



Berlin, 02.05.2018

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der beteiligten Fachgesellschaften zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen – Stand 02.05.2018

Der gesetzliche Auftrag zu einer Vereinbarung auf Bundesebene zu verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen gemäß des ergänzten § 137i SGB V wird durch den am 14.3. 2018 In-Kraft-getretenen Koalitionsvertrags auf alle bettenführenden Krankenhausabteilungen ausgeweitet werden. Eine erste diesbezügliche Beschlussfassung soll nach wie vor zum 30.06.2018 mit Wirkung zum 01.01.2019 durch die Selbstverwaltung (DKG/GKV-Spitzenverband) vorgenommen werden. Die AWMF hat mit den bisher am Diskussionsprozess beteiligten Fachgesellschaften deshalb eine Stellungnahme verfasst, die sich auf ein im Februar 2018 vorgelegtes Diskussionspapier stützt.

1. Festlegung und Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen

Der Gesetzgeber strebt eine einfache und schnelle Maßnahme im Sinne verbindlicher einheitlicher Untergrenzen bei bekanntem gravierendem Pflegekräftemangel an. Pflegepersonaluntergrenzen sollen beschreiben, wie viele Patienten eine Pflegekraft unter Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung maximal versorgen kann. Für diese Untergrenzen gibt es aus Sicht der beteiligten Fachgesellschaften derzeit keine wissenschaftlich gesicherten einheitlichen Zahlen im Sinne von Pflegekraft-zu-Patient-Verhältnis, vielmehr werden diese fach- und berufsgruppenabhängig unterschiedlich gesehen. Unterschiedliche Pflegebedarfe ergeben sich auch auf verschiedenen Stationen gleicher Fachgebiete, aus unterschiedlichen infrastrukturellen Bedingungen innerhalb eines Krankenhauses sowie aus Unterschieden auf lokaler und regionaler Versorgungsebene.

Zu bedenken sind weiterhin die different angegebenen Ursachen für den Pflegekräftemangel in Krankenhausabteilungen. Während in einigen Fachgebieten ein Hauptgrund für die schlechte Versorgung in der ungenügenden Zahl an zugestandenen Planstellen gesehen wird, führen die Vertreter anderer Fachgebiete ihren Pflegepersonalmangel im Wesentlichen auf den BewerberInnenmangel zurück. Für diesen wurden erhebliche regionale Unterschiede diskutiert (z.B. Lebenshaltungskosten, Attraktivität der Region oder lokaler Arbeitsstrukturen).

Die AWMF und die beteiligten Fachgesellschaften raten vor diesem Hintergrund zu einer gestuften Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen mit über die Zeit anzupassenden Prozentwerten, in denen die jeweiligen Pflegekraft-zu-Patient-Verhältniszahlen nicht unterschritten werden dürfen. (z.B. 2019:



x% an Unterschreitungszeiten, 2021 deutlich weniger als x%). Zu deren Festlegung sollten die Pflegezeitbedarfe erfasst werden (siehe 3.).

Die Einführung von Untergrenzen ohne Bezug zum individuellen Pflegezeitbedarf sollte mit einer differenzierten Beschreibung von Ausnahmetatbeständen erfolgen, die mit den Beteiligten abzustimmen und festzulegen sind.

Untergrenzen nur am derzeitigen Status quo zu orientieren, ist nicht zielführend, da solche niedrig angesetzten Untergrenzen als Soll-Personalstärke definiert werden könnten und sich damit die pflegerische Versorgung in derzeit noch besser besetzten Bereichen oder Kliniken sogar noch verschlechtern könnte.

Die AWMF und die beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die vom Bundesrat im März 2018 erhobene Forderung, durch die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen die Situation der Pflege spürbar zu verbessern¹. Die Festlegung sollte sich auf möglichst belastbare Grundlagen stützen, die sich am Patientenoutcome orientieren, um die Nachhaltigkeit und die qualitätsbasierte Weiterentwicklung zu gewährleisten.

2. Fachliche Qualifikation, Erhebung der Pflegepersonalbesetzung, Sanktionen

Die AWMF und die beteiligten Fachgesellschaften streben an, dass auf jedweden Stationen so viele qualifizierte Pflegekräfte wie nötig beschäftigt werden. Um dies zu realisieren, bedarf es neben eines kurzfristigen auch eines mittel- und langfristig angelegten Pflegeförderprogramms, dessen Konzept noch ausgearbeitet werden muss (siehe Anhang 1). In der momentanen Situation können keine einheitlichen Qualifikationsvorgaben angegeben werden. Wichtig ist, die Attraktivität durch kompetenzbasierte Personalentwicklungskonzepte zur Verbesserung der patienten-orientierten Outcomes nachhaltig zu unterstützen und weiter zu entwickeln².

Der vermehrte Pflegeaufwand muss in jedem Fall– wie im Gesetz vorgesehen– vergütet werden, dabei ist darauf zu achten, dass dies unmittelbar und nicht zeitlich verzögert geschieht. Hinsichtlich der Frequenz der Prüfung des vorgehaltenen Personals gibt es bisher keinen einheitlichen Vorschlag. Einig sind sich die Fachgesellschaften, dass ohne valide Daten eine effektive Kalkulation nicht möglich ist und dass vorrangige Wichtigkeit die Planungsüberprüfung hat („soll“-Abgleich).

¹ Siehe auch: Erläuterung, 966. BR, 23.03.18, Drucksache 48/18 TOP 6: Entschließung des Bundesrates - Die Situation der Pflege durch Pflegepersonaluntergrenzen spürbar verbessern <https://www.bundesrat.de/DE/plenum/plenum-kompakt/18/966/966-node.html>

² Hier ist auch Leasingpersonal einzubeziehen, für das qualitätsbasierte Anforderungen gelten sollten, die regelmäßig durch Schulungsmaßnahmen nachgewiesen werden müssen (z.B. zu Hygiene oder Medikamentenverwechslungen, bzw. evidenzbasierte weitere Anforderungen). Obergrenzen sind zu thematisieren.



3.1 Bedarfsplanung erforderlich

Neben der angekündigten „Konzertierten Aktion Pflege“ erwarten die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften weiterhin ein klares Signal für eine transparente und unter Einbeziehung ihrer Expertise entwickelten Bedarfsplanung, die sich an patientenrelevanten medizinischen, d.h. ärztlichen und pflegerischen Erfordernissen orientiert. Nur so sind Planungen und Evaluationen auch in Bezug auf die Pflege zielführend möglich.

4. Fazit:

Die AWMF und die beteiligten wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften unterstützen Pflegepersonaluntergrenzen, insofern ihre konkrete Ausgestaltung zu substantiellen Verbesserungen für die Pflege in den Krankenhäusern führt, sie durch ein Personalbemessungsinstrument ergänzt werden, das die Entkoppelung von Fallpauschalen und Pflegebedarf erlaubt und eine unmittelbare Gegenfinanzierung der Kostensteigerungen gewährleistet ist. Gleichzeitig muss Bettenschließungen aufgrund von Pflegepersonalmangel durch ein wirksames Pflegeförderprogramm entgegengewirkt werden und eine adäquate Evaluation gewährleistet sein. Wichtig ist der AWMF und den beteiligten Fachgesellschaften, dass durch die Pflege die Implementierung qualitativ hochwertiger, evidenzbasierter Versorgung maßgeblich mitgestaltet wird. Dies muss in die Betrachtung der Festlegung der Personaluntergrenzen zum Wohle der Patienten eingehen. Unabhängig von einer Übergangsregelung sollten wissenschaftsbasierte Ansätze verfolgt und finanziert werden, die den Personalbedarf und die Personalkompetenz in Bezug auf den Patientenoutcome und das Behandlungserleben untersuchen.

Für Rückfragen wir jederzeit zur Verfügung.

Prof. Dr. Rolf Kreienberg
Präsident der AMWF

Dr. Manfred Gogol (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, AWMF Präsidium)
 Prof. Dr. Armin Grau (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Schlaganfallgesellschaft)
 Prof. Dr. Andreas Markewitz (Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- u. Gefäßchirurgie;
 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- u. Notfallmedizin)
 Prof. Dr. Gernot Marx (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie u. Intensivmedizin)
 Prof. Dr. Dr. Hans-Joachim Meyer (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie)
 Dr. Monika Nothacker (koordinierend für die AWMF)
 Prof. Dr. Dietmar Pennig (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie)
 Prof. Dr. Reimer Riessen (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin u. Notfallmedizin)
 Prof. Dr. Erika Sirsch (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft)
 Prof. Dr. Claudia Spies (AWMF-Präsidium)
 PD Dr. Michael Weber (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und Herz-Kreislaufforschung)



Anhang 1: Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zur Gewinnung von Pflegekräften (bereits im Diskussionspapier im Februar aufgeführt):

- angemessene Vergütung
- Ausbildungsinitiative

Die Zahl der Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in den letzten 25 Jahren um 10% auf circa 79.700 gesunken. Die Einführung von Pflegeuntergrenzen sollte zum Anlass genommen werden Auszubildende für diesen Beruf zu gewinnen. Z. B. durch reduzierte Belastung bei verbindlichen Pflegeuntergrenzen und einer Erhöhung der Ausbildungsplätze an Krankenhäusern.

- Kampagne zur Vollzeitbeschäftigung

Durch Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes (Work-Life-Balance) die Zahl von Pflegefachpersonen, die in einer Vollzeitbeschäftigung sind, zu steigern und die Teilzeitbeschäftigung zu reduzieren.

- Berufsausstieg vermeiden, bzw. Initiativen zur Rückkehr in den Beruf starten

Begleitende Fort- und Weiterbildungsangebote konzipieren, um den Berufswiedereinstieg zu erleichtern.

- Ältere Pflegekräfte stärken

Schaffung von Arbeitsumgebungen, die es auch älteren Pflegekräften ermöglicht im Beruf zu verbleiben.