



Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**  
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

## Stellungnahme

zum Referentenentwurf der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

7. Oktober 2020

### Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) vertritt die Interessen von 266 katholischen Krankenhäusern an 344 Standorten bundesweit. Seine Mitglieder sind Arbeitgeber für mehr als 67.000 Pflegekräfte (Vollzeitkräfte).

Die hochqualifizierten Pflegekräfte in den deutschen Krankenhäusern verdienen unseren großen Respekt für ihre tägliche verantwortungsvolle Arbeit. Insbesondere in den vergangenen Wochen haben sie großartige Arbeit geleistet, unter großen Anstrengungen vielerorts die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt – und zugleich starke Belastungssituationen bedingt durch die Unsicherheit über gänzlich unbekannte Krankheitsverläufe und Ansteckungsgefahren ausgehalten. In den letzten Monaten ist sehr deutlich geworden, dass regionale Krankheitsgeschehen, insbesondere in Pandemiezeiten, nicht planbar sind. Die katholischen Krankenhäuser haben bereits früher auf die Notwendigkeit flexibler Steuerungsinstrumente für den Klinikalltag hingewiesen. Das Personal braucht Gestaltungsmöglichkeiten und Flexibilität im Personaleinsatz. Die Krise hat dies noch einmal verdeutlicht: starre Grenze und Vorgaben sind dabei kontraproduktiv.

Für den kkvd ist es unstrittig, dass ein unverändert dringender Handlungsbedarf zur Verbesserung der Pflegesituation besteht. Der Verband setzt sich seit geraumer Zeit für Veränderungen ein, die passgenau zu Verbesserungen in der Pflege führen. So hat der kkvd maßgeblichen Anteil an der Konzeption eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes (PPR 2.0). Dieses wurde von den Krankenhäusern gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) aus der Praxis heraus als eine Reaktion auf die Unzufriedenheit der Pflegenden entwickelt. Damit lässt sich der tatsächliche Pflegeaufwand orientiert am Patienten passgenau ermitteln. Und dies ist notwendig, um ganzheitliche und moderne Pflegekonzepte umzusetzen. Alle drei Akteure sind davon überzeugt, dass sich mit den PPR 2.0 die Situation in der Pflege eher verbessern lässt als mit dem Instrument verbindlicher und starrer Personaluntergrenzen.



Die bislang gemachten Erfahrungen mit den Pflegepersonaluntergrenzen nach §137i SGB V zeigen deutlich, dass starre Vorgaben kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der angespannten Situation in der Pflege sind. Bereits in der Entwicklung der Personaluntergrenzen zeigten sich methodische Schwächen: eine fehlende Evidenz und starre, auf fiktive Modellstationen bezogenen nurse-to-patient-ratios, die den individuellen Pflegebedarf des einzelnen Patienten nicht ausreichend berücksichtigen. Der Pflegeaufwand variiert von Patient zu Patient und von Tag zu Tag. Vor diesem Hintergrund kritisieren wir nach wie vor die Methodik der Festlegung der schematischen und unabdingbaren Grenzziehung von 25 Prozent, die nie pflegewissenschaftlich evaluiert wurde und seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen fortgeschrieben wird.

Es verwundert daher nicht, dass die Anforderungen des Instruments in der Praxis zu erheblich mehr bürokratischem und patientenfermem Aufwand führen. Für die Beschäftigten bedeutet dies mehr Überstunden, häufige kurzfristige Dienstplanänderungen und mehr „Abrufen aus dem Frei“. Dies erschwert die Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf und steigert die Belastung der Pflegenden erheblich. Da in vielen Regionen und Fachdisziplinen Fachkräfte dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen (z. B. Intensivmedizin) führen Untergrenzen dazu, dass Betten gesperrt und Leistungen damit rationiert werden müssen. Realistische und dem Versorgungsbedarf angemessene Personalaufwände können nicht mit stationsbezogenen formal-statistischen Untergrenzen beschrieben werden.

Vor dem Hintergrund des aktuellen und hoch dynamischen Pandemiegeschehens ist es unserer Einschätzung nach kontraproduktiv, Untergrenzen in diesem Ausmaß wieder in Kraft zu setzen und zu erweitern. Mit gutem Grund waren die Personaluntergrenzen ausgesetzt – eine neuerliche Einführung und Erweiterung wird erwiesenermaßen zu mehr Belastung beim Pflegepersonal sorgen, statt diese zu entlasten.<sup>1</sup> Auch ist bereits jetzt absehbar, dass mit sinkenden Temperaturen die Erkrankungsraten, auch in Abgrenzung zu Corona-Verdachtsfällen, höher als in der vergangenen Monaten sein werden.

Abschließend sieht der kkvd mit der Ausweitung auf die Bereiche Innere Medizin, die Allgemeine Chirurgie und die Pädiatrie große Probleme für die Versorgungssituation in der Fläche und für die Sicherstellung der Daseinsvorsorge. Das Zusammenspiel von Untergrenzen und Sanktionen wird zu Einschränkung der Versorgung in ländlichen Regionen führen. Die Regelung wird insbesondere Häuser mit einem Schwerpunkt in Grund- und Regelversorger treffen. Krankenhäuser in Gänze würden so von der Verordnung betroffen und keinerlei Flexibilität in der Dienstplangestaltung mehr haben. Hinzu kommt, dass ein Großteil der Krankenhäuser bereits jetzt durch den herrschenden Fachkräftemangel vor enormen Herausforderungen steht, offene Stellen mit Pfl-

---

<sup>1</sup> Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.): „Ziel erreicht? Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus“, 21.05.2020.



gefachkräften zu besetzen. Gerade Einrichtungen in ländlichen Regionen haben massive Probleme bei der Akquise von Pflegepersonal. Die Konkurrenz zwischen den Kliniken wird sich verschärfen. Für ganze Standorte ergeben sich existenzielle Probleme.

Daher halten wir fest, dass die Untergrenzen in der jetzigen Situation kein geeignetes Mittel gegen den Pflegenotstand sind, sondern es einer besseren Alternative bedarf.

## Allgemeiner Teil

„Stationen“ können nicht „pflegesensitiv“ sein

Eine stationsbezogene Festlegung von Personaluntergrenzen dient der Statistik, aber nicht der Sache. Moderne Klinikorganisation richtet sich nach Versorgungsgesichtspunkten. Vielerorts existieren in der Klinikpraxis aufgrund indikationsübergreifender, patientenorientierter Pflegekonzepte neue stationsübergreifende Organisationseinheiten. Die der Verordnung zugrundeliegende Idee stationsbezogener Personaluntergrenzen ist mit der Versorgungsrealität daher nicht in Einklang zu bringen. Die Anwendung der Verordnung wird entweder zur Folge haben, dass Kliniken Fachkräfte zu Lasten anderer Bereiche dort einsetzen müssen, wo sie nicht zwingend erforderlich sind oder dass sie im Rahmen von Umstrukturierungen künstliche „PpUG-Stationen“ bilden. Beides dient weder den Pflegenden, noch den Patienten.

### Erheblicher bürokratischer Aufwand

Der Verordnungsgeber geht ausweislich der Begründung davon aus, dass der zusätzliche Aufwand, der sich aus der Verordnung ergibt, im Vergleich zur bestehenden Rechtslage gering ist. Dies wird damit begründet, dass die Daten zur Personaleinsatzplanung in den Krankenhäusern vorlägen und diese auch bereits Erfahrungen mit den Personaluntergrenzen haben. Dieser Annahme treten wir entschieden entgegen. Da die der Verordnung zugrundeliegenden Eckdaten (Schichtlänge, Stationsdefinition, Vollkräfte) jeweils entsprechend auf die individuellen Gegebenheiten im Krankenhaus angewendet werden müssen, sind individuell programmierte Lösungen notwendig und der mit der Umsetzung der Personaluntergrenzen verbundene Aufwand steigt mit der Erweiterung ihrer Geltungsbereiche. Dies betrifft das ständige Monitoring der Personalbesetzungen und aktueller Ausfälle auf den relevanten Stationen und die kurzfristige Organisation von Bettenreduktionen bei Unterbesetzung. Hinzu kommen die schichtbezogene Überprüfung der Besetzung sowie der Abgleich der täglichen Besetzungen mit der Mitternachtsstatistik zur Vorbereitung und Durchführung der quartalsweisen bzw. weiteren Meldungen.



## Moderne Pflege muss gestalten können

Das Modell der Pflegepersonaluntergrenzen fußt auf einer theoretischen Berechnungsgrundlage und nicht auf tatsächlichen pflegerischen Prozessen und pflegerischen Leistungen. So kann zwar hochqualifiziertes Pflegepersonal (Studienabgänger) die pflegerischen Prozesse im Sinne einer Fallverantwortung besser steuern als Berufsanfänger. Gleichzeitig können viele unerfahrene examinierte Pflegekräfte zu massiven Pflegefehlern in einer Schicht bzw. in einem Bereich führen. Ein ausgewogener Skillmix aus Hochqualifizierten, Erfahrenen, Anfängern und Hilfskräften dagegen macht die Qualität der Pflege in den Krankenhäusern erst aus. Der Anreiz zur Umsetzung eines Kompetenzstufenmodells im Sinne des lebenslangen Lernens gerät in den Hintergrund. Aber gerade die Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung und Karrieremöglichkeiten machen den Pflegeberuf attraktiv.

Ein ausgewogener Skillmix kann nicht verordnet werden, sondern muss entsprechend der Gegebenheiten vor Ort gestaltet werden können. Förderlich dafür sind Rahmenbedingungen, die den Grundsatz der Subsidiarität berücksichtigen. Die Einheit, die der Aufgabe am nächsten ist, hat die besten Chancen, eine sachgerechte Lösung zu entwickeln. Dies sollte nicht mit sanktionierten bundeseinheitlichen Vorgaben erschwert, sondern mit geeigneten Instrumenten gefördert werden. Eine weitere Ausweitung solcher starrer Regelungen dagegen stößt immer mehr auf Unverständnis bei Pflegenden. Trotz der guten Absicht des Ansatzes, die Mitarbeitenden zu entlasten, wird genau das Gegenteil erreicht – die Untergrenzen fördern eine Flucht aus der Pflege.

## Ausbildungsoffensive – Förderung der Berufsfachschulen

Die gute Betreuung der Patientinnen und Patienten ist katholischen Krankenhäusern ein besonderes Anliegen. Ein vernünftiges Betreuungsverhältnis ist entscheidend, dass die Beschäftigten den Ansprüchen der Patient\_Innen, aber auch den eigenen Erwartungen, gerecht werden können. Bereits heute fehlen mehr als 230.000 Pflegekräfte im stationären Bereich. Die Versorgungslücke könnte bis 2035 auf über 300.000 Beschäftigte anwachsen, wenn nicht gegengesteuert wird.<sup>2</sup> Personaluntergrenzen sind hierbei keine Hilfe. Wesentlich sinnvoller wäre es, eine öffentlich wahrnehmbare Ausbildungsoffensive zu starten und die Berufsfachschulen im Rahmen eines Sofortprogramms sowohl bei den investiven als auch laufenden Ausgaben zu unterstützen. In der laufenden Legislaturperiode wurden viele gute Schritte unternommen, um Verbesserungen in der Pflege zu erreichen. Richtiger Ansatz war es, vor allem die öffentliche Wahrnehmung zu verbessern. Hierzu gehört ein attraktiver und selbstverantwortlicher Berufsalltag. Insbesondere durch die Initiative der Konzierten Aktion Pflege konnten

---

<sup>2</sup> Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035: Prognose zum Fachkräftemangel des IW Köln basierend auf Berechnungen des Statistischen Bundesamtes vom 17.08.2020.

in diesem Sinne bereits viele positive Dinge auf den Weg gebracht werden. Dieser Weg sollte konsequent weiter verfolgt werden, dann besteht Hoffnung, dass sich die Situation mittelfristig entspannt.

### Pflegepersonalbemessungsinstrument

Zur Verbesserung der Situation der Pflegenden im Krankenhaus muss aus unserer Sicht ein Instrument zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs entwickelt und eingeführt werden. Ein pragmatisches Bemessungssystem sollte den Pflegepersonalbedarf für das gesamte Krankenhaus definieren und Krankenhäusern damit einen Rahmen für die Planung ihres Personaleinsatzes unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Patientenbedürfnisse bieten. Mit dem PPR 2.0 liegt ein solches Instrument vor, das besser und unbürokratischer funktioniert. Darin enthalten sind wertvolle Hinweise aus der Konzertierte Aktion Pflege, einer Vielzahl an Organisationen und Ministerien. Zudem haben eine ganze Reihe unserer Mitgliedseinrichtungen am Pilotprojekt PPR 2.0 mitgewirkt. Über mehrere Wochen wurde die Praxis mit diesem Tool ausgewertet und mit der „alten“ Pflegepersonalregelung (bis 1997) verglichen. Es wurde deutlich, dass das Vorhaben PPR 2.0 eine deutlich gerechtere Darstellung darstellt. Auch mit diesem Instrument werden Nachweispflichten verbunden sein, durch die die Krankenhäuser die Ausgaben für das durch die PPR ermittelte Pflegebudget nachweisen. Insgesamt ist die PPR 2.0 dennoch weitaus praktikabler - in den Einrichtungen können damit die Bereichsleitungen einschätzen, welches Personal, wo, wann und in welcher Zusammensetzung gebraucht wird.

Wir fordern daher eine gesetzliche Grundlage zur Einführung eines Instrumentes zur bedarfsorientierten Bemessung des Pflegebedarfs im Krankenhaus.



## Besonderer Teil

### Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

Regelung: Ab dem 1. Januar 2021 werden die noch ausgesetzten Pflegepersonaluntergrenzen in den Bereichen Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit und Neurologische Frührehabilitation wieder in Kraft gesetzt und angepasst. Hinzu kommen die Bereiche Innere Medizin, die Allgemeine Chirurgie, die Pädiatrie und die pädiatrische Intensivmedizin.

Änderungsbedarf: § 6 Absatz 1 ist zu streichen.

Begründung: Das Instrument der Pflegepersonaluntergrenzen ist nach unserer Auffassung nicht geeignet, die Situation der Pflegenden zu verbessern. Es belastet sie im Gegenteil unnötig mit administrativen Aufgaben und kurzfristigen Dienstplanänderungen. Die Aussetzung aufgrund der besonderen Pandemiesituation war eine richtige Entscheidung. Die stark steigenden Infektionszahlen sowie die deutlichen Warnungen aus Politik und Wissenschaft machen deutlich, dass die Epidemie noch nicht vorüber ist. Solange es keinen wirksamen Impfstoff gibt, ist nicht absehbar, dass sich das Krankheitsgeschehen in den folgenden Monaten entspannen wird. So ist bereits klar, dass sich für folgende Bereiche im Klinikalltag Probleme ergeben:

- Nachtschichten

Prinzipiell sind Mindestbesetzungen tagsüber sowie nachts auf großen Stationen (40 Betten und mehr), da dort immer zwei Nachtwachen vorgehalten werden, zu realisieren. Große Herausforderungen ergeben sich allerdings bei mittleren und kleinen Stationen. Hier muss eine weitere Nachtwache bzw. Springer geschaffen werden. Aufgrund bestehender Nachtdienstbefreiungen älterer Kolleginnen und Kollegen ist in vielen Fällen nicht ausreichend Personal vorhanden, um dies gewährleisten zu können.

- Kindermedizin

Der Schlüssel „Pädiatrie“ bezieht sich auf Kinder ab dem 29. Lebenstag bis zum 16. Lebensjahr. Er unterscheidet hier nicht nach Pflegeaufwand. Patienten mit der Grenze zur Volljährigkeit benötigen nicht den gleichen Aufwand im Tag- und Nachtdienst wie Säuglinge und Kleinkinder. Für die Versorgung der intensivmedizinischen Patienten ist vom G-BA bei der QFR-RL für Früh- und Reifgeborene der Ansatz von 1 zu 4 je Schicht, im Tag- und Nachtdienst, akzeptiert. Dies wird im vorliegenden Entwurf nicht berücksichtigt. Zudem bleibt auch die Mitaufnahme der Eltern sowie deren Unterstützung nach Anleitung außerhalb der Betrachtung. Schließlich findet der Einsatz von Auszubildenden keine Berücksichtigung. Gerade im zweiten und dritten Ausbildungsjahr ist die Beschäftigung am Kind wie eine spielerische Betreuung in Ansatz zu bringen. Es ist davon auszugehen, dass sich durch die Verordnung an einzelnen Standor-





ten eine Minderbelegung von bis 50 Prozent ergeben kann. Daher ist mit Bettenschließungen und somit weniger Versorgungsmöglichkeiten von Kindern zu rechnen.

### Anrechnungsquoten der Pflegehilfskräfte

Regelung: Mit § 6 Absatz 2 gelten die Anrechnungsquoten für Pflegehilfskräfte fort bzw. ab dem 1. Januar 2021 erfolgt in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin (in der Nachtschicht), Unfallchirurgie (in der Nachtschicht), Kardiologie (in der Nachtschicht), Neurologie (in der Tagschicht) und Neurologische Frührehabilitation (in der Nachtschicht) eine Anpassung der Werte.

Stellungnahme: Die Absenkung der Quoten führt zu einem höheren Bedarf an Fachpflegekräften in den o.g. Bereichen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Fachkräftemangels ist dies in der Realität nur schwer umsetzbar.

### Kontakt:

Bernadette Rümmelin  
Geschäftsführerin  
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)  
Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin  
Telefon +49 (0)30 2408368 11  
kkvd@caritas.de | [www.kkvd.de](http://www.kkvd.de)

Dr. Elisabeth Fix  
Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik  
Deutscher Caritasverband (Berliner Büro)  
Telefon +49 (0)30 284447 46  
elisabeth.fix@caritas.de | [www.caritas.de](http://www.caritas.de)

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit rund 400 katholische Krankenhäuser mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden.

