

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)  
zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für  
Gesundheit zur Verordnung zur Festlegung von  
Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen  
in Krankenhäusern für das Jahr 2021  
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Wir weisen darauf hin, dass die Frist von fünf Tagen für eine Stellungnahme extrem kurz war. Wir sehen durchaus den Druck, unter dem die Mitarbeiter/innen des BMG arbeiten, aber auch die Verbände sind beschäftigt; viele arbeiten ehrenamtlich. Eine qualifizierte Rückmeldung ist innerhalb einer so kurzen Zeit erschwert. Insofern überhaupt Interesse an einer qualifizierten Stellungnahme besteht, wird mehr Zeit benötigt.

Die vorliegende Verordnung ergänzt die bisherigen Personaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie, Herzchirurgie, Schlaganfallereinheit, neurologische Frührehabilitation) durch die folgenden: Pädiatrische Intensivmedizin, Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Pädiatrie. Sie legen das Verhältnis von Patient/innen zu Pflegenden fest. Diese festgelegten Pflegepersonalzahlen beruhen auf dem „Quartilansatz“, der dazu führen soll, dass die Personalbelastung in den 25 Prozent der Versorgungsbereiche mit den höchsten Personalbelastungszahlen sinkt und Krankenhäuser mit einer besonders schlechten Personalausstattung das Niveau der übrigen 75 Prozent der Versorgungsbereiche erreichen.

Aus Sicht des DPR sind Pflegepersonaluntergrenzen durchaus eine Möglichkeit, um eine bessere Pflegepersonalausstattung zu erreichen, wenn sie gut gemacht sind. Dazu gehört, dass diese Untergrenzen zu einer auskömmlichen Personalausstattung in Bezug stehen, als rote Linie im Sinne einer sicheren Patient/innenversorgung festgeschrieben werden und nur in Ausnahmefällen berührt, aber nicht unterschritten werden dürfen.

Durch den hier aufgegriffenen Quartilansatz verlangt der Gesetzgeber jedoch keine Anhebung der Personalzahlen in der Pflege, sondern belegt lediglich eine Unterschreitung einer willkürlich gezogenen statischen Linie mit Sanktionen. Somit entfaltet die Verordnung keine positive Wirkung, sondern begrenzt nur teilweise den Schaden. Zudem besteht die Gefahr, dass in den Krankenhäusern, die heute eine bessere Personalausstattung haben als gemäß der in der Verordnung geregelten Vorgaben, aufgrund des Pflegepersonalmangels und des ökonomischen Drucks Pflegepersonal abgebaut wird. Zudem wird seitens der Politik

formuliert, dass die Patientensicherheit mit den Pflegepersonaluntergrenzen gewährleistet ist.; einen Beleg gibt es dafür aber nicht.

Weiterhin ist es erforderlich, Aspekte des tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarfs der betroffenen Patient/innen bei der Festlegung der Personalausstattung mit einzubeziehen. Dieser pflegerische Versorgungsbedarf ergibt sich aus der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit und nicht aus dem medizinischen Fachbereich. Die aus dem Pflegelast-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen können weder den Pflegebedarf noch den tatsächlichen Pflegeaufwand der Patient/innen abbilden.

Daher spricht sich der DPR dafür aus, entsprechend der Ergebnisse der AG 2 der Konzierten Aktion Pflege (KAP), ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument zu entwickeln und umzusetzen, das den Pflegepersonalbedarf vom tatsächlichen Pflegebedarf der Patient/innen ableitbar macht.

Bis dieses Instrument vorliegt, muss eine Zwischenlösung eingeführt werden, die einfach und schnell umzusetzen ist. Die drei Partner DKG, ver.di sowie der DPR haben die PPR 2.0 entwickelt und dem BMG im Dezember 2019 zur Prüfung vorgelegt. Bis heute fehlt eine offizielle Rückmeldung aus dem BMG, ob und wie es mit der PPR. 2.0 weitergeht. Die Verlautbarungen sind vielmehr divergent und unscharf.

Seit 1. Januar 2019 müssen die Pflegepersonaluntergrenzen in einigen „pflegesensitiven“ Bereichen umgesetzt werden. Dies sorgte für erhebliche Anstrengungen in den Krankenhäusern. Die Nichteinhaltung wird mit Sanktionen belegt. Berichten aus der Praxis zufolge ist die Umsetzung mit einem hohen bürokratischen Aufwand, Bettensperrungen, kurzfristigen Änderungen des Dienstplans, einem vermehrten Rückruf von Pflegefachpersonen „aus dem Frei“, einer Verlegung von Patient/innen auf Stationen ohne Untergrenzen, Verlagerung der Pflegefachpersonen auf Stationen mit Untergrenzen und die Verlagerung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in den Pflegebereich verbunden. Diese Verwerfungen führen zu einer größeren Belastung der Pflegefachpersonen, die im Widerspruch zu der angestrebten Verbesserung der Personalausstattung steht.

Kritisch zu sehen ist zudem die fehlende Risikoadjustierung in den neu aufgenommenen pflegesensitiven Bereichen. Die erstmalig in 2020 für die Neurologie und Stroke Unit vorgenommene Differenzierung innerhalb einer Fachabteilung nach unterschiedlichen Pflegeaufwänden wurde z.B. für die Pädiatrie oder die Innere Medizin leider nicht fortgesetzt. Hierbei wäre ein angepasster Standard für u.a. onkologische oder organspezifische Stationen sinnvoll gewesen, um zu verhindern, dass Untergrenzen als Obergrenze in der gesamten Fachabteilung interpretiert zu werden.

Zudem existieren in allen bekannten pflegesensitiven Bereichen je nach Krankenhaus besondere strukturelle und prozessuale Gegebenheiten. So spielen in der Pädiatrie medizinisch-therapeutisch begründete Begleitpersonen eine wichtige Rolle, die angeleitet werden müssen und daher phasenweise zu einem zusätzlichen Aufwand für die Pflegefachpersonen führen. Die Geriatrie betreut u.a. weglaufgefährdete Patient/innen, die zusätzliches Personal in Form von Sitzwachen bedingen. Die genannten Beispiele sind nur ein kleiner Auszug aus der heterogenen Krankenhauslandschaft und skizzieren die Vielzahl der unterschiedlichen Einflussfaktoren auf den Pflegepersonalbedarf vor Ort. Aufgrund des Selbstkostendeckungsprinzips nach dem diesjährigen sog. „Pflexit“, wird Pflegepersonal ohne einen Blick auf die Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes komplett refinanziert. Theoretisch müssten die Untergrenzen vor diesem Hintergrund „einfach“ einzuhalten sein. Praktisch besteht hier jedoch als limitierender Faktor ein eklatanter Mangel an Pflegefachpersonen.

## **§ 6 Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen**

### **Absatz 1**

In diesem Absatz werden für bestimmte, pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern Personaluntergrenzen festgelegt.

#### *Stellungnahme*

Die ausgewiesenen Personaluntergrenzen beruhen weder auf pflegewissenschaftlichen noch pflegfachlichen Erkenntnissen zur Verbesserung der Patientensicherheit und wurden rein auf der Grundlage des Perzentilansatzes festgelegt. Mit Blick auf den Pflegebedarf der Patient/innen ist ihre Festlegung nicht nachvollziehbar.

Zudem wären weitere Parameter nötig, um die Versorgungssituation differenzierter abzubilden, weil der Pflegeaufwand für Patient/innen in der gleichen Fachrichtung oder auf Intensivstationen sehr unterschiedlich sein kann. Beispielsweise gibt es in den Intensivbereichen große Schwankungen der Beatmungsfälle. Diese können sich durchschnittlich vom niedrigen einstelligen Bereich bis hin zu 90 Prozent bewegen. Selbst die Zahl der Beatmungsfälle ist kein zuverlässiger Indikator. Häufig sind nicht beatmete Patient/innen aufwändiger in der pflegerischen Versorgung als beatmete Patient/innen. Diese Differenzierungen und Spezifizierungen ergeben sich bereits aus der Versorgungsstufe der Krankenhäuser. In begründeten Fällen sollten individuelle Verhandlungsspielräume eingeräumt werden.

### **Absatz 2**

In diesem Absatz wird der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegenden festgelegt.

#### *Stellungnahme*

Bei der Anrechnung eines prozentualen Anteils an Pflegeassistent/innen bei den Personaluntergrenzen wird ein Skill- und Grade-Mix festgelegt, der weder vom Pflegebedarf der Patient/innen noch von der Kompetenz der Pflegenden abgeleitet wurde. Auch lässt sich für diesen Anteil keine pflegfachliche oder pflegewissenschaftliche Begründung erkennen. Darüber hinaus fehlt der Hinweis, wie zusätzlich benötigtes Personal zu berücksichtigen ist, das patientenbezogen notwendig werden könnte (Sitzwache).

Der DPR lehnt die Anrechnung der Pflegeassistent/innen auf die Personaluntergrenzen-Regelung grundsätzlich ab. Personaluntergrenzen sind aus Sicht des DPR eine rote Linie. Eine Fachkraftquote dort einzubeziehen ist kontraproduktiv und widerspricht der Logik einer Personaluntergrenze.

## **§ 9 Personalverlagerungen**

### **Absatz 1**

In diesem Absatz wird geregelt, unter welchen Bedingungen Pflegenden aus anderen Bereichen in pflegesensitive Bereiche verlagert werden können. Demnach ist es unzulässig, Personal aus anderen Stationen in die pflegesensitiven Bereiche zu verlagern, wenn sich u.a. die Anzahl der Pflegenden in den anderen Bereichen im Vergleich zum Vorjahr im

Jahresdurchschnitt um mehr als drei Prozent reduziert hat. Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass eine Personalverlagerung unzulässig ist, wenn damit eine Verschlechterung der Versorgung in den nicht als pflegesensitiv festgelegten Bereichen einhergeht.

### *Stellungnahme*

Die Annahme, dass Pflegepersonal aus der direkten Patient/innenversorgung abgezogen werden kann, ohne dass es zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität kommt, ließe sich auf zwei Überlegungen zurückführen: Die eine Überlegung wäre, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalbesetzung und der Versorgungsqualität gibt und die andere, dass die Pflegepersonalbesetzung so gut ist, dass Pflegefachpersonen ohne Folgen für die Qualität auf andere Stationen abgegeben werden können. Beide Überlegungen haben keinen Realitätsbezug.

Zudem stellt sich die Frage, wie und durch wen das Eintreten bzw. Nicht-Eintreten einer Verschlechterung der Versorgungsqualität bemessen werden soll und wer darüber entscheidet, was eine verschlechterte Versorgungsqualität ist.

Schließlich lässt sich die Auswirkung von 3 Prozent Pflegender mehr oder weniger auf die Pflegequalität pflegewissenschaftlich und pflegefachlich nicht begründen und kann insofern nicht als abgesichertes Kriterium für begründbare Personalverschiebung dienen.

### *Änderungsvorschlag*

Der DPR schlägt daher vor, entweder valide Kriterien für die Beurteilung der Versorgungsqualität im Zusammenhang mit der Personalausstattung zu nutzen oder eine Personalverlagerung auszuschließen.

Berlin, 07. Oktober 2020

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)