

Berlin, den 07.10.2020

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

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat einen Referentenentwurf für die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) vorgelegt, mit dem für sogenannte pflegesensitive Bereiche der stationären Akutversorgung Untergrenzen für die Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zur Anzahl von Pflegekräften, inkl. eines Mindestanteils von Pflegefachpersonen, definiert werden. Diese Verordnung nach § 137i Absatz 3 SGB V ist erforderlich geworden, nachdem die Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 SGB V, namentlich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, nicht fristgerecht verbindliche Vereinbarungen über pflegesensitive Bereiche und Pflegepersonaluntergrenzen für diese Bereiche festgelegt hatten.

Ziel der erstmals im Jahr 2018 in Kraft getretenen Verordnung ist die Gewährleistung einer ausreichenden Pflegepersonalausstattung in der stationären Akutversorgung in Deutschland und die Förderung des Verbleibs von Pflegefachpersonen im Beruf. Auch in den Vorjahren wurden die jährlich zu bestimmenden Pflegepersonaluntergrenzen im Wege einer Rechtsverordnung durch das BMG festgelegt, nachdem jeweils eine fristgerechte Vereinbarung der obengenannten Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 SGB V nicht zustande gekommen war. Gegenüber den bisherigen Regelungen ist nach dem vorliegenden Referentenentwurf für die Anpassung der PpUGV für das Jahr 2021 eine Ausweitung der pflegesensitiven Bereiche auf Einheiten mit besonders hohem Pflegeaufwand in der Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie und der Pädiatrie geplant. Darüber hinaus soll das Verhältnis zwischen der Anzahl von Patientinnen und Patienten gegenüber Pflegekräften in der Intensivmedizin sowohl in der Tagschicht (von 2,5 auf 2,0 zu 1) als auch in der Nachtschicht (von 3,5 auf 3,0 zu 1) leicht sinken, in der Kardiologie in der Nachtschicht jedoch steigen (von 20,0 auf 22,0 zu 1).

Die definierten Personaluntergrenzen wurden auf der Basis von Daten zum Personaleinsatz und zum Pflegeaufwand ermittelt, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von einer geschichteten Zufallsstichprobe von Krankenhäusern pro pflegesensitiven Bereich zu melden sind (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020). Eine differenzierte Beschreibung der Analysemethodik ist den öffentlich zugänglichen Unterlagen des InEK, das laut § 137i Absatz 3a SGB V für die Durchführung der Datenerhebung und -analyse für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen zuständig ist, nicht zu entnehmen. Es

Berlin, den 07.10.2020

findet sich ausschließlich ein Verweis auf eine von der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft im Auftrag des GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführten Studie zur Methodik der empirischen Ableitung von Pflegepersonaluntergrenzen basierend auf InEK-Daten zur „Pflegebelastung“ sowie Daten zu Patientenzahl und Personalausstattung (Friedrich et al. 2018).

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk) begrüßt grundsätzlich jede Initiative für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Basierend auf internationalen Daten zum Zusammenhang zwischen der Personalausstattung in der Pflege und patientenrelevanten Ergebnissen der Pflegequalität (z. B. Driscoll et al. 2018, Shekelle 2013) sowie der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen (z. B. Wynendaele et al. 2019) erachtet das Netzwerk die Personalausstattung als einen wichtigen Einflussfaktor der Versorgungsqualität. Jedoch besteht aus Sicht des EbM-Netzwerks Unsicherheit, inwieweit die PpUGV dazu geeignet ist, ihr Ziel zu erreichen, d.h. eine nach den Qualitätsmaßstäben der gesetzlichen Krankenversicherung angemessene Versorgungsqualität zu gewährleisten. Diese Unsicherheit hat folgende Gründe:

- (1) Obwohl die PpUGV 2018 erstmals in Kraft trat, liegen bisher keine öffentlich zugänglichen Daten über die Umsetzung der vorgegebenen Personaluntergrenzen und über mögliche Einflüsse auf die Versorgungsqualität vor. Eine systematische Evaluation der Machbarkeit und der Auswirkungen dieser normativen Anforderungen scheint bisher nicht zu erfolgen. Dabei deuten Befunde aus einer Online-Umfrage des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe unter Pflegefachpersonen in Krankenhäusern auf Umsetzungsprobleme und nicht intendierte Folgen hin, wie z. B. eine Verlagerung von patientenfernen Aufgaben auf das Pflegepersonal und interne Personalverschiebungen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V. 2020). Wenngleich die Ergebnisse dieser Online-Befragung mit ca. 1.000 teilnehmenden Pflegefachpersonen keine verallgemeinerbaren Rückschlüsse zulassen, demonstrieren sie jedoch den Bedarf nach einer systematischen Evaluation der PpUGV.
- (2) Ein Manko besteht weiterhin in der fachlich nicht nachvollziehbaren Ableitung der Personaluntergrenzen. Weder liegt dieser eine pflegewissenschaftlich begründete Definition von Pflegebedarf zugrunde, noch berücksichtigt sie Zusammenhänge mit patientenrelevanten Versorgungsergebnissen, insbesondere der Mortalität, aber auch anderen pflegesensitiven Indikatoren wie z. B. Dekubitus (Driscoll et al. 2018, Shekelle 2013). Ohne eine angemessene theoretische und empirische Basis bleiben zu erwartende Effekte definierter Anforderungen an die Personalausstattung unklar und unzureichend begründet.
- (3) Zu kritisieren ist zudem eine fehlende Differenzierung der definierten Personaluntergrenzen hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen. Internationale Daten verweisen darauf, dass unabhängig von dem Verhältnis zwischen der Anzahl von Patientinnen und Patienten auf der einen und Pflegefachpersonen auf der anderen Seite auch der Anteil von Pflegefachpersonen mit akademischer Qualifikationen (Bachelor, Master) einen entscheidenden Unterschied für klinisch relevante Ergebnisse ausmacht

Berlin, den 07.10.2020

(Aiken et al. 2014). In Deutschland bestehen seit nunmehr fast 20 Jahren Studiengänge für die hochschulische Ausbildung von Pflegefachpersonen, seit diesem Jahr ist die hochschulische Ausbildung neben der beruflichen Ausbildung ein regelhafter Ausbildungsweg im Pflegeberuf. Die hochschulische Ausbildung ist im besonderen Maße auf die Befähigung zur evidenzbasierten Pflege, inkl. der wissenschaftlich begründeten Weiterentwicklung der Pflegepraxis, ausgerichtet. Für das Ziel der PpUGV, die Sicherstellung der Versorgungsqualität, erscheint es daher als unabdingbar, dass künftig neben Maxima für den Anteil von Hilfskräften auch Minima für den Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen definiert werden.

Diesen Kritikpunkten folgend, fordert das EbM-Netzwerk den Gesetzgeber auf, in Verbindung mit der PpUGV für das Jahr 2021 verpflichtend normative Anforderungen an eine systematische und für die Bürgerinnen und Bürger transparente Evaluation der Umsetzung und der Folgen der PpUGV zu definieren. Diese Evaluation sollte Konsequenzen der Vorgaben für die Arbeitsgestaltung und Arbeitsbelastung der Pflegekräfte wie auch für patientenrelevante Qualitätsindikatoren in den Blick nehmen. Darüber hinaus sind der Gesetzgeber und die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, die konzeptionellen Grundlagen der Ableitung der Personaluntergrenzen kritisch auf fachlich und empirisch plausibler Grundlage zu prüfen und Forschung zu dem komplexen Zusammenhang zwischen der personellen Infrastruktur und der Versorgungsqualität in der Akutpflege zu fördern. Hierbei sollten insbesondere auch die Effekte verschiedener „Grade and Skill“-Mix-Profile inklusive definierter Anteile von Pflegefachpersonen mit Bachelor- und Master-Qualifikation auf patientenrelevante Ergebnisse evaluiert werden.

Ansprechpartnerin

Prof. Dr. Katrin Balzer

Sprecherin des Fachbereichs Gesundheits-
fachberufe

E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de

Referenzen

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V. Ziel erreicht? Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Berlin, 2020,

Berlin, den 07.10.2020

<https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Bericht-Umfrage-Pflegepersonaluntergrenzen-2020-05-19.pdf> [05.10.2020].

Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, Lehwaldt D, McKee G, Munyombwe T, Astin F. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018;17(1):6-22. doi:10.1177/1474515117721561.

Friedrich S, Karwetzky C, Straub N, Diserens P, Penter V, Beivers A. Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflebelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Abschlussbericht. GKV-Spitzenverband & Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (Hrsg.), 2018, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflebelast_Studie_final.pdf [05.10.2020].

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Konzept zur Abfrage und Übermittlung von für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V. Stand 23.01.2020, file:///C:/Users/balzerk/AppData/Local/Temp/PpUG++Konzept++Par+137i+Absatz+3a+SGB+V++2020-1.pdf [05.10.2020].

Shekelle PG. Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):404-9. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00007.

Wynendaale H, Willems R, Trybou J. Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. *J Nurs Manag.* 2019;27(5):896-917. doi: 10.1111/jonm.12764.

Das **EbM-Netzwerk** setzt sich dafür ein, dass alle Bürgerinnen und Bürger eine gesundheitliche Versorgung erhalten, die auf bester wissenschaftlicher Erkenntnis und informierter Entscheidung beruht. In ihm haben sich Wissenschaftler/innen aus medizinischen, pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten, praktizierende Ärzte/Ärztinnen und sowie Vertreter anderer Gesundheitsberufe zusammengeschlossen (www.ebm-netzwerk.de).