendem Schluss.

„Das Verhältnis von Intensivpatienten zu Pflegekräften in der Intensivpflege je Schicht und Intensivstation liegt demnach bei 2,2 Fällen pro Schicht und Pflegekraft (Vollkraft).“ (S.34)

Sofort wird ein Vergleich mit den Zahlen gezogen, die von der DIVI für Intensivstationen empfohlen werden und eine Bewertung abgegeben.

„Nach der DIVI-Empfehlung ist in der Intensivpflege für zwei Behandlungsplätze bzw. Fälle pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. Diese Vorgabe wird zumindest im Mittel in etwa erreicht.“ (S.34)

Bei der Qualifikation wird die Quote der Pflegedienstmitarbeiter berechnet, die eine Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie abgeschlossen haben. Dieser Anteil lag bei durchschnittlich 44%. (vgl. S.36) Hilfskräfte werden in dem Gutachten nicht in die Berechnungen einbezogen.

Zur Erfüllung der G-BA-Vorgaben in den verschiedenen Richtlinien führt das Gutachten aus, dass die drei untersuchten G-BA-Richtlinien pflegerische Strukturvorgaben zur Fachkraftquote, zur Schichtbesetzung mit Fachkräften und zur Leitungsqualifikation der Stationsleitung von Intensivstationen machen. Das Gutachten kommt zu dem Fazit, dass die Vorgaben zur Schichtbesetzung und Stationsleitung in hohem Maße umgesetzt sind. Die vorgegebenen Fachkraftquoten können dagegen nur bei Berücksichtigung von befristeten Ausnahme- und Übergangsregelungen der Richtlinien weitestgehend erfüllt werden. (vgl. S.6)

5.2.2.3 Gutachten des Kompetenz-Centrum „Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement“ (KCQ)

*Instrumente und Methoden zur Pflegebedarfsermittlung im Krankenhaus mit Fokus auf die Intensivpflege*³¹ (Kralweski & Giehl, 2017)

Dieses Gutachten, das im Mai 2017 vom GKV-SV beauftragt wurde, ist im Schwerpunkt darauf ausgerichtet, Assessment-Tools zu identifizieren, die inter-

³¹ Dieses Gutachten enthält den Hinweis, dass dieses Dokument urheberrechtlich geschützt ist und keine formale Publikation darstellt. Jede Vervielfältigung (auch auszugsweise), Übersetzung, Mikroverfilmung oder Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Medien einschließlich der Weitergabe an Dritte bedarf der vorherigen Zustimmung. (vgl. S.2) Der Bitte um eine Zitationserlaubnis aus diesem Gutachten wurde entsprochen. Diese Erlaubnis beinhaltet ausdrücklich die zitierten Textstellen. Die Korrespondenz kann beim Verfasser eingesehen werden.

national angewendet werden, um auf Intensivstationen den Pflegeaufwand zu messen und die Personalbesetzungsstärke darauf auszurichten. Darüber hinaus enthält es aber auch Zahlen, die Auskunft über die nurse-to-patient ratio oder die nurse-to-bed ratio enthalten. Folgende Angaben werden aus der internationalen Recherche gemacht und sind zur besseren Übersichtlichkeit in Tabellenform gebracht.

Tabelle 5: Besetzung Intensivstationen nach KCQ (eigene Darstellung)

Land	Intensivstation: nurse-to-patient ratio
Australien / Queensland	<ul style="list-style-type: none"> • Beatmungspatienten 1:1³² • Für je 4 Patienten mit 1:1 eine zusätzliche Pflegekraft • Für Neuaufnahmen 2:1
USA / Kalifornien und Massachusetts	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 1:2 • Verpflichtender Einsatz von Patientenklassifikationssystemen (acuity-tool)
Brasilien	<ul style="list-style-type: none"> • 0,7:1 Level III Intensivstation (entspricht 1:1,4³³) • 0,8:1 postoperativ-kardiologische Intensivstation (entspricht 1:1,3³⁴)
Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> • Level 2: 1:2 • Level 3: 1:1
Dänemark	<ul style="list-style-type: none"> • i.d.R.: 1:1 • spontanatmende Patienten: 0,5:1 (entspricht 1:2³⁵) • Beatmungspatienten: 1:1 • Komplexe Krankheitsbilder: 2:1
Belgien	<ul style="list-style-type: none"> • 1:1
Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse-to-bed-ratio, Krankenhausplan NRW: 1:2 <ul style="list-style-type: none"> ○ Zusätzlich eine Stelle für die pflegerische Leitung ○ Spezielle Situationen: 1:1 • Tarifvertrag zwischen der ver.di und der Charité Berlin: Normal-Intensivstation 1:2

(Quelle: Kralewski & Giehl, 2017, S.5-7)

³² Die Kernaussagen sind fett markiert.

³³ Anm. d. Verf.

³⁴ Anm. d. Verf.

³⁵ Anm. d. Verf.

Die Frage nach den Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Patienten wird mit dem Blick auf verschiedene Länder im Sinne von nurse-to-patient ratios oder nurse-to-bed ratios beantwortet.

Auch die Qualifikation der Pflegekräfte wird untersucht. Nach dem Studium dieses Gutachtens ist festzustellen, dass bis auf die vereinzelte Erwähnung von „registered nurses“ lediglich die in Deutschland von der DIVI und dem G-BA geforderte Qualifikation Fachkrankenpflege für Intensivpflege und Anästhesie ausführlicher erwähnt wird. (vgl. S.5,179)

Besonders intensiv wird dagegen auftragsgemäß auf Assessment-Tools eingegangen, die den Pflegeaufwand messen. In diesem Punkt kommen die Gutachter zu folgender Empfehlung.

„Gutachterlich empfohlen wird daher eine Kombination aus fest vorgegebenen Mindestbesetzungstärken und zusätzlich stations- und schichtspezifischen nurse-to-patient-ratios, die über ein vorgegebenes Assessment-Tool zu ermitteln sind.“ (S.11)

Mit Blick auf die derzeitigen Bemühungen in Deutschland bewerten die Autoren die Festsetzung von verbindlich einzuhaltenden Mindestbesetzungsrelationen in der Pflege (z.B. einer nurse-to-patient ratio von 1:2 zu jeder Zeit auf allen deutschen Intensivstationen) als Meilenstein. Gleichzeitig kritisieren sie aber auch die Unzulänglichkeiten starrer Verhältniszahlen, die aus der internationalen Pflegeforschung abgeleitet werden. (vgl. S.10) Ein Vorteil definierter „Ratios“ (feste nurse-to-patient ratios von z.B. 1:1 oder 1:2 o.ä.) stellt ihre Transparenz, die unmittelbare Zugänglichkeit und Vermittelbarkeit dar. (vgl. S.178)

Im Gutachten werden also zwei Regelungsebenen empfohlen.

„Regelungsebene 1: Empfohlen wird eine an internationalen Standards orientierte Mindestbesetzung auf allen deutschen Intensivstationen für Erwachsene von 1:2 als nurse-to-patient-ratio für jede Schicht zu jeder Zeit. Diese Mindestrelation darf auf keiner Intensivstation zu keiner Zeit unterschritten werden [...].

Regelungsebene 2: Zusätzlich - nicht alternativ - ist über ein vorgegebenes Assessment-Tool der spezifische Personalbedarf jeder einzelnen Intensivstation zu ermitteln. Der ermittelte Personalbedarf über das Tool stellt also etwaig eine Zusatzanforderung zu der starr festgelegten Mindestbesetzung dar.“ (S.11)

Vergeblich suchten die Autoren dieser Studie auch international nach staatlich verpflichtenden Pflegeassessment Tools. (S.33)

Interessant wäre für die vorliegende Arbeit die Analyse einer in diesem Gutachten genannten Quelle. Auf Seite drei heißt es darin:

„Im vorgängigen KCQ-Gutachten („Gutachten zu Personalanforderungen in der Intensivpflege“ vom 22.03.2017) wurde festgestellt, dass zur Beurteilung der Pflegequalität bezogen auf das Zahlenverhältnis Pflegekräfte zu Patienten die Ergebnisse von Assessment-Instrumenten zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs erforderlich seien.“ (S.3)

Leider wurde dieses Gutachten nicht veröffentlicht und der Bitte an das KCQ, das Gutachten zur Verfügung zu stellen, wurde nicht entsprochen.

5.2.2.4 Michael Simon und Sandra Mehmecke

Nurse-to-Patient Ratios Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser (Simon & Mehmecke, 2017)

„Die vorliegende Studie gibt einen Überblick über international bestehende Regulierungen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Im Mittelpunkt stehen Regulierungssysteme, die zwingend einzuhaltende Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios durch staatliches Recht vorgeben.“ (S.7)

Die Autoren stellen in ihrer Studie internationale Regulierungssysteme vor, die Einfluss auf die Pflegepersonalbesetzung im Krankenhaus nehmen, indem sie Mindestbesetzungen in Form von nurse-to-patient ratios vorgeben. In der hier vorliegenden Arbeit werden nur die Ergebnisse für Intensivstationen dargestellt. Bei der Abbildung wird die bereits in Tabelle 5 verwendete Darstellungsform genutzt, um eine übersichtliche Vergleichbarkeit zu schaffen. In diese Tabelle³⁶ fließen nur die Vorgaben ein, die Aussagen im Sinne einer nurse-to-patient ratio bzw. nurse-to-bed ratio treffen und sich auf Erwachsenen-Intensivstationen beziehen. Darin wird die Frage nach den Verhältniszahlen von Pflegepersonal zu Patienten beantwortet.

³⁶ Die Tabelle ist zur besseren Visualisierung auf der Folgeseite dargestellt.

Tabelle 6: Besetzung Intensivstationen nach Simon & Mehmecke
(eigene Darstellung)

Land	Intensivstation: nurse-to-patient ratio
USA / Kalifornien (S.16,19) ³⁷	<ul style="list-style-type: none"> • 1:2
USA / Massachusetts (Patient Assignments Limits) (S.35,36)	<ul style="list-style-type: none"> • 1:1 bis 1:2 • Assessmenttool verpflichtend (S.36)
Australien / Queensland (S.60)	<ul style="list-style-type: none"> • Beatmungspatienten 1:1 • Für je 4 Patienten mit 1:1 eine zusätzliche Pflegekraft • Für Neuaufnahmen 2:1
Südkorea (S.78)	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse-to-bed-ratio; • Basisaufwendung Intensiv (keine Zu- oder Abschläge bei 1:<1,5)
Deutschland (S.94) (S.95) (S.96)	<ul style="list-style-type: none"> • G-BA Richtlinie Neugeborene • Berliner Krankenhausplanung 2016: möglichst DIVI Vorgabe einhalten • Krankenhausplan NRW: analog DIVI: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nurse-to-bed-ratio, bzw. nurse-to-patient-ratio: 1:2 ○ Zusätzlich eine Stelle für die pflegerische Leitung ○ Spezielle Situationen: 1:1

(Quelle: Simon & Mehmecke 2017, siehe 1. Spalte)

Die Qualitätssicherung im Sinne der Patientensicherheit beschreiben die Autoren wie folgt:

„Und dieser Aspekt ist der zentrale Punkt des Regulierungsmodells der Minimum Nurse-to-Patient Ratios. Dieses Modell ist nicht für Zwecke der Budgetkalkulation entwickelt worden, sondern primär für Zwecke der Qualitätssicherung [...]. Primärer Zweck der in der vorliegenden Studie vorgestellten Regulierungen soll eindeutig der Schutz der Patientengesundheit sein.“ (S.109f.)

Zur Begründung wird ausgeführt: „Insbesondere die US-amerikanischen und die australischen Regulierungsmodelle bauen explizit auf der Überzeugung auf, dass es einen Zusammenhang zwischen der personellen Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser und der Gesundheit der Patienten gibt.“ (S.110) Kritisch wird aber im gleichen Absatz angemerkt: „Ein solcher Zusammenhang wird jedoch durchaus auch in Zweifel gezogen (vgl. u.a. Griffiths et al. 2014;

³⁷ In dieser Studie sind die Verhältniszahlen weit gestreut meist im Fließtext enthalten. Zur besseren Auffindbarkeit enthält die Spalte in kursiv die Seitenzahl.

IQWiG 2006).“ (S.110f.) In der folgenden Betrachtung greifen die Autoren die Aussage der o.g. Kritiker auf, die bemängeln, „dass es nicht nur Studien gibt, in denen ein solcher Zusammenhang gefunden wurde, sondern auch Studien, deren Daten keinen signifikanten Zusammenhang erkennen ließen.“ (S.110f.) Später wird aber resümiert, es „dürfte kaum in Zweifel zu ziehen sein, dass die weit überwiegende Zahl der zu dieser Frage bislang durchgeführten Studien zu dem Ergebnis kam, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals in Krankenhäusern und der Patientengesundheit gibt.“ (S.110) Im Ergebnis dieser Betrachtung stehen folgende pragmatische Erkenntnisse:

1. „Die bisherigen Studien erfüllen allerdings – gleich zu welchem Ergebnis sie führten – nicht die Anforderungen der höchsten Evidenzstufen.“ (S.110)
2. Diese Bedingungen (prospektive, auf einen zukünftigen Zeitraum bezogene und unter kontrollierten Bedingungen durchgeführte klinische Studien, deren Stichprobe auf einer strengen Zufallsauswahl basiert) sind jedoch für die hier diskutierte Fragestellung weder zu erfüllen noch angemessen. (vgl. S.110)
3. Festzuhalten ist aber auf jeden Fall, dass die oben angesprochenen Einwände nicht nur gegen Studien zu erheben sind, die einen Zusammenhang gefunden haben, sondern auch gegen solche, die keinen Zusammenhang gefunden haben. (vgl. S.111)

Jetzt sei noch auf die Frage nach der Qualifikation von Pflegekräften eingegangen, die für Intensivstationen in den verschiedenen Ländern gefordert werden. In den anglo-amerikanischen Staaten beschreiben die Autoren „registered nurses (RN) mit einer drei- bis vierjährigen beruflichen Ausbildung oder mit einer hochschulischen Erstausbildung und mindestens einem Bachelorabschluss“. Registered Nurses in Australien haben eine dreijährige hochschulische Erstausbildung und einen Bachelorabschluss und „Enrolled Nurses“ (EN) eine zweijährige Krankenpflegeausbildung. (vgl. S.114). Eine Vergleichbarkeit zu Ausbildungen in Deutschland ist schwierig³⁸.

³⁸ Anm. d. Verf.

„Für besonders anspruchsvolle Versorgungsbereiche wie Intensivstationen oder Notaufnahmen wird eine Erfüllung der Vorgaben ausschließlich durch RNs³⁹ gefordert.“ (S.114)

Auch in dieser Studie wird klargestellt, dass die Vorgaben zur nurse-to-patient ratio nur ein Teil der Vorschriften sind. Ergänzend muss der individuelle Pflegebedarf des Patienten erhoben werden, um die nurse-to-patient ratios, die nur eine Mindestbesetzung festlegen, darüber hinausgehend in geeigneter Weise zu ergänzen (S.117), womit die Frage nach den Assessment-Tools hinreichend beantwortet wäre.

5.2.2.5 Institut für Infrastruktur und Gesundheit (IGES)

Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung (Albrecht et al., 2018)

Das IGES Institut wurde vom GKV-SV und der DKG beauftragt, eine Studie mit dem „Ziel, auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten aus Wissenschaft und Praxis weitere Erkenntnisse zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern zu gewinnen.“ (S.6)

Auffällig war im Ergebnis dieser Studie und in Bezug auf die Beantwortung der Frage nach der Intensivstation als pflegesensitivem Bereich, dass die Pflegeexperten, wenn sie in einer offenen Frage pflegesensitive Bereiche nennen sollten, nur zu 46% den Bereich Intensivmedizin nannten. Wurden ihnen jedoch Bereiche vorgegeben, schätzten sie zu 93% die Intensivmedizin als pflegesensitiv ein. (vgl. S.34, Tabelle 9) Das führt in der Studie zu folgender Aussage: „Bei den Pflegeexpertinnen und -experten, die eine Rangliste der pflegesensitivsten Bereiche erstellt haben, war die Intensivmedizin am häufigsten auf Position 1, [...].“ (S.37) Zur Begründung wird ausgeführt:

„Die Intensivmedizin wurde insbesondere als pflegesensitiv eingestuft, da hier unerwünschte Ereignisse im Vergleich zu anderen Bereichen oftmals lebensbedrohliche Komplikationen nach sich ziehen bzw. letal sind.“ (S.39)

Konkrete Zahlen zum Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Patienten werden nicht genannt. Folgende Einschätzung gibt einen Hinweis zur aktuellen Personalsituation.

„Knapp zwei Drittel der befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen waren mit der Personalsituation in ihrem Zuständigkeitsbereich unzufrieden oder sehr unzufrieden [...]. Dies wurde mehrheitlich

³⁹ Gelegentlich wird der Plural durch an angehängtes „s“ gekennzeichnet.

mit dem Pflegefachkräftemangel begründet. So sei es schwierig, offene Stellen zu besetzen, was zu einer hohen Belastung der angestellten Pflegefachkräfte führe [...].“ (S.15)

Die Frage nach der Patientensicherheit bezogen auf die Personalbesetzung wird nur indirekt mit der Aussage beantwortet, dass eine Definition von Pflegesensitivität als personalzahlassoziiertes Risiko für Pflegekomplikationen keine isolierte Betrachtung einzelner Bereiche zulässt. Im gleichen Absatz erfolgt auch ein Hinweis auf die ergänzende Betrachtung eines patientenzentrierten Ansatzes zum risikoadjustierten Personaleinsatz. (vgl. S.17)

5.2.2.6 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (KPMG AG)

Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegebelastung“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Friedrich et al., 2018)

Diese Studie hatte zum Ziel, krankenhausbefugte Informationen empirisch auszuwerten, um die aktuelle Pflegepersonalbesetzung in sechs pflegesensitiven Bereichen, u.a. der Intensivmedizin darzustellen. Empfehlungen zu konkreten Pflegepersonaluntergrenzen sind nicht im Auftrag formuliert. (vgl. S.1)

Die Autoren der Studie definierten 139 „Studienhäuser“, die den deutschen Krankenhausmarkt „größtenteils repräsentativ“ abbilden. (vgl. S.1)

Die Frage nach der Intensivstation als pflegesensitivem Bereich wird in dieser Studie weder gestellt noch beantwortet. Eine Aussage zum Zusammenhang zwischen Qualität bzw. Patientensicherheit und Pflegepersonalbesetzung wird klar verweigert.

„Aus diesen Gründen lässt die Studie keine Rückschlüsse des quantitativen Einsatzes von Pflegepersonal auf die qualitative Versorgung beziehungsweise den Behandlungserfolg in deutschen Krankenhäusern zu.“ (S.20)

Klar im Fokus der Studie stand die Ermittlung von Verhältniszahlen von Pflegepersonal zu Patienten bzw. zum Pflegeaufwand.

„Die derzeitige Pflegepersonalbesetzung wurde im Verhältnis zur Anzahl der zu versorgenden Patienten sowie im Verhältnis zum risikoadjustierten Pflegeaufwand gemäß InEK-Pflegebelastungskatalog schichtgenau für fest definierte Wochen des Jahres 2016 evaluiert.“ (S.3)

Durch eine Auswertung nach Schweregradklassen wurden für den Bereich Intensivmedizin durchgängig signifikante Grenzwerte ermittelt. (vgl. S.2)

Eine Datengrundlage für die Intensivstation waren die Fachabteilungsschlüssel, die mit „Intensivmedizin“ bezeichnet sind. Eine weitere Datenquelle waren die § 21 Datensätze für das Jahr 2016 und der Pflegelastkatalog des InEK. Welche Parameter aus den Datensätzen verwendet wurden, wird nicht weiter ausgeführt. (vgl. S.4f.)

Die Ergebnisse für die Intensivmedizin werden im Folgenden zur besseren Übersichtlichkeit tabellarisch dargestellt. Betrachtet wird lediglich das untere Quartil.

Tabelle 7: Besetzung Intensivstationen nach KPMG (eigene Darstellung)

Tag / Schicht	Anteil Pflegehilfskräfte (PHK) in Prozent	Verhältnis Pflegekraft (examiniert + PHK) zu Patient hoher Schweregrad	Verhältnis Pflegekraft (examiniert + PHK) zu Patient niedriger Schweregrad	Verhältnis Pflegekraft (examiniert + PHK) zu Patient Ohne Schweregrad-differenzierung
Wochentag/ Früh	8,7	1 : 1,7	1 : 1,8	1 : 1,9
Wochentag/ Spät	7,1	1 : 2,1	1 : 2,1	
Wochentag/ Nacht	5,6	1 : 2,7	1 : 3	1 : 2,9
Wochenende/ Früh	7,4	1 : 1,9	1 : 1,9	1 : 2
Wochenende/ Spät	6,4	1 : 2,3	1 : 2,4	
Wochenende/ Nacht	6,8	1 : 2,6	1 : 3,2	1 : 3
(vgl. Friedrich et al., 2018)	Abb. 7,8 S.24	Tabelle 7 S.29	Tabelle 7 S.29	Tabelle 16 S.39

(Quelle: Friedrich et al., 2018, s. letzte Tabellenzeile)

Die Abweichungen in der Auswertung unter Einbezug der Pflegehilfskräfte in die Zahlen führte in der Gruppe mit hohem Schweregrad zu keinen oder nur sehr geringen Veränderungen. Abweichungen bis zu 1:0,5 (Frühdienst Wochenende) waren in der Gruppe mit niedrigem Schweregrad zu beobachten. (vgl. S.29)

Die Qualifikationen des Pflegepersonals wurden differenziert untersucht und sind bzgl. der Intensivstationen in obige Tabelle eingeflossen, wobei nur zwischen examinierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften unterschieden wurde. Die Daten dazu stammten aus den Dienstplänen. Examinierte Pflegekräfte sind dreijährig examiniert, Pflegehilfskräfte sind Krankenpflegehilfe/Pflegeassistenten

sowie sonstige nicht-examinierte Pflegekräfte (beispielsweise Altenpflegehilfe/-assistenten. (vgl. S.6) Für zusätzliche Qualifikationen (beispielsweise im Bereich der Intensivmedizin), die aufgrund des von den Auftraggebern vorgegebenen Qualifikationssystems nicht gesondert berücksichtigt wurden, wird aber betont, dass diese Personen mit ihrer besonderen Expertise einen wesentlichen qualitativen Unterschied in der Pflege ausmachen können. (vgl. S.6) Mit dieser Betonung gehen die Autoren der Studie also über ihren Auftrag hinaus und geben einen Anreiz zu einer differenzierteren Betrachtung der Qualifikationen in Intensivabteilungen, um die Wichtigkeit zu unterstreichen.

5.2.2.7 Karagiannidis et al.

Auswirkungen des Pflegepersonalmangels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland (Karagiannidis et al., 2018)

Einleitend verweisen die Autoren auf die Empfehlungen der DIVI und die Besetzungen, die der Krankenhausplan NRW für Intensivstationen vorgeben. Außerdem nennen sie Studien, die einen Zusammenhang zwischen eingeschränkter Personalbesetzung bzw. zwischen Verbesserung des Überlebens und einer besseren Qualifikation des Pflegepersonals belegen. (vgl. S.1f.)

Eigentlicher Untersuchungsgegenstand ist aber die Tatsache, dass aktuell in Deutschland nur wenige flächendeckende Daten zur pflegerischen Personalbesetzung und einer damit einhergehenden Sperrung von Intensivbetten existieren. Deshalb erhebt die Studie im Rahmen einer Umfrage, an der sich 442 Weiterbildungsbefugte für die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin beteiligten, systematisch Bettensperrungen auf Intensivstationen aller Fachdisziplinen in Deutschland und analysiert die Gründe dafür. (vgl. S.3) Diese Betrachtungsweise ist für die Forschungsfragen dieser Arbeit von nachrangiger Bedeutung. Interessant ist jedoch, dass Zahlen zur aktuellen Personalbesetzung auf Intensivstationen erhoben werden. Die Autoren sprechen davon, dass das von der DIVI empfohlene Pflege-Patientenverhältnis nur in 50% der Fälle erreicht wird und dass es im Spät- und Nachtdienst regelmäßig zu 1:3 Situationen kommt. (S.4) Während die DIVI sich auf eine nurse-to-bed ratio bezieht, scheint es sich beim Pflege-Patientenverhältnis um eine nurse-to-patient ratio zu handeln. Dieses Verhältnis ist in der folgenden Tabelle veranschaulicht, die bundesweite Durchschnittszahlen zeigt.

Tabelle 8: Pflegeschlüssel Intensivstationen nach Karagiannidis et al.
(eigene Darstellung)

Pflegeschlüssel Frühdienst	Pflegeschlüssel Spätdienst	Pflegeschlüssel Nachtdienst
1:2,5	1:2,6	1:3,1

(Quelle: vgl. Karagiannidis et al., 2018, S.5)

Die Studie kommt zu dem Fazit, dass Bettensperrungen, hauptsächlich bedingt durch den Pflegemangel, auf deutschen Intensivstationen alltägliche Realität geworden sind, (vgl. S.6) nachdem zuvor erläutert wurde, dass dies in 44 % der Fall war. (vgl. S.4)

5.2.2.8 Pflege-Thermometer 2012

Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus (Isfort & Weidner, 2012)⁴⁰

In dieser Studie wurden Fragen an Führungskräfte deutscher Intensivstationen gerichtet, in deren Spektrum auch die Fragen dieser Arbeit liegen.

Der Begriff pflegesensitiver Bereich wird in dieser Untersuchung nicht verwendet. Er wurde erst mit der Arbeit von Schreyögg & Milstein in den Sprachgebrauch aufgenommen. Allerdings operiert diese Befragungsstudie mit dem Begriff pflegesensitive Indikatoren und auch der Zusammenhang von Pflegekapazität und Patientensicherheit wird hergestellt. Es wird die Empfehlung ausgesprochen, dass dieser auch in der Pflege- und Gesundheitspolitik zu einer neuen Diskussion über die Wege einer qualitätsorientierten Versorgung führen sollte. Dieser Empfehlung folgt die Feststellung, dass bislang der Erhebung von pflegesensitiven Indikatoren nicht diejenige Bedeutung zugemessen wird, die ihnen in vernünftiger Weise zukommen müsste. (vgl. S.81)

Auf die Patientensicherheit wird an verschiedenen Stellen der Studie verwiesen. So wird mit Bezug auf die deutliche bessere Personalbesetzung im Frühdienst (vgl. S.42) darauf hingewiesen, dass gerade in den Zeiten, in denen nicht das „Kerngeschäft“ auf der Station stattfindet, deutlich schlechtere Betreuungsrelationen vorzufinden sind, gleichwohl sich die Betreuungsintensität der einzelnen Patienten oder deren Erkrankungsschwere nicht nachhaltig ändert. Dies wird

⁴⁰ Die Analyse der Quelle an dieser Stelle der Arbeit durchbricht die bisherige Chronologie, da im Anschluss eine weitere Quelle von Isfort untersucht wird.

jedoch hinsichtlich der potenziellen Patientenrisiken von Pflegefachkräften als zunehmende Problematik identifiziert. (vgl. S.43) Das führt im Resultat dazu, dass die Frage, ob die Schichtbesetzungen prinzipiell eine sichere Patientenbehandlung ermöglichen, nur von ca. jeder fünften Leitung der Intensivstationen (21,5%) positiv beantwortet wird. (vgl. S.65) Auch hier folgt in der Studie die Empfehlung, dass insbesondere die Stärken und Zusammensetzungen der eingesetzten Schichten (Früh-, Spät-, Nachtschichten) im Lichte der Erkenntnisse dieser Studie neu diskutiert und weiterentwickelt werden sollten. (vgl. S. 80)

Das Pflege-Thermometer 2012 zeigt auf, dass zentrale Aspekte und Kriterien der Patientensicherheit im Intensivpflegebereich zukünftig einem systematischen Monitoring unterzogen werden sollten und führt weiter aus, dass ein solches Monitoring optimaler Weise mit modernen Verfahren der Personalbemessung verbunden werden könnte. Auf der Basis von daraus ableitbaren, qualitätsbezogenen Kennzahlen können die Aspekte des Skillmix – also die Stärke und Zusammensetzung des Fachpersonals – besser entwickelt und gesteuert werden, als dies heute der Fall ist. (vgl. S.81) An dieser Stelle werden in der Studie die drei Elemente Patientensicherheit, Personalbemessung und Personalqualifikation miteinander verknüpft.

„In der Stichprobe liegt die Grundausrüstung mit Pflegepersonal im Durchschnitt bei 2,1 Vollzeitstellen pro Patientenbett.“ (S.6) Die Aussage ist im Zusammenhang mit der hier vorliegenden Arbeit zunächst etwas irreführend. Sie bezieht sie sich auf eine Berechnung in Vollzeitstellen im Stellenplan pro aufgestelltem Patientenbett (vgl. S.37) und nicht auf die bisher verwendeten nurse-to-bed oder nurse-to-patient ratios - also eine Personalbesetzung pro Patient oder Bett pro Schicht.

Im Weiteren werden aber auch Zahlen zur nurse-to-patient ratio genannt. „Die Leitungskräfte der 535 befragten Intensivstationen geben an, dass überwiegend zwei beatmete Patienten oder drei nicht beatmete Patienten von einer Pflegefachkraft betreut werden.“ (S.41)

Die Studie geht später so weit, auch hier eine Empfehlung auszusprechen, die wieder die Frage nach der Patientensicherheit mit der Personalbemessung verknüpft.

„Die leitenden Fachkräfte sind aber für die Einhaltung fachlicher Standards und die Gewährung einer sicheren Versorgung der Patienten verantwortlich. Ihnen sollten daher zukünftig Verfahren, Methoden und Instrumente an die

Hand gegeben werden, mit denen sie in Verbindung mit ihren beruflichen Erfahrungen angemessen und gut begründet maßgeblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Personalbemessung und -verteilung nehmen können.“ (S.81)

Zur Qualifikation im Sinne einer Fachweiterbildung wurden in dieser Studie keine Fragen gestellt. Lediglich über die Qualifikation der Leitungen erfährt man, dass der Anteil derer deutlich überwiegt, die eine Fachweiterbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege sowie eine Weiterbildung zur Stationsleitung abgeschlossen haben (vgl. S.33). Im Empfehlungsteil wird dennoch gefordert, dass die Qualifikation und Kompetenzentwicklung von Intensivpflegekräften in Zukunft nicht dem Zufall überlassen werden darf, sondern systematisch und nachhaltig entwickelt werden muss (vgl. S.83). An dieser Stelle erfolgt nachdrücklich der Hinweis auf eine akademische Qualifikation, die in anderen Ländern üblich ist.

Fragen nach Assessment-tools sucht man in der Studie vergebens. Aber unter der Frage nach systematischen Verfahren oder Instrumenten zur Personalberechnung kann interpretiert werden, dass hier Assessment-Instrumente gemeint sind, weil eines der beispielhaft aufgeführten Instrumente „LEP“ ist. Genutzt werden diese Tools aber nicht. Die Auswertung zeigt, dass der überwiegende Teil der Stationsleitungen keines der aufgeführten Instrumente identifizierte. Die meiste Zustimmung erfolgte zu dem Punkt „Es werden keine systematischen Verfahren/ Instrumente für die Berechnung eingesetzt.“ (S.55)

5.2.2.9 Isfort, Michael

Evaluation der Pflegebedingungen auf Intensivstationen, Ergebnisse einer Onlinebefragung von Intensivpflegenden, (Isfort, 2017)

Diese Befragung, an der sich über 2000 Intensivpflegekräfte beteiligten, stellte eine Frage, die in dieser Arbeit auch in ähnlicher Form formuliert ist, wie folgt:

„Im Früh-, Spät-, Nachtdienst ist immer eine ausreichende Anzahl examinierter Pflegenden anwesend, um eine sichere Patientenversorgung zu gewährleisten.“ (S.545)

Im Ergebnis zeigten „sich dabei deutliche Unterschiede bei den Stationen, in denen eine $\leq 1:2$ oder eine höhergradige Relation von $\geq 1:3$ besteht.“ (S.545) Unmittelbare Zusammenhänge zur konkreten Versorgungssituation verdeutlichte die Beantwortung der Frage, wie häufig aus Zeitmangel oder Arbeitsüberlas-

tung der Pflegenden in den letzten sieben Arbeitstagen Defizite in der pflegerischen Versorgung wahrgenommen wurden. (vgl. S.545) Im Ergebnis fiel auf, dass sich „richtungsstabil alle genannten Werte bei den Pflegenden, die in einer höhergradigen Versorgungsrelation ($\geq 1:3$) arbeiten, deutlich verschlechtern.“ (S.546) Folgend wird interpretiert, dass davon ausgegangen werden muss, dass Kernbereiche der pflegerischen Versorgung nur unzureichend realisiert werden können, wenn eine höhergradige Betreuungsrelation eintritt. Ebenso verhielten sich die Ergebniswerte auf die Frage nach kritischen Zwischenfällen. (vgl. S.546f.)

Die erwähnten Betreuungsrelationen stellt Isfort in einer Tabelle dar, die die Zeilenbeschriftung „eine Pflegekraft betreut x Patienten“, also als nurse-to-patient ratio⁴¹ trägt, differenziert durch die Spaltenbeschriftung Früh-, Spät-, Nachtdienst. (vgl. S. 546) Auszugsweise werden hier die häufigsten Nennungen dargestellt.

Tabelle 9: Betreuungsrelationen nach Isfort (eigene Darstellung)

Betreuungsrelation Frühdienst	Betreuungsrelation Spätdienst	Betreuungsrelation Nachtdienst
1:3	1:3	1:3

(Quelle: Isfort, 2017, S.546)

Erwähnenswert ist hier, dass die häufigste Nennung einer Betreuungsrelation von 1:3 im Nachtdienst mit 46,3% relativ dicht gefolgt ist von der zweithäufigsten 1:4 mit 35,2%. (vgl. S.546)

5.2.2.10 Weitere Ergebnisse aus der sekundären Quellenrecherche

In diesem Kapitel wird eine Auswahl von Studien anhand des abstracts kurz vorgestellt, die aufgrund ihrer Qualität, ihrer Präsenz in vielen Quellenangaben und ihren Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Pflegepersonalquantität bzw. -qualifikation und Versorgungsqualität in dieser Arbeit nicht unerwähnt bleiben dürfen. Die Basis, die diese Arbeiten schaffen, hat die Diskussion, die zur Entstehung der PpUGV führte, maßgeblich beeinflusst und wird auch zur Argumentation der verschiedenen Interessensgruppen verwendet.

⁴¹ Anm. d. Verf.

5.2.2.10.1 Aiken et al., 2014

Die retrospektive Observationsstudie in neun europäischen Ländern, veröffentlicht 2014 in „The Lancet“, untersuchte den Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung, der Qualifikation dieses Personals und der 30-Tage-Patientenmortalität. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass eine Erhöhung der Arbeitsbelastung einer Pflegekraft um einen Patienten die Wahrscheinlichkeit um 7% - 10% erhöht, dass ein stationärer Patient innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme stirbt. Diese Wahrscheinlichkeit sank um 7%, wenn die Pflegekräfte mit einem Bachelorabschluss qualifiziert waren. Der Zusammenhang wird durch die Aussage verdeutlicht, dass Patienten in Krankenhäusern, in denen 60% der Pflegekräfte einen Bachelor-Abschluss hatten und die Pflegekräfte durchschnittlich sechs Patienten versorgten, eine fast 30% niedrigere Mortalität aufwiesen als Patienten in Krankenhäusern, in denen nur 30% der Krankenschwestern einen Bachelor-Abschluss besaßen und durchschnittlich acht Patienten betreut wurden.

5.2.2.10.2 Kelly et al., 2014

Im „Critical Care Medicine“ erschien 2014 eine Querschnittsstudie, die mittels einer robusten Literaturrecherche die 30-Tage-Mortalität von beatmeten Patienten in Abhängigkeit zur Qualifikation und zu Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals untersuchte. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Patienten in Krankenhäusern mit besseren Arbeitsbedingungen und einem höheren Anteil von Pflegekräften mit einem Bachelor-Abschluss eine deutlich geringere Mortalität aufwiesen. Konkret wird berechnet, dass je 10% höherem Anteil an Pflegekräften mit Bachelor-Abschluss die 30-Tage-Patientenmortalität um 2% sinkt.

5.2.2.10.3 Aiken et al., 2017

Im „British Medical Journal“ (BMJ) wurde 2017 eine Querschnittsstudie veröffentlicht, die die Parameter Patientensterblichkeit, Bewertung der Pflege von Patienten, Pflegequalität, Patientensicherheit, unerwünschte Ereignisse und Burnout des Pflegepersonals sowie Unzufriedenheit am Arbeitsplatz in Zusammenhang brachte. Die Autoren kommen zu der Erkenntnis, dass ein höherer Anteil von qualifiziertem Personal sich positiv auf die untersuchten Parameter auswirkt. Beispielhaft sei hier genannt, dass beim Ersatz einer Pflegefachkraft

je 25 Patienten durch einen Pflegeassistenten die Wahrscheinlichkeit einer Mortalität um 21% steigt.

5.2.2.10.4 Griffith et al., 2018

Eine weitere retrospektive Observationsstudie, veröffentlicht 2018 im BMJ, untersuchte den Zusammenhang zwischen den Patientenergebnissen und der täglichen Variation von registered nurses (RN) und Pflegeassistenten anhand der Patientenmortalität. Die Autoren kamen zu dem Fazit, dass ein geringerer Personaleinsatz der RN, der mit einem erhöhten Einsatz von Pflegeassistenten kompensiert wird, mit einer erhöhten Mortalität verbunden ist.

5.2.2.11 Ergebnisse der Studien aus der Datenbankrecherche 2016 bis 2019

Zusammenfassend lässt sich zu den Ergebnissen der Datenbankrecherche sagen, dass diese alle bisherigen Aussagen bestätigen und insofern auch die aktuelle Studienlage die Aussagen der vorgenannten Übersichtsstudien belegten. Zwei Studien weisen Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalbesetzung und unerwünschten Ereignissen wie Extubation (vgl. Danielis et al., 2018), Phlebitiden und beatmungsassoziierter Pneumonie (vgl. Nogueira et al., 2017) nach.

Eine koreanische Studie beschreibt im abstract einen Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalbesetzung auf kardiologischen Intensivstationen und der 30-Tages-Mortalität. (vgl. Kim, 2018) Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie, die in einer multivariablen Analyse eine signifikante Verbindung zwischen der Anzahl der Pflegekräfte mit einer Verringerung der 30-Tage-Mortalität fand. (vgl. Morita et al., 2017)

Organisationsbedingte Faktoren auf der Intensivstation, wie eine geringe nurse-to-patient ratio, können zum Teil die Erhöhung der Mortalität bei Patienten erklären, die an Wochenenden in die Intensivstation eingeliefert werden. Dies ist das Fazit einer brasilianischen Studie. (vgl. Zampieri et al., 2018)

Eine prospektive sieben Jahres-Studie resümiert, dass die Begrenzung von Schwankungen in der bed-to-nurse ratio schwerwiegende unerwünschte Ereignisse bei kritisch kranken Patienten vermindern können. (vgl. Faisy et al., 2016)

Bei der Recherche wurden aber auch hier Studien entdeckt, die keinen Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und unerwünschten Ereignissen herstellen konnten.

So kommt eine türkische Studie zu dem Schluss, dass „[...] a nurse-to-patient ratio of 1:4 (compared with a nurse-to-patient ratio of 1:2) were [is]⁴² independent predictors of mortality in infected patients.“ (Baykara et al., 2018)

Eine weitere Studie konnte ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen einer nächtlichen Intensivbesetzung und der Patientensterblichkeit auf der Intensivstation herstellen (vgl. Kerlin et al., 2017), wobei im abstract unklar bleibt, ob hier Pflegepersonal gemeint ist.

5.2.3 Empfehlungen und Stellungnahmen von Fachgesellschaften

5.2.3.1 DIVI

5.2.3.1.1 *Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen (Jorch et al., 2010)*

Die Empfehlung kommt bezüglich der Patientensicherheit und der Qualität in der Patientenversorgung in Abhängigkeit zur Anzahl des Pflegepersonals zu der Aussage, dass das Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten mit der Sterblichkeit korreliert. (vgl. S.14). Auf der folgenden Seite wird klargestellt, dass der Beitrag der Pflege nicht nur die pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne und die Assistenz bei medizinischen Maßnahmen betrifft, sondern auch einen ganz entscheidenden Sicherheitsaspekt hat. (vgl. S.15) Es folgen durch Studien belegte Einschätzungen im Fließtext, die dann folgendermaßen konzentriert werden:

„Zusammengefasst konnte eine Vermeidung bzw. Reduktion folgender Komplikationen durch eine bessere Relation von Pflege-zu-Patient aufgezeigt werden: Medikationsfehler, beatmungs-assoziierte nosokomiale Pneumonie, respiratorische Komplikationen, ungeplante Extubationen, Reintubationen, katheter-assoziierte Sepsis, Harnwegsinfekte, kardiale Komplikationen, Dekubitalgeschwüre, kritische Zwischenfälle“⁴³ (S.16)

Nachfolgend wird der Bogen von der Patientensicherheit zur Qualität geschlossen.

⁴² Grammatikkorrektur des Verfassers wegen vorheriger Aufzählung im Original.

⁴³ Im Original erfolgt die Aufzählung mit Spiegelstrichen.

„Alle diese Parameter sind Indikatoren für die Qualität von Intensivtherapiestationen [...]. Die ausreichende personelle Ausstattung einer Intensivstation mit Pflegepersonal ist ein wesentlicher Garant für eine gute Qualität und [...] die Patientensicherheit [...].“ (S.16)

Neben der Patientensicherheit bzw. der Qualität korreliert die Pflegepersonalbesetzung „mit der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und der Rate an Burn-out [...].“ (vgl. S.14)

In dieser Empfehlung beschäftigt sich die DIVI u.a. intensiv mit der Pflegeausstattung von Intensivstationen. Nach einer systematischen Suchstrategie und Literaturanalyse werden Empfehlungen mit unterschiedlicher Stärke abgegeben.

Tabelle 10: Empfehlungen und Empfehlungsgrad nach DIVI
(eigene Darstellung)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. [Also: nurse-to-bed ratio 1:2] ⁴⁴	Empfehlungsgrad 1A: Starke Empfehlung <ul style="list-style-type: none"> • Hochwertige Evidenz <ul style="list-style-type: none"> ○ hochwertige RCTs ○ sehr starke Daten aus Beobachtungsstudien ○ Gesetzeslage
Zusätzlich eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung	Empfehlungsgrad 1C: starke Empfehlung <ul style="list-style-type: none"> • Schwache Evidenz <ul style="list-style-type: none"> ○ Beobachtungsstudien ○ Fallserien ○ Expertenmeinung
Bei speziellen Situationen (z.B. schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren), einem hohen Anteil (>60%) an Patienten mit Organersatzverfahren (z.B. Beatmung, Nierenersatzverfahren) oder zusätzlichen Aufgaben (z.B. Stellung des Reanimationsteam für das Krankenhaus, Begleitung der Transporte der Intensivpatienten) soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden.	Empfehlungsgrad 1C: s.o.

(Quelle: Jorch et al., 2010, vgl. S. 14)

Die Autoren geben keine Erklärung ab, warum sie Empfehlungen zu einer nurse-to-bed ratio abgeben, obwohl sie zuvor von einem Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten, also einer nurse-to-patient ratio sprechen.

⁴⁴ Anm. d. Verf.

Zur Qualifikation des Intensivpflegepersonals empfiehlt die DIVI: „Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30% des Pflorgeteams der Intensivtherapieeinheit betragen. (Empfehlungsgrad 1C)“ (vgl. S.14)

Ohne dass Assessment-tools gefordert werden, stellt auch die DIVI fest, dass die Personalbesetzung sich am Pflegeaufwand des Patienten orientieren muss, der beispielhaft in den speziellen Situationen beschrieben wird. (vgl. S.14)

5.2.3.1.2 Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (DIVI, 2018)

Die Stellungnahme der DIVI zum Referentenentwurf wird an dieser Stelle der Arbeit eingefügt, um einen direkten Bezug zur zuvor analysierten *Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen* herzustellen.

Folgende Schwerpunkte wurden aus der Stellungnahme herausgearbeitet. Pflegesensitive Bereiche gibt es auch im Sinne des Gutachtens⁴⁵ nicht wirklich, sondern nur Patienten, die aus zahlreichen Gründen einer besonderen Aufmerksamkeit und Unterstützung insbesondere der Pflegenden bedürfen. (vgl. S.2) Weiter unten wird ergänzt, dass die Definition eines pflegesensitiven Patienten wichtiger ist als der Versuch, pflegesensitive Bereiche zu definieren (vgl. S.6) Ansonsten besteht die Gefahr, dass eine zu niedrig bemessene Personalausstattung Patienten mit hohem und höchstem Pflegebedarf und -aufwand nicht gerecht wird, was u.a. zu einer erhöhten Rate von unerwünschten Ereignissen und einer Kompromittierung der Patientensicherheit führt. (vgl. S.1)

Das erwähnte Gutachten schließt die Intensivabteilung(en) von der Auswertung aus und steht damit als begründende Unterlage für die Verordnungstexte zur Intensivstation nicht zur Verfügung. (vgl. S.3)

Besonders deutlich kritisiert die Stellungnahme, dass es signifikante Unterschiede hinsichtlich der notwendigen Personaluntergrenzen nach § 5 zwischen Tag- und Nachtschicht gibt. Sofort wird klargestellt, dass die Signifikanz der Unterschiede bzw. die Evidenz, dass es solche Unterschiede gibt, für die Inten-

⁴⁵ Gemeint ist Schreyögg & Milstein, 2016. (Anm. d. Verf.)

sivmedizin nicht vorhanden ist. (vgl. S.7) Dann wird der Bogen zur Realität geschlagen:

„Was es gibt, ist die Evidenz, dass in manchen Kliniken die Nachtschicht auf Intensivstationen pflegerisch anders besetzt ist als die Tagschichten, was im Übrigen den auf S.35 des Entwurfs erwähnten Empfehlungen unserer Fachgesellschaft [...] widerspricht.“ (S.7)

Dieser Punkt wird im Folgenden noch weiter kritisiert, wenn zu den Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Patienten auf der Intensivstation in der Stellungnahme festgestellt wird, dass die Anhaltzahlen für die Pflegekräfte in der Tagschicht der Vorgabe der Fachgesellschaft entsprechen, in der Nachtschicht jedoch nicht. (vgl. S.9)

Die Kritik gipfelt in folgenden Aussagen:

„Die mit den genannten methodischen Mängeln festgelegten Personaluntergrenzen sind arbiträr und entsprechen im Einzelfall nicht den Forderungen der Fachgesellschaften.“ (S.9)

„Gänzlich an der Praxis vorbei gehen die Prozentregelungen für die Pflegehilfskräfte.“ (S.10)

Für eine praxisnahe Definition von Pflegesensitivität und für evaluierte Messinstrumente, mit denen der Pflegeaufwand ermittelt werden kann, fehlt es an einer soliden Datengrundlage. (vgl. S.1f.) Die Übertragung dieser Pflegeaufwandsermittlung an das InEK stellt der Text in Frage und spricht sogar davon, dass damit suggeriert wird, dass mit dem InEK-Katalog der Pflegeaufwand detailliert und fachabteilungsbezogen ermittelt werden kann. Die Autoren stellen aber klar, dass dies für die Intensivmedizin bzw. Intensivstationen nur zu einem möglicherweise geringen, in jedem Fall jedoch nicht klar quantifizierbaren Teil zutrifft. (vgl. S.8)

5.2.3.2 Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V (DGF)

Empfehlung zur qualitativen und quantitativen Pflegepersonalbesetzung von Intensivstationen (Weidlich et al.⁴⁶)

In der Empfehlung der DGF wird die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalbesetzung und der Patientensicherheit durch eine Zu-

⁴⁶ Der Artikel wird auf der Internetseite der DGF zur Verfügung gestellt. Ein Datum ist nicht angegeben. Die Forderungen sind identisch mit der „Berliner Erklärung“ der DGF aus dem Jahr 2007. (vgl. Notz, 2007) Dieser Artikel greift aber Studien bis 2014 auf.

sammenfassung verschiedener Studienergebnisse von 1998 bis 2014 beantwortet. Dabei wird eine Studie, die auch in dieser Arbeit unter 5.2.2.10.1 kurz dargestellt wird, herausgegriffen und der Zusammenhang zu einer höheren Qualifikation hergestellt.

„Aiken et al konnten in einer Studie von 2014 deutlich diesen Effekt zeigen, dass das Risiko von Komplikationen steigt, wenn weniger qualifiziertes Personal vor Ort anwesend ist. Auf deutschen Intensivstationen finden wir immer weniger Personal und dies ist zu einem immer höheren Anteil nicht fachweitergebildet. Damit steigt das Risiko vermeidbarer Komplikationen für Patienten auf den Intensivstationen deutlich.“

„Im Sinne einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung fordert die DGF von daher eine Quote von 70% Fachpflegepersonal mit einer 2-jährigen Weiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie auf den Intensivstationen“ und beantwortet damit die Frage nach der Qualifikation des Pflegepersonals.

Zusammenfassend stellt die DGF folgende Personalforderungen:

- pro Schicht mindestens eine Pflegende für zwei Patienten
- für Patienten mit aufwendigen⁴⁷ organunterstützenden Interventionen wie Beatmung, Dialyse, Leber- und Herzersatzverfahren sowie Reanimation pro Patient eine zusätzliche Pflegende pro Schicht
- für Patienten mit hoch komplexen Versorgungsanforderungen eine zusätzliche Pflegende pro Schicht
- zusätzliche Stellen für Leitungs-, Schulungs- und administrative Aufgaben

5.2.3.3 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (DGP, 2018)

In dieser Stellungnahme beklagt die DGP, dass die festgelegten Personaluntergrenzen auf Intensivstationen auf einem Niveau liegen, das von Fachgesellschaften für eine qualitativ gute Versorgung gefordert wird. Die Autoren fordern, dass eine Untergrenze niedriger liegen muss und nicht das Optimum widerspiegeln kann. Daher kommen sie zu dem Schluss, dass die Untergrenze zu

⁴⁷ veraltete Schreibweise im Original

hoch angesetzt ist. (vgl. S.3) Daraus spricht die vorher formulierte Sorge, dass der Referentenentwurf davon ausgeht, dass qualifizierte Pflegekräfte in ausreichendem Maße auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Das sei jedoch nicht der Fall, so dass die kurzfristige Einführung von Personaluntergrenzen zu einer unmittelbaren Reduktion von Intensivbetten und damit zu Versorgungsengpässen führen wird. (S.1f.)

Weiter unten wird in der Stellungnahme darauf Bezug genommen, dass nur auf examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte „gesetzt“ wird. In der Versorgungsrealität seien aber seit Jahren neue, hochqualifizierte und attraktive Berufsbilder wie z.B. Atemtherapeuten geschaffen worden, um die Versorgungsqualität weiter zu verbessern. Diese finden aber im Entwurf keine Berücksichtigung. (vgl. S.4)

Eine ablehnende Position nimmt die DGP auch bzgl. der Quote für Pflegehilfskräfte ein, die eine kritische Grenze schaffe. Als Beispiel wird berechnet, dass in der Nachtschicht an einem Wochenende 27 examinierte Kräfte arbeiten müssten, um eine Hilfskraft zählen zu können. Damit würden die kleinen Intensivstationen eindeutig benachteiligt, da sie diese Zahlen nicht aufbieten können. (vgl. S.3)

5.2.3.4 Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) zum Referentenentwurf des BMG zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 (DGIIN, 2018)

Die DGIIN kommt zu dem Schluss, dass eine Planung analog der DIVI-Empfehlung mit dem Verhältnis Intensivbett / Pflegekraft in Anbetracht der vielen Notfälle in der Intensivmedizin angemessener ist als das Verhältnis aus dem Referentenentwurf, der Patienten / Pflegekraft zu Grunde legt. (vgl. S3)

Ausdrücklich setzt sich die DGIIN für eine Verbesserung der Gehälter im Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein. Eine Akademisierung der Pflegenden, allerdings mit dem Ziel, diese in der Patientenversorgung zu halten, wird befürwortet. (vgl. S.1)

Ungeeignet befinden die Autoren zur Ermittlung des Pflegeaufwandes den im intensivmedizinischen Komplexcode bisher verwendeten TISS 10. (vgl. S.3)

5.2.3.5 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen (DGAI & BDA, 2018)

Die DGAI und der BDA sehen in der geplanten Verordnung die Gefahr, dass es aufgrund des Pflege- und Fachpflegekräftemangels bei einer übergangslosen Umsetzung im Bereich der Intensivmedizin zur Schließung von Betten und damit sogar zu einer Verschlechterung der klinischen Versorgungssituation kommt. Zur Erhöhung der Patientensicherheit und Verbesserung der Arbeitssituation für Pflegekräfte schlagen die Verbände folgende Maßnahmen vor, damit das Ziel einer adäquaten Patientenversorgung und Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege erreicht werden kann:

1. Eine verbesserte Vergütung von Pflegekräften
2. Initiierung einer Ausbildungsinitiative
3. Entwicklung eines aussagekräftigen und alltagstauglichen Pflegepersonalbemessungsinstruments zur Feststellung des Pflegebedarfs im Sinne einer Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl

Für die Untergrenzen gibt es aus Sicht von DGAI und BDA insbesondere im Bereich der Intensivmedizin derzeit keine wissenschaftlich gesicherten einheitlichen Zahlen im Sinne von Pflegekraft-zu-Patient-Verhältnis. Die vorhandene Evidenz aus anderen Gesundheitssystemen sind keine evidenz-basierte Grundlage für Deutschland. (vgl. S.1)

5.2.4 Interessenvertreter

5.2.4.1 GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V - Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) an das Bundesministerium für Gesundheit (GKV-SV & DKG, 2018)

Einleitend weisen die Selbstverwaltungspartner darauf hin, dass die Datengrundlage über die tatsächliche Pflegepersonalausstattung, den Pflegebedarf und die Pflegelast erst geschaffen werden muss, weil es zur deutschen Versor-

gungssituation keine Studien als Basis gibt. (vgl. S.3) Anschließend beschreiben sie das Vorgehen sowie die Verhandlungsrunden und weisen die Einbeziehung weiterer Organisationen gemäß § 137i SGB V, wie z.B. der ver.di, des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) und des deutschen Pflegerates e.V. (DPR) nach. (vgl. S.5-8)

Im nächsten Kapitel wird beschrieben, wie ausgehend von dem hche-Gutachten versucht wurde, pflegesensitive Bereiche zu identifizieren. Jedoch lieferten lediglich Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) bzw. einige Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und Diagnoseschlüssel sowie eine Auswertung des IQTIG Bestätigungen. Weder die Auswertung der Sterbehäufigkeit in der Differenzierung nachts und am Wochenende noch die Betrachtung von Critical Incident Reporting Systems (CIRS) lieferten eindeutige Ergebnisse. (vgl. S.9f.) Eine Expertenbefragung durch das IGES war zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Dennoch wird die Intensivmedizin, die zuvor keine Erwähnung gefunden hatte, unter pflegesensitive Fachbereiche erwähnt. (vgl. S.11)

Übereinstimmend entschieden die Selbstverwaltungspartner und die o.g. beteiligten Organisationen, dass der individuelle Pflegebedarf erfasst werden soll. (vgl. S.12) GKV-SV und DKG einigten sich darauf, das InEK mit der Ausarbeitung eines Ansatzes zur Pflegebedarfserfassung auf der Basis von Pflegeerlösanteilen zu beauftragen. Der approximierter patientenindividueller Pflegebedarf im InEK-Konzept wird als sogenannte „Pflegelast“ bezeichnet. (vgl. S.13) Der tatsächliche Pflegebedarf und die Pflegelast sollen in einem Gutachten ermittelt werden. (vgl. S.14) Anschließend wird festgestellt, dass das System entweder nach schweregradadjustierten Pflegepersonaluntergrenzen oder nach Pflegebedarf ausdifferenziert werden könnte. (vgl. S.14f.)

An keiner Stelle geht der Zwischenbericht auf eine differenziertere Betrachtung der Intensivmedizin ein oder begründet ihre Einstufung als pflegesensitiver Bereich. Es werden auch keine konkreten Verhältniszahlen von Pflegekraft zu Patient genannt oder Aussagen zur Qualifikation des Pflegepersonals gemacht.

5.2.4.2 Bundesärztekammer (BÄK)

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (BÄK, 2018)

Die BÄK hält die Begrenzung der Personaluntergrenzen auf sogenannte „pflegesensitive“ Bereiche nicht für sinnvoll, weil genügend und qualifiziertes Personal unabdingbare Voraussetzung für die Qualität in allen Bereichen im Krankenhaus ist. (vgl. S.4) Die Autoren befürchten zum Beispiel einen Ausbau von „Monitorstationen“ zu Lasten von Intensivstationen, da für erstere keine Personalvorgaben existieren. Damit sehen sie die Gefahr zu früher Verlegung von der Intensivstation sowie ein Verbleib von Intensivpatienten in Notaufnahmen. Diese Patientenverschiebungen stellen eine deutliche Gefahr für die Patientensicherheit dar. (vgl. S.4) Die Stellungnahme betont auch, dass im Hinblick auf die Einhaltung von Hygienestandards und die Vermeidung nosokomialer Infektionen eine ausreichende Personalausstattung unabdingbar ist. (vgl. S.7)

Kritisiert wird, dass auf den Intensivstationen von der empfohlenen 2:1⁴⁸ Besetzung abgewichen werden soll. (vgl. S.7)

Zur Anrechnung von Pflegehilfskräften stellt die BÄK Folgendes klar:

„Grundsätzlich kann es sinnvoll sein, Pflegehilfskräfte in Vorgaben für Personaluntergrenzen einzubeziehen, dann jedoch als eigene Personalgruppe und nach sauberer Abgrenzung der Tätigkeiten, die übernommen werden können. Krankenpflegehilfskräfte leisten einen relevanten Beitrag in der Patientenversorgung. Der Gesetzgeber sollte sich um eine Regelung bemühen, die eine Weiterqualifizierung von Pflegehilfskräften zu examinierten Krankenpflegekräften finanziell unterstützt.“ (S.8)

Auch die BÄK hält eine angemessene Personalbemessung, die sich an individuellen Versorgungsbedarfen bzw. einer Erfassung des konkreten Personalbedarfs orientiert, für sinnvoll. (vgl. S.3,6) Da das Konzept der „Pflegebelastung“ aber auf einem rein monetären Prinzip basiert, bei dem der Anteil der Pflegepersonalkosten an den einzelnen DRG-Fallpauschalen festgelegt wird, ist es für eine Abbildung des individuellen Pflegebedarfs eines Patienten nicht geeignet. (vgl. S.6)

⁴⁸ Gemeint ist eine Pflegekraft für zwei Patienten. (Anm. d. Verf.)

5.2.4.3 Spitzenverband gesetzliche Krankenversicherung (GKV-SV)

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.09.2018 zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (GKV-SV, 2018)

Den Ausschluss der Intensivmedizin in Satz 1 Nummer 2 hält der GKV-SV für nicht sachgerecht. Dadurch hätten Krankenhäuser, die keine Fachabteilung Intensivmedizin haben, aber Intensivstationen mit mindestens sechs Betten betreiben und damit am Stufensystem zur stationären Notfallversorgung teilnehmen, keinen pflegesensitiven Krankenhausbereich Intensivmedizin und müssten somit nicht die Pflegepersonaluntergrenzen einhalten. (vgl. S.9)

Die GKV-SV interpretiert die Aussagen folgendermaßen, die der Referentenentwurf zu Hilfskräften trifft: Eine Ausweitung auf gering qualifizierte Pflegekräfte, die einen Basiskurs von zum Beispiel 200 Stunden absolviert haben, sei somit zulässig. Dadurch droht nach Ansicht der Autoren eine Patientengefährdung in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen. (vgl. S.7) Die Definition von Pflegehilfskräften und die Darstellung der laut Begründung zugehörigen Berufsgruppen erscheinen deshalb nicht ausreichend. Deshalb fordern sie, dass zur Personalgruppe der Pflegehilfskräfte nur Pflegekräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung nach landesrechtlicher Regelung gehören. (vgl. S.6f.)

Dass die Grundlage für die Ermittlung des Pflegeaufwands der vom InEK entwickelte Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 bildet, wird erwähnt aber nicht weiter kommentiert. (vgl. S.10)

5.2.4.4 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (DKG, 2018)

In dieser Stellungnahme macht die DKG klar, dass eine Verbesserung der Patientensicherheit in der Intensivmedizin nicht durch die vorgesehenen Untergrenzen möglich ist. Diese Aussage wird damit begründet, dass sie flächendeckend nicht realisierbar sind und die Krankenhäuser zur Verknappung von Aufnahme-

kapazitäten für Notfälle und zur Verkürzung der intensivmedizinischen Versorgungsphase zwingen. (vgl. S.3)

Die DKG wiederholt auch die Kritik am Ergebnis der Datenlieferung⁴⁹, weil sie nicht ausreichend repräsentativ ist und die tatsächliche Personalausstattung in den Krankenhäusern, insbesondere im hochsensiblen Bereich der Intensivmedizin, „in keinster⁵⁰ Weise“ sachgerecht abbildet. Alle Pflegeexperten sind einhellig der Auffassung, dass eine Ausstattung von einer Pflegekraft für zwei Patienten auf Intensivstationen in der Tagesschicht von der Realität weit entfernt ist. (vgl. S.3f.)

Außerdem kritisieren die Autoren, dass der Anteil von Pflegehilfspersonal angesichts der arbeitsteiligen Teamarbeit in den Krankenhäusern zu niedrig eingeschätzt wird. (vgl. S.5) Zu den Pflegehilfskräften wird weiter beklagt, dass die Definition „nicht-examinierte Pflegekräfte“ missverständlich ist. Die in der Gesetzesbegründung genannten Krankenpflegehelfer, Pflegeassistenten und Altenpflegehelfer bzw. Altenpflegeassistenten schließen ebenfalls mit einem Examen ab. Die nicht-examinierten Pflegekräfte (DRK-Schwesternhelferinnen) sollen nicht zählen, was aus Sicht der DKG nicht sachgerecht ist, weil auch diese Pflegehilfskräfte einen nicht unerheblichen Beitrag in der Patientenversorgung leisten und entsprechend mit eingeplant sind. (vgl. S.6)

5.2.4.5 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit über die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (DbfK, 2018)

Der DBfK weist darauf hin, dass das Gutachten nichts daran geändert habe, dass es in Krankenhäusern keine bettenführenden Bereiche gibt, die nicht pflegesensitiv sind. (vgl. S.3) Eine angemessene Personalausstattung wird deutlich dazu beitragen, die überaus angespannte Arbeitssituation für die Beschäftigten zu entlasten und die Patientensicherheit zu erhöhen. (vgl. S.2) Die vorgesehene Verordnung wird aber aus Sicht des DBfK nicht zu einer höheren Patientensicherheit führen, da ein Personalbemessungsverfahren mit Bezug zum Pflegeaufwand fehlt, das für eine Verbesserung der Situation unverzichtbar ist. (vgl.

⁴⁹ Gemeint sind die Daten aus der KPMG-Studie, 2018. (Anm. d. Verf.)

⁵⁰ Grammatikalisch falsche Steigerungsform aus dem Original übernommen.

S.3) Langfristig muss also ein neutrales, wissenschaftlich und fachlich fundiertes analytisches Personalbemessungsverfahren multidisziplinär mit den zu beteiligenden Fachdisziplinen entwickelt und anschließend in die Prozesse der Leistungserbringung und Kostenerstattung eingebunden werden. Bedauert wird in diesem Zusammenhang, dass die Vorschläge der beteiligten Experten in der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ zur Novellierung einer analytischen Personalbemessung auf der Grundlage der Pflegebedarfe ignoriert wurden. (vgl. S.2) Die geplante Pflegelast-Kennzahl lasse aber keinen Rückschluss auf einen Pflegeaufwand zu. (vgl. S.3)

Die Stellungnahme fordert, dass die Definition von Pflegekräften präziser gefasst sein muss. Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung können auch Pflegefachpersonen mit Weiterbildungsqualifikationen und/oder akademischer Qualifikation sein. Pflegehilfskräfte als „nicht-examinierte Pflegekräfte“ ist zu unpräzise, weil sich nach der Begründung schließen lässt, dass Pflegehelferqualifikationen mit qualifiziertem Abschluss nach Landesrecht berücksichtigt werden, Auszubildende und geringere Qualifikationen als eine mindestens einjährige Ausbildung dagegen nicht. Für die Quoten von „Pflegehilfskräften“ fehlen stichhaltige und transparente pflegewissenschaftliche und pflegefachliche Herleitungen. (vgl. S.4f.) Eine Bewertung der ausgeführten Thematik erfolgt nicht.

5.2.4.6 Deutscher Pflegerat e.V.

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (DPR, 2018)

Ohne diese Aussage näher zu begründen, betont der DPR, dass die angegebenen Personaluntergrenzen für die Besetzung der Schichten im völligen Widerspruch zur Zielsetzung und den Erfordernissen professioneller Pflege in den ausgewählten pflegesensitiven Bereichen stehen und ein Gefährdungspotenzial in Bezug auf eine sichere Patientenversorgung darstellen. (vgl. S.6)

Für den DPR ist nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage die Verhältniszahlen der Pflegefachpersonen erarbeitet wurden. So ist z.B. eine Besetzung

im Nachtdienst im Intensivbereich von 3:1⁵¹ in Beziehung zum Tagesdienst von 2:1 nicht nachzuvollziehen. Diese Ansicht wird damit begründet, dass akute Krisen zu jeder Tageszeit stattfinden können. Daher müsse das „Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft“ analog der Besetzung im Tagesdienst auf 2:1 festgelegt werden. Als zusätzliche Argumente für diese Forderung werden die gleichbleibende Arbeitsbelastung, die durchgängige Reanimationsbereitschaft und die Diskrepanz zur Empfehlung der DIVI genannt. (vgl. S.4f)

Eine Berücksichtigung der Pflegeassistenten lehnt der DPR grundsätzlich ab. (vgl. S.2) Deshalb fordert der DPR, dass die Formulierung konkretisiert wird, indem Pflegehilfskräfte „als nicht dreijährig examinierte Pflegekräfte“ ausgewiesen werden. (vgl. S.4) „Für die angegebene Quote an „Pflegehilfskräften“ lässt sich keine pflegfachliche oder pflegewissenschaftliche Begründung erkennen.“ (S.5)

Zur Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsaufwandes äußert die Stellungnahme, dass es zwingend erforderlich ist, Aspekte des tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarfs der betroffenen Patienten mit einzubeziehen. (vgl. S.4)

5.2.4.7 Peer Köpf, Bernd Metzinger, Geschäftsführer DKG

Pflegepersonaluntergrenzen (Köpf & Metzinger, 2018)

Im November 2018 beziehen die Geschäftsführer der DKG in einem Artikel in der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ Stellung zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Sie fassen darin die Sachlage und die bisherigen Verhandlungen der DKG mit dem GKV-SV zusammen und gehen auch auf die mit dem BMG besprochenen Zwischenergebnisse ein. Ebenso zeigen Sie in einer Gegenüberstellung⁵² die Basis des Wirtschaftlichkeitsgebotes aus § 12 SGB V und PPUG aus dem § 137i SGB V.

⁵¹ Gemeint ist eine Pflegekraft für drei, bzw. später in diesem Absatz für zwei Patienten. (Anm. d. Verf.)

⁵² Die Abbildung ist zur besseren Visualisierung auf der Folgeseite dargestellt.

Abbildung 3: Gegenüberstellung SGB V § 12 & § 137i (eigene Darstellung in Anlehnung an Köpf & Metzinger, 2018, S.1001⁵³)

Wirtschaftlichkeitsgebot	Pflegepersonaluntergrenzen
<p>Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausreichend • zweckmäßig • wirtschaftlich • das Maß des Notwendigen nicht überschreitend 	<ul style="list-style-type: none"> • Baustein im System der qualitätsorientierten Krankenhausvergütung • Gewährleistung der Patientensicherheit in pflegesensitiven Bereichen • Verringerung von Patientengefährdungen
<ul style="list-style-type: none"> • Personalbedarf anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls 	<ul style="list-style-type: none"> • Zugewinn an Versorgungssicherheit • Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum • Nicht aber Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung

Zu diesem Vergleich wird resümiert, dass Pflegepersonaluntergrenzen im Gegensatz zum Wirtschaftlichkeitsgebot nicht die im Einzelfall angemessene Personalausstattung festlegen. Insofern sind die Untergrenzen als „rote Linie“ zu verstehen und eben nicht als Personalanzahlzahlen, die die Normpersonalausstattung regeln. (vgl. S.1001)

Zu den pflegesensitiven Bereichen werden die bereits bekannten Aussagen getroffen, die Qualifikation des Personals wird nicht betrachtet.

Dann gehen die Autoren auf die Gründe zur Nicht-Einigung ein. Sie stellen fest, dass die untere Quartilsgrenze, die nach dem KPMG-Gutachten festgelegt worden wäre, von den meisten Krankenhäusern auf Intensivstationen nicht eingehalten werden kann. Demzufolge zweifeln sie die Datenlage aus dem KPMG-Gutachten an und begründen diese Zweifel mit den unzureichenden Rückläufern aus den Kliniken. Da dem Vorschlag der DKG in einem sanktionsfreien Jahr eine bessere Datengrundlage durch das InEK zu schaffen, nicht gefolgt wurde, stieg die DKG aus den Verhandlungen aus. Somit kam es zur Ersatzvornahme durch das BMG. (vgl. S.1002,1004)

Auch die PpUGV erfährt eine Bewertung durch die Autoren. Zunächst wird klar gestellt, dass kein Versagen der Selbstverwaltung stattgefunden hat. Die Vor-

⁵³ Die Bitte des Verfassers an den Verlag, die Originalabbildung verwenden zu dürfen, wurde nicht beantwortet.

arbeit der Parteien sei vollumfänglich in die PpUGV eingeflossen. Grundsätzlich begrüßen sie, dass das BMG sich mit der PpUGV weg von den Idealvorstellungen der Fachgesellschaften und in Richtung der DKG bewegt haben. Kritisiert werden die zu eng gefassten Ausnahmetatbestände und dass die Arbeitsmarktsituation unberücksichtigt bleibt, obwohl sie in der Gesetzesbegründung ausdrücklich erwähnt wird.

Zur Patientensicherheit wird abschließend ausgeführt:

„Die Patientensicherheit steigt nicht durch die Abmeldung von Intensivbetten aufgrund mangelnder Pflegekräfte, und auch eine Verkürzung der Intensiv-Liegezeiten zur Optimierung des Verhältnisses von Patienten zu Pflegekräften ist der Patientensicherheit kaum zuträglich.“ (S. 1005)

5.2.5 Reaktionen von Kliniken auf die PpUGV

5.2.5.1 Krankenhäuser Dortmund und Lünen

Antrag auf Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung für den Bereich der Intensivmedizin in der kreisfreien Stadt Dortmund (Geschäftsführungen von: Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH et al., 2018)

In einem offenen Brief wenden sich fünf Kliniken in Dortmund und Lünen am 31.10.2018 nach der Veröffentlichung der PpUGV an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Nachdem die Geschäftsführungen in diesem Brief alle Möglichkeiten zur Schaffung einer besseren Besetzung im Pflegedienst grundsätzlich begrüßen, kritisieren sie die PPUG für die Intensivstationen. Hier werde die Versorgungswirklichkeit, oder an anderer Stelle, die Differenzierung nach dem tatsächlich benötigten Behandlungsaufwand, nicht berücksichtigt. Sie beklagen, dass mehr qualifiziertes Intensivpflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar ist und außerdem neben der Menge an Personal auch eine geforderte Quote an zweijährig fachweitergebildetem Personal eingehalten werden muss. Sie fordern, dass nach beatmeten und nicht beatmeten Patienten unterschieden wird und prognostizieren, dass statt einer für die betroffene Region geplanten Erhöhung, eine Reduzierung der Intensivbetten eintreten wird. Die Geschäftsführungen schließen mit dem Hinweis, dass sie sich damit in einer ethischen Zwickmühle befinden werden, wenn sie bei fehlender Kapazität Patienten abweisen müssen und somit unterlassene Hilfeleistung begehen oder sich eines Annahme- und Organisationsverschuldens durch die Aufnahme eines Patienten

schuldig machen. Deshalb fordern sie eine Aussetzung der PpUGV für die Intensivmedizin der Stadt Dortmund.

5.2.5.2 Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)

2019 droht Einschränkung von notwendigen Intensivbetten durch neue Pflegepersonaluntergrenzen (AKG, 2018)

Auf ihrer Internetseite warnt die AKG bei einer Umsetzung der PpUGV vor erheblichen Gefahren für schwerkranke Patienten. Um Mindestbesetzungstärken erreichen zu können, müssten Krankenhäuser benötigte Versorgungskapazitäten vom Netz nehmen. Im Anschluss an diese Warnung werden in dem Artikel die Maßnahmen zur Verbesserung der Personalstärken in der Pflege begrüßt. Nach einer internen Analyse der 18 Mitgliedshäuser überträgt die AKG die Ergebnisse auf die Intensivbetten in Deutschland und rechnet mit einer Einschränkung der Intensivbettenkapazität von 10 – 20 Prozent. Anschließend nimmt der Artikel Stellung zum zunehmenden Anteil von anderen Berufsgruppen, die die Pflege auf den Stationen unterstützen und beklagen, dass dieses Personal in den Plänen nicht berücksichtigt wird. Es folgt ein Absatz, der erläutert, warum der Versorgungsaufwand auf unterschiedlichen Intensivstationen variiert und über oder unter dem Ansatz der PpUGV liegen kann. Fraglich sei außerdem, ob die Versorgungsqualität ohne Berücksichtigung des Versorgungsaufwandes gesteigert werden kann. Um die Anforderungen zu erfüllen, reiche es nicht, Stellen in der Pflege zu schaffen, weil es die benötigten Fachkräfte nicht auf dem Arbeitsmarkt gäbe. Es folgt die Aussage „Um eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter anrechnungsfähig für die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung qualifizieren zu können, ist nicht nur eine dreijährige Krankenpflegeausbildung erforderlich, sondern zusätzlich eine zweijährige Fachweiterbildung in Intensivpflege.“

5.2.6 Expertenstatements

Die folgende Quelle verdient eine eigene Rubrik in der Kapitelfolge dieser Arbeit: *Vorüberlegungen zu einem System zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Pflegepersonaluntergrenzen* (Simon, 2017b)

Auf der Grundlage des damals vorliegenden § 137i SGB V und der Gesetzesbegründung formuliert Michael Simon seine Vorüberlegungen. Zunächst vermutet er, da im Gesetz nicht der Begriff „Fachabteilungen“ oder „Stationen“ verwendet wird, sondern „Bereiche“, dass dies als Hinweis darauf gedeutet werden könnte, dass die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nicht nur auf Stationen beschränkt werden soll. (vgl. S.8)

Anschließend analysiert er den verwendeten Begriff „evident“, der unterschiedlich interpretiert werden kann. Er geht davon aus, dass hier mit der Verwendung des Begriffes „evident“ ausdrücklich die deutsche Bedeutung „unmittelbar einleuchtend, offenkundig“ gemeint ist. Wäre die andere Bedeutung im Sinne von „wissenschaftlich bewiesen“ gemeint gewesen, hätte in das Gesetz statt „evident“ der Begriff „evidenzbasiert“ oder ein vergleichbarer Begriff aufgenommen werden müssen. (vgl. S.8)

Ebenfalls beleuchtet er den Begriff „pflegesensitive Ergebnisparameter“. Er konstatiert, dass dieser Begriff offensichtlich dem in der internationalen Diskussion gebräuchlichen Begriff der „nursing sensitive outcome indicators“ entlehnt ist. Dazu führt er Folgendes mit anschließender Kritik aus:

„Aus gutem Grund richtet die internationale Forschung ihr Augenmerk auf Indikatoren und nicht auf ‚Bereiche‘ im Sinne von Organisationsbereichen. Den Begriff ‚pflegesensitiv‘ auch auf Organisationsbereiche zu übertragen und »pflegesensitive Bereiche« identifizieren zu wollen, ist jedoch nicht überzeugend.“ (S.9)

Ein schwerwiegendes Problem sieht der Autor darin, dass in Deutschland gegenwärtig keine geeigneten Daten für die Identifizierung „pflegesensitiver Bereiche“ zur Verfügung stehen. (vgl. S.9) Eine Einschränkung auf besonders pflegesensitive Bereiche wäre zudem auch nicht durch § 137i SGB V gedeckt. Der Gesetzestext sieht eine Einschränkung auf besonders pflegesensitive Bereiche nicht vor, er verlangt Vorgaben für alle pflegesensitiven Bereiche. (vgl. S.10)

Anschließend stellt Simon die Fragen, über welche Qualifikation Pflegekräfte verfügen müssen, damit sie auf die vorgegebenen Pflegepersonaluntergrenzen

angerechnet werden dürfen und in welchem Zeitraum die Vorgaben eingehalten werden müssen. (vgl. S.11)

Die geforderte Qualifikation versucht der Autor aus der Gesetzesbegründung zu beantworten. Er fordert, dass die PPUG nur durch ausgebildete Pflegehilfskräfte (Pflegeassistenz, Krankenpflegehilfe) erfüllt werden und maximal nur bis zu einer definierten Obergrenze zulässig sein dürfen. „Entscheidend hat zu sein, dass die Vorgabe eine für die bedarfsgerechte Versorgung notwendige Besetzung mit dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften sicherstellen kann.“ (vgl. S.12)

Wichtig bei der Gesetzesumsetzung ist für den Autor, dass eindeutig festgelegt werden muss, ob die PPUG jeden Tag und in jeder Schicht einzuhalten sind oder nur im Durchschnitt eines größeren Zeitraums. (vgl. S.12) Aus Letzterem können durch erhebliche unterjährige Schwankungen gravierende Gefährdungen der Patientengesundheit resultieren (vgl. S.13)

An dieser Stelle wird auf die Patientensicherheit übergeleitet. Ein System starrer PPUG ist nicht in der Lage, Unterschiede im individuellen Pflegebedarf der Patienten und somit auch Unterschiede im Personalbedarf zu berücksichtigen. Allein mit starren PPUG kann deshalb das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel einer Verbesserung der Patientensicherheit nicht erreicht werden. (vgl. S.3,15) Simon weist in diesem Zusammenhang aber deutlich darauf hin, dass die starre PPUG nicht nur für die Patientensicherheit unzureichend wäre, sondern auch für eine ausreichende und bedarfsgerechte Pflege. Mit Blick auf die beiden betroffenen Gesetze stellt er fest, dass eine solche PPUG somit im Widerspruch zu der zentralen Forderung des SGB V nach einer ausreichenden und bedarfsdeckenden Patientenversorgung stünde und mir ihr auch nicht das mit dem § 137i SGB V angestrebte Ziel einer Verbesserung der Patientensicherheit erreicht werden könnte. (vgl. S.23) Zuvor warnte er bereits davor, dass aus der Anwendung vorgegebener PPUG durchaus auch Risiken für die Gesundheit von Patienten resultieren können und entgegen dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers gerade zu sogenannten unerwünschten Ereignissen führen könnten, statt sie zu verhindern. (vgl. S.15)

Aus den vorgenannten Gründen muss aus Autorensicht die Einführung fester PPUG mit der Ermittlung und Berücksichtigung des individuellen Pflegebedarfs verbunden werden. (vgl. S.3) Deshalb bedürfen die für Deutschland geplanten

PPUG der Ergänzung durch den Einsatz eines Instruments zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten. (vgl. S.15)

6 Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Gütekriterien der Quellen diskutiert. Anschließend wird auf die geltenden Gesetzesgrundlagen und Leitlinien Bezug genommen, um die PpUGV mit diesen Forderungen abzugleichen.

In einem weiteren Diskussionsteil wird die Quellenlage aus dem Ergebnisteil anhand der Fragen analysiert, die im Methodikteil gestellt wurden. Daraus soll ein Ergebnis entstehen, um die Rationale, auf der die PpUGV begründet ist, zu finden und zu bewerten.

Im letzten Diskussionspunkt nimmt der Verfasser Stellung zu formalen Kriterien.

6.1 Diskussion der Quellenqualität

Zunächst werden die Hauptquellen, die bereits in Tabelle 3 auf Gütekriterien untersucht wurden, kritisch geprüft.⁵⁴ Dieser Teil beginnt mit der Betrachtung der Evidenzklasse.

Hier ist festzustellen, dass keine der Quellen eine hohe Evidenzklasse erreicht oder eine Evidenzklasse nicht festgelegt werden kann.

Die Befragungsstudien erfüllen die Klasse IV, weil ihnen Expertenmeinungen und klinischen Erfahrungen zugrunde liegen.

Die KPMG-Studie (Friedrich et al., 2018) wertet empirisch krankenhausbegleitende Informationen aus. Eine Kategorisierung in die Evidenzklassen nach AHCPR war dem Verfasser aufgrund des Studiendesigns nicht möglich. Aus ähnlichen Gründen war eine Einstufung der Expertise von Schreyögg und Milstein nicht durchführbar. Hier wurde die Untersuchung ebenfalls auf der Basis von krankenhausbegleitenden Daten durchgeführt.

In anderen Studien oder Expertisen (Jorch et al, 2010; Kralewski & Giehl, 2017; Simon & Mehmecke, 2017; Schreyögg & Milstein, 2016) fließen gut angelegte Studien und randomisierte Kontrollstudien (randomized controlled trials - RCT's) ein. Dennoch erfüllt keine die höchste Evidenzklasse I a im Sinne einer Metaanalyse. Die Gründe der Nichterfüllung sind im Folgenden für einige Quellen kurz dargelegt.

⁵⁴ Die Seitenzahlen und Jahresangaben zu den untersuchten Kriterien der Quellennachweise sind Tabelle 3 zu entnehmen. Nur wenn weitere Fakten einbezogen sind, erfolgt eine Seitenangabe.

In der DIVI-Empfehlung (Jorch et al., 2010) haben die Autoren eine Tabelle eingefügt, die den Empfehlungsgrad einzelner Forderungen anhand der Evidenz festlegt. (vgl. S.4) Obwohl der Eindruck erweckt wird, dass häufig eine „hochwertige Evidenz“ aufgrund „hochwertiger RCT's“ zugrunde liegt, muss dieser Empfehlung die entsprechende Evidenzklasse I a abgesprochen werden. Dafür fehlt eine systematische und vergleichende Betrachtung dieser Studien.

Kralewski und Giehl beziehen ebenso wie Simon und Mehmecke im Jahr 2017 RCT's in ihre Betrachtung ein. Der Fokus dieser Arbeiten liegt aber nicht auf einer differenzierten und systematischen Studienanalyse, sondern in der Darstellung von internationalen Vorgaben zur Personalbesetzung.

Bei diesen Erkenntnissen ist aber zu sagen, dass die formale Evidenzklasse im Zusammenhang mit dieser Arbeit nur eine geringe Aussagekraft hat. Deshalb sollen andere Kriterien intensiver betrachtet werden, um eine Aussage zur Qualität der jeweiligen Quelle in Bezug auf diese Arbeit zu treffen.

Das fehlende Studiendesign in Titel oder Abstract in einiger Quellen ist möglicherweise der Tatsache geschuldet, dass es sich nicht bei allen Quellen ausdrücklich um wissenschaftliche Texte handelt.

In der Empfehlung von Jorch et al. fällt zusätzlich auf, dass nur hier keine Beschreibung des wissenschaftlichen Hintergrunds bzw. der Rationale und auch keine Zielsetzungen gefunden werden konnten.

Alle Texte beschreiben das Setting. Der Untersuchungszeitraum wird nur in der Studie von Simon und Mehmecke nicht klar benannt. Das führte dazu, dass die Recherche in PubMed[®] in der hier vorliegenden Arbeit auf Mutmaßungen zum Endzeitpunkt basierte.

Bei den Befragungsstudien von Albrecht et al., Blum, Isfort & Weidner, Isfort und Karagiannidis werden Bias bzw. Verzerrung nicht beschrieben, obwohl es nach Ansicht des Verfassers in der Untersuchung von Blum durchaus zu einem Phänomen kommt, das als Bias eingestuft werden könnte, wie später noch gezeigt wird.

Ein- und Ausschlüsse sind nur in knapp einem Drittel der Literatur aufgeführt, wobei die Population in der Hälfte der betrachteten Texte explizit erwähnt wird. Beide Parameter scheinen aber dem Verfasser nicht relevant, so dass hier nicht weiter nach einer Erklärung gesucht wird.

Alle Untersuchungen quantifizieren ihre Ergebnisse bzw. Outcomes und nur in der Expertise von Schreyögg und Milstein werden diese nicht interpretiert.

Warum sich die Robustheit oder interne Validität lediglich in der Hälfte der Texte und die Übertragbarkeit oder externe Validität in noch weniger Quellen findet, erschließt sich dem Verfasser nicht.

Ebenso bleibt unklar, warum die Limitierungen, denen die Untersuchungen unterlagen, so selten angegeben waren. Das überrascht besonders bei Isfort und Weidner sowie bei Simon und Mehmecke, die sonst offensichtlich viel Wert auf die Berücksichtigung der Gütekriterien legten.

Keine der Befragungsstudien gibt Auskunft über eine Literaturrecherche. Das ist grundsätzlich bei diesem Design auch nicht zu erwarten. Isfort und Weidner machen sich allerdings die Mühe ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass zur Fragebogenkonstruktion und Themenfindung auf eine systematische Literaturrecherche verzichtet wurde. (vgl. Isfort & Weidner, 2012, S.21)

Auffällig in diesem Zusammenhang ist, dass auch in den Texten der KPMG (Friedrich et al., 2018) und des hche (Schreyögg & Milstein, 2016) keine Literaturrecherche beschrieben ist. Das ist im Fall der KPMG-Studie aufgrund des Studiendesigns nachvollziehbar. Das hche-Gutachten stützt sich allerdings auf eine breite Literaturbasis, so dass der fehlende Researchweg negativ auffällt.

Diese Schwäche tritt in der Empfehlung der DIVI (Jorch et al., 2010) nicht zutage. Irritierend ist, dass die dort eingeschlossene Literatur ausnahmslos die Einschätzung der Autoren stützt. Durchaus dürfte man auch alternative Ergebnisse erwarten, die in einer Diskussion geprüft werden. Einen weiteren Hinweis darauf, dass Jorch et al. keinen Zweifel an der uneingeschränkten Gültigkeit ihrer Aussagen aufkommen lassen wollen, könnte ein fehlender Hinweis auf Limitierungen sein. Folgerichtig sind sie auch von der Robustheit und der externen Validität ihrer Empfehlung überzeugt.

Nicht bedeutsam scheint dem Verfasser, dass in dieser Quelle ebenso wie bei Karagiannidis et al. und Simon und Mehmecke die Finanzierung der Untersuchung nicht angegeben ist.

In der Gegenüberstellung der Befragungsstudien tritt ein weiterer Punkt hervor, der hier in Ergänzung zu Tabelle 3 betrachtet wird. Die genannten Studien weisen deutliche Unterschiede bezüglich der Befragten bzw. Anzahl der Rückmeldungen auf. 2012 verschickten Isfort und Weidner 2144 Fragebögen und erhiel-

ten 552 auswertbare Bögen zurück. (vgl. S.22) Isfort erhielt 2017 bei seiner Onlinebefragung 2498 Antworten im Rohdatensatz. (vgl. S.544) Blum befragte 2017 insgesamt 1261 Krankenhäuser und erhielt 314 Antworten. (vgl. S.19) Das Design dieser Studie wird später noch in einer Zitation kritisch hinterfragt. Eine ähnliche Rücklaufquote erhielten Karagiannidis et al. bei ihrer Onlinebefragung 2018, als von 1036 eingeladenen Weiterbildungsbefugten 442 antworteten. (vgl. S.3) 2018 definierten Albrecht et al. jedoch lediglich eine Zielgröße von 75 zu befragenden Personen. (vgl. S.6) Diese Zielgröße fällt gegenüber den anderen Zahlen aus Befragungen außerordentlich gering aus.

In diesem Zusammenhang muss auch das Design der zweiten Studie betrachtet werden, die ebenso wie die Expertenbefragung des IGES explizit zur Entwicklung der PpUGV durchgeführt wurde. Die Autoren der KPMG-Studie betrachten 139 „Studienhäuser“. (vgl. Friedrich et al., 2018, S.1) Die Repräsentativität dieser Auswahl bildet den Krankenhausmarkt „größtenteils“ ab, wird bereits im Studientext einschränkend erwähnt. Angesichts von 1942 Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2017 (StBA, 2018, S.8) ist die Repräsentativität tatsächlich fraglich.

6.1 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Der § 136, Abs.1 SGB V fordert, dass Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen sind. Diesem Anspruch wird der G-BA in den hier beschriebenen Richtlinien insofern gerecht, dass in der Richtlinie MHI-RL Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität definiert werden. (vgl. MHI-RL, 2019, §1 Satz 1) Die Richtlinie QBAA-RL fordert, dass die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gesichert und verbessert werden soll. (vgl. QBAA-RL, 2019, §1 Satz 1) In der QM-RL wird beschrieben, dass das Qualitätsmanagement von der Leitung an konkreten Qualitätszielen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auszurichten ist. (vgl. QM-RL, 2016, §2 Satz 3) Die Verantwortung der Leitung für das Qualitätsmanagement, die sich aus dieser QM-RL ergibt, betonen Becker und Wucherpfennig in ihrem Artikel *Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser in Deutschland: Inhalte und Exkurs zu den möglichen Folgen der Nichtbeachtung (Teil I)*. (vgl. Becker & Wucherpfennig, 2017, S. 105,107f.) In *Teil II* warnen die Autoren eindringlich vor einer Nichtbeachtung und skizzieren als mögliche Folgen u.a. Erlöseinbußen, eine

negative Öffentlichkeitswirkung und einen Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien. Ebenso sind zivil- und strafrechtliche Konsequenzen zu befürchten. Deshalb empfehlen sie den Krankenhausträgern nachdrücklich eine Umsetzung der QM-RL. (vgl. Wucherpennig & Becker, S. 174-182)

Überträgt man die Forderung „Ergebnisqualität“ auf diese Arbeit, stellt sich die Frage, ob Ergebnisqualität tatsächlich nur die Patientensicherheit sein kann, wie als Ziel in vielen Quellen beschrieben ist oder ob die Forderung nicht darüber hinausgehen muss. Ist die Ergebnisqualität tatsächlich die Patientensicherheit, hätte die PpUGV in Verbindung mit dem vorangegangenen Referentenentwurf zumindest den richtigen Ansatz. Mit einem Blick auf die QM-RL scheint sich dieser Ansatz zu bestätigen, da dort ebenfalls die größtmögliche Patientensicherheit als primäres Ziel festgelegt ist. (vgl. QM-RL, 2016, S.3)

Betrachtet man demgegenüber jedoch die §§ 12 Abs.1 SGB V und 92 Abs.1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. An dieser Stelle muss Michael Simon Gehör verschafft werden, wenn er bereits 2017 schreibt: „Eine solche Pflegepersonaluntergrenze⁵⁵ stünde somit im Widerspruch zu der zentralen Forderung des SGB V nach einer ausreichenden und bedarfsdeckenden Patientenversorgung [...]“ (vgl. Simon, 2017b, S.23) Köster-Steinebach bestätigt diese Ansicht, wenn sie schreibt, dass eine Personalausstattung, die lediglich auf die Patientensicherheit abstellt, deutlich unterhalb des Leistungsanspruchs angesiedelt wäre, der sich aus den Paragraphen 1 und 12 SGB V ergibt. (vgl. Köster-Steinebach, 2018, S.48f.)

An dieser Stelle könnte also festgestellt werden, dass die Ergebnisqualität, die der Gesetzgeber vorsieht, über die Patientensicherheit hinausgeht. Ist jedoch das Ziel der PpUGV ausschließlich die Patientensicherheit, dann ist die Ergebnisqualität falsch definiert und die vorgegebene Strukturqualität wird kaum für eine Erreichung geeignet sein. Deshalb wird die Prozessqualität der entscheidende Faktor sein, um zumindest das Ziel Patientensicherheit zu erreichen.

Abschließend soll auch die Sichtweise der DKG anhand des Artikels von Köpf und Metzinger in ihrem Artikel *Pflegepersonaluntergrenzen* geprüft werden. Die Autoren beschreiben, dass die Pflegepersonaluntergrenzen - im Gegensatz zum Wirtschaftlichkeitsgebot⁵⁶ - nicht die im Einzelfall angemessene Personal-

⁵⁵ Gemeint ist eine feste Pflegepersonaluntergrenze ohne Berücksichtigung des jeweils individuellen Pflegebedarfs der Patienten. (Anm. d. Verf.)

⁵⁶ Gemeint ist § 12 SGB V. (Anm. d. Verf.)

ausstattung festlegen. Insofern seien die Untergrenzen als „rote Linie“ zu verstehen und nicht als Personalanzahlzahlen, die die Normpersonalausstattung regeln. Damit kann interpretiert werden, dass auch hier die Autoren der Ansicht sind, dass die Personalausstattung zur Erfüllung des § 12 SGB V im Einzelfall höher sein muss, als durch die PpUGV vorgeschrieben. Auf der nächsten Seite wird in dem Artikel festgestellt, dass die 25 Prozent der Krankenhäuser im unteren Quartil als „Nichterfüller“ gegolten hätten. Irritierend ist an dieser Stelle, dass die Autoren auch im unteren Quartil eine gute Personalausstattung nicht ausschließen. (vgl. S.1001f.) Diese Aussagen sind kaum miteinander in Einklang zu bringen.

6.2 Intensivstation als pflegesensitiver Bereich

Die Bewertung, ob Intensivstationen als pflegesensitiver Bereich zu werten sind, wird nach dem Quellenstudium hier um die allgemeine Bewertung zur Definition pflegesensitiver Bereiche ergänzt.

In vielen Quellen wird deutlich, dass die Begrifflichkeit pflegesensitiver Bereich irreführend ist. Die BÄK schreibt in der Stellungnahme zum Referentenentwurf „Genügend und qualifiziertes Personal ist unabdingbare Voraussetzung für Qualität in allen Bereichen im Krankenhaus. Aus diesem Grund ist eine Begrenzung der Personaluntergrenzen auf sogenannte „pflegesensitive“ Bereiche nicht sinnvoll.“ (BÄK, 2018, S.4) Der DBFK stellt fest: „Bis dato gibt es in Krankenhäusern keine bettenführenden Bereiche, die nicht pflegesensitiv sind, daran hat das Gutachten nichts geändert.“ (DbfK, 2018, S.3) Hier sind sich also die Vertreter der Pflege und der Ärzte einig. Die Aussagen bringt auch die DIVI in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf auf den Punkt, dass es „pflegesensitive Bereiche“ auch im Sinne des Gutachtens nicht wirklich gibt, sondern nur Patienten, die aus zahlreichen Gründen einer besonderen Aufmerksamkeit und Unterstützung insbesondere der Pflegenden bedürfen.“ (DIVI, 2018, S.3) Diese zu identifizieren ist eine der wichtigsten Aufgaben, um die PpUGV weiterzuentwickeln. Das KCQ-Gutachten besteht deshalb völlig richtig auf zwei Regelungsebenen. In Regelungsebene zwei soll zusätzlich zur PPUG über ein Assessment-Tool der spezifische Personalbedarf ermittelt werden. (vgl. Kralewski & Giehl, 2017, S.11)

Wenn aber pflegesensitive Bereiche definiert werden sollen, so gehört die Intensivstation im Ergebnis der IGES-Befragungsstudie nach Expertenmeinung dazu. „Bei den Pflegeexpertinnen und -experten, die eine Rangliste der pflegesensitivsten Bereiche erstellt haben, war die Intensivmedizin am häufigsten auf Position 1, [...]“ (Albrecht et al., 2018, S.37)

Jetzt entsteht jedoch das Problem, dass nach PpUGV Intensivstationen, die nicht den OPS 8-980 oder 8.98f abrechnen, per definitionem kein pflegesensitiver Bereich sind. Somit sind dort auch nicht die PPUG anzuwenden. Das ist in jedem Fall irritierend. Möglicherweise, vielleicht sogar wahrscheinlich, werden dort zwar Patienten mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung betreut, aber entweder wurde die Zahl von 400 im Jahr 2017 nicht erreicht oder die strengen Vorgaben für die Personalbesetzung, hier insbesondere im ärztlichen Bereich, lagen nicht vor, so dass die Abrechnung der Fälle mit den o.g. Codes nicht möglich war. Dennoch werden auch die Patienten auf diesen Intensivstationen einen hohen Versorgungsanspruch haben, der evident, im Sinne von offenkundig ist, jedoch durch die PpUGV nicht erfasst wird.

6.3 Personalbesetzung - Qualität und Patientensicherheit

Von den Studien, die in den Kapiteln 5.2.2.10 und 5.2.2.11 vorgestellt werden, bringen die meisten die Personalquantität, viele auch die Personalqualifikation in Zusammenhang mit unerwünschten Ereignissen bis hin zu Mortalitätsabhängigkeiten. Zu den gleichen Ergebnissen kommen die Übersichtsstudien, die zuvor vorgestellt wurden. Allen gemeinsam ist eine mancherorts kritisierte wissenschaftliche Güte. Allerdings wäre das Studiendesign einer prospektiv geplanten randomisierten Kontrollstudie auch äußerst kompliziert, wenn nicht sogar unmöglich. In jedem Fall wäre das Design aber ethisch problematisch. Insofern bietet sich an dieser Stelle ein Zitat von Simon und Mehmecke an. Nach der Analyse von Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Patientengesundheit gefunden haben und solchen, die eben keinen Zusammenhang hergestellt haben und deshalb als Gegenbeweis angeführt werden, resümieren sie: „Festzuhalten ist aber auf jeden Fall, dass die oben angesprochenen Einwände nicht nur gegen Studien zu erheben sind, die einen Zusammenhang gefunden haben, sondern auch ge-

gen solche, die keinen Zusammenhang gefunden haben.“ (Simon & Mehmecke, 2017, S.111)

In Bezug auf die vorliegende Arbeit sind die hier intensiv analysierten Übersichtsarbeiten vor allem der Fachgesellschaften und Vertreter der GKV sowie die Interessenverbände der Pflege bemüht, den Zusammenhang mit z.T. umfangreichen Literaturquellen zu belegen.

Die Gegenseite, in diesem Fall die Interessenvertretungen der Krankenhäuser, umgeht in ihrer Argumentation die Vorlage eines Gegenbeweises. Sie prognostiziert jedoch erhebliche Versorgungslücken, weil Intensivbetten geschlossen werden müssten. Dieser Argumentation ist etwas schwer zu folgen. Die Versorgungslücken bewerten diese Gruppen aber offensichtlich höher in Bezug auf negative Einflüsse auf die Patientensicherheit als eine personelle Besetzung, die nicht annähernd den Vorgaben der Fachgesellschaften und den Krankenhausplänen auf Landesebene entspricht.

Einen Sonderfall in der Bewertung der Patientensicherheit in den vorliegenden Studien stellt der Tarifvertrag zwischen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der ver.di dar. Dieser formuliert qualitativ hochwertige Versorgung, also indirekt Patientensicherheit, als Ziel. Zuvor werden jedoch die Ziele Förderung der Gesundheit der Beschäftigten und Identifizierung und Beseitigung von Überlastungssituationen genannt. Aus der Reihenfolge dieser Ziele könnte geschlossen werden, dass für die beiden Vertragsparteien die Patientenversorgung nachrangig zur Gesundheit der Beschäftigten steht.

6.4 Konkrete Verhältniszahlen von Pflegepersonal zu Patienten

Der strittigste und für viele Krankenhäuser auch schmerzhafteste Teil sind die verbindlichen Vorgaben bezüglich der nurse-to-patient ratio. Deshalb wird der ausführlichste Teil dieser Diskussion der Prüfung der diesbezüglichen Rationale gewidmet. Die analysierten Quellen teilen sich in zwei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze. Während der eine Teil eine Ist-Erfassung vornimmt, wie die Personalbesetzung sich in Deutschland und international im Sinne einer nurse-to-patient ratio bzw. einer nurse-to-bed ratio tatsächlich darstellt, geben die anderen Quellen eine Empfehlung vor, wie dieses Verhältnis sein soll. Daneben werden die verschiedenen Reaktionen auf die veröffentlichten Zahlen

aus dem Referentenentwurf zur PpUGV und der PpUGV selbst im Kontext geprüft.

In allen Studien, die in diese Arbeit einfließen und die eine Ist-Analyse vornehmen, besteht in den untersuchten Ländern, mit Ausnahme deutscher Intensivstationen, mindestens das Verhältnis von einer Pflegekraft, die maximal zwei Patienten (also 1:2) betreut. Alle Quellen, die eine Empfehlung aussprechen, legen ebenfalls mindestens den Ansatz 1:2 zu Grunde. Betont werden soll in diesem Zusammenhang, dass sich diese Empfehlung auf alle Schichten, auch am Wochenende und in der Nachtschicht bezieht.

Zur besseren Vergleichbarkeit und zum Verständnis der folgenden Ausführungen wird an dieser Stelle eine Tabelle eingefügt, die Aussagen aus den Quellen bzgl. der Verhältniszahlen von einer Pflegekraft zu Patienten bzw. zu Bettplätzen gegenüberstellt. Die Systematik soll dabei Bezug darauf nehmen, welche Aussagen die Quellen treffen. Das Cluster unterscheidet deshalb den Charakter der „Soll“-Vorgaben in verbindliche Verordnungen (verpflichtend), Empfehlungen (empfehlend) und zeigt im „Ist“ die Erhebungen der aktuellen Situation.

Tabelle 11: Vergleichstabelle Verhältniszahlen Pflegekraft zu Patienten (eigene Darstellung)

	Tagdienst	Nachtdienst
Soll - verpflichtend		
Referentenentwurf ⁵⁷ (BMG, 2018, S. 7)	1 : 2 ⁵⁸	1 : 3
PpUGV (2018, § 6)	1 : 2,5	1 : 3,5
Soll – empfehlend		
Krankenhausplan NRW 2015 (MGEPA, 2013, S.110)	1 : 2 bis 1 : 1 ⁵⁹	
Krankenhausplan Berlin 2016 (SenGPG, 2015, S.26)	1 : 2 bis 1 : 1	
Tarifvertrag Charité - ver.di (2016, S.3)	1 : 2 bis 1 : 1	
KCQ (Kralewski & Giehl, 2017, S.5-7)	1 : 2 bis 1 : 1	

⁵⁷ Der Referentenentwurf wird als Vorstufe der Verordnung „verpflichtend“ dargestellt.

⁵⁸ In verschiedenen Quellen wird das Verhältnis von Patienten / Betten zu einer Pflegekraft dargestellt. In dieser Tabelle werden diese Zahlen durchgängig in die Systematik Pflegekraft : Patienten gebracht.

⁵⁹ Wird zwischen Tagdienst und Nachtdienst nicht differenziert, erfolgt die Darstellung spaltenübergreifend.

	Tagdienst	Nachtdienst
Soll – empfehend		
Simon & Mehmecke (2017)	1 : 2 bis 1 : 1 ⁶⁰	
DIVI (Jorch et al., 2010, S. 14)	1 : 2 bis 1 : 1	
DGF (Weidlich, 2019, S.7)	1 : 2 bis 1 : 1	
Stellungnahme DBfK (DBfK, 2018, S.4f.)	1 : 2	
Ist		
KPMG AG (Friedrich et al., 2018, S.24,29,39)	1 : 2 ⁶¹	1 : 3
DKI (Blum, 2017, S.34)	1 : 2,2	
Karagiannidis et al. (2018, S.5)	1 : 2,5 ⁶²	1 : 3
Pflege-Thermometer (Isfort & Weidner, 2012, S.41)	1 : 2 bis 1 : 3	
Isfort (2017, S.546)	1 : 3	1 : 3 bis 1 : 4
Stellungnahme DKG (2018, S.3f.)	1 : >2	keine Angabe

(Quellen: s. 1. Spalte)

Die Empfehlung, die sich als Referenz durch alle Studien und Kommentare zieht, ist die *Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen* der DIVI. Deren wissenschaftliche Qualität ist nach der Analyse in dieser Arbeit eher im mittleren Bereich einzuordnen. Dennoch konnte trotz intensiver Recherche keine kritische Stimme zur Personalvorgabe dieser Quelle gefunden werden. Nur in der *Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) zum Entwurf Krankenhausplan NRW 2015* bemängeln die Autoren die Aussagekraft zu einer Mindestgröße von Intensivstationen:

„Die DIVI formuliert auf Basis zweier eingeschränkt aussagekräftiger und zur zweifelsfreien Darstellung des aktuellen Standes der Wissenschaft und Medizin ungeeigneter Studien aus Italien und den USA (mangelnde Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme, nur bedingt patientenrelevante primäre Untersuchungsparameter bzw. Endpunkte, kein prospektiv/randomisiertes Studiendesign) eine Mindestgröße von 8 bis 12 Intensivbetten pro Einheit bzw. Krankenhaus.“ (KGNW, 2013, S.15)

⁶⁰ Die 2:1 Vorgabe aus Queensland für Neuaufnahmen wird aufgrund des Einzelfalls zur besseren Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

⁶¹ Die Werte für „Wochentag“ wurden für Frühdienst und Nachtdienst zur besseren Übersichtlichkeit um 0,1 aufgerundet.

⁶² Der Spätdienst- und der Nachtdienstwert wurden zur besseren Übersichtlichkeit um 0,1 abgerundet.

Ansonsten erfährt die Empfehlung der DIVI ganz im Gegenteil durch die unkritische Zitation in vielen wissenschaftlichen Arbeiten weitgehend eine hohe Anerkennung. Auch auf landespolitischer Ebene ist die DIVI-Empfehlung die maßgebliche Referenz, da sie in den Krankenhausplänen der Länder NRW und Berlin zitiert wird.

Auf eine Besonderheit dieser Empfehlung muss an dieser Stelle eingegangen werden. Die nurse-to-bed ratio ist in dieser Arbeit definiert als das Verhältnis von Pflegekräften pro Patient pro Schicht. Diese Betrachtungsweise ist von außerordentlich wichtiger Bedeutung. Dies sei an folgendem Beispiel einer Zehn-Betten Intensivstation verdeutlicht.

Tabelle 12: Berechnung nurse-to-patient vs. nurse-to-bed ratio
(eigene Darstellung)

Verhältnis Pflegepersonal zu Patienten	Betrachtungsweise	Anzahl Pflegekräfte pro Schicht
1 : 2	Nurse-to-bed ratio (aufgestellte Betten)	5
1 : 2	Nurse-to-bed ratio 8 durchschnittlich belegte Betten	4
1 : 2	Nurse-to-patient ratio 8 durchschnittlich belegte Betten	4

Kommt es also bei einer nach durchschnittlich belegten Betten festgelegten nurse-to-bed ratio zu einer Vollbelegung, müssen die vier anwesenden Pflegekräfte 10 Patienten betreuen und die Verhältniszahl verändert sich deutlich auf 1 : 2,5.

Die Betrachtungsweise nurse-to-patient ratio würde in diesem Fall eine Anpassung der Pflegekräfteanzahl erfordern. In der DIVI-Empfehlung findet sich dazu keine Aussage. Der Verfasser geht davon aus, dass mit der Formulierung „Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich.“ (Jorch et al., 2010, S.14) eine nurse-to-bed ratio gemeint ist, die der Definition in dieser

Arbeit entspricht, weil sie sich an den aufgestellten Betten orientiert. Bestätigt wird diese Ansicht durch die Stellungnahme der DGIIN zum Referentenentwurf:

„Der Referentenentwurf bezieht sich auf das Verhältnis von Patienten/ Pflegekraft, nicht auf Intensivbett/Pflegekraft wie die Empfehlung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) [...]. Eine Planung bezogen auf Intensivbetten ist in Anbetracht der vielen Notfälle in der Intensivmedizin angemessener.“ (DGIIN, 2018)

Im Umkehrschluss bedeutet das, auch freie Betten und somit Personalkapazitäten sind vorzuhalten.

Zur aktuellen nurse-to-patient ratio auf deutschen Intensivstationen existieren, wie in vielen Quellen beklagt wird, kaum belastbare Zahlen. Die vorliegenden Zahlen werden in Tabelle 11 dargestellt. Häufig wird jedoch die Validität dieser Ergebnisse angezweifelt. Diese Zweifel werden im Folgenden ausgeführt.

Im Jahr 2017 kam das DKI zu dem Ergebnis, dass eine Intensivpflegekraft durchschnittlich 2,2 Patienten betreut. (vgl. Blum, 2017, S.34)

Nach der Veröffentlichung wurde dieses 1:2,2 Verhältnis und die Aussage, dass damit die DIVI-Empfehlung zumindest im Mittel etwa erreicht sei, von Michael Simon scharf kritisiert. Er schreibt 2017 in seinem *Kommentar zur Studie des Deutschen Krankenhausinstituts „Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin“* (Simon, 2017a), dass die DIVI-Empfehlung in der Gesamtheit ihrer Anforderungen über eine einfache 1:2 Besetzung deutlich hinausgeht. Der Durchschnittswert, der nicht nur die 1:2 Regelversorgung, sondern auch 1:1 Besetzungen für Patienten in speziellen Situationen (Beatmung, schwere Verbrennungen, Organtransplantation, Dialyse etc.) einschließt, würde mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich unter einer 1:2 Besetzung liegen. (vgl. S.4) Später präzisiert er diese Aussage und erklärt nach der Einrechnung eines durchschnittlichen Beatmungsanteils und Hinzurechnung der Stationsleitung, „dass sich aus der DIVI-Empfehlung [...] eine Soll-Besetzung in Höhe einer Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahl ergibt, die näher bei 1:1,5 liegt als bei 1:2.“ (S.11). Zuvor stellt er auch das methodische Vorgehen in Frage, weil die Repräsentativität wegen der niedrigen Rücklaufquote nicht gegeben ist. (vgl. S.6) Dazu führt er aus:

„Eines der zentralen Probleme einer niedrigen Rücklaufquote ist, dass sie Zweifel an der Repräsentativität der Ergebnisse gerechtfertigt erscheinen lässt. Je niedriger die Rücklaufquote ist, desto größer das Risiko systematischer Verzerrungen. Im Fall der aktuellen DKI-Studie könnten bspw. vor al-

lem Klinikleitungen, deren Intensivstationen die Anforderungen der GBA Richtlinien nicht erfüllen oder eine deutlich unterdurchschnittliche Personalbesetzung im Pflegedienst aufweisen, eine Beantwortung der Fragebögen unterlassen haben, da sie diese Mängel nicht öffentlich machen wollten.“ (S.6)

Er bemängelt darüber hinaus die Transparenz der Fragebögen (vgl. S.7) und die Nicht-Erfassung der Stundenfälle. (vgl. S.9) Diese kritische Überprüfung der Methodik hält er für angebracht, weil die Ergebnisse „insbesondere im Gegensatz zu einer vor wenigen Jahren durchgeführten Befragung von leitenden Pflegekräften von Intensivstationen (DIP 2012)“ (S.2) stehen.

Bei der angegebenen Befragung handelt es sich um das Pflege-Thermometer 2012. Dort wird im Ergebnis genannt, dass die nurse-to-patient ratio überwiegend 1:2 für beatmete Patienten und 1:3 für nicht beatmete Patienten beträgt. (vgl. Isfort & Weidner, 2012, S.41) Alarmierend ist deshalb das Ergebnis der Befragungsstudie, die Isfort fünf Jahre später durchführte und die im Ergebnis als häufigstes Ergebnis eine nurse-to-patient ratio von 1:3 auswies. (vgl. Isfort, 2017, S.546)

Zur Überprüfung der jetzigen Situation eignen sich weitere aktuelle Studien. So kommen Karagiannidis et al. 2018 in ihrer Befragungsstudie zu dem Schluss, dass nur in 50% der Fälle eine 1:2 Besetzung erreicht wird und dass es im Spät- und Nachtdienst regelmäßig zu 1:3 Situationen kommt. (vgl. Karagiannidis, 2018, S.5) Diese Resultate sind also nur geringfügig besser als die von Isfort ermittelten Werte und reichen keinesfalls an die Relationen der ein Jahr zuvor ermittelten DKI-Zahlen heran.

Die schlechte Datenlage zur Ist-Situation beklagten auch die Selbstverwaltungsparteien am 30.01.2018, als sie mit der ersten Version des § 137i SGB V im Juli 2017 den Auftrag erhalten hatten, konkrete nurse-to-patient ratios festzulegen. (vgl. GKV-SV & DKG, 2018, S.3) Daraufhin beauftragten sie die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft damit, die aktuelle Situation zu analysieren. Diese Studie kam wiederum zu einem vergleichbar besseren Ergebnis als Isfort 2017, da im Tagdienst, allerdings unter Einbeziehung der Hilfskräfte, eine nurse-to-patient ratio von 1:1,9 bis 1:2 und im Nachtdienst 1:3 ermittelt wurde. (vgl. Friedrich et al., 2018, S.39) Dieses Ergebnis liegt deutlich näher an den Ergebnissen des DKI. Der Beweis dafür, dass diese Zahlen aber nicht flächendeckend umgesetzt sind und der Grund möglicherweise in einer nicht repräsentativen

tiven Datenlage liegt, könnte mit dem Aussteigen der DKG aus den Verhandlungen geführt werden. Die Validität des Ergebnisses der KPMG-Studie wird durch die Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf kritisiert.

„Das Ergebnis der Datenlieferung erweist sich letztlich als nicht ausreichend repräsentativ und bildet die tatsächliche Personalausstattung in den Krankenhäusern insbesondere im hochsensiblen Bereich der Intensivmedizin in keinsten⁶³ Weise sachgerecht ab. Alle sind einhellig der Auffassung, dass eine 2 zu 1 Ausstattung der Intensivstationen in der Tagesschicht von der Realität weit entfernt ist.“ (DKG, 2018, S.3f.)

Die Geschäftsführer der DKG führen in ihrem Artikel Pflegepersonaluntergrenzen aus:

„Eine Umfrage der DKG unter Mitgliedshäusern hat ergeben, dass lediglich drei von 24 befragten Häusern diese Vorgaben eingehalten hätten – keine der Intensivstationen mit mehr als 15 Betten hätten diese Vorgaben erfüllt. Der Vorstand der DKG konnte daher einer Vereinbarung auf Grundlage dieser Werte nicht zustimmen.“ (Köpf & Metzinger, 2018, S. 1002)

Werden diese Ergebnisse gegeneinandergestellt, ist zu folgern, dass die Zahlen, die das DKI und auch die KPMG vorlegten, nicht die Realität auf deutschen Intensivstationen abbilden. Die Zahlen des KPMG Gutachtens nutzte später das BMG offensichtlich als Basis für die nurse-to-patient ratios im Referentenentwurf. Das Gutachten und seine Ergebnisse werden bereits im Referentenentwurf erwähnt. (vgl. BMG, 2018, S.25f.) Also lag das Gutachten dem BMG bereits vor dessen Veröffentlichungsdatum am 24. September 2018 vor.

Die Einschätzung der DKG (2018, S.3), der BÄK (2018, S.7) und der DGP (2018, S.1f.), dass bei einer Umsetzung der o.g. Zahlen ein Verlust von intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten droht, kann als weiterer Beweis für die Richtigkeit der oben geäußerten Realitätsferne gewertet werden.

In diesem Referentenentwurf wird eine 1:2 Besetzung im Tagdienst vorgeschrieben. Damit ordnet sich die Verhältniszahl in die Ergebnisse der internationalen Vorschriften ein. Auch die Empfehlungen der Fachgesellschaft werden damit lt. DIVI selbst eingehalten. (vgl. DIVI, 2018, S.9) An dieser Stelle fällt aber auf, dass die Fachgesellschaft sich hier selbst widerspricht. Die Empfehlung gibt vor, bei bestimmten Situationen eine 1:1 Betreuung vorzuhalten, eine höhere Personalbesetzung vorzunehmen, wenn das Reanimationsteam gestellt wird und die pflegerische Leitung zusätzlich zu berechnen. (vgl. Jorch et al., 2010,

⁶³ Grammatikalisch falsche Steigerungsform im Original.

S.14) Diese Parameter sind im Referentenentwurf nicht zu finden. Die Stellungnahme der DIVI zum Referentenentwurf geht auf diesen Umstand überraschenderweise nicht ein.

Für die Besetzung im Nachtdienst weichen weder die internationalen Studienergebnisse noch die DIVI-Empfehlung von der (mindestens) 1:2 Besetzung ab. Der Referentenentwurf aber formuliert mit der 1:3 Vorgabe eine signifikant niedrigere Besetzungsvorgabe. An dieser Stelle sind sich die Stellungnahmen der DIVI (2018, S.10), der DGIIN (2018, S.3), der BÄK (2018, S.7) und des DPR (2018, S.4f.) zum Referentenentwurf in ihrer Kritik einig. Sie sehen keine plausiblen Gründe für eine Abweichung und befürchten eine erhebliche Gefährdung der Patientensicherheit.

Lobend soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass das BMG die Stellungnahmen offensichtlich aktiv eingefordert hat, wie aus den Texten selbst herauszulesen ist und dass diese Stellungnahmen auf der Internetseite des BMG zur öffentlichen Verfügung gestellt werden. (BMG, 2019)

Die Veröffentlichung der Zahlen im Referentenentwurf sorgte für heftige Reaktionen. Die o.g. Vertreter der Krankenhäuser befürchten Versorgungsengpässe. Mit der Umsetzung des Referentenentwurfs müssten eine Vielzahl von Intensivbetten geschlossen werden, weil eine zu geringe Anzahl von Pflegekräften vorgehalten wird. Gerade durch diese reduzierten Intensivversorgungskapazitäten sei die Patientensicherheit gefährdet.

Das andere Lager, in dem sich die Krankenkassen und die Interessenvertreter von Pflegenden und Ärzten wiederfinden, kritisiert die Aufweichung der Pflegepersonalbesetzung, die im Nachtdienst deutlich von der DIVI-Empfehlung abweicht. Diese Abweichung ist Grundlage der kritischen Äußerungen, die eine Gefährdung der Patientensicherheit durch eine mangelnde Pflegepersonalausstattung konstatiert.

Während sich also die erste Gruppe auf die aktuelle Pflegepersonalausstattung fokussiert, steht für die zweite Gruppe die Empfehlung der DIVI im Vordergrund. Die dort empfohlenen Verhältniszahlen finden sich auch im internationalen Vergleich wieder.

Beim Versuch, die Rationale für die in der PpUGV verabschiedeten Verhältniszahlen zu finden, muss festgestellt werden, dass hier keine der vorliegenden Soll-Vorgaben berücksichtigt wurde, sondern dass das BMG sich deutlich in

Richtung der Ist-Analyse bewegt hat. Erst für den 01. Januar 2021 wird der Rahmen wieder enger gesteckt und die Verhältniszahlen aus dem Referentenentwurf erreicht. Insofern bleibt festzuhalten, dass es sich zunächst um einen Kompromiss handelt, der in seiner Form aber eher realitätsbasiert als wissenschaftlich evidenzbasiert ist.

Da hier soeben die Pflegeverhältniszahlen aus der PpUGV dargestellt wurden, ergibt sich die Gelegenheit, abermals eine Gegenüberstellung mit den Zahlen aus dem KPMG-Gutachten vorzunehmen. Aus dem KPMG Gutachten werden wie zuvor die Zahlen ohne Schweregraddifferenzierung und unter Einbeziehung der Summe von examinieren Pflegekräften und Pflegehilfskräften verwendet. In dieser Tabelle wird das untere Dezil ebenfalls dargestellt.

Tabelle 13: Gegenüberstellung nurse-to-patient ratio KPMG und PpUGV (eigene Darstellung)

	10 % Grenze (KPMG)	25 % Grenze (KPMG)	PpUGV
Tagdienst- Wochentag	1 : 2,1 ⁶⁴	1 : 1,9	1 : 2,5
Nachtdienst- Wochentag	1 : 3,3	1 : 2,9	1 : 3,5
Tagdienst Wochenende	1 : 2,4	1 : 2,0	1 : 2,5
Nachtdienst Wochenende	1 : 3,2	1 : 3,0	1 : 3,5

(Quelle: KPMG, 2018, S. 39; PpUGV, 2018, § 6)

Bei der Betrachtung dieser Zahlen fällt auf, dass das BMG mit der PpUGV keinesfalls, wie vorher geplant, in die Nähe des unteren Quartils kommt. Im Referentenentwurf ist unter „B. Lösung“ zu lesen:

„Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt, der dafür sorgt, dass die Personalbelastung in den 25 Prozent der Versorgungsbereiche mit den höchsten Personalbelastungszahlen sinken muss.“ (BMG, 2018)

⁶⁴ Pflegekraft : Patienten

Geradezu erschreckend ist jetzt die Erkenntnis, dass die PpUGV erlaubt, selbst das untere Dezil der KPMG-Verhältniszahlen in allen Schichten zu unterschreiten. Würden die Zahlen aus dem KPMG-Gutachten annähernd die Realität abbilden, blieben also weniger als 10% der Intensivstationen unter den PPUG. Dennoch löste auch die Veröffentlichung der Zahlen aus der PpUGV eine Vielzahl von Reaktionen aus, die auch noch auf dieser deutlich entschärften Grundlage erhebliche Versorgungsengpässe in der Intensivversorgung prophezeien. Beispielhaft seien hier die Krankenhäuser in Dortmund und Lünen genannt, die in einem offenen Brief davor warnen und Ausnahmeregelungen fordern. (vgl. Geschäftsführungen von: Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH et al., 2018) Eine gleichlautende Sorge äußert die AKG auf ihrer Internetseite. (AKG, 2018)

Die Argumente der Geschäftsführungen der Kliniken in Dortmund und Lünen sind zu einem großen Teil nicht logisch nachvollziehbar. Sie fordern, dass der tatsächliche Behandlungsaufwand differenziert betrachtet werden muss und verlangen sogar, dass zwischen beatmeten und nicht beatmeten Patienten unterschieden wird. Möglicherweise versuchen sie an dieser Stelle, auf die Forderungen der Fachgesellschaften zu verweisen, ebenso wie mit der Behauptung, es sei eine Quote mit fachweitergebildetem Personal einzuhalten. Diese Aussage ist nicht korrekt, da an keiner Stelle der PpUGV Vorschriften für einen Anteil von Pflegepersonal mit Fachweiterbildung getroffen werden. Dafür gibt es nur Empfehlungen der Fachgesellschaften. Legt man diese aber zu Grunde, wären die viel schärferen nurse-to-(in diesem Fall)-bed ratios einzuhalten.

Ähnlich wie die Klinikgeschäftsführer äußert sich die AKG. Auch dort wird die falsche Behauptung aufgestellt, dass fachweitergebildetes Personal durch die PpUGV gefordert wird. Es wird die Frage gestellt, ob Versorgungsqualität allein durch Personalquantität sichergestellt werden kann. Hier ist die Anmerkung zwar aus dem Kontext gerissen, versucht aber vermutlich, die wissenschaftliche Diskussion und Forderung nach der Verknüpfung von assessmentbasierten Personalbemessungsinstrumenten in diesen Zusammenhang zu bringen. Bezeichnend ist auch die Tatsache, dass die Maßnahmen zur Verbesserung der Personalbesetzung in der Pflege erst später im Artikel auftauchen. Das lässt vermuten, dass diese Verbesserung nicht prioritär ist.

Aus der vorangegangenen Gegenüberstellung und der Diskussion lässt sich ableiten, dass die Verhältniszahlen, die durch die PpUGV verordnet werden, trotz ihrer deutlich moderateren Formulierung als im Referentenentwurf, in einer Vielzahl von Krankenhäusern und sicher in mehr als 10%, nicht der Besetzungsrealität entsprechen.

6.5 Qualifikation des Intensivpflegepersonals

Verschiedene Quellen aus dem Ergebnisteil fordern, dass Anteile des Intensivpflegepersonals die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie absolviert haben sollen. In den G-BA-Richtlinien sind das 25% (vgl. MHI-RL, 2019, §5 Abs.13) und 50% (vgl. QBAA-RL, 2019, §4 Abs.3 Satz1). Die DIVI-Empfehlungen sprechen von 30% (vgl. Jorch et al., 2010, S.14) und die DGF sogar von 70%. (vgl. Weidlich et al.) Die internationale Studienlage bestätigt, dass eine höhere Qualifikation einen entscheidenden Anteil an der Versorgungsqualität der Patienten hat.

An dieser Stelle wäre es wünschenswert gewesen, dass die Studie der KPMG-AG den Anteil der fachweitergebildeten Intensivpflegekräfte abgefragt hätte. Die Wichtigkeit dieser Differenzierung war der KPMG bewusst. Sie schreiben, dass dies „aufgrund des von den Auftraggebern⁶⁵ vorgegebenen Qualifikationssystems [...] nicht gesondert berücksichtigt“ wurde, ergänzen jedoch, dass tatsächlich zu erwarten ist, dass diese Personen mit ihrer besonderen Expertise einen wesentlichen qualitativen Unterschied in der Pflege ausmachen können. (vgl. Friedrich, 2018, S.6) Dass diese Unterscheidung nicht beauftragt wurde, ist angesichts der Tatsache unverständlich, dass der GKV-SV und die DKG als Mitglieder des G-BA ein Interesse daran haben müssten, die Parameter ihrer eigenen Richtlinien abzufragen.

In der Folge kommt es zu der fatalen aber logischen Konsequenz, dass eine Quote an fachweitergebildetem Personal weder im Referentenentwurf noch in der späteren PpUGV berücksichtigt wird, da der Referentenentwurf in wesentlichen Teilen auf dieser Studie fußt. Beide Quellen differenzieren lediglich zwischen examinierten Pflegekräften bzw. Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften. Während die Aussagen zu den examinierten Pflegekräften im Referentenentwurf (§ 2) und den Pflegefachkräften in der PpUGV (§ 2) kongruent in der For-

⁶⁵ Gemeint sind GKV-SV und DKG. (Anm. d. Verf.)

derung eines Examens nach dreijähriger Berufsausbildung sind, muss die Definition der Pflegehilfskräfte differenziert betrachtet werden.

Im Referentenentwurf heißt es, ergänzend zu der Aussage in § 2 Abs. 2 „Pflegehilfskräfte sind nicht examinierte Pflegekräfte“, im „Besonderen Teil“ als Begriffsbestimmung:

„Ergänzend werden Pflegehelfer und Pflegehelferinnen berücksichtigt, die als nicht-examinierte Pflegekräfte erfasst werden. Dies sind Krankenpflegehelfer und -helferinnen, Pflegeassistenten und -assistentinnen sowie weitere nicht-examinierte Pflegekräfte wie Altenpflegehelfer und -helferinnen und Altenpflegeassistenten und -assistentinnen. Nicht zu den Pflegekräften gehören die Auszubildenden und Hilfskräfte wie Studentische Hilfskräfte und DRK-Schwesternhelferinnen.“ (BMG, 2018, Besonderer Teil zu §2 Abs.2)

Darauf reagieren verschiedene Quellen unterschiedlich, weil die Definition der Pflegehilfskräfte offensichtlich nicht eindeutig ist. Die DKG bedauert in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf, dass die nicht-examinierten Pflegekräfte nicht mehr als Pflegehilfskräfte zählen, obwohl sie einen nicht unerheblichen Beitrag in der Patientenversorgung leisten und entsprechend mit eingeplant sind. (vgl. DKG, 2018, S. 6) Der DBfK wünscht eine weitere Präzisierung von Pflegekräften, weil die nach dreijähriger Berufsausbildung zusätzlich erworbenen Qualifikationen nicht berücksichtigt werden und von Pflegehilfskräften, weil die Pflegehelferqualifikationen nach Landesrecht unterschiedlich sind. Außerdem fehlen für die Quoten von Pflegehilfskräften stichhaltige und transparente pflegewissenschaftliche und pflegfachliche Herleitungen. (vgl. DBfK, 2018, S.4f.) Fast wortgleich äußert sich dazu der DPR, indem er eine Berücksichtigung von Pflegeassistenten ablehnt und eine konkretere Formulierung fordert. (vgl. DPR, 2018, S.4)

Die PpUGV verschärft später die Anforderung an die Pflegehilfskräfte mit der Definition, dass grundsätzlich eine Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer absolviert sein muss. (PpUGV, 2018, §2) Die Forderung, Zusatzqualifikationen zur dreijährigen Ausbildung zu differenzieren, bleibt unberücksichtigt.

Die Vorgaben aus dem Referentenentwurf ähneln den Anteilen, die durch die KPMG AG ermittelt wurden, weichen aber unerklärlicherweise im Tagdienst am Wochenende davon deutlich ab. Es folgt eine Gegenüberstellung, in der auch der erlaubte Anteil an Pflegehilfskräften aus der PpUGV einfließt, auf den später noch Bezug genommen wird.

Tabelle 14: Anteil Pflegehilfskräfte (eigene Darstellung)

Tag – Dienstlage	<u>Tatsächlicher</u> Anteil Pflegehilfskraft nach <u>KPMG</u> (Friedrich, 2018, Abb. 7,8 S.24)	<u>Erlaubter</u> Anteil Pflegehilfskraft nach <u>Referentenentwurf</u> (BMG, 2018, § 6)	<u>Erlaubter</u> Anteil Pflegehilfskraft nach <u>PpUGV</u> (PpUGV, 2018, § 6)
Wochentag – Tagdienst	8,7% / 7,1% ⁶⁶	8,5%	8%
Wochentag – Nachtdienst	5,6%	5,9%	8%
Wochenende – Tagdienst	7,4% / 6,4%	3,7%	8%
Wochenende – Nachtdienst	6,8%	7,2%	8%

(Quellen: s. erste Tabellenzeile)

Die Vorgaben des Referentenentwurfes sind mit Blick auf den prozentualen Anteil der Pflegehilfskräfte nicht nachvollziehbar. Dazu soll folgende Rechnung den Effekt der Vorgaben veranschaulichen, indem sie zeigt, wie viele Pflegekräfte im Dienst sein müssten, damit eine Pflegehilfskraft mit ihrem vollen Stundenumfang angerechnet werden kann. Auch in diese Tabelle⁶⁷ fließt in die letzte Tabellenzeile die Vorgabe aus der PpUGV ein, die erst später diskutiert wird.

⁶⁶ Frühdienst / Spätdienst

⁶⁷ Die Tabelle ist zur besseren Visualisierung auf der Folgeseite dargestellt.

Tabelle 15: Personalvorgabe zur vollen Anrechnung einer Pflegehilfskraft (eigene Darstellung)

<u>Quelle: Referentenentwurf (BMG, 2018)</u>	Pflegehilfskraft	Erforderliche Pflegekräfte gesamt
montags bis freitags - Tagschicht 8,5%	1	11,76
montags bis freitags - Nachschicht 5,9%	1	16,95
samstags, sonntags, feiertags - Tagschicht 3,7%	1	27,03
samstags, sonntags, feiertags - Nachtschicht 7,2%	1	13,89
<u>Quelle: PpUGV (2018)</u> Tag und Nachschicht, alle Tage 8%	1	12,5

(Quellen: s. erste Tabellenspalte)

Betrachtet man die Zeit von 06:00 Uhr bis 22:00 Uhr, dürfte es auf den meisten Intensivstationen montags bis freitags noch problemlos möglich sein, die volle Arbeitszeit einer Pflegehilfskraft mit einer 8-Stunden-Schicht zur Anrechnung zu bringen. Am Wochenende wird das kaum realisierbar sein. Denn betrachtet man die Stationsgrößen, die daraus resultieren, dürften bei der im Referentenentwurf vorgesehenen 1:3 Besetzung im Nachtdienst 41,67 Patienten betreut werden. Dieser Umstand findet erstaunlicherweise nur in der DGP eine kritische Betrachtung.

„Die Quote für Pflegehilfskräfte schafft eine kritische Grenze, die durch die Formel $(100 / \text{Quote})$ bestimmt wird. Z.B. müssen in der Nachtschicht an einem Wochenende $100/3,7 = 27$ examinierte Kräfte arbeiten, um eine Hilfskraft zählen zu können. Hier werden die kleinen Intensivstationen eindeutig benachteiligt, da sie diese Zahlen nicht aufbieten können.“ (DGP, 2018, S.3)

Die Berechnungsgrundlage ist falsch gewählt, weil sich der Anteil von 3,7% auf den Tagdienst am Wochenende bezieht. Der Argumentation, die sich aus dieser fehlerhaften Berechnung ergibt, kann aber trotzdem nach der Analyse der eigenen Tabelle zugestimmt werden.

An dieser Stelle bietet sich der Vergleich zur PpUGV an. Hier wurde der anrechenbare Anteil der Hilfskräfte auf Intensivstationen zum Teil deutlich auf generell 8% korrigiert, was aber im oben berechneten Beispielzeitraum immer noch den Einsatz von 12,5 Pflegekräften bedeuten würde. Das führt dann nach der PpUGV-Vorgabe von 1:3,5 im Nachtdienst zu einer theoretischen Anzahl von sogar 42 Patienten, die betreut werden dürften. Daraus kann entweder gefolgert werden, dass ein Einsatz von Pflegehilfskräften zumindest im Nachtdienst auf Intensivstationen ausgeschlossen werden soll oder dass die Zahlen willkürlich bzw., um das verwendete Synonym der DIVI zu verwenden, arbiträr sind und die Konsequenzen nicht bis zu Ende gerechnet wurden.

6.6 Einschätzung des Schweregrades oder Pflegeaufwandes

Das Gutachten des KCQ kommt genauso wie Simon nach der Auswertung von internationalen Regulierungssystemen zu dem Schluss, dass ausschließlich die Einführung von PPUG nicht ausreichend ist. Das KCQ empfiehlt auf allen deutschen Intensivstationen für Erwachsene eine Kombination folgender Parameter: Der erste Baustein soll eine an internationalen Standards orientierte Mindestbesetzung von 1:2 als nurse-to-patient ratio für jede Schicht zu jeder Zeit sein. Das zweite Element ist ein spezifischer Personalbedarf über die starr festgelegte Mindestbesetzung hinaus für jede einzelne Intensivstation, der über ein Assessment-Tool ermittelt wird. (vgl. Kralewski & Giehl, 2017, S.11)

Simon schreibt im Oktober 2017 in *Vorüberlegungen zu einem System zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Pflegepersonaluntergrenzen*, dass allein mit starren PPUG das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel einer Verbesserung der Patientensicherheit nicht erreicht werden kann.

„Um den individuellen Pflegebedarf der Patienten und die daraus resultierenden Unterschiede im Personalbedarf der Stationen berücksichtigen zu können, muss die Einführung fester Pflegepersonaluntergrenzen mit der Ermittlung und Berücksichtigung des individuellen Pflegebedarfs verbunden werden.“ (Simon, 2017b, S.15)

Damit bekräftigt er die Einschätzung aus der Studie *Nurse-to-patient ratios - Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser*, die er 2017 mit Sandra Mehmecke durchgeführt hat. Auch dort stellen die Autoren klar, dass ergänzend zu den nurse-to-

patient ratios der individuelle Pflegebedarf des Patienten erhoben werden muss, um die Mindestbesetzung der nurse-to-patient ratios in geeigneter Weise zu ergänzen. (vgl. Simon & Mehmecke, 2017, S.117)

Beide Parteien kommen mit leicht unterschiedlicher Empfehlungsformulierung nach fundierter Analyse der internationalen Vorgaben zu dem Schluss, dass zusätzlich zu einer Mindestbesetzung eine ergänzende Besetzung nach dem Pflegeaufwand bezogen auf den Patienten (Simon) bzw. stationsspezifisch (KCQ) stattfinden muss.

Besonders kritisch muss daher der Vorgehensweise und das Ergebnis des hche Gutachtens bewertet werden. Wie Simon & Mehmecke und Kralewski & Giehl sprechen sich auch andere Quellen aus dem Ergebnisteil dafür aus, dass die Ermittlung des Schweregrades der behandelten Patienten bei der Personalbemessung zu berücksichtigen sind. (vgl. GKV-SV & DKG, 2018, S.12; BÄK, 2018, S.3; DBfK, 2018, S.3; DPR, 2018, S.4). Einige Quellen halten die Definition von pflegesensitiven Bereichen und die Fokussierung darauf für falsch. (vgl. BÄK, 2018, S.4; DBfK, 2018, S.3) Die geplante Übertragung an das InEK, um einen „approximierten patientenindividuellen Pflegebedarf auf der Basis von Erlösanteilen, die sogenannte Pflegelast,“ zu ermitteln, wird problematisch beurteilt. (vgl. GKV-SV & DKG, 2018, S.13) Die BÄK bemängelt zutreffend, dass dieses Konzept auf einem rein monetären Prinzip basiert, bei dem der Anteil der Pflegepersonalkosten an den einzelnen DRG-Fallpauschalen festgelegt ist und es deshalb den individuellen Pflegebedarf eines Patienten nicht abbilden kann. (vgl. BÄK, 2018, S.6) Der DBfK beklagt erstens, dass die „Pflegelast-Kennzahl“ keinen Rückschluss auf einen Pflegeaufwand zulässt und zweitens, dass die Vorschläge der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ zu einer Novellierung der analytischen Personalbemessung auf der Grundlage der Pflegebedarfe ignoriert wurden. (vgl. DBfK, 2018, S.2) Der Vollständigkeit halber sei die Aussage der DGIIN erwähnt, die zudem den bisher im intensivmedizinischen Komplexcode verwendeten TISS 10[®] für ungeeignet hält, um den Pflegeaufwand zu ermitteln (vgl. DGIIN, 2018, S.3)

Tatsächlich überträgt das BMG mit der PpUGV und der Gesetzgeber mit dem § 137i SGB V in der ab dem 01. Januar 2019 gültigen Fassung dem InEK die Aufgabe, auf Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes in der Version 0.99 in den pflegesensitiven Bereichen diesen Pflege-

aufwand zu ermitteln. (vgl. PpUGV, 2018, §4; SGB V § 137i, 2019, Abs.1) Das InEK selbst schreibt dazu auf seiner Internetseite, dass mit diesem Pflegelastkatalog der Aufwand für pflegerische Leistungen wesentlich spezifischer abgebildet wird als im DRG-Fallpauschalenkatalog. Im nächsten Satz warnt das InEK aber davor, dass eine Personalausstattung in Vollkräften und Pflegepersonaluntergrenzen aus den dimensionslosen Relativgewichten nicht abgeleitet werden kann. (InEK, 2019) Dem GKV-SV „ist unklar, wie das InEK den Pflegeaufwand der gemäß § 3 ermittelten pflegesensitiven Krankenhausbereiche auf Basis des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 vollständig ermitteln kann, ohne Angaben über die Intensivzeiten der in einem pflegesensitiven Bereich abgerechneten Fälle zu haben.“ (GKV-SV, 2018, S.10) Ergänzend sagen die Autoren, dass die Herausforderung für das Jahr 2019 dabei in der Ermittlung der Verweildauer eines Patienten auf Intensivstationen liegt, da hierzu für den betreffenden Zeitraum keine Daten von den Krankenhäusern an das InEK übermittelt werden. (vgl. GKV-SV, 2018, S.10) Man darf also gespannt sein, ob die Kritiker Recht behalten, wenn das InEK die ersten Zahlen präsentiert oder ob tatsächlich der Ansatz, der über den Pflegelastkatalog gewählt wurde, eine präzisere Personalausstattung auch auf Intensivstationen ermöglicht.

6.7 Diskussion der Methodik

Die Vorgehensweise, um Quellen zu finden, die ein breites Spektrum zu dieser Thematik abbilden, wird rückblickend positiv bewertet. Sicher haben nicht alle Quellen Eingang in diese Arbeit gefunden. Dennoch kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Basis, auf der das BMG die PpUGV verfasst hat, abgebildet wurde. Sicherheitshalber nahm der Verfasser am 06. November 2018 mit dem BMG Kontakt auf, um zu erfahren, auf welcher Datenbasis die PpUGV verfasst wurde. Die Frage wurde am 13. Dezember 2018 wie folgt beantwortet: Das BMG griff die Vorarbeiten der Selbstverwaltungspartner zur Bestimmung der Pflegepersonaluntergrenzen auf. Zuvor werden die Arbeiten der IGES Institut GmbH und der KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft genannt. In der Ersatzvornahme wurden dabei insbesondere die pflegesensitiven Bereiche übernommen, auf die sich die Selbstverwaltungspartner bereits geeinigt hatten. Interessant ist der Satz, dass „die durch die

KPMG vorgeschlagenen Pflegepersonaluntergrenzen im Hinblick auf eine möglichst praktikable Umsetzung angepasst wurden.“⁶⁸

Die genannten Studien des IGES und der KPMG wurden in dieser Arbeit ebenso wie weitere Quellen, die das BMG genutzt haben dürfte, intensiv analysiert.

Die im Methodikteil beschriebenen Suchkriterien, um Studien und gesetzliche Vorgaben zu finden, die nach der Suche von Simon & Mehmecke in PubMed[®] gelistet wurden, erwies sich als nicht ausreichend präzise. Es wurden mehrere Quellen gefunden, die wie andere hier erwähnte Übersichtsarbeiten ebenfalls einen Zusammenhang aus einer Personalbesetzung, die quantitativ oder qualitativ Mängel aufwies, zum Auftreten unerwünschter Ereignisse fanden. Richtlinien zur internationalen Besetzung, wie sie von Simon und Mehmecke untersucht wurden, fanden sich jedoch nicht. Auf eine neue Suchstrategie wurde dennoch verzichtet, weil die internationale Datenlage zur Vorgabe von nurse-to-patient ratios als ausreichend valide beurteilt wurde und keine neuen Erkenntnisse mit einer Relevanz für diese Arbeit zu erwarten waren.

Kurz sei hier schon auf die Limitierungen eingegangen, denen diese Arbeit unterliegt. Die verpflichtende Umsetzung der PPUG am 01. Januar 2019 markiert den Endpunkt der Betrachtung der zugrunde liegenden Rationale.

Interessant wäre auch eine Analyse der weiteren Schritte auf politischer Ebene. Die Aussagen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes in der Fassung ab 01. Januar 2019 und die Auswirkungen des Pflegepersonalquotienten des neuen § 137j SGB V auf die Pflegeausstattung der Krankenhäuser wären spannende Grundlagen einer Analyse. Wie sich dieser Quotient ab 2020 im propagierten Ganzhausansatz bewährt, könnte eine weitere Arbeit füllen.

⁶⁸ Das Antwortschreiben des BMG ist im Anhang dieser Arbeit zu finden.

7 Zur Rationale der PpUGV auf Intensivstationen

Dieses Kapitel soll im Rückblick auf den Ergebnis- und Diskussionsteil die Rationale der PpUGV mit Blick auf die Intensivstationen beleuchten. Hier werden nur die wesentlichen Positivaussagen zusammengestellt. Die Parameter, die keine Berücksichtigung gefunden haben, tauchen erst in der Zusammenfassung wieder auf.

Die PpUGV fußt auf dem Referentenentwurf, der wiederum viele Vorgaben aus den Studien des IGES-Instituts, aber vor allem auch der KPMG AG übernommen hat.

So wurde der Bereich Intensivmedizin als pflegesensitiver Bereich definiert und damit die Vorschreibung bestätigt, die bereits in der ersten Version des § 137i SGB V beinhaltet war.

Es konnte im Ergebnisteil und in der Diskussion festgestellt werden, dass die Stellungnahmen, die zum Referentenentwurf seitens des BMG eingefordert wurden, mit hoher Wahrscheinlichkeit in die Formulierungen und Zahlen der PpUGV eingeflossen sind. So wurde die Formulierung zu Pflegehilfskräften präzisiert und die Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Patienten deutlich nach unten korrigiert. Es kann unterstellt werden, dass Letzteres auf den Reaktionen in den Stellungnahmen beruht, die erhebliche Versorgungsengpässe in der Intensivmedizin prognostizierten.

In die geplante Weiterentwicklung wird aufgenommen, dass ein Instrument entwickelt werden soll, das den Schweregrad der betreuten Patienten berücksichtigt.

In der Betrachtung der PpUGV ist es zusammenfassend nicht möglich, eine Rationale im Sinne einer wissenschaftlichen Begründung herauszuarbeiten. Interpretiert man den Begriff Rationale als vernunftgeleitete Entscheidung, scheint das in diesem Fall eher zuzutreffen, wenn es sich aber letztlich eher um einen realitätsorientierten Beschluss handelt.

8 Stärken und Limitierungen

Eine Stärke der vorliegenden Arbeit liegt in der umfangreichen Quellenrecherche und in einer ausführlichen Darstellung der Fakten, die für die untersuchte Verordnung maßgeblich gewesen sind. Falls weitere Ergebnisse vorliegen, die für die PpUGV richtungsweisend waren, wurden diese wahrscheinlich nicht publiziert.

Diese Arbeit unterliegt verschiedenen Limitierungen. Auf eine umfassende systematische Literaturrecherche wurde angesichts der hochaktuellen Thematik verzichtet. Die Inhalte des Kataloges zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern werden in dieser Arbeit nicht intensiv analysiert. Die Kriterien des STROBE-Statements[®] waren nur zum Teil geeignet, um eine Bewertung der Qualität der Quellen zu ermitteln. Die Kategorisierung der Evidenzklassen nach AHCPR war rückblickend für die ausgewählte Literatur nicht optimal.

Nur vereinzelt wurden Quellen berücksichtigt, die nach dem 01. Januar 2019 entstanden sind. Dieses Datum beschreibt mit dem Umsetzen der PPUG aus der PpUGV einen sinnvollen Endpunkt der vorliegenden Betrachtung, da damit ebenfalls die Forschung nach der Rationale dieser Verordnung seinen Endpunkt findet.

9 Zusammenfassung

Es muss festgestellt werden, dass die Verordnung bereits in der Zieldefinition, die sich aus der Begründung des § 137i SGB V und dem Referentenentwurf ablesen lässt, dem Leistungsanspruch, den das SGB V für eine Krankenhausversorgung formuliert, nicht gerecht wird. Mit einer Zielorientierung auf die Patientensicherheit ist lediglich die Minimalbasis erfüllt. Alle darüber hinausgehenden Pflegeziele, die sich aus dem SGB V ergeben, werden nicht berücksichtigt. Fokussiert man den Blick auf die Intensivstationen, muss vom SGB V ausgehend weiter festgestellt werden, dass auch die Qualitätsansprüche der G-BA Richtlinien gänzlich unberücksichtigt bleiben. Fachweitergebildetes Personal wird beispielsweise gar nicht erwähnt.

Auf landespolitischer Ebene wurden in den Krankenhausplänen der Länder Nordrhein-Westfalen und Berlin die Empfehlungen der DIVI zu Personalvorgaben und Personalqualifikationen auf Intensivstationen weitgehend übernommen. Bundespolitisch werden in der PpUGV die Verhältniszahlen jetzt so deutlich unterschritten, dass keine Ähnlichkeit mehr konstatierbar ist. Man darf gespannt sein, ob jetzt auch landespolitisch mit einer Korrektur der Personalvorgaben nach unten reagiert wird, die durch die PpUGV eine Legitimation erfährt. Eine Vorgabe, die sich bereits vor dem Verordnungsentwurf herauskristallisiert hatte, war eine Betrachtung von Perzentilen, um die personell am schlechtesten besetzten Intensivstationen zu verbesserten Personalschlüsseln zu zwingen. Hier war noch im Referentenentwurf die Forderung aufgestellt, das untere Quartil zu betrachten. In der PpUGV werden Zahlen präsentiert, die sogar das untere Dezil der viel kritisierten, aber für das BMG offensichtlich maßgeblichen KPMG-Studie unterschreiten. Das ist nur dadurch zu erklären, dass das BMG in seiner Verordnung die starken kritischen Stimmen berücksichtigt hat, die Versorgungseinbrüche in der intensivmedizinischen Versorgung prognostizieren. Tatsächlich muss festgestellt werden, dass auf dem Markt kein Fachpflegepersonal verfügbar ist, um flächendeckend die Quoten der DIVI bzw. der Krankenhauspläne zu erfüllen. Deshalb liegt die o.g. Vermutung nahe, dass es sich um eine Entscheidung handelt, die realitätsorientiert getroffen wurde.

Die nationale und vor allem auch internationale Studienlage gelangt zum weit überwiegenden Teil zu der Auffassung, dass Personalquantität und Personalqualifikation unmittelbar mit dem Auftreten unerwünschter Ereignisse in Zu-

sammenhang stehen. Mit dieser Conclusio muss jetzt festgestellt werden, dass auch das Minimalziel einer größtmöglichen Patientensicherheit durch die PpUGV nicht erreicht werden wird.

Das BMG hat in seine Verordnung integriert, dass auf Grundlage des Pflegeaufwands, den das InEK ermitteln soll, risikoadjustierte Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollen. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man zu dem Schluss kommen, dass damit der individuelle Pflegebedarf berücksichtigt werden soll. Diese Forderung geht aus einer breiten Studienlage hervor. Ob das aber mit einem Katalog gelingen kann, dessen Basis nur erlösorientiert war und den individuellen Pflegebedarf nicht fokussiert betrachtet hat, darf abgewartet werden, scheint aber nicht sehr wahrscheinlich.

Die Vorgabe aus der PpUGV, Intensivstationen als pflegesensitiven Bereich zu definieren, scheint eine annähernd wissenschaftliche Grundlage zu haben. Lässt man die Kritik außer Acht, dass Pflegesensitivität sich nicht an Bereichen, sondern am Patienten orientieren muss, so werden doch auf der Intensivstation viele Patienten pflegesensitiven Indikatoren aufweisen. Das Festhalten an der Fokussierung auf die pflegesensitiven Bereiche in der PpUGV ist aber angesichts dieser Kritik nicht nachvollziehbar und birgt sogar die Gefahr, in nicht als pflegesensitiv identifizierten Bereichen die Versorgung von Patienten zu gefährden, die pflegesensitive Indikatoren aufweisen. Ob sich die Situation durch den Pflegepersonalquotienten im Ganzhausansatz positiv verändert bleibt abzuwarten.

Die PpUGV schreibt vor, dass erst ab dem 01. Januar 2021 die Pflegepersonaluntergrenzen gelten sollen, die bereits der Referentenentwurf vorgesehen hat. Das muss angesichts der Tatsache, dass auch diese Quoten in weiten Teilen, insbesondere im Nachtdienst auf Intensivstationen, keiner Empfehlung entsprochen haben, sehr kritisch gesehen werden. Zumal diese Vorgaben zwar näher an die Empfehlungen der wissenschaftlichen Community heranrücken aber nach den Aussagen der Verordnung selbst gar nicht zur Umsetzung kommen werden, da die Verordnung bis zum 01. Januar 2020 befristet ist, sofern der GKV-SV und die DKG zu einer Einigung kommen.

Will man die PpUGV in kurzen Worten zusammenfassen, so lässt sich sagen, dass sehr zu begrüßen ist, dass die mangelnde Pflegepersonalausstattung thematisiert wird und dass die PpUGV einen ersten Schritt in Richtung einer

Korrektur dieses Missstandes darstellt. Dieser Schritt ist aber bezüglich seiner Rationale kaum nachvollziehbar und erfüllt in den meisten Teilen nicht annähernd die Anforderungen, die an ihn gestellt werden müssten.

10 Abstrakt

Das BMG hat mit der PpUGV einen ersten Schritt unternommen, um der mangelhaften Versorgungssituation, die sich durch eine quantitative Pflegepersonalunterbesetzung auf deutschen Intensivstationen darstellt, Einhalt zu gebieten. Diese Intention ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

In dieser Arbeit werden differenziert Quellen untersucht, die dem BMG für die Verordnung zur Verfügung standen. Zusammenfassend muss gesagt werden, dass eine Verpflichtung geschaffen wurde, die nur sehr kritisch bewertet werden kann.

In der Zielorientierung auf die größtmögliche Patientensicherheit findet die PpUGV keine Basis im SGB V, das die Zielvorgaben deutlich weiter fasst. Auch das Minimalziel einer größtmöglichen Patientensicherheit wird auf Intensivstationen mit dieser Personalvorgabe kaum erreicht werden können.

Die Fokussierung auf pflegesensitive Bereiche ist angesichts der wissenschaftlichen Evidenz zum Auftreten pflegesensitiver Ergebnisindikatoren abzulehnen. Landespolitische Maßgaben und Vorgaben aus Richtlinien des G-BA sind in dieser Verordnung nicht wiederzufinden. Die Quoten, die zum Verhältnis von Pflegepersonal zu Patienten enthalten sind, unterschreiten alle Empfehlungen und die Ergebnisse der Studienlage signifikant. Der Plan, risikoadjustierte Pflegepersonaluntergrenzen auf Grundlage eines InEK – Instruments festzulegen, ist fragwürdig.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufenmodell von Pflegezielen aus Patientensicht	12
Abbildung 2: Evidenzklassen.....	16
Abbildung 3: Gegenüberstellung SGB V § 12 & § 137i	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Meilensteine auf dem Weg zur PpUGV	13
Tabelle 2: Vergleich Krankenhausplan Berlin 2016 / DIVI-Empfehlung.....	33
Tabelle 3: Bewertungstabelle Studien-Gütekriterien	36
Tabelle 4: Bewertungstabelle Studien – Aussagen zur vorliegenden Arbeit	37
Tabelle 5: Besetzung Intensivstationen nach KCQ	40
Tabelle 6: Besetzung Intensivstationen nach Simon & Mehmecke	43
Tabelle 7: Besetzung Intensivstationen nach KPMG.....	47
Tabelle 8: Pflegeschlüssel Intensivstationen nach Karagiannidis et al.	49
Tabelle 9: Betreuungsrelationen nach Isfort.....	52
Tabelle 10: Empfehlungen und Empfehlungsgrad nach DIVI.....	56
Tabelle 11: Vergleichstabelle Verhältniszahlen Pflegekraft zu Patienten	82
Tabelle 12: Berechnung nurse-to-patient vs. nurse-to-bed ratio.....	84
Tabelle 13: Gegenüberstellung nurse-to-patient ratio KPMG und PpUGV.....	89
Tabelle 14: Anteil Pflegehilfskräfte	93
Tabelle 15: Personalvorgabe zur vollen Anrechnung einer Pflegehilfskraft.....	94

Abkürzungsverzeichnis

AHCPR	Agency for Healthcare Research and Quality
AKG	Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
BÄK	Bundesärztekammer
BDA	Berufsverband deutscher Anästhesisten
Bgbl	Bundesgesetzblatt
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts- pflege
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	British Medical Journal
BT	Deutscher Bundestag
CIRS	Critical Incident Reporting Systems
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktions- dienste e.V
DGIIN	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
DIVI	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfall- Medizin
DKG	Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
DRG(s)	Diagnosis Related Group(s)
EN(s)	Enrolled nurse(s)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV-SV	Spitzenverband Gesetzliche Krankenversicherung
hche	Hamburg Center for Health Economics
IGES	Institut für Infrastruktur und Gesundheit
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

IMC	Intermediate-Care
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KatHO	Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
KCCQ	Kompetenz-Centrum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes
KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KPMG	KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MeSH	Medical Subject Headings
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MHI-RL	Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PHK	Pflegehilfskraft
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPUG	Pflegepersonaluntergrenzen
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
PSEI	Pflegesensitive Ergebnisindikatoren
QBAA-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
RCT(s)	randomized controlled trial(s)
RN(s)	Registered nurse(s)
SenGPG	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
SGB V	Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches
StBA	Statistisches Bundesamt
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System

TV GS	Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
WHO	World Health Organization

Quellenverzeichnis

- Aiken LH**, Sloane D, Griffiths P, Rafferty A, Bruyneel L, McHugh M et al. (2017). Nursing skill mix in European hospitals. Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ* 2017; quality & safety 26 (7), S. 559–568. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-005567
- Aiken LH**, Sloane D, 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. *The Lancet* 2014; 383 (9931), S. 1824–1830. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- AKG** Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (2018). 2019 droht Einschränkung von notwendigen Intensivbetten durch neue Pflegepersonaluntergrenzen. Quelle: https://www.akg-kliniken.de/aktuelles/details/news/2019-droht-einschraenkung-von-notwendigen-intensivbetten-durch-neue-pflegepersonaluntergrenzen/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=ffdaf30a27ff8102b1a813dedad40999 (letzte Einsicht: 10.04.2019)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.** (2014) Wege zur Patientensicherheit Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. Quelle: https://www.apsev.de/wpcotent/uploads/2016/08/EmpfehlungAGBuT_Lernzielkatalog_Wege_2014_05_14_neu.pdf (letzte Einsicht: 04.04.2019)
- Albrecht M**, Näher A, Sander M, Keil N (2018). IGES, Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung. Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Quelle: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23031/e23032/e23034/attr_objs23036/Befragung_Pflegepersonaluntergrenzen_032018_ger.pdf (letzte Einsicht: 18.03.2019)
- BÄK** Bundesärztekammer (2018). Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019. Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/PpUGV_Stellungnahme_BAEK_2018_09_13.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)
- Baykara N**, Akalin H, Arslantaş MK, Hancı V, Çağlayan Ç, Kahveci F et al. (2018). Epidemiology of sepsis in intensive care units in Turkey. A multi-center, point-prevalence study. *Critical care* 2018; 22 (1), S. 93. DOI: 10.1186/s13054-018-2013-1.
- Becker A**, Wucherpfennig UB, (2017). Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser in Deutschland: Inhalte und Exkurs zu den möglichen Folgen der Nichtbeachtung (Teil I). *Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht JMG* 2/2017: 105-111

- Bgbl** Bundesgesetzblatt (2017). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017 Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017. Quelle:
https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27356028%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1 (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- BGW** Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Evidenzklassen der BGW, orientiert an den Empfehlungen der AHCPR (Agency for Healthcare Research and Quality). Quelle:
https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/Downloads/Evidenzkategorien-Empfehlungen-Umgebungsuntersuchungen-TB_Download.pdf?__blob=publicationFile (letzte Einsicht: 13.04.2019)
- Blum K (2017)**. DKI – Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Quelle:
https://www.dkgev.de/media/file/55651.2017-07-15_PM_Anlage_Langfassung_DKI-Gutachten_Personalsituation_Intensivpflege_und_Intensivmedizin.pdf (letzte Einsicht: 18.03.2019)
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit (2014). Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015. Quelle:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit (2017). Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“. Quelle:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekommission/170307_Abschlusspapier_Pflegekommission.pdf (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit (2018). Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019. Quelle:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpUGV_RefE.pdf (letzte Einsicht: 17.03.2019)
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit (2019).
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/ppugv.html> (letzte Einsicht: 30.04.2019)
- BT Bundestag, Deutscher (2017a)**. Drucksache 18/10938 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten. Quelle:
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/109/1810938.pdf> (letzte Einsicht: 29.04.2019)

- BT Bundestag, Deutscher (2017b).** Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 18(14)249.2 Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten. Quelle: https://www.bundestag.de/resource/blob/504762/76d18ebeb227a1e4cf155fb867e71f22/18_14_0249-2_AeAe-Koa_EpiMod-data.pdf (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- BT Bundestag, Deutscher (2017c).** Drucksache 18/12604 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten. Quelle <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/126/1812604.pdf> (letzte Einsicht: 17.03.2019)
- CDU,CSU & SPD (2018).** Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland Ein neuer Zusammenhalt für unser Land Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode. Quelle: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- Charité, Universitätsmedizin Berlin; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2016).** Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie (TV GS). Quelle: https://klinikpersonalrat.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/Klinikpersonalrat/Tarifvertr%C3%A4ge/TV_GSUnterschrieben.pdf (letzte Einsicht: 19.03.2019)
- Danielis M, Chiaruttini S, Palese A (2018).** Unplanned extubations in an intensive care unit. Findings from a critical incident technique. *Intensive & critical care nursing* 2018; 47, S. 69–77. DOI: 10.1016/j.iccn.2018.04.012.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018).** Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit über die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019. Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/Steina_DBfK_PpUGV_2018-09-12_final.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)
- DGAI Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, BDA Berufsverband Deutscher Anästhesisten (2018).** Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen. Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/DGAI_und_BDA_Stellungnahme_Referentenentwurf_Pflegepersonaluntergrenzen.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)
- DGIIN Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (2018).** Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) zum Referentenentwurf

des BMG zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019. Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/Stellungnahme_Pflegepersonaluntergrenzen_DGIIN_final.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)

DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. **(2018)**. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019. Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/2018-09-10_DGP_BMG.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)

DIVI Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin **(2018)**. Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019. Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/DIVI_SNV_PpUGV_2018-09-10.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)

DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft **(2018)**. Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019. Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/DKG-Stellungnahme_RefE_PpUGV.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)

Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quarterly*. 1966; Vol. XLIV, No. 3, Part. 2

DPR Deutscher Pflegerat e.V. **(2018)**. Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019. Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/dpr_bmg_stellungnahme_PpUGV_130918.pdf (letzte Einsicht: 29.03.2019)

Elm von E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP (2008): Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. *Der Internist* 49 (6), S. 688–693. DOI: 10.1007/s00108-008-2138-4.

Faisy C, Davagnar C, Ladiray D, Djadi-Prat J, Esvan M, Lenain E et al. (2016). Nurse workload and inexperienced medical staff members are associated with seasonal peaks in severe adverse events in the adult medical intensive care unit. A seven-year prospective study. *International journal of nursing studies* 2016; 62, S. 60–70. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.07.013.

- Friedrich S**, Karwetzky C, Straub N, Diserens P, Penter V, Beivers A (2018). KPMG – Abschlussbericht Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflebelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. (GKV-SV, DKG) Quelle:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflebelast_Studie_final.pdf (letzte Einsicht: 03.03.2019)
- Geschäftsführungen von: Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH**; Lukas-Gesellschaft Dortmund – Castrop-Rauxel; Klinikum Dortmund gGmbH; Hüttenhospital Dortmund; St.-Marien Krankenhaus Lünen/Werne (2018). Antrag auf Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung für den Bereich der Intensivmedizin in der kreisfreien Stadt Dortmund. Quelle:
https://www.klinikumdo.de/fileadmin/images/News/2018/11/Ausnahmeantrag_Dortmunder_Kliniken.pdf (letzte Einsicht: 09.04.2019)
- GG (2019)**. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I S. 404) geändert worden ist.
- GKV-SV** Spitzenverband Gesetzliche Krankenversicherung, **DKG** Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2018). Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V Zwischenbericht. Quelle:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_01_30_Pflegepersonaluntergrenzen_Zwischenbericht_an_BMG.pdf
 (letzte Einsicht: 02.04.2019)
- GKV-SV** Spitzenverband Gesetzliche Krankenversicherung (2018). Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.09.2018 zum Referententwurf des Bundesministeriums für Gesundheit einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV). Quelle:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PpUGV/20180913_GKV-SV_RefE_PpUGV_Stn_final.pdf
 (letzte Einsicht: 30.03.2019)
- Griffiths P (2014)**: Nurse patient ratios, skill mix and work futures. International Journal of Nursing Studies. 2014; vol. 51 no. 3, p. 353-354.
- Griffiths P**, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J et al. (2018). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality. Retrospective longitudinal cohort study. BMJ quality & safety. 2018; DOI: 10.1136/bmjqs-2018-008043.
- InEK** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (2019). Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflebelast-Katalog), InEK GmbH. Quelle:

https://www.g-drg.de/inek_site_de/layout/set/print/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog (letzte Einsicht: 06.04.2019)

- IQWiG** Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006). Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Version 1.0. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG-Berichte, 11). Quelle: https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf (letzte Einsicht: 30.04.2019)
- Isfort M (2017)**. Evaluation der Pflegebedingungen auf Intensivstationen. Ergebnisse einer Onlinebefragung von Intensivpflegenden. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2017; 112 (6), S. 543–549. DOI: 10.1007/s00063-017-0292-y.
- Isfort M, Weidner F (2012)**. Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Köln: Institut für angewandte Pflegeforschung. Quelle: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf (letzte Einsicht: 06.04.2019)
- Jorch G, Kluge S, König F, Markewitz A, Notz K, Parvu V et al. (2010)**: Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen – Hintergrundtexte. Quelle: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin/399-empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-langversion/file> (letzte Einsicht: 23.03.2019)
- Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, Krakau M, Bein T, Janssens U (2018)**. Auswirkungen des Pflegepersonalmangels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2018; DOI: 10.1007/s00063-018-0457-3.
- Kelly DM, Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Aiken LH (2014)**. Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults. Critical care medicine. 2014; 42 (5), S. 1089–1095. DOI: 10.1097/CCM.000000000000127.
- Kerlin MP, Adhikari NKJ, Rose L, Wilcox ME, Bellamy CJ, Costa DK et al. (2017)**: An Official American Thoracic Society Systematic Review. The Effect of Nighttime Intensivist Staffing on Mortality and Length of Stay among Intensive Care Unit Patients. American journal of respiratory and critical care medicine. 2017; 195 (3), S. 383–393. DOI: 10.1164/rccm.201611-2250ST.
- KGW** Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. (2013). Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGW) zum Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“. Quelle: https://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumente_nachiv/Dokument/MMST16-531.pdf;jsessionid=A4CFA302A9BD8931961C976A2B2A536C.xworker (letzte Einsicht: 30.04.2019)

- Kim J-H (2018).** Association of nurse staffing grade and 30-day mortality in intensive care units among cardiovascular disease patients. *Medicine*. 2018; 97 (42), e12895. DOI: 10.1097/MD.00000000000012895.
- Köpf P, Metzinger B (2018).** Pflegepersonaluntergrenzen. *Das Krankenhaus*. 2018; 110 (11): 1000-1011
- Köster-Steinebach I (2018).** Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Rolle der Versorgungsforschung. *Monitor Versorgungsforschung*. 2018; 01/18: 46-50
- Kralewski JC, Giehl J (2017).** KCQ – Instrumente und Methoden zur Pflegebedarfsermittlung im Krankenhaus mit Fokus auf die Intensivpflege. Kompetenz-Centrum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“. Tübingen. Quelle:
<https://www.kcqq.de/adbimage/1335/asset-original//instrumente-und-methoden-zur-pflegebedarfsermittlung.pdf> (letzte Einsicht:18.03.2019)
- MGEPA (2013).** Krankenhausplan NRW 2015. Hg. V. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Quelle:
<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/20130725-krankenhausplan-nrw-2015-pdf-1/von/krankenhausplan-nrw-2015/vom/mags/2732> (letzte Einsicht: 06.04.2019)
- MHI-RL (2019).** Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen, MHI-RL, Stand: 5. Dezember 2018 des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen/MHI-RL) in der Fassung vom 22. Januar 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger Banz AT 24.07.2015 B6 in Kraft getreten am 25. Juli 2015 zuletzt geändert am 5. Dezember 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger Banz AT 03.01.2019 B4 in Kraft getreten am 1. Januar 2019. Quelle:
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1757/MHI-RL_2018-12-05_iK-2019-01-01.pdf (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- Morita K, Matsui H, Yamana H, Fushimi K, Imamura T, Yasunaga H (2017).** Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in mechanically ventilated critically ill patients. A retrospective cohort study. *Journal of critical care*. 2017; 41, S. 209–215. DOI: 10.1016/j.jcrc.2017.05.025.
- Nogueira T, Meneguetti MG, Perdoná G, Auxiliadora-Martins M, Fugulin FMT, Laus AM (2017).** Effect of nursing care hours on the outcomes of Intensive Care assistance. *PloS one*. 2017; 12 (11), e0188241. DOI: 10.1371/journal.pone.0188241.
- Notz K (2007).** Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) zu Pflegequalität und Patientensicherheit im Intensivpflegebereich – Berliner Erklärung, April 2007. Quelle:
https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/DGF_Berliner_Erklaerung_April_2007.pdf (letzte Einsicht: 30.04.2019)

- PpUGV (2018).** Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV vom 5. Oktober 2018. BGBl. I S. 1632
- QBAA-RL (2019).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma, QBAA-RL) in der Fassung vom 13. März 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 71 (S. 1706) vom 14. Mai 2008 in Kraft getreten am 1. Juli 2008 zuletzt geändert am 5. Dezember 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 03.01.2019 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2019. Quelle:
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1759/QBAA-RL_2018-12-05_iK-2019-01-01.pdf (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- QFR-RL (2019).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 S. 15 684 in Kraft getreten am 1. Januar 2006 zuletzt geändert am 17. Mai 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger Banz AT vom 24. August 2018 B4 in Kraft getreten am 1. Januar 2019. Quelle:
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1730/QFR-RL_2018-05-17_iK-2019-01-01.pdf (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- QM-RL (2016).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016. Quelle:
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf (letzte Einsicht: 29.04.2019)
- Schreyögg J, Milstein R (hche) (2016).** Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Quelle:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (letzte Einsicht: 30.04.2019)
- SenGPG – Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung – Berlin (2015).** Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Berlin. Quelle:
https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan_2016.pdf (letzte Einsicht: 06.04.2019)
- SGB V (2015).** Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S.

2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 350) geändert worden ist.

Simon M, Mehmecke S (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Quelle:

https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf (letzte Einsicht: 28.02.2019)

Simon M (2017a). Simon – Kommentar zur DKI Studie Personalsituation auf Intensivstationen. Quelle:

https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2017__Kommentar_zur_DKI_Studie_Personalsituation_auf_Intensivstationen.pdf (letzte Einsicht: 10.04.2019)

Simon M (2017b). Vorüberlegungen zu einem System zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Pflegepersonaluntergrenze. Quelle:

https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2017__2_PUG-System_Konzept.pdf (letzte Einsicht: 11.04.2019)

StBA Statistisches Bundesamt (2018). Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser. Quelle:

https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publicationen/DownloadsKrankenhaeuser/grunddatenkrankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (letzte Einsicht: 10.04.2019)

Weidlich M, Schmitt R, Peter W, Kühn I, Kaltwasser A, Green R et al. (2019). Empfehlung zur qualitativen und quantitativen Pflegepersonalbesetzung von Intensivstationen (DGF). Quelle:

<https://www.dgf-online.de/empfehlung-zur-qualitativen-und-quantitativen-pflegepersonalbesetzung-von-intensivstationen/>, zuletzt aktualisiert am 26.03.2019 (letzte Einsicht: 26.03.2019)

Wucherpennig UB, Becker A (2017). Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser in Deutschland: Inhalte und Exkurs zu den möglichen Folgen der Nichtbeachtung (Teil II). Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht JMG 3/2017: 174-182

WHO (2011a). Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. Quelle:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf;jsessionid=3D6A0C7512F302B98B5F5B7A10B6AFEE?sequence=1 (letzte Einsicht: 30.04.2019)

WHO (2011b). Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation Multiprofessionelle Ausgabe. Quelle:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-ger.pdf?sequence=41&isAllowed=y&ua=1>

Zampieri FG, Lisboa TC, Correa TD, Bozza FA, Ferez M, Fernandes H et al. (2018). Role of organisational factors on the 'weekend effect' in critically ill patients in Brazil. A retrospective cohort analysis. BMJ open. 2018; 8 (1), e018541. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018541.

Anhang

Anhang 1: Antwortschreiben des BMG

Anhang 2: Erklärung



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Herrn
Wolfgang Stratenschulte
Per Mail

REFERAT 216
BEARBEITET VON [REDACTED]
HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-0
FAX +49 (0)30 18 441-
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 13. Dezember 2018

AZ [REDACTED]

Pflegepersonaluntergrenzen

Sehr geehrter Herr Stratenschulte,

vielen Dank für Ihre Nachricht vom 6. November 2018, mit der Sie sich nach der Datenbasis für die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und insbesondere für die Festlegung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern erkundigen. Ich bin gebeten worden, Ihnen zu antworten.

Zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen haben die Selbstverwaltungspartner die IGES Institut GmbH mit der Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern und die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mit empirischen Auswertungen zur derzeitigen Pflegepersonalausstattung und „Pflebelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern beauftragt.

Hierzu erfolgte eine empirische Auswertung krankenhausbezogener Informationen der derzeitigen Personalbesetzung in diesen konkreten Bereichen. Die Pflegepersonalbesetzung wurde im Verhältnis zur Anzahl der zu versorgenden Patienten schichtgenau für festgelegte Wochen des Jahres 2016 evaluiert. Im Verordnungsverfahren griff das BMG diese Vorarbeiten zur Bestimmung der Pflegepersonaluntergrenzen auf.

Nach der fehlenden Einigung auf verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen zwischen den Interessenvertretern von Krankenhäusern und Krankenkassen hat das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass der PpUGV als Ersatzvornahme auf deren Vorarbeiten zurückgegriffen.

Übernommen wurden dabei insbesondere die pflegesensitiven Bereiche, auf die sich die Selbstverwaltungspartner vor dem Hintergrund der Studie bereits geeinigt hatten. Die durch die KPMG vorgeschlagenen Pflegepersonaluntergrenzen wurden im Hinblick auf eine möglichst praktikable Umsetzung angepasst.

Die Studien der IGES Institut GmbH sowie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG sind auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) öffentlich abrufbar.

Ich hoffe, dass Ihnen meine Ausführungen behilflich waren, und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. 

Erklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Studienarbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Wesel, den 24.05.2019

Wolfgang Stratenschulte