



Ziel erreicht?

Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten
der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus

Inhalt

Einführung	02
• Pflegepersonalbemessung als Spielball ...	02
• Pflegepersonalbemessung u. Patientenoutcomes	03
Die PpUGV	04
Hintergrund der Umfrage	05
Die Meinungsumfrage	07
Ergebnisse	08
Diskussion und Fazit	15
• Ein Wort zum Schluss	16
Quellen	19



Ziel erreicht?

Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus

Am 1. Januar 2019 traten in vier ausgewählten bettenführenden Bereichen der Krankenhäuser Pflegepersonaluntergrenzen in Kraft. Mit einer Umfrage im Herbst des Jahres haben wir bei professionell Pflegenden erfragt, welche Auswirkungen dies hat.

Einführung

„Immer mehr Intensivstationen überlastet“. Auf diese Kurzform brachte das Magazin Panorama 3 im NDR Fernsehen am Abend des 11. Februar 2020 - einige Wochen vor Beginn der Corona-Krise - seinen Beitrag über abgemeldete Intensiv-Behandlungsplätze in großen Krankenhäusern des Sendegebiets. Die Zahlen basieren auf Daten, die 2019 über einen Zeitraum von 4 Monaten erfasst wurden, und können einer vergleichbaren Analyse aus 2018 gegenübergestellt werden.

„Intensivstationen erreichen zunehmend ihre Belastungsgrenze und melden sich dauerhaft aus der Notfallversorgung ab. Besonders in Bremen und Niedersachsen verschärft sich die Lage. (...) Die sieben Kliniken der Stadt Bremen zusammengenommen haben demnach eine Abmeldequote für die Intensivstationen von mittlerweile 66% (2018: knapp 50%). (...) Auch in der Region Hannover hat sich die Situation verschlechtert: So lag hier die Abmeldequote für die chirurgischen Intensivbetten bei inzwischen 32% (2018: 25%), im Bereich der internistischen Intensivbetten bei zusammengerechnet 53% der Gesamtzeit (2018: 40%).

Auch die Dauer der einzelnen Abmeldungen hat im Vergleich zu damals deutlich zugenommen. Standen Intensivstationen Ende 2018 längstens 2 bis 3 Tage am Stück auf rot, sind es nun bis zu 8 Tage am Stück.“

Die Ursache dieser Entwicklung hatten die Redaktion auch gefunden: Fehlendes Personal. „Ein Grund für die zunehmenden Engpässe ist offenbar die Personalnot. Fehlt Personal, werden Betten dauerhaft gesperrt. Nach Panorama 3 Recherchen können in manchen Krankenhäusern bis zu einem Drittel der vorhandenen Intensivkapazitäten nicht genutzt werden, da die notwendigen Intensivpflegekräfte fehlen. Bettensperrungen in der Intensivmedizin sind nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein bundesweites Problem.

Offenbar haben die seit Januar 2019 geltenden Personaluntergrenzen das Problem an einigen Häusern noch verschärft. Die DKG bewertet die neuen Grenzen angesichts von 17.000 unbesetzten Stellen „hoch problematisch“. Die Untergrenzen führten dazu, dass „zusätzliche Versorgungskapazitäten abgemeldet wer-

den und Versorgungsengpässe entstehen“, sagt Georg, Baum, Geschäftsführer der DKG.“

Die Politik lässt sich die Schuld nicht zuschieben. „Das Bundesgesundheitsministerium weist die Kritik an den Personaluntergrenzen zurück. Diese „stellten ein Mindestmaß dar, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten nicht zu gefährden“, heißt es aus dem Ministerium. Die Krankenhäuser seien selber in der Pflicht, „für eine gute Personalausstattung müssen die Krankenhäuser eigenverantwortlich sorgen. Dazu gehört auch, dass sie organisatorische Spielräume nutzen, bevor Betten stillgelegt oder komplette Stationen geschlossen werden.“¹

Pflegepersonalbemessung als Spielball der Krankenhauspolitik

Nachdem sich Ende der achtziger Jahre in Westdeutschland ein gravierender Pflegepersonal-mangel entwickelt hatte und die Pflegenden in Scharen auf die Straßen gingen, um für bessere Arbeitsbedingungen zu demonstrieren, reagierte die Politik. Mit dem „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)“ trat ab 1993 der Artikel 13 dieses Gesetzes mit der „Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (PflPersRgl)“ in Kraft, die kurz PPR genannt wurde und bis heute klinikintern noch genutzt wird. Der damit beabsichtigte und eintretende Pflegepersonal-aufwuchs wurde allerdings bereits zwei Jahre später durch Außerkraftsetzen der PPR beendet. Seit 1996 gelten keine verpflichtenden Vorgaben mehr für das Vorhalten von Pflegepersonal in deutschen Krankenhäusern. Der unmittelbar einsetzende massive Abbau von Pflegepersonalstellen verschärfte sich ab 2001 weiter, weil die Änderung der Krankenhausfinanzierung hin zu DRGs andere Anreize setzte und Pflege seitdem vor allem als Kosten- statt als Erlösfaktor galt.

Von Jahr zu Jahr verschlechterten sich die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals im Krankenhaus mehr, parallel entwickelten sich zunehmende Versorgungsmängel, Sicherheitsrisiken für Patient/innen, Hygienefehler, zudem steigen von Jahr zu Jahr die Krankheitsausfälle bei Pflegepersonal an. Besorgnis-

erregend hier sind vor allem die Steigerungsraten der (stressbedingten) psychischen Erkrankungen.

Internationale Studien haben seit langem einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen quantitativer und qualitativer Pflegepersonalbemessung und zeitgleichen Patienten-Outcomes bewiesen.² In Deutschland hält sich die „Nurse-patient-ratio“ in den Krankenhäusern im Vergleich der Industrienationen seit Jahren auf beschämend niedrigem Niveau. OECD-Daten belegen, dass in Deutschland zwar viel Geld für Gesundheitsversorgung ausgegeben wird, die damit erzielten Gesundheitsergebnisse aber bestenfalls im Mittelfeld liegen.

Die Krankenhauspflege wurde von der Politik im Stich gelassen!

Den zunehmenden Problemen in der Krankenhauspflege wurde von der Bundespolitik über mehrere Legislaturperioden hinweg nahezu tatenlos zugehört. Viele Jahre wurde akzeptiert und zugelassen, dass für Pflege vorgesehene Anteile der Erlöse in großem Ausmaß für andere Zwecke verwendet wurden: einen enormen Aufwuchs an zusätzlichen Arztstellen, insbesondere aber Modernisierung der Infrastruktur und sonstige Investitionen. Obwohl seit mehr als 10 Jahren über eine chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung im Pflegedienst der Krankenhäuser diskutiert

wurde und die Folgen immer deutlicher zutage traten, fehlte es offenbar am politischen Willen für eine Reform. Grundsätzlich war man sich zwar einig, dass etwas getan werden müsse, dennoch reagierte die Politik erst spät und lediglich mit zwei halbherzigen Förderprogrammen für mehr Pflege im Krankenhaus. Positiv verändert hat sich für die Pflegenden dadurch nichts. Sie fühlen sich bis heute von der Politik im Stich gelassen!

Erst Mitte 2017 beschloss die damalige große Koalition die Einführung sogenannter Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) zum 1. Januar 2019. Im Juli 2017 erhielten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) den Auftrag, bis zum 30.06.2018 Pflegepersonaluntergrenzen für 4 pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern festzulegen sowie Nachweis- und Vergütungsregelungen zu vereinbaren (§ 137i SGB V), die ab dem 01.01.2019 für Krankenhäuser verbindlich gelten.

Die Verhandlungen führten zunächst zu einem gemeinsamen Vereinbarungsentwurf, letztlich war aber eine Einigung nicht möglich und die für 2019 geltenden PpUG wurden durch Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministers definiert.

Pflegepersonalausstattung und Patienten-Outcomes:

Ein Forscherteam um den Pflegewissenschaftler Prof. Dr. Michael Simon, Universität Basel & Inselspital Bern, und den Ökonomen Prof. Dr. Michael Gerfin, Universität Bern, konnte mit Daten des Bundesamts für Statistik der Schweiz den Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und unerwünschten Ereignissen, sowie der Sterblichkeit in Schweizer Akutspitälern aufzeigen. Auch die Kostenfolgen wurden berechnet.

Ergebnisse: Je weniger qualifizierte Pflegestunden zur Verfügung stehen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Ereignisse. So nimmt mit jeder weniger geleisteten qualifizierten Pflegestunde pro Tag die Sterblichkeit zu. In Spitälern mit weniger als ca. 9.5 zur Verfügung stehenden qualifizierten Pflegestunden/Tag und einem Anteil Diplomierter

von weniger als 75% erhöht sich das Sterberisiko um über 2%. Das entspricht rund 243 Todesfällen pro Jahr. Für physiologische/metabolische Entgleisungen ist dieser Zusammenhang noch stärker ausgeprägt und trägt zu 4649 Fällen pro Jahr bei. Je geringer der Anteil diplomierter Pflegefachpersonen ist, umso länger wird die Liegedauer. Weniger als 10.0 qualifizierte Pflegestunden/Bettentag und weniger als 88% diplomierte Pflegestunden führen zu 223'020 zusätzlichen Pflegetagen im Spital, und damit zu zusätzlichen Kosten von 357 Mio. CHF pro Jahr.

Link zur ausführlichen Dokumentation: https://www.sbk.ch/files/sbk/politik/Volksinitiative/Factsheets/2020_01_13__V2__Pubvers_Datenanalyse_Pflegeinitiative_SBK_01.pdf

Veröffentlicht am 13.01.2020

Die PpUGV

PpUGV ist die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern - Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, im Bundesgesetzblatt veröffentlicht am 10. Oktober 2018.

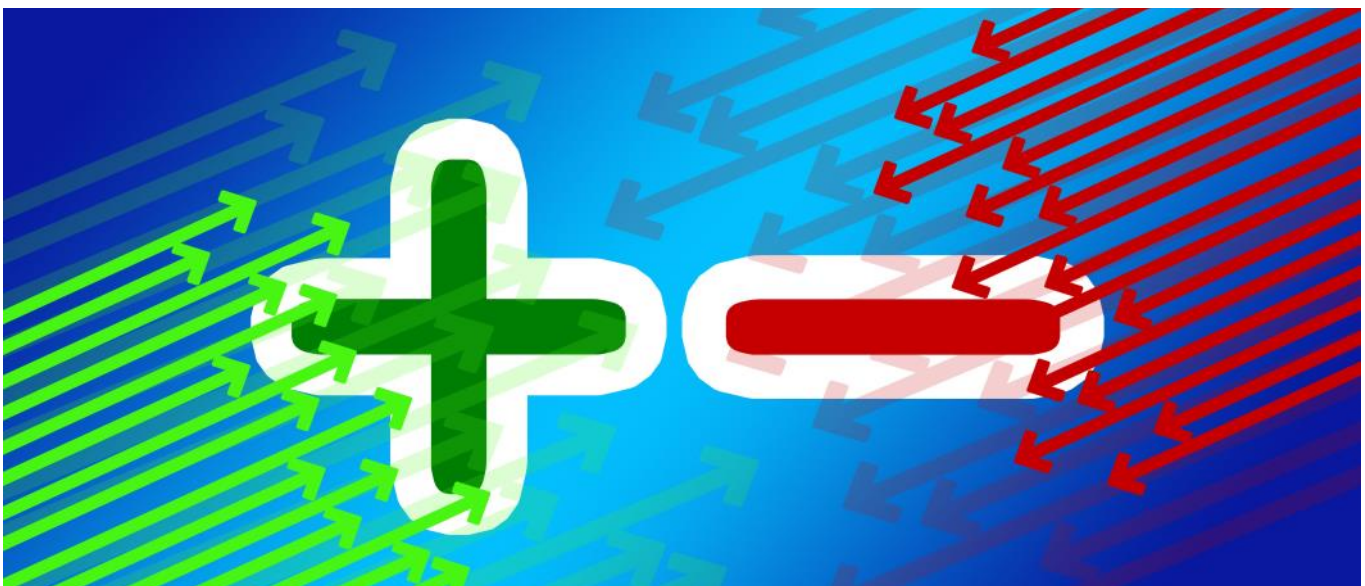
Zum Jahreswechsel 2018/19 kündigte das Bundesgesundheitsministerium die neuen Regelungen wie folgt an: „**Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung** müssen Krankenhäuser Pflegepersonaluntergrenzen einhalten. Durch Rechtsverordnung wurden diese Mindestgrenzen zunächst für **vier pflegesensitive Bereiche festgelegt: Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie**. Die Selbstverwaltungspartner erhalten den gesetzlichen Auftrag, die Pflegepersonaluntergrenzen weiterzuentwickeln.“³

Die PpUGV regelt detailliert

- wie die pflegesensitiven Bereiche zu ermitteln sind,
- wie der Pflegeaufwand zur Festlegung risikoadjustierter Pflegepersonaluntergrenzen definiert werden muss,
- die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie (für jeden Bereich jeweils in der Tag- und der Nachtschicht),
- die Mitteilungspflicht bei Nichteinhaltung, sowie
- Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen.

§ 6 (5) besagt: „Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatlicher Durchschnittswerte fest.“ Und im § 7 (1) heißt es: „Die Krankenhäuser teilen den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 nicht eingehalten worden sind. Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals und aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht erfolgen.“

Von Anfang an sind die Krankenhausträger, insbesondere die DKG, Sturm gelaufen gegen die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen. Man fühlt sich „reguliert, drangsaliert und stranguliert“ durch die Krankenhauspolitik der Bundesregierung. „Mit unrealistischen Personal- und Strukturvorgaben, unzureichender Finanzierung und ungezügelter Kontrollwut der Krankenkassen werden die Krankenhäuser in einem existenzgefährdenden Ausmaß belastet.“⁴ Der zu leistende Bürokratieaufwand sei eine zusätzliche Belastung für die ohnehin strapazierten Kliniken, so die allgemeine Einschätzung.



Hintergrund der Umfrage

Nachdem die politische Ankündigung von Pflegepersonaluntergrenzen 2017 zunächst durchaus überraschend kam und mit Hoffnung von den Pflegenden wahrgenommen wurde, gaben die zähen Koalitionsverhandlungen zur Regierungsbildung und der 2018 veröffentlichte Koalitionsvertrag bereits Anlass zur Skepsis. Als sich konkreter abzeichnete, wie mit den Pflegepersonaluntergrenzen verfahren werden sollte und GKV – SV und DKG mit ihrem Auftrag gescheitert waren, hat der DBfK im Juli 2018 deutlich kritisiert:

„Ausgerechnet die Selbstverwalter Pflegepersonaluntergrenzen erarbeiten zu lassen, ließ nichts Gutes erwarten. Gerade die Krankenhäuser haben seit Jahren bewiesen, dass sie trotz ihrer Verantwortung für eine gute Versorgung kein Interesse daran haben, sich in Fragen der Bemessung des Pflegepersonals und der Mittelverwendung Vorgaben setzen zu lassen.“

Die Personalbemessung nur an Untergrenzen festzumachen unterhöhlt das Recht von Patienten auf angemessene Versorgung und Sicherheit.

Vorgaben zur Personalbemessung auf nur wenige (pflegesensitive) Bereiche zu begrenzen hätte zu keinem Personalzuwachs geführt, sondern zu Verschiebungen von Personal innerhalb der Kliniken. Von der Regelung ausgeklammerte Bereiche hätten noch schlechter dagestanden als heute. Im Übrigen gibt es in Krankenhäusern keine bettenführenden Bereiche, die nicht pflegesensitiv sind.

Die Personalbemessung an einer in hohem Maße unzuverlässigen und dafür nicht geeigneten Datenbasis auszurichten wäre fatal und durch nichts zu rechtfertigen.“

Leider schwächte der Bundesgesundheitsminister seine ursprünglich festgelegten PpUG-Zahlen im Verlauf des Verfahrens noch einmal deutlich ab. Die zwangsläufig zu erwartenden Konsequenzen haben viele Kritiker klar benannt, so auch der DBfK in seiner Pressemitteilung vom 08.10.2018:

„Der DBfK kritisiert scharf die heute bekannt gewordenen Anpassungen für die ab 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern. „Die Anpassungen des Verordnungsentwurfs zu Pflegepersonaluntergrenzen bedeuten das Gegenteil dessen, was Bundesgesundheitsminister Spahn eigentlich als Ziel

ausrief: schnellstmöglich mehr Patientensicherheit. Das Ministerium ist offenbar vor dem Widerstand der Krankenhausträger eingeknickt – und weicht die geplanten Vorgaben gleich an mehreren Stellen auf“, sagt DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein. „Ausgerechnet im Hochrisikobereich Intensivstation werden eine lange Übergangszeit und für Geschäftsführer bequeme Nurse-Patient-Quoten zugelassen. Als gäbe es gerade dort nicht ganz besonderen Anlass, die Patientensituation zu verbessern und abzusichern. Mit so wenig Druck wird auch in Kliniken mit etwas besserer Pflegepersonalbesetzung das Niveau nach unten reguliert werden.“

Die Kritik an der Regelung der PpUG machte sich von Anfang an vor allem an folgenden Aspekten fest:

- Die vorgegebene Pflegekraft-Patienten-Relation ist zu niedrig, um eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung zu gewährleisten.
- Grundlage dafür waren die Daten der 25% am schlechtesten ausgestatteten Krankenhäuser gewesen.
- Die PpUGV enthält kein Verfahren zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs, sondern legt nur Minimalstandards fest.
- Untergrenzen werden nicht als absolute „rote Linie“ verstanden, sondern sehr schnell zur Normalität gemacht werden.
- Die Begrenzung auf nur 4 Bereiche führt zu ständigen Verschiebungen von Patient/innen und Personal und setzt völlig falsche Anreize.

In seinem Positionspapier „Zur geplanten Entwicklung eines neuen Instrumentes für die Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser“ hat Prof. Michael Simon aus Hannover eine Beispielrechnung durchgeführt:

„Rechnet man die in der PpUGV vorgegebenen Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen in Minuten pro Patient und Tagschicht um, so ergibt dies für die Geriatrie und Unfallchirurgie bei einer Vorgabe von einer Pflegekraft je 10 Patienten lediglich 96 Minuten pro Patient und Tagschicht und für die Kardiologie (1:12) lediglich 80 Minuten pro Patient und Tagschicht. Die PpUGV bleibt somit nicht nur weit unter den Anforderungen der PPR (Pflege-Personalregelung), sondern liegt so-

gar noch unter den Werten der Anhaltzahlen von 1969, die auf arbeitsanalytischen Erhebungen von Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre basierten.“⁵

„Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung müssen Krankenhäuser Pflegepersonaluntergrenzen einhalten“, so das Bundesgesundheitsministerium (BMG) Anfang 2019. Aber konnte unter solchen Bedingungen eine Verbesserung überhaupt eintreten?

In einem Interview mit dem Berliner Tagesspiegel vom 13.01.2020 blickt Bundesgesundheitsminister Spahn zurück. Frage: „Thema Pflegenotstand. 95% der großen Kliniken schaffen es nicht mehr, ihre Vakanzen zu besetzen - in jedem dritten Haus mussten wegen fehlender Pflegekräfte schon Betten gesperrt werden. Ist die Patientensicherheit in Gefahr?“

Darauf Jens Spahn: „Umgekehrt wird ein Schuh daraus. Wir haben jetzt erstmals Mindestvorgaben für die Pflegepersonal-Besetzung in den Krankenhäusern. Damit schützen wir Patienten. Die Frage ist doch: Wie ging es vorher auf den Stationen zu? Es gibt Studien, die zeigen, dass ab einer bestimmten Unterbesetzung - etwa in der Kardiologie - die Sterblichkeit massiv zunimmt. Die Sicherheit der Patienten wäre also vor allem gefährdet, wenn in unterbesetzten Stationen einfach weiter behandelt würde.“⁶

Bereits im September 2019 wurden Zwischenergebnisse der Auswertung des Krankenhaus Barometers 2019 bekannt. Das Krankenhaus Barometer ist eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Herausgeber ist das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI). Die jüngste Umfrage ist eine repräsentative Stichprobe, die von Mitte April bis Mitte Juli 2019 durchgeführt worden ist und an der sich 268 Krankenhäuser beteiligt haben. Der Befragungszeitraum ist insofern interessant, als die PpUG da bereits im 2. Quartal verpflichtend galten und ab 1. April 2019 Verstöße auch mit Sanktionen belegt waren. Die Abfrage des Erfüllungsgrads der PpUG bezog sich ausdrücklich aber retrospektiv auf das 1. Quartal mit noch allgemeinen Fragen nach Einhaltung der Untergrenzen und jeweiligen Strategien für eine erfolgreiche Umsetzung.

Die Angaben zu Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes in pflegesensitiven Bereichen waren alarmierend:

- tagesaktuelle Steuerung der Personalbesetzung,

- kurzfristige Änderungen von Dienstplänen,
- Aufbau von Mehrarbeitsstunden,
- mehr Abrufe aus dem Frei,
- Änderungen der Schichteinteilung,
- Verlagerung von Personal aus anderen Abteilungen,
- Änderungen der Dienst-/Schichtzeiten,
- Einführung/Ausbau von Rufdiensten.

Vor diesem Hintergrund hat der DBfK vom **1. Oktober bis 30. November 2019** eine Online-Umfrage zur Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in den Krankenhäusern durchgeführt.



Währenddessen wurde im BMG die nächste Stufe der PpUG-Regelung vorbereitet und die PpUGV neu gefasst. Am 31. Oktober 2019 erschien sie im Bundesgesetzblatt und definiert - erneut per Ersatzvornahme, da es unter den Beteiligten wie schon im Vorjahr keine Einigung gab - ab 2020 auch Grenzwerte für die als pflegeintensiv festgelegten Bereiche Herzchirurgie, Neurologie, Stroke-Units und Neurologische Frührehabilitation. Zudem erklärt es das Ministerium für „unzulässig“ dass die Kliniken Pflegepersonal aus Abteilungen ohne PpUG abziehen und in den geregelten Bereichen einsetzen.

Die Meinungsumfrage

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Januar 2019 gelten in ersten „pflegesensitiven“ Bereichen der Krankenhäuser Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und werden bei Nichteinhalten auch mit Sanktionen belegt. Sie sorgen für erhebliche Turbulenzen und heftige Widerstände von vielen Seiten. Für die Fortführung in 2020 wird das Bundesgesundheitsministerium in Kürze Vorgaben festlegen.

Nach Auffassung des DBfK sind die Untergrenzen in der momentanen Form und Höhe kein Instrument, um Pflegequalität in den Krankenhäusern zu sichern, ganz im Gegenteil. Es muss schnellstens ein angemessenes Pflegepersonalbemessungstool entwickelt und zur verpflichtenden Anwendung gebracht werden, um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Vom 1. Oktober bis 30. November führen wir wieder eine Online-Meinungsumfrage durch. Sie richtet sich ausschließlich an Pflegefachpersonen in Krankenhäusern (mit mind. 3-jähriger Pflegeausbildung), die in bettenführenden Bereichen tätig oder für diese verantwortlich sind. Wir wollen wissen, welche Auswirkungen die Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für die Pflegenden hat. Welche Folgen beobachten Sie in Ihrer Einrichtung, wie wird mit den Pflegepersonaluntergrenzen umgegangen?

Nehmen Sie teil an der Umfrage und liefern Sie uns – anonym natürlich – Ihre Erfahrungen für die pflegepolitische Argumentation...

Mit dieser Präambel ging die Meinungsumfrage im vergangenen Herbst an den Start und wurde über Meldungen an die Fachpresse, die Webseite und den Newsletter des DBfK, die sozialen Medien sowie das DBfK-Verbandsmagazin beworben.

Mit insgesamt **19 Fragen** war die Umfrage durchaus anspruchsvoll und erforderte von den Teilnehmenden Zeit. Bei 3 Fragen konnte zur Ergänzung auch eine Freitextoption genutzt werden, von der ausgiebig Gebrauch gemacht worden ist. Die Gesamtzahl der eingegangenen Antworten: **1069**. In 858 Fällen wurden alle 19 Fragen vollständig bearbeitet.

In der Auswertung haben wir zum einen alle 858 vollständigen Antworten ausgewertet, separat aber auch noch einmal die 612 (71,3%), die aus Bereichen gekommen waren, für die im laufenden Jahr Pflegepersonaluntergrenzen verpflichtend galten. Dabei stellte sich heraus, dass die jeweiligen prozentualen Anteile bei den Antwortoptionen sich grundsätzlich kaum unterschieden. Das bestätigt, was wir bereits vermutet hatten: Von den Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen waren über die 4 Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie hinaus alle anderen Bereiche ebenfalls sehr stark betroffen.

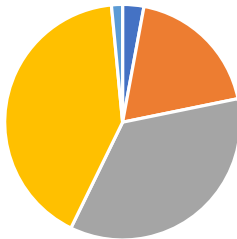
Daher beziehen sich die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Umfrage mit wenigen Ausnahmen auf die 858 vollständig beantworteten Fragen aus **allen** Bereichen.



Ergebnisse

Die Herkunft der Antworten verteilte sich nach Größenklassen der Kliniken wie folgt:

Bettenkapazität Ihres Krankenhauses?



- bis 99 Betten
- 100 bis 299 Betten
- 300 bis 599 Betten
- 600 Betten und mehr
- nicht bekannt

Die Verteilung der **Antworten nach Bundesländern** zeigte eine Parallele zu den auch statistisch standortstärksten Bundesländern:

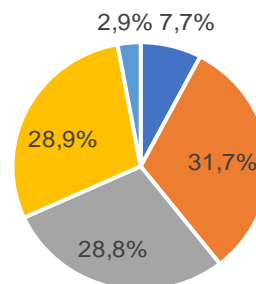
	%
Baden-Württemberg	10,7
Bayern	14,9
Berlin	8,7
Brandenburg	1,3
Bremen	1,7
Hamburg	4,1
Hessen	5,6
Mecklenburg-Vorpommern	1,0
Niedersachsen	6,4
Nordrhein-Westfalen	32,9
Rheinland-Pfalz	3,8
Saarland	1,2
Sachsen	2,7
Sachsen-Anhalt	1,4
Schleswig-Holstein	2,7
Thüringen	0,9

Von den insgesamt 858 vollständigen Antworten kamen 38,3 % von Pflegefachpersonen mit leitender Position, dazu gehören auch stellvertretende Leitungen aller Ebenen.

Werden die Pflegepersonaluntergrenzen auf Ihrer Station eingehalten?

Hier wurden selbstverständlich nur die 612 aus den PpUG-Bereichen eingegangenen Antworten gewertet. Das Ergebnis:

Angaben in %



- immer
- meistens (zu 90 % und mehr)
- häufig (zu 75 % bis 90 %)
- weniger häufig (zu weniger als 75 %)
- nicht bekannt

Wurden in Ihrem Arbeitsbereich wegen der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen Stellen ...

	Alle	Nur PpUG
	%	%
... aufgebaut?	23,8	26,5
... abgebaut?	10,3	9,2
... unverändert belassen?	55,4	56,5
... nicht bekannt.	10,5	7,8
Summe:	100,0	100,0

Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, denn sie zeigen, dass in einigen Krankenhäusern, deren Personalausstattung mit Beginn der PpUG noch oberhalb der Grenzwerte lag, dieses Niveau offenbar nach unten angepasst wurde. Das bestätigen auch Berichte, dass sich Pflegeleitungen und Betriebsräte seit Anfang 2019 noch versuchten, gegen diese Form der „Bereinigung“ zu wehren, leider meist erfolglos.

Wurde der Zuschnitt von betroffenen Fachbereichen verändert?

Diese Frage wurde von mehr als der Hälfte (**52,5%**) aller Antwortenden **verneint**, 31,4% gaben an, dass eine Änderung des Zuschnitts vorgenommen worden sei. 16,1% der Umfrageteilnehmer/innen hatten dazu keine Informationen. Diese Anteile bei den Antwortoptionen unterscheiden sich nur marginal zwischen Bereichen mit und ohne geltende Untergrenzen.

Die Personaluntergrenzen haben also, wie es erwartet worden war, in vielen Krankenhäusern zu Umstrukturierungen in den Fachbereichen und Abteilungszuordnungen geführt. Wie meist in solchen Fällen ist anzunehmen, dass dadurch viel Unruhe und Verunsicherung ausgelöst worden ist, die für alle Beteiligten, vor allem aber Patientinnen und Patienten, eine große Belastung und ein nicht zu unterschätzendes Sicherheitsrisiko darstellen.

Werden Patienten wegen der Pflegepersonaluntergrenzen vermehrt auf andere Stationen ohne Personaluntergrenzen verlegt?

58,4% aller Antwortenden haben diese Frage mit **Nein** beantwortet, mehr als ein Viertel (26,9%) allerdings mit Ja. Auch hier unterscheiden sich Bereiche mit und ohne geltende PpUG kaum voneinander. Die bei anderen Fragen mitgeteilten Freitexte lassen allerdings vermuten, dass es sehr häufig vorzeitige (und damit riskante) Verlegungen aus Intensivbereichen auf Stationen ohne PpUG und ohne für dieses Klientel erforderliche personelle und technische Ausstattung gibt.

Wurde/wird Personal auf Stationen mit Pflegepersonaluntergrenzen versetzt?

Der Anteil der Antwortenden, die diese Frage mit **Nein** beantworten, beträgt immerhin **45,7%**. Dass wie im Vorfeld der PpUG-Einführung befürchtet aber Personalverschiebungen in beträchtlichem Umfang stattfinden, bestätigen 40,7% der Antworten mit Ja. 13,6% sagen, darüber keine Informationen zu haben.

Der Systematik der PpUG folgend werden solche Einsatzverschiebungen in aller Regel kurzfristig und nicht selten sogar nur für Teilschichten vorgenommen. Viele Freitexte beschreiben, wie die Pflegefachpersonen dies erleben und welche Auswirkungen solches Vorgehen auf ihre Einsatzfähigkeit in (fach)fremden Berei-

chen, ihre Motivation, die zurückbleibenden erheblich geschwächten Teams und die Qualität der Patientenversorgung hat.

Wurden - wegen der Pflegepersonaluntergrenzen - Pflegefachpersonen mit anderen patientenfernen Aufgaben (z.B. Praxisanleiter, Codierer) auf den Stellenplan angerechnet?

Auch hier zeigen sich Strategien im Personalmanagement, die zur Umsetzung der PpUG herangezogen werden. Eine knappe Mehrheit von **39,2%** aller Antwortenden hat diese Frage **bejaht**, 38,7% sagten Nein und eine große Zahl der Antwortenden (22,1%) hatte zu diesem Thema nicht die erforderlichen Informationen zur Verfügung.

Wurden pflegeferne Aufgaben von Servicepersonal an das Pflegepersonal zurückverlagert?

Im Herbst 2019 war dies nach Meinung von 60% der Antwortenden in Ihrer Einrichtung nicht der Fall, ein Drittel antwortete aber durchaus mit Ja. Hintergrund dieser Frage war, dass die PpUGV nur einen eng begrenzten Spielraum lässt für die Anrechnung von Hilfskräften auf die PpUG und sich die Krankenhäuser hierüber von Beginn an vehement beklagen und Änderungen fordern.

Werden Entlassungen von Patienten zeitlich so gestaltet, dass die Statistik zu den Pflegepersonaluntergrenzen stimmt?

Die PpUGV gibt Untergrenzen für die Tagschicht (zwischen 6:00 und 22:00 Uhr) und die Nachtschicht (22:00 bis 06:00 Uhr) vor. Für die Erhebung der Daten zu Patientenzahl, Pflegeaufwand und Personalausstattung wird u.a. auf den sog. „Mitternachtsbestand“ zurückgegriffen. Es gab 2019 Berichte, wonach Entlassungen in den PpUG-Bereichen auf den späten Abend verlagert und einrichtungsinterne Verlegungen, z.B. aus Normalstationen auf die Intensivstation, auf die Stunden nach Mitternacht datiert worden seien.

Hierzu sind natürlich die Antworten aus den Bereichen relevant, in denen PpUG eingehalten werden müssen. Die Mehrheit der Antwortenden (56,7%) erklärte, dass die Entlassung von Patient/innen nicht an den PpUG

ausgerichtet wird. Immerhin 24.7% bestätigten aber, dass dies durchaus eine Rolle spielt. 18.6% konnten dazu keine fundierte Aussage treffen.

Gibt es Verhaltensvorschriften beim kurzfristigen Ausfall von Pflegepersonal, falls das die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gefährdet?

Eine spannende Frage, denn kurzfristiger Personalausfall kommt immer wieder vor und bei ohnehin stark dezimierten Teams ist eine Kompensation „aus dem Bestand“ oft kaum möglich. Die Einhaltung der Untergrößen muss aber dennoch sichergestellt und auch nachgewiesen werden. Wie gehen die Krankenhäuser damit um?

Hier sind natürlich die Berichte aus den PpUG-Bereichen relevant. Mehr als die Hälfte der Antworten (53,4%) besagt, dass es **keine** Verhaltensvorgaben zu dieser Problematik gibt. 29,1% dagegen haben die

Frage mit Ja beantwortet, 17,5% sind in ihrem Arbeitsbereich keine solchen Vorgaben bekannt.

Zu dieser Frage gab es die Option, Freitext zu formulieren, und sie wurde rege genutzt. Zu den 612 Antworten aus PpUG-Bereichen gingen ergänzend 154 Freitext-Antworten ein. Sie wurden inhaltlich geclustert und die Häufigkeit der Nennungen ergibt ein eindrückliches Bild, wie die Krankenhäuser mit kurzfristigem Pflegepersonalausfall in den PpUG-Bereichen umgehen.

Neben den häufigen Nennungen wie in der Tabelle gelistet gab es vereinzelt Berichte, dass Aufgaben an die folgende Schicht verlagert, Überstunden bzw. sogar Doppelschichten verlangt und Pflegeschüler/innen bzw. Praktikanten zum selbstständigen Arbeiten ohne Aufsicht herangezogen wurden.

In Bezug auf eine Nachbesetzung aus dem Personalpool wurde häufig angemerkt, dass es den Pool zwar formal gäbe, er aber nicht verlässlich sei und häufig keine Nachbesetzung ermöglichen könne.

Vorgaben zum Verhalten bei kurzfristigem Pflegepersonalausfall in PpUG-Bereichen	Anzahl Nennungen
Bettensperrung/Aufnahmestopp/Verlegung/Reduzieren der Patientenzahl	44
Nachbesetzung aus dem Team, Holen aus dem Frei ohne Rufbereitschaft	28
Einspringen/Personalversetzung aus anderen Bereichen	25
Nachbesetzung aus bestehendem Personalpool	22
Priorisierung/Rationierung pflegerischer Aufgaben	13
Ausfallkonzept, Stufenplan/Checkliste bei Personalausfall	11
Definierte Rufbereitschaft im Team/Stand-by-Dienst	10
Nachbesetzung durch Personal-Leasing	9
Überlastungs- bzw. Gefährdungsanzeige	6

Wie unzufrieden die professionell Pflegenden mit dieser Situation aber sind und wie unzureichend so manche schnelle „Lösung“ tatsächlich ist, haben etliche Kolleginnen und Kollegen beschrieben:

“Es wurde eine Liste erstellt mit Pflgetätigkeiten, die weggelassen, verschoben oder bei Unterbesetzung „planbar“ werden sollen; z.B. darf im Frühdienst die Körperpflege wegfallen. Es hat sich jedoch in den fol-

genden Schichten herausgestellt, dass die Pflegequalität massiv leidet und es im Grunde keine Entlastung bringt, wenn man das Abendessenstablett z.B. nicht abräumen muss. Steht dann ja in den Zimmern rum.“

“Statt Bettensperrung oder Verlegung werden Intensivpatienten einfach zu „Überwachungspatienten“ erklärt und weiter betreut - in den gleichen Räumlichkeiten. Dann passt es eben wieder.“

“Aus 2 Stationen mit je 30 Betten wird eine große Organisationseinheit gemacht, damit auf dem Papier die Grenzen eingehalten werden.“

“Es wird mit einem anderen Bereich Personal getauscht: Pflegeassistent gegen Pflegefachperson.“

In den folgenden drei Fragen aus der Meinungsumfrage konnten die Angaben zu Kompensationsstrategien noch einmal bestätigt werden.

Haben seit Inkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen kurzfristige Dienstplanänderungen zugenommen?

54,9% aller Antwortenden **bestätigen** dies ganz eindeutig, 36,1 % antworteten mit Nein. 9% gaben an, dies nicht zu wissen. Und die prozentuale Verteilung war bei Bereichen mit und denen ohne PpUG nahezu identisch.

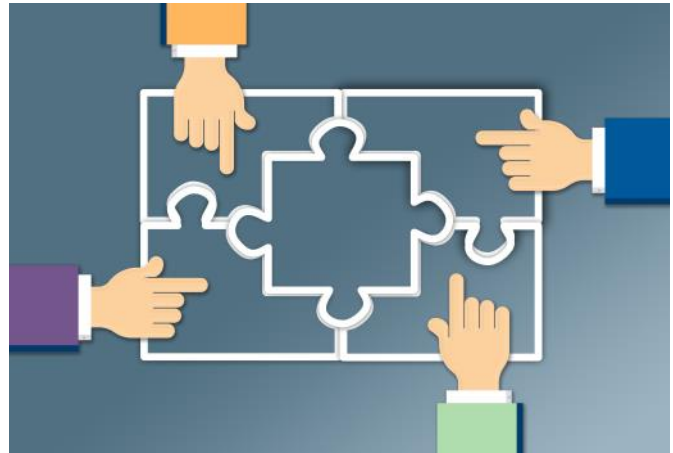
Sehr ähnlich fielen die Antworten auf die nächste Frage aus:

Wird seit Inkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen vermehrt kurzfristig aus dem Frei geholt?

Auch hierauf hat die Hälfte der Befragten (**49,9%**) mit **Ja** geantwortet, 39,1% mit Nein. Das bestätigt die Ergebnisse des Krankenhaus-Barometers, das bereits im April 2019 für das erste Quartal der PpUG diese Entwicklung gezeigt hatte.

Werden seit Inkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen mehr (bzw. häufiger) Betten gesperrt als vorher?

50,6% der Antworten aus den PpUG-Bereichen antworten mit **Nein**, 45,8% sagen dagegen Ja. Dass Bettensperrungen - insbesondere in Intensivbereichen, in denen mit jedem belegten Bett viel Geld verdient wird - als ultima ratio gelten, ist zwar nachvollziehbar. Dass ein Patient aber gerade in einem solchen Hochrisiko-



bereich nicht in erster Linie ein Bett, sondern vor allem genügend qualifiziertes Pflegepersonal braucht, um seine Erkrankung zu überleben, muss Vorrang haben. „Die Vorschrift ist: Es werden keine Betten gesperrt. Die Schichten müssen besetzt werden, ganz egal wie!“ Eine solche Haltung der Verantwortlichen darf einfach nicht länger hingenommen werden!

Kritik an den Pflegepersonaluntergrenzen machte sich von Anfang an auch an dem zu erwartenden bürokratischen Aufwand fest. Die Krankenhäuser hatten gefordert, lediglich Durchschnittswerte, errechnet aus langen Erhebungszeiträumen, melden zu müssen. Damit wäre allerdings für mehr Patientensicherheit nichts erreicht. Um den Meldeaufwand im Rahmen zu halten, ließ sich die Politik seinerzeit auf die Regelung ein, die im § 6(5) der PpUGV beschrieben ist (siehe S. 4 dieser Broschüre). Unsere nächste Frage lautete daher:

Hat der bürokratische Aufwand wegen des Inkrafttretens der Pflegepersonaluntergrenzen zugenommen?

Der Aufwand auf der Leitungsebene wurde nicht explizit erfragt. Aus den PpUG-Bereichen wurde geantwortet:

Ja: 40,7%

Nein: 27,6%

Nicht bekannt: 31,7%

Bei dieser Frage konnten zusätzliche Angaben gemacht werden. „Falls ja - in welchem Umfang in Minuten pro Tag?“ Insgesamt 153 Freitextantworten gingen hierzu aus den PpUG-Bereichen ein und zeigen eine große Bandbreite des zusätzlichen zeitlichen Aufwands, der für die Dokumentation und Regelung anfällt. Der genannte Aufwand lässt sich offenbar bis auf 5 Minuten/Tag begrenzen, wenn ein gut eingeführtes, durchdachtes und integriertes EDV-Programm dafür

genutzt werden kann. Wo dies nicht der Fall ist, reichen die genannten Zeitwerte bis zu mehr als 2 Stunden/Tag.

Mehr Zeitaufwand als für die geforderten Daten zu den PpUG scheint allerdings für deren Umsetzung aufgebracht werden zu müssen, so jedenfalls wird es von vielen Antwortenden beschrieben. Einige Beispiele:

„Bettensuche gestaltet sich zunehmend schwierig, deshalb lange Telefonate mit verschiedensten Krankenhäusern - auch deutschlandweit. Zudem schriftliche Rechtfertigung wegen Bettensperrung.“

„Dienstplanänderungen, aufwändige Suche von Personal aus dem Frei“

„Mehr telefonieren, mehr Anträge ausfüllen, mehr E-Mails mit Bettenschließungsbegründung“

„Kommunikation mit Ärzten im Durchschnitt ca. 30 - 60 Minuten pro Tag, nur auf Leitungsebene“

„Dienstbereitschaften werden gesucht, aber teilweise auch Personal abbestellt bei geringer Belegung oder Rufbereitschaft“

„Es werden mehr Überlastungsanzeigen geschrieben.“

Es tauchen auch **Hinweise** auf, dass bei der Dokumentation und Meldung der Tatbestände zu den PpUG **nicht immer ganz seriös** verfahren wird:

„Nachträgliche Manipulation der Dienstpläne, um die Untergrenze einzuhalten.“

„60 Minuten täglich, um Personal zu verteilen und Nachbarbereiche anzupassen, damit der Betrag im Monatsmittel stimmt!“

„Scheindokumentation, doppelte Dienstpläne. Gerätemanager, Hygienepfleger, Case-Manager - alles was Examen hat, aber nie auf Station mitarbeitet, wird gezählt.“

„Diagnosen werden angepasst, so dass viel abrechenbar ist ohne Personaluntergrenzen. Die lukrativste Nebendiagnose wird behandelt.“

„Vorgesetzte berechnen die Patienten/Pflegekräfte-Statistik. Dies wird danach vom Verwaltungscontrolling kontrolliert und verändert.“

„Es werden nach Abrechnung des Dienstplans zusätzliche Pflegefachpersonen dokumentiert, die aber nicht gearbeitet haben. Nur damit die Personaluntergrenzen nicht unterschritten werden.“

„Patienten werden nicht als Intensiv-, sondern als IMC-Patienten (Intermediate Care) klassifiziert und so werden die Grenzen ausgehebelt.“

„Gezielte Misch-Belegung in früheren Fachbereichen, damit die PpUG nicht zum Einsatz kommt.“

„Statistiken werden geschönt.“

„Mogelpackung! Jede examinierte Kraft wird angerechnet, ob am Patienten tätig oder nicht.“

Es ist anzunehmen bzw. zu hoffen, dass es sich hierbei um extreme Einzelfälle handelt.

Erleben Sie sonstige Folgen der Pflegepersonaluntergrenzen?

Diese Frage haben insgesamt 826 Personen beantwortet, die meisten (44,4%) mit Ja. 34,7% antworteten mit Nein, 20,8 % gaben an, dass ihnen keine sonstigen Auswirkungen der PpUG bekannt seien.

Wer bei dieser Frage Ja geantwortet hatte, konnte seine Eindrücke mithilfe von Freitext konkretisieren und beschreiben. Diese Gelegenheit haben viele (n = 331) der Pflegefachpersonen gerne wahrgenommen.

- „Diskussion um Personalbesetzung hat eingesetzt.“
- „Endlich wird auf Pflegeausfall reagiert!“
- „Für mich als Arbeitnehmer ist die Situation viel besser geworden; muss statt vorher 16 jetzt nur noch 10 Patienten versorgen.“
- „Dienste sind wesentlich entspannter, jedes Mal ist das Einhalten der Pause möglich.“
- „Die Besetzung von Pflegekräften ist als größeres Thema als bisher in den Krankenhausalltag gebracht worden. Andere Professionen müssen ihr Vorgehen anders planen und können nicht alles auf den Schultern der Pflege abstreifen.“
- „Mehr Gehör und Hilfe durch übergeordnete Ebene.“



Die Pflegepersonaluntergrenzen erhielten dabei durchaus eine Reihe von Pluspunkten:

nen (Bereichs-, Pflegedienstleitung)“

- „Positiv: gleiche Anzahl an Mitarbeitenden am Wochenende wie in der Woche bei gleicher Patientenzahl.“
- „Es ist durch Reduzieren der Betten erheblich ruhiger auf der Station geworden.“
- „Bewusstsein ist gestärkt, dass gute Pflege nur bis zu einem bestimmten Maß geleistet werden kann, v.a. bei den Ärzten.“
- „Widerwillige Auseinandersetzung mit dem Thema Pflege, das sonst noch Jahre als Einsparpotenzial gesehen worden wäre.“
- „Führungskräfte müssen sich für die Bettenspernung nicht mehr rechtfertigen.“
- „Weniger Stress im Nachtdienst, da 2 Fachkräfte für 36 Patienten.“

Allerdings:

Die Antworten auf die vorangegangenen Fragen ließen bei der Mehrheit der Befragungsteilnehmer/innen eher eine negative Einschätzung erwarten, dies hat sich in den Freitexten zur Frage nach den „sonstigen Folgen der Pflegepersonaluntergrenzen“ auch klar bestätigt.

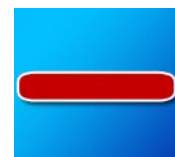
Die Antworten wurden inhaltlich sortiert und nach wesentlichen Stichworten geclustert. Das Ergebnis sehen Sie in der Tabelle, sortiert nach Häufigkeit der Nennungen.

Über die dort aufgeführten am häufigsten genannten Beobachtungen und Eindrücke hinaus wurde noch vereinzelt benannt:

- Auflösung von Angeboten für Patient/innen
- Holen der eigenen Mitarbeiter aus dem Frei für den Einsatz auf anderen Stationen
- Druck zum Verändern der Stationsabläufe

- Verärgerte Ärzte und Krankenhausmanager
- Sanktionen bei Nichteinhalten der PpUG werden in Kauf genommen, sie tun nicht genug „weh“
- Abwanderung von Mitarbeiter/innen in die Leiharbeit
- Ständige Angst, versetzt zu werden
- Wegfall von Pausen wegen der Mindestbesetzung
- Arbeit wird nur noch an der Besetzung der Stellen gemessen, nicht mehr an der Qualität.

Die Minuspunkte überwiegen mehr als deutlich und werden nachvollziehbar beschrieben.



Sonstige Folgen der Pflegepersonaluntergrenzen	Anzahl Nennungen
Umverteilung des Pflegepersonals, meist sehr kurzfristig, oft auch stundenweise	46
Unzufriedenheit der Mitarbeiter/innen, mehr Burnout, mehr Überlastung	36
Untergrenze wird als Obergrenze (Normalität) angesehen; Personalabbau	36
Häufige Konflikte in/zwischen Teams und interprofessionell, Spannungen, mehr Stress, viel Unruhe	31
Zunahme von Fehlern, drastische Qualitätseinbußen, schlechte Arbeit wird hingenommen	31
Neid und Unzufriedenheit der Stationen ohne PpUG, Störungen des Betriebsfriedens	23
Zunahme von Leiharbeit	21
Viel Umschieben/Umverteilen von Patient/innen	16
Zunahme der Krankheitsausfälle beim Pflegepersonal	13
Vorher an Helfer delegierte Aufgaben werden rückübertragen (Zeitdruck steigt)	11
Kaum noch Flexibilität in der Dienstplanung	9
Zunehmende Kündigungen von Pflegefachpersonen	8
Hoher Druck wird ausgeübt, vor allem auf pflegerische Leitungen	6

Zum Abschluss der Meinungsumfrage wollten wir wissen:

Wie schätzen Sie persönlich die Effekte der Pflegepersonaluntergrenzen ein...

Das Urteil lässt keine Fragen offen und war auch in dieser Eindeutigkeit zu erwarten. Die Pflegefachpersonen gestehen den Untergrenzen zwar einige positive Effekte zu, insbesondere für Patientinnen und Pati-

enten, Es wäre interessant, diesen und ihren An- und Zugehörigen dieselbe Frage auch zu stellen

In Bezug auf den eigenen Arbeitsalltag erleben die professionell Pflegenden in den Krankenhäusern aber eine ganz erhebliche Verschlechterung. Das gilt nahezu gleichermaßen für Bereiche mit und solche ohne geltende Untergrenzen.

Wie schätzen Sie persönlich die Effekte der PpUG ein...



Die Liste der von den professionell Pflegenden in den Krankenhäusern geschilderten negativen Auswirkungen, die sie wegen der Pflegepersonaluntergrenzen Tag für Tag erleben, ist lang und gravierend. Es sind keine „Peanuts“, die hier aufgeführt sind, sondern handfeste Defizite im Umgang mit wertvollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in der Qualität der Versorgung, in der Gestaltung von guten Prozessen, in der Vertrauensbildung für Patientinnen und Patienten, in der Imagegestaltung von Unternehmen, die eigentlich händierend nach neuen qualifizierten Fachkräften suchen und mehr als je zuvor auf sie angewiesen sind.

Die Liste der negativen Effekte zeigt ein Versagen des Krankenhausmanagements, ein Zusammentreffen dramatischer Führungsfehler, den Verdacht, dass zugunsten der Ökonomie nicht nur zu Beginn der Einführung der PpUG, sondern im gesamten Jahresverlauf elementare Faktoren guter und nachhaltiger Betriebssteuerung vollständig ignoriert und missachtet worden sind. Wie dies möglich war, werden die Verantwortlichen in der Politik sowie vor allem in den Trägerverbänden erklären müssen.

Allerdings haben die Pflegefachpersonen all dies auch hingenommen, ohne sich wirksam auf ihre vertraglichen Rechte zu berufen und frühzeitig Rückendeckung zu holen. Allein kann man gegen schlechte Arbeitsbedingungen wenig ausrichten, in einer starken Gemeinschaft - z.B. als Mitglied eines Berufsverbands - lässt sich dagegen viel erreichen.



Bei den beruflich Pflegenden jedenfalls hat sich offenbar im Jahr 1 der PpUG die Unzufriedenheit und Frustration mit ihrer Arbeitssituation noch verstärkt. In die Untergrenzen hatte man die große Hoffnung gesetzt, dass nun endlich eine rote Linie gezogen würde, die das Schlimmste verhindert und die Grundlage für einen schrittweisen Aufbau von mehr Pflegekapazität in den Krankenhäusern legt. Das Gegenteil ist eingetreten, der Stress hat noch mehr zugenommen, Fehler häufen sich, zusätzlicher Zündstoff für Konflikte ist entstanden und die so gebeutelten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reagieren: mit Resignation, vermehrtem Krankheitsausfall und sogar Kündigungen. Eigentlich kann das kein Arbeitgeber wollen.

Diskussion und Fazit

Eine Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 07. März 2017:

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Koalitionsfraktionen und der Länder die Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgelegt. (...) In Krankenhausbereichen, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist, sollen künftig **Pflegepersonaluntergrenzen** festgelegt werden, die nicht unterschritten werden dürfen.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe:

„Eine gute Versorgung im Krankenhaus setzt eine angemessene Personalausstattung voraus. Gemeinsam ist uns eine weitere wichtige Weichenstellung gelungen, um die Pflege am Krankenbett zu stärken. Jetzt muss es darum gehen, dass die Regelungen, die wir nun auf den Weg bringen werden, fristgerecht von den Krankenhäusern und Krankenkassen mit Leben gefüllt werden.“⁷

Was die Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage gezeigt haben - und ähnliches hört man aus beinahe allen Krankenhäusern - besagt bestenfalls:

„Gut gemeint, schlecht gemacht!“.

Wie die Politik die Vorgaben in der PpUGV ausgestaltete und wie die Krankenhäuser sie begannen umzusetzen, konnte nichts Gutes hervorbringen. Von ständig wechselnden, fach- und stationsfremden und zahlenmäßig immer zu wenig Pflegefachpersonen betreut zu werden, kann weder dem Wohlbefinden noch der Versorgungsqualität noch der Sicherheit von Patient/innen dienen. Welche Arbeitsbedingungen den Beschäftigten zugemutet werden und dass man leistungsfähige, stabile Teams nach Belieben auseinanderreißt, um heute hier und morgen da vorhersehbare Löcher zu stopfen, spricht von gravierender Missachtung der Ressource professionelle Pflege.

Wie wenig viele Krankenhäuser verstanden haben, dass die Kapazität an fachlich guter Pflege unmittelbar

mit Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu tun hat und ganz dringend verstärkt werden muss, zeigen ihre konkreten Vorbereitungen auf die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs. Sehr eifrig war man gleich dabei, so viele Beschäftigte wie irgend möglich im Pflegebudget unterzubringen – unabhängig davon, welche Tätigkeiten innerhalb des Unternehmens sie ausüben. Physician Assistants, patientenferne Stabsstellen, Hygieneexperten, Kodierer usw. – wer immer irgendwann in seinem Leben eine Pflegeausbildung absolviert hat, wird nun buchhalterisch der Pflege zugeschlagen. Bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber die Finanzierung der Krankenhauspflege gegen diese Form des Missbrauchs und weitere Begehrlichkeiten des Krankenhaus-Managements absichert.

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Strategie zur Lösung der Probleme in den Krankenhäusern reichen umfangreiche Maßnahmenkataloge oder das Drehen an einzelnen Stellschrauben bei weitem nicht mehr aus. Zu lange hat man in der Politik der Negativ-Entwicklung nur zugesehen und einflussreichen Ökonomen nahezu das Feld allein überlassen. Jetzt wird nicht weniger als ein **vollständiger Paradigmen- und Systemwechsel** erforderlich sein, um die Krankenhäuser auf die Spur in eine bessere Zukunft zu setzen.

Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbindung haben in der Krankenhauspflege lange kaum eine Rolle gespielt. Das fatale Ergebnis dieser Personalpolitik bekamen alle zu spüren. Es wird nicht reichen, die Zahl der Ausbildungsplätze zu steigern in der Erwartung, damit den Berufsnachwuchs auf Jahrzehnte hinaus zu sichern. Solange die praktische Ausbildung in den Kliniken unverändert schlecht und geringschätzend bleibt, werden junge Menschen frühzeitig das Handtuch werfen und sich beruflich anders orientieren.

Die Krankenhausträger ebenso wie der Verband der Krankenhausdirektoren (VKD) erwarten und hoffen, dass mit Einführung des von ihnen mitentwickelten Bemessungsinstruments PPR 2.0 sehr bald die ungeliebten PpUGs der Vergangenheit angehören und sie wieder ungehindert das Pflegepersonalmanagement ihrer Häuser frei gestalten dürfen. Sehr gern im gewohnten Stil, die Krankenhausgesellschaften werden nicht müde, „hohe Autonomie zur Allokation des Pflegepersonals“ einzufordern. Der VKD seinerseits for-

dert, dass „dem Management die Möglichkeit zu geben ist, eigenständig und nach den Erfordernissen jedes einzelnen Krankenhauses das Personal einsetzen zu können.“ (VKD-PM vom 15.1. 2020) Dass sie alle über Jahrzehnte hinlänglich bewiesen haben, wie wenig sie dazu in der Lage sind und wie sie an dieser Stelle ihre Verantwortung Beschäftigten gegenüber ignoriert haben, sollte der Gesetzgeber nicht übersehen!

Vor diesem Hintergrund müssen Ansätze der PPR 2.0 vor Umsetzung noch einmal überdacht werden:

1. Der „Ganzhausansatz“. Eine Ermittlung und Definition des Pflegepersonalbedarfs pro Station und pro Schicht lehnt die DKG grundsätzlich ab und hat dies auch bei der Verordnung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgreich verhindert. Aus gutem Grund haben allerdings Länder, die nurse-to-patient ratios eingeführt haben, um dem Sparen am Pflegepersonal Grenzen zu setzen, dies schichtbezogen getan.
2. Die Letztentscheidung für den Stellenplan der Geschäftsführung zu übertragen. Es ist zu befürchten, dass damit weiterhin ökonomische Interessen höhere Priorität behalten als eine am individuellen Pflegebedarf ausgerichtete Personalbemessung.

Nicht zuletzt müssen die Krankenhäuser endlich zur Kenntnis nehmen, dass die **Ressource Pflegefachpersonen endlich ist und gut behandelt werden muss**. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben inzwischen verstanden, dass mit ihnen die Gesundheitsversorgung im Land steht und fällt. Und dass es sich nicht lohnt, die eigene Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden - auch im Berufsleben - aufs Spiel zu setzen.

Auch und gerade die Krankenhäuser beklagen sich seit langem darüber, dass ihnen die Fachkräfte davonlaufen und sie sie - zum doppelten Preis und mehr - anschließend wieder bei der Zeitarbeit buchen müssen. Wer aber so wie in dieser Umfrage belegt mit Mitarbeiter/innen umgeht, treibt sie in die Teilzeit, aus dem Beruf und der Zeitarbeit direkt in die Arme.

In einem kürzlich erschienenen Gastbeitrag von Prof. Hans Martin Hoffmeister, Präsident des Berufsverbands Deutscher Internisten und Chefarzt im Städtischen Klinikum Solingen, bewertet auch er die Effekte der Personaluntergrenzen⁸. Sein Fokus liegt vor allem auf den durch die Pflegepersonaluntergrenzen ausgelösten Engpässen in der Intensivmedizin.

Er argumentiert, dass wegen des fehlenden Fachkräfteangebots auf dem Arbeitsmarkt zwangsläufig „weniger pflegeintensive Krankenhausbetten angeboten werden können.“ Durch die Umsetzung der PpUGV entstehe eine „massive Versorgungskrise“, weil immer der „für eine optimale Pflege als Untergrenze ange-setzte Wert erreicht werden muss und nicht eine ausreichende Pflege in bestimmten Situationen akzeptiert werden kann.“

„Optimale Pflege“ auf einer Intensivstation - mit einer Besetzung von 2,5 zu 1 in der Tagschicht und 3,5 zu 1 im Nachtdienst, wie es die Personaluntergrenzen vorgeben? Wer dies für eine optimale Pflegepersonalbemessung hält, hat nicht verstanden, was Pflege leistet und welche Bedeutung sie für die Chance auf Genesung und die Sicherheit von Intensivpatient/innen hat. Und was man seinen Mitarbeiter/innen schuldig ist. Mit solchen Quoten liegt die deutsche Intensivpflege im internationalen Vergleich am untersten Level.

„Immer mehr Intensivstationen überlastet!“ Die am Anfang dieser Broschüre erwähnte Panorama 3 Sendung des NDR berichtete über die vielen gesperrten Intensivbetten, die zunehmend eine Versorgung von Schwerkranken zum Problem machen. Überlastet waren die Intensivstationen - vor allem deren Fachkräfte - allerdings schon seit vielen Jahren und lange vor Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen, nur hat das niemanden interessiert. Jetzt wird das Ausmaß der Misere erkennbar und hoffentlich endlich die Ursache wirksam angegangen!

Ein Wort zum Schluss

Pflegepersonaluntergrenzen und die Corona-Pandemie - Bundesgesundheitsminister Spahn hat dies gleich zu Beginn der Krise für nicht vereinbar gehalten und am 4. März 2020 die Untergrenzen vorläufig ausgesetzt: „Die Krankenhäuser müssen bei der Personalplanung flexibel auf die Ausbreitung des Coronavirus reagieren können. Deshalb entlasten wir sie in dieser Lage von Dokumentationsaufwand und Auflagen in der Pflege.“ Auch der Gemeinsame Bundesausschuss genehmigte kurz darauf Abweichungsmöglichkeiten von der Mindestausstattung mit Intensivpflegepersonal bei bestimmten komplexen Behandlungen.

Anfang Mai 2020 nahmen immer mehr Kliniken die Regelversorgung wieder auf und erhielten dafür auch grünes Licht aus dem BMG. Von einer Rückkehr zu

den für das Personal geltenden früheren Spielregeln war allerdings keine Rede. Das konnte der DBfK nicht akzeptieren:

„Der DBfK fordert ausdrücklich, dass mit Hochfahren der Regelversorgung in den Krankenhäusern auch wieder reguläre Spielregeln gelten müssen, die zuvor wegen des pandemiebedingten Ausnahmezustandes ausgesetzt worden waren“, erklärte DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein. „Mit dem Hinweis auf eine ‚epidemische Lage von nationaler Tragweite‘ und in Erwartung eines massiven Aufkommens zu behandelnder CoViD-Erkrankter wurden die Pflegepersonaluntergrenzen ausgesetzt. Mit derselben Begründung sind Grenzen der Arbeitszeit aufgeweicht, vorgeschriebene Ruhezeiten verkürzt und erhebliche Zugriffsmöglichkeiten des Arbeitgebers auf das Pflegepersonal legalisiert worden.

Der kaum kontrollierbare Notstand ist nicht eingetreten, jetzt sind deshalb auf dem schnellsten Wege diese Ausnahmeregelungen auch wieder abzuschalten. Wir werden es nicht hinnehmen, dass mithilfe der Pandemie auf Dauer noch schlechtere Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal eintreten als sie schon vor der Krise waren“, so Bienstein.⁹

Grundsätzlich können Pflegepersonaluntergrenzen durchaus ein wichtiges und sinnvolles Instrument sein, um eine Gefährdung von Patient/innen auszuschließen. Dazu brauchen sie als Grundlage und Bezugsgröße ein analytisches Personalbemessungsverfahren, das sich konsequent und verpflichtend an den Patientenbedarfen orientiert.

Die bis Anfang März in deutschen Krankenhäusern geltenden Personaluntergrenzen entsprechen allerdings nicht annähernd dem Bedarf an pflegerischem Fachpersonal, der sich aus dem Krankheitsspektrum und dem Grad an Pflegebedürftigkeit von Patient/innen ergibt. Mit diesem niedrigen Niveau und begrenzt auf

bestimmte Teilbereiche können sie allenfalls ein Minimum an Patientensicherheit gewährleisten und die Beschäftigten vor Willkür und völliger Überforderung schützen. Der Befund, dass in vielen PpUG-Bereichen Pflegefachpersonal aufgestockt werden musste, um die Vorgaben zu erfüllen, zeigt einerseits, dass die Untergrenzen Wirkung entfaltet haben. Deutlich wird so aber auch, wie überaus schlecht die Personalausstattung vorher gewesen war, ohne dass gehandelt wurde. Die Umfrageergebnisse zeigen außerdem, dass die PpUG-Bereiche in aller Regel zulasten unregelter Bereiche verstärkt wurden - es wurde Personal verlagert, aber nicht aufgestockt. Damit verpuffen die eigentlich von der Politik beabsichtigten Verbesserungen.



Klar ist aber – und noch einmal belegt durch die vergangenen Wochen der Pandemie, dass sich in den deutschen Krankenhäusern in Bezug auf die Pflege maßgeblich etwas ändern muss. Jahrelanges Sparen am Pflegepersonal muss endlich der Vergangenheit angehören. Gebraucht wird jetzt ein analytisches Pflegepersonalbemessungsinstrument, ausgerichtet am Versorgungsbedarf der Patienten und verpflichtend anzuwenden.

Quellen:

1) <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/lmmer-mehr-Intensivstationen-ueberlastet-intensivpflege106.html> (Sendemitschnitt, abgerufen am 17.02.2020)

2) Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014
Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*. 2019
Needleman J, Liu J, Shang J, Larson EL, Stone PW. Association of registered nurse and nursing support staffing with inpatient hospital mortality. *BMJ Quality & Safety*. 2019

3) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/4-quartal/neuregelungen-2019.html#c14464> (abgerufen am 22.02.2020)

4) <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/kliniken-schlagen-alarm-und-fordern-krankenhausgipfel/> (abgerufen am 22.02.2020)

5) <https://f5.hs-hannover.de/ueber-uns/personen/lehrende/prof-dr-michael-simon/>

6) <https://www.tagesspiegel.de/politik/jens-spahn-zu-organspende-in-dieser-debatte-gibt-es-kein-gut-und-boese/25426756.html> (abgerufen am 22.02.2020)

7) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus.html> (abgerufen am 27.02.2020)

8) Die Folgen der Personaluntergrenzen; <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Folgen-der-Personaluntergrenzen-409287.html> (abgerufen am 14.05.2020)

9) Normalbetrieb im Krankenhaus nur unter den ‚normalen‘ Regeln! <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2020/Normalbetrieb-im-Krankenhaus-nur-unter-den-normalen-Regeln.php> (abgerufen am 05.05.2020)

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

- DBfK Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

Bildnachweis:

Titel und alle Seiten: pixabay.com

© 2020. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Urhebers.



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

- DBfK Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de

www.facebook.com/dbfk.de

[@DBfK_Pflege](#)