



19.11.2020

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des
Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags
zum Antrag
„Jetzt bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern einführen.“
BT-Drucksache 19/175444**

Es ist richtig, dass die Arbeitsverdichtung in allen Tätigkeitsbereichen in den Krankenhäusern in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Ursächlich dafür sind vor allem der medizinische Fortschritt, der seit vielen Jahren zu steigenden Patientenzahlen führt sowie eine zunehmende Pflegebedürftigkeit der Patienten durch ihr steigendes Lebensalter. Dazu kommt eine seit Jahrzehnten andauernde Unterfinanzierung unserer Krankenhäuser. Zum einen werden die durch die regelmäßigen Tarifabschlüsse steigenden Personalkosten nur unzureichend refinanziert. Weiterhin verbleibt in jedem Jahr eine Investitionslücke bei allen Krankenhäusern in Höhe von 3,5 Milliarden € durch die unzureichende Investitionsfinanzierung der Bundesländer. Die Folge ist, dass die Krankenhäuser nur durch ein rigides Kostenmanagement annähernd positive Betriebsergebnisse erreichen können. Diese Gewinne sind aber notwendig, um in die Infrastruktur des Krankenhauses investieren zu können. Dies führte letztlich dazu, dass auch nötige Personalaufstockungen in der Pflege nicht in dem Maße vollzogen wurden, wie dies durch die steigende Patientenzahl und die höhere medizinische Komplexität nötig gewesen wäre.

Die Bundesregierung versucht nun mit verschiedenen Instrumenten, diesem Problem zu begegnen, was aber nach unserer Einschätzung nur zum Behandeln der Symptome statt der Bekämpfung der Ursachen führt:

Pflegebudget

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurden die **Kosten für Pflege am Bett** aus dem DRG-System ausgegliedert und sollen über ein zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern zu verhandelndes Pflegebudget finanziert werden. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist konfliktbehaftet, weil sich die DRGs (nun aDRGs) und das Pflegebudget kaum sinnvoll definieren und abgrenzen lassen. So streiten sich zur Zeit gerade die Krankenkassen und die Krankenhäuser auf Bundesebene über die Frage, ob eine Medizinische Fachangestellte (MFA), pflegerische Tätigkeiten am Bett ausüben kann und ihre Personalkosten somit im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Strittig ist außerdem der Differenzbetrag zwischen den Personalkosten der MFA und einer examinierten Pflegekraft. Können die Differenzkosten als pflegeentlastende Maßnahmen gebucht werden? Naturgemäß bestehen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern diametrale Auffassungsunterschiede, in der Frage welche Kosten übernommen werden sollen/können. Auch organisatorisch wirft das Pflegebudget Fragen auf, weil es die Berufsgruppe der Pflege



aus dem Fachkräftemix und der organisatorischen Einheit Krankenhaus löst. Bereits jetzt fordern weitere Berufsgruppen wie die Ärzte, ebenfalls aus den Fallpauschalen ausgenommen zu werden. Dadurch, dass die Kosten im Rahmen einer Selbstkostendeckung „durchgereicht“ werden, fehlen zudem Anreize für innovative Organisationsverbesserungen und Prozessverbesserungen. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass Ende des Jahres 2020 nur wenige Pflegebudgets für das laufende Jahr vor Ort verhandelt worden.

Ordnungspolitisch ist an den Pflegebudgets das Prinzip der Selbstkostendeckung zu kritisieren. So ist es für die Krankenhäuser einfacher, zusätzliche Pflegefachkräfte auch für weniger anspruchsvolle Tätigkeiten der Patientenversorgung einzusetzen und damit die Unzufriedenheit in der Pflege zu fördern. Sinnvolle Arbeitsteilung mit niedriger qualifizierten Hilfskräften oder Investitionen in gute Abläufe (moderne Architektur mit kurzen Wegen, digitale Patientenüberwachung, effiziente Dokumentationssysteme, moderne Patienten-Monitoringsysteme) sind weniger gefragt und schlechter umzusetzen.

Pflegepersonaluntergrenzen

Parallel wurden in pflegesensitiven Bereichen **Pflegepersonaluntergrenzen** definiert, die die Mindestbesetzung auf Stationsebene vorgeben. Damit soll das Krankenhaus gezwungen werden, keine neuen Patienten mehr zu behandeln, wenn nicht täglich die geforderte Pflegepersonalstärke nachgewiesen wird. Auch diese Maßnahme ist in der Praxis mit großen Schwierigkeiten verbunden:

In jedem Krankenhaus müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nun täglich bürokratischem Aufwand leisten und die Zahl der auf den jeweiligen Stationen tätigen Pflegekräfte dokumentieren und nachzuweisen. Diese Dokumentation wird überprüft, um bei Verstoß entsprechende Rechnerkürzungen geltend machen zu können. Dieser Aufwand ist zusätzlich zu den ansonsten üblichen Dokumentationspflichten für jede pflegerische Tätigkeit zu leisten und führt zu großer Unzufriedenheit bei Pflegekräften und allen anderen Mitarbeitern in den Krankenhäusern.

Wenn sich die Einhaltung der Untergrenzen (z. B. wegen hohen Patientenzahlen, Krankheit des Personals oder Fachkräftemangel) nicht rund um die Uhr sicherstellen lassen, müssen Betten abgemeldet und Patienten abgewiesen werden. Hierdurch entstehen Versorgungslücken. Laut einer 2019 erschienenen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts mussten 37 Prozent aller Kliniken Betten auf Intensivstationen schließen, um die Pflegepersonaluntergrenzen einhalten zu können.¹ Auch die Pflegekräfte selbst erleben Untergrenzen nicht als Entlastung: Zwei Drittel aller Pflegekräfte bewerteten

¹Vgl. DKI 2019 abrufbar [hier](#)

von der Politik verordneten Untergrenzen als „keinesfalls hilfreich“. Hauptkritikpunkte sind zu viel Bürokratie und keine Verbesserung der Situation der Pflegekräfte.²

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die Pflegepersonaluntergrenzen als eine der ersten Maßnahmen im Rahmen der Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie ausgesetzt wurden. Mit diesem Instrument sei eine verlässliche Versorgung der Patienten nicht zu gewährleisten.

Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0

In diesem Dilemma gefangen hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Entwicklung eines neuen Personalbemessungsinstrumentes gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft Verdi entschieden. Dieses soll Personalvorgaben auf Hausebene und nicht mehr auf Stationsebene vorgeben und die Pflegepersonaluntergrenzen ablösen. Auch der BDPK hat vor rund einem Jahr unter Zurückstellung von grundsätzlichen Bedenken in der DKG die Vorstandsentscheidung zur Entwicklung des PPR 2.0 mitgetragen um die Einheitlichkeit der DKG nicht zu gefährden. Die grundsätzlichen Bedenken des BDPK bestehen aber nach wie vor:

Die Schwachstelle dieses Instrumentes ist die Tatsache, dass genau wie bei den Pflegepersonaluntergrenzen auf Bundesebene Vorgaben entwickelt werden müssen, die den realen Entwicklungen in den Krankenhäusern nicht gerecht werden können. Auch hier stellt sich das Problem, dass jedes einzelne Krankenhaus nachweisen muss, ob es die Pflegepersonalvorgaben erfüllt. Natürlich macht eine solche Regelung aus Sicht des Deutschen Pflegerates, der Gewerkschaft Verdi und den Krankenkassen nur Sinn, wenn die Unterschreitung der Personalvorgaben mit (finanziellen) Sanktionen verbunden ist.

Die Schwachstelle eines solchen Instrumentes ist die Tatsache, dass ein Personalbemessungssystem den Bedarf aber nicht die Verfügbarkeit von möglichen Fachkräften (demografischer Wandel und genereller Fachkräftemangel) berücksichtigt. Wenn es in einigen Jahren nicht mehr genügend junge Menschen gibt, die in der Pflege arbeiten wollen, passen wir dann das Personalbemessungsinstrument nach unten an oder legen wir Krankenhauskapazitäten still? Weiterhin problematisch aus unserer Sicht ist die innovationshemmende Wirkung auf die Krankenhausabläufe, wenn genügend Pflegekräfte vorhanden sind. Dann lohnt es sich nicht mehr, sich um bessere und effizientere Prozesse zu bemühen und in diese zu investieren.

- Um mehr Berufsanfänger und Rückkehrer für den Pflegeberuf zu gewinnen muss der Beruf aufgewertet werden. Aus Sicht der Privaten Träger müssen deshalb Innovationsanreize für Prozess- und Organisationsverbesserungen geschaffen werden.
- Beispiele für Maßnahmen sind:

² Vgl. DBfK 2019 abrufbar [hier](#)



- Übertragung der Essensausgabe oder des Wäschedienstes vom Pflegepersonal auf andere Personengruppen
 - Einführung einer digitalen Pflegedokumentation und Pflegeplanung
 - Zentrales Monitoring und Videoüberwachung zur Einsparung von Wegezeiten
 - Software Überwachung PpUG (Bürokratieentlastung)
 - Digitale Patientenakten
 - Klingelmatten (erleichtert Patientenüberwachung, verhindert Stürze)
 - Notrufsystem für Mitarbeiter (bei aggressiven Patienten, weniger Ausfallzeiten)
 - Rohrpost-Systeme
 - Einsatz von Pflegerobotern
 - Einsatz von intelligenten Pflegewagen
 - Einsatz von BGA-Geräten auf Station
 - Dekubitus-/Wechseldruckmatratzen und andere Lagerungs-
Mobilisationshilfsmittel
 - Mobile Monitore zur Vitalparametermessung
 - Usw.
- Solche und ähnliche Anreize für eine Verbesserung der Betriebsabläufe und Arbeitsbedingungen vor Ort sind aus Überzeugung der privaten Träger sinnvoller als die zentrale Vorgabe von Mindestzahlen.

Die Krankenhäuser befinden sich inmitten dieser Regulierungsmaßnahmen in einem echten Dilemma, dass der Wahl „zwischen Pest und Cholera“ ähnelt. Während die Politik das Problem fehlender Pflegekräfte in den Krankenhäusern lösen will, erhält sie Schützenhilfe von den Krankenkassen. Diese erhoffen sich nach unserer Auffassung von den eingeführten Maßnahmen eine Begrenzung der Versorgungskapazitäten in den Krankenhäusern. Die Krankenkassen betonen öffentlich, dass sie bis zu 50 % der deutschen Krankenhäuser für überflüssig halten.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.