

Gutachten
zur Vorbereitung
des Saarländischen Krankenhausplans 2018 - 2025
für das
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Empfehlungen
zur
Personalbesetzung im medizinischen/pflegerischen Bereich
der
Krankenhäuser im Saarland

Stand November 2017

Erstellt durch

»aktiva - Beratung im Gesundheitswesen GmbH
Eupener Str. 70, 50933 Köln
info@aktiva-mail.de

Mitarbeiterverzeichnis

Dr. med Christian Roßbach

M. Sc. Ges. Oek. Johanna Hußmann

Dipl. Ges. Oek. Sven Marth

Dipl. Ges. Oek. Agnes Zimolong

B. A. Ges. Oek. Philipp Hengsberg

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	1
2	Arten von Vorgaben zur Personalbesetzung	2
3	Überblick zur Umsetzung von Mindestvorgaben im internationalen Vergleich	3
3.1	Vorgaben für den Pflegedienst	3
3.2	Vorgaben für den ärztlichen Dienst	7
3.3	Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Vorgaben zur Mindestbesetzung	9
4	Stand der Empfehlungen der AWMF-Fachgesellschaften und Institutionen (Befragung)	12
4.1	Recherche AWMF-Leitlinien	12
4.2	Schriftliche Befragung der Interessengruppen	12
5	Empfehlungen zu Mindestvorgaben im pflegerischen und ärztlichen Bereich im Saarland	15
5.1	Empfehlungen zur Besetzung des Pflegedienstes.....	15
5.2	Empfehlungen zur Besetzung des ärztlichen Dienstes	17

1 HINTERGRUND

Die Pflege der Patienten im Krankenhaus hat einen hohen Stellenwert. Qualitativ hochwertige Pflege erfordert fachlich qualifiziertes Personal und befriedigende Arbeitsbedingungen. Das MSGFF als Krankenhausplanungsbehörde beabsichtigt daher zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Arbeitszufriedenheit Mindestvorgaben zur Personalbesetzung von Pflegekräften und Ärzten in definierten Bereichen in den neuen Krankenhausplan 2018 bis 2025 aufzunehmen.

Hierzu wurde ein Entwurf zur Änderung des SKHG vorgelegt, mit dem das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium ermächtigt wird, „durch Rechtsverordnung personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser festzulegen. Die personellen Anforderungen umfassen dabei auf Gutachterbasis beruhende, stationsbezogene Personalmindestzahlen und Mindestanforderungen betreffend die Qualifikation des ärztlichen Dienstes und in den pflegerischen Bereichen. Die Mindestanforderungen müssen sich gutachterbasiert aus anerkannten fachlichen Standards oder Leitlinien begründen lassen und sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung“ (Quelle: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Saarländischen Krankenhausgesetzes und weiterer Rechtsvorschriften vom Juni 2017). Die Vorgaben müssen durch die Betriebskosten refinanziert sein.

Dies steht in Einklang mit den Beschlüssen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und den Ländern vom März 2017, zukünftig für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig erscheint, bundesweit Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen, die nicht unterschritten werden dürfen. Die Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen ist daher verpflichtet, bis Juni 2018 solche Personaluntergrenzen zu vereinbaren, die dann ab Januar 2019 durch die Leistungserbringer einzuhalten sind.

Das MSGFF beabsichtigt, dort wo es gutachterlich möglich ist, auch in den Bereichen der allgemeinen Pflege und ärztlichen Behandlung Personaluntergrenzen und Qualifikationsanforderungen vorzugeben.

Der Gutachter soll im Rahmen des vorbereitenden Gutachtens entsprechende Empfehlungen geben. Hierzu erfolgten umfangreiche Analysen und Literaturrecherchen sowie die schriftliche Befragung relevanter AWMF-Fachgesellschaften und Institutionen. Darüber hinaus wurde eine Abfrage zur Personal- und Personalbesetzungssituation bei den saarländischen Krankenhäusern vorgenommen.

Das vorliegende Gutachten gibt einen Überblick zu Erfahrungen mit Mindestvorgaben zur Personalbesetzung im internationalen Vergleich. Zudem werden Aussagen und Empfehlungen der Fachgesellschaften analysiert und eine Übersicht über die Ist-Situation im Saarland gegeben.

2 ARTEN VON VORGABEN ZUR PERSONALBESETZUNG

Mindestvorgaben zur Personalvorhaltung können sich auf Vorgaben zur fachlichen Qualifikation oder zur Mindestbesetzung beziehen.

Der Fokus der aktuellen politischen Diskussionen liegt auf der Entwicklung von Vorgaben zur Vorhaltung einer spezifischen Anzahl von Pflegekräften im Krankenhaus (Mindestbesetzung). Diese existieren bis heute nur punktuell für besondere Bereiche (z.B. Intensiv) in Form von Richt- oder Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften und des G-BA; bundesgesetzliche Vorgaben hierzu gibt es nicht.

Der Vorgabe von Personalmindestbesetzungen liegt der Gedanke zugrunde, dass eine ausreichende Anzahl an (qualifiziertem) Personal eine wichtige Voraussetzung für gute Qualität in der Patientenversorgung ist. Eine der Hauptschwierigkeiten besteht dabei in der Definition leistungsadäquater Personalvorgaben, da der personelle Aufwand im Krankenhaus in hohem Maße von Krankheitsbild, Behandlungsart, dem Zustand des Patienten sowie den strukturellen Voraussetzungen der Einrichtung abhängt.

Grundsätzlich lässt sich dies über eine direkt leistungsbezogene Personalbemessung mithilfe von Patientenklassifikationssystemen berücksichtigen (z.B. PPR, LEP). Dies ist aber sehr zeit- und kostenintensiv in der Umsetzung. Eine weniger differenzierte, aber pragmatische und praxisnahe Methode sind fachabteilungs- oder bereichsspezifische, ggf. weitergehend nach Versorgungsstufen und/oder Arbeitsschicht gegliederte Verhältniszahlen.

Vorgaben zur Mindestpersonalstärke beziehen sich in der Regel auf die Anzahl der Pflegekräfte pro Bett (Vollkraft pro Bett, Nurse-to-Bed Ratio (NTB)) oder Patienten (Pflegekraft pro Patient, Nurse-to-Patient Ratio (NTP)). In Australien existieren darüber hinaus Vorgaben zur Mindestbehandlungszeit am Patienten (Pflegestunden pro Patiententag, Nursing hours per Patient Day (NHPPD)). Es existieren keine deutschen Standardvorgaben.

Die Verhältniszahlen sind nicht vergleichbar. Während Vorgaben zur Zahl des Pflegepersonals je Bett (aufgestelltes oder durchschnittlich belegtes Bett) Durchschnittsvorgaben über eine Periode (Tag, Monat, Jahr) sind und damit keine Aussage für die tatsächliche Ist-Besetzung pro Schicht zulassen, gibt die Verhältniszahl VK pro Patient, Nurse-to-Patient Ratio die tatsächliche, zu jeder Zeit tatsächlich einzuhaltende Mindestpersonalbesetzung vor. Die Relation VK pro Bett verhindert damit theoretisch nicht eine temporäre Unterschreitung der Vorgaben und ist darüber hinaus als Durchschnittsgröße eine Brutto-Messgröße (beinhaltet also Ausfallzeiten) während die Nurse-to-Patient-Ratio sowie die Größe Nursing hours per Patientday die direkt vorzuhaltende Netto-Personalstärke vorgeben. Dies sind Minutenwerte für die tatsächlich pro Patient und Tag vorzuhaltende Nettoarbeitszeit von Pflegepersonal auf einer Station.

Im Hinblick auf die Flexibilität in der operativen Personalbesetzung der Einrichtung ergeben sich durch die verschiedenen Vorgaben dementsprechend unterschiedlich große Einschränkungen.

3 ÜBERBLICK ZUR UMSETZUNG VON MINDESTVORGABEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Um einen Überblick über die Erfahrungen mit der Vorgabe von Mindestvorgaben im Pflege- und ärztlichen Dienst zu erhalten erfolgte eine umfangreiche Literaturrecherche. Vorgaben zur Mindestbesetzung in der Pflege finden sich in mehreren Bundesstaaten der USA, Australien, in drei asiatischen Ländern (Südkorea, Japan, Taiwan) sowie in Europa in Belgien und Deutschland.

3.1 Vorgaben für den Pflegedienst

3.1.1 Deutschland

In Deutschland wird die Diskussion um entsprechende gesetzliche Vorgaben seit vielen Jahren geführt, in Folge der Einführung der DRG hat sich diese intensiviert. Bundeseinheitliche Vorgaben zur Mindestbesetzung mit medizinisch/pflegerischem Personal existieren nur punktuell und sind in Richtlinien des G-BA verschriftlicht. Weitergehende Richt- und Leitlinien des G-BA und der medizinischen Fachgesellschaften beschränken sich auf Vorgaben zur fachlichen Qualifikation von Ärzten und Pflege als Voraussetzung zur Erbringung von ausgewählten Leistungen.

Darüber hinaus finden sich in zunehmendem Umfang auf Landesebene Vorgaben für Krankenhäuser in unterschiedlicher Breite und Tiefe in mehreren Landeskrankenhausplänen.

Mit dem Kabinettsbeschluss der Bundesregierung vom März 2017 existiert nun eine Vorgabe zur Einführung von bundeseinheitlichen Mindestvorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst für ausgewählte Bereiche. Diese soll ab 1. Januar 2019 verbindlich umgesetzt werden.

3.1.1.1 Vorgaben des G-BA

Der G-BA hat für bestimmte Behandlungen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. Die Einhaltung der Richtlinien ist grundlegend für die Abrechnung von Leistungen mit der GKV. Neben Vorgaben zur Ausstattung werden Vorgaben in Bezug auf Personal für folgende Bereiche gemacht:

- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
- Richtlinie zur Kinderonkologie
- Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
- Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen
- Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC
- Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom

Die Richtlinien enthalten in der Regel Vorgaben zur Sicherstellung der fachlichen Qualifikation und Präsenz des medizinisch/pflegerischem Fachpersonals.

Vorgaben zur Mindestpersonalbesetzung in der Pflege finden sich ausschließlich in der Richtlinie Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Neben umfangreichen anderen Vorgaben zur Personalausstattung wird hier eine leistungsbezogene Mindestbesetzung im Pflegedienst auf Intensivstationen in Form von Nurse-to-Patient-Ratios gefordert.

Die übrigen Richtlinien zur Behandlung von Kindern (Kinderherzchirurgie, Kinderonkologie) beschränken sich auf leistungsunabhängige Mindestvorgaben zur Sicherstellung der Qualifikation (Vorgabe zur zwingenden Besetzung jeder Schicht mit mindestens zwei ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegern). Vorgaben zur ärztlichen Ausstattung umfassen ausschließlich Aussagen zur Mindestausstattung mit Fachärzten, jedoch nicht zur täglichen Besetzung. Die Finanzierung ist grundsätzlich über die DRG-Vergütung sicherzustellen.

3.1.1.2 Vorgaben in den Krankenhausplänen der Länder

In zunehmendem Maße finden in den Krankenhausplänen mehrerer Bundesländer Strukturvorgaben mit Bezug auf die Personalausstattung verschiedener Bereiche im Krankenhaus. Der aktuelle Stand ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen (Abb. 1).

Die Vorgaben verweisen in der Mehrzahl auf Empfehlungen und Leitlinien der Fach- und Zertifizierungsgesellschaften.

Direkte Aussagen zur Mindestpersonalbesetzung Pflege finden sich nur im Krankenhausplan Berlin (Intensivbereich); in mehreren anderen Plänen gibt es indirekte Vorgaben durch Verweis auf die Erfüllung von Zertifizierungsvorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften insbesondere für Bereiche Stroke-Unit, Palliativ und Geriatrie und betreffen die Umsetzung der Vorgaben der Fachgesellschaften. Die Vorgaben beziehen sich dann auf Bereichsgrößen (VK/Bett für Ärzte u/o Pflege).

Land	Vorgaben
Baden-Württemberg	keine echten Vorgaben, Empfehlung zur Orientierung an Zertifizierungsvorgaben Stroke Unit und Geriatrie (VK/Bett)
Bayern	Vorgaben zur Mindestbesetzung in Palliativ (Vorgabe VK/Bett) und Geriatrie (Empfehlung-Orientierung am Qualitätssiegel Geriatrie) für Ärzte und Pflege (VK/Bett)
Berlin	Vorgaben zur Mindestbesetzung aller Fachabteilungen mit grundsätzlich 2 VK Fachärzte der entsprechenden Fachqualifikation (kein Leistungsbezug). Darüber hinaus konkrete Vorgaben zur Umsetzung der Fachgesellschafts-Empfehlungen für Pflege (VK/Bett) auf Intensiv (gemäß DIVI) und Stroke Unit (gemäß DSG), Empfehlung zur Umsetzung der Vorgaben QS Geriatrie (VK/Bett),
Brandenburg	keine Vorgaben
Bremen	keine Vorgaben
Hamburg	noch nicht, im Rahmen der aktuellen Laufzeit sollen Kriterien und Vorgaben entwickelt werden
Hessen	keine Vorgaben
Mecklenburg-Vorpommern	keine Vorgaben
Niedersachsen	keine Vorgaben
Nordrhein-Westfalen	Aussagen zur Mindestausstattung fachliche Qualifikation von Ärzten ohne Leistungsbezug. Weitergehende Aussagen zu Mindestbesetzungen indirekt über Verweis auf Zertifikate (Stroke, Geriatrie etc) (VK/Bett)
Rheinland-Pfalz	keine Vorgaben
Saarland	Aussagen zur Mindestausstattung fachliche Qualifikation (Anzahl, Art); Aussagen zur Mindestbesetzung indirekt über Verweis auf Zertifikate (Stroke, Geriatrie)
Sachsen	keine direkten Vorgaben, Empfehlung zur Umsetzung Vorgaben der Zertifizierungsstellen Palliativ, Stroke-Unit und Geriatrie (VK/Bett)
Sachsen-Anhalt	n.a.
Schleswig-Holstein	keine konkreten Vorgaben, indirekt über Vorgabe zur Orientierung an OPS-Vorgaben (Palliativ, Geriatrie) oder Verpflichtung zur Zertifizierung (Stroke-Unit)
Thüringen	Qualitätskriterien sollen Einfluss auf Versorgungsaufträge haben, Kriterien werden fortlaufend angepasst; Stroke Unit: Orientierung ans DSG-Zertifizierung (VK/Bett); ansonsten keine konkreten Vorgaben im KH-Plan aber zus: ThürQSVO nach §4 Abs 3 Thür KHG mit konkreten Vorgaben zur Mindestausstattung Ärzte, kein Leistungsbezug

Abb. 1: Übersicht über die Personalvorgaben in den Landeskrankenhausplänen (Quelle: Eigene Recherchen)

3.1.2 Belgien

Betrachtet man Europa, finden sich neben den oben beschriebenen Regelungen in Deutschland nur noch in Belgien Vorgaben zur Mindestbesetzung. In Wales war die weitreichende Einführung von Mindestvorgaben 2014 geplant; der entsprechende Gesetzesentwurf wurde im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens aber soweit abgeschwächt, dass das dann Anfang 2016 verabschiedete Gesetz nur noch auf die Bedeutung einer ausreichenden Pflege hinweist, aber keine direkten Vorgaben mehr enthält.

In Belgien wurden Vorgaben für Ärzte, Pflege sowie das therapeutische Personal 1988 eingeführt. Diese umfassen Festlegungen in Form von Vollkräften je Bett für eine Vielzahl von Leistungsbereichen (Kardiologie, Psychiatrie, Palliativ etc.) sowie differenziert nach Versorgungsstufen für die Normalstationen. Die Umsetzung der Mindestbesetzungsvorgaben ist verpflichtend für die Betriebserlaubnis. Damit verbunden ist auch die Vorgabe zur verbindlichen Anwendung eines standardisierten Dokumentations- und Bemessungssystems.

Trotz der existierenden Vorgaben weist Belgien laut Studien im internationalen Vergleich die niedrigste Besetzung bzw. höchste Arbeitslast/Pflegekraft auf (RN4C-Studie). Die Vorgaben werden in der Regel als Normbesetzungen umgesetzt und von vielen Seiten als zu gering gesehen.

3.1.3 USA

Gemäß Literaturrecherchen finden sich in 14 Bundesstaaten staatliche Vorgaben zum Thema Personalbesetzung im Pflegedienst von Krankenhäusern. Den Anfang machte Kalifornien im Jahr 2004 nach erfolgreichen Kampagnen der Gewerkschaften und Berufsverbänden Pflege. In der Folge erließen bis Ende 2015 13 weitere Bundesstaaten entsprechende staatliche Vorgaben, die Regelungen in Kalifornien sind im Vergleich zu allen anderen Bundesstaaten am umfangreichsten. Trotz vielfacher Bestrebungen der Verbände existiert bis dato kein einheitliches Vorgehen der Bundesstaaten. Es lassen sich grundsätzlich drei verschiedene Modelle unterscheiden:

- I. Konkrete Vorgabe von Mindestbesetzungen im Form von Patient-to-Nurse-Ratios im Gesetz (2 Bundesstaaten)
- II. Verpflichtung zur Etablierung Pflege-Kommissionen in den Krankenhäusern (sog. Nurse Staffing Committees), die verpflichtend einzuhaltende Besetzungspläne erarbeiten (8 Bundesstaaten)
- III. Gesetzliche Verpflichtung zur Offenlegung der tatsächlichen Besetzung gegenüber der Öffentlichkeit und Behörden (5 Staaten)

Modell I: Gesetzliche Vorgaben von Nurse-to-Patient-Ratios (Bsp. Kalifornien)

Die 2004 in Kalifornien in Kraft getretenen Regulationen beinhalten konkrete Vorgaben zur Mindestbesetzung in einzelnen Pflegeeinheiten in Form von Fachquoten und Nurse-to-Patient-Ratios, die nach Stationen und Funktionsbereichen differenziert sind. Darüber hinaus umfassen diese weitere Vorschriften wie z.B. zur Ermittlung des adäquaten Bedarfs und zur Überwachung.

Die Vorgaben sind jederzeit einzuhalten. In die Berechnung dürfen nur tatsächlich am Patientenbett tätige Pflegekräfte eingehen, Leitungspersonal ist nicht bewertungsrelevant. Zusätzlich sind die Häuser verpflichtet, den individuellen Pflegebedarf mittels Patientenklassifikationssystem regelmäßig zu erheben um darauf den Stellenplan zu bestimmen Die Patient-to-Nurse-Ratio sind damit tatsächlich als absolute Untergrenzen zu sehen, die tatsächliche Besetzung bemisst sich am ermittelten Bedarf, der darüber liegen kann.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil ist daher auch die umfassende Dokumentationspflicht und Aufbewahrungspflicht der Ergebnisse der Pflegebedarfserhebung je Patient sowie die tatsächliche Personalbesetzung für jede einzelne Schicht. Die Unterlagen sind zu archivieren und der zuständigen staatlichen Behörde auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Zur Sicherstellung der Einhaltung der Vorgaben und Sanktionen bei Nichteinhaltung existieren keine konkreten gesetzlichen Vorschriften. Zwar sind die Krankenhäuser zur Etablierung von Komitees verpflichtet, die zu mindestens 50% aus in der direkten Patientenpflege tätigen Pflegekräften besteht und die Bedarfsermittlung überwachen. Weitergehende Überprüfungen erfolgen nur im Rahmen der dreijährlich stattfindenden Akkreditierungsaudits und im Falle von konkreten Auffälligkeiten oder Beschwerden.

Die Sanktionen bei Verstößen sind beschränkt. Bei Auffälligkeiten überprüft das Ministerium die Unterlagen und kann bei Verstößen im Bedarfsfall vorübergehenden Bettenschließungen bis hin zur Schließung der gesamten Organisationseinheit anordnen, bis ausreichend Personal vorhanden ist. Die Verstöße werden auf den Internetseiten des Krankenhauses und des Ministeriums veröffentlicht.

Gesetzliche Vorgaben existieren auch im Bundesstaat Massachusetts. Die dortigen Vorgaben ähneln grundsätzlich denen in Kalifornien, betreffen aber ausschließlich Mindestvorgaben für den Intensivbereich in Form einer Maximalzahl an Patienten je Pflegekraft. Zusätzlich werden Regelungen zur Kontrolle der sachrichtigen Umsetzung getroffen Dies umfasst Vorgaben zur Auswahl von Assessment-Instrumenten, zur regelmäßigen Bemessung sowie zur Etablierung eines Pflege-Komitees aus operativen Pflegekräften zur Überwachung. Auch hier ist die tatsächliche Personalvorhaltung durch das Ergebnis der regelmäßigen Bemessung determiniert, die vorgegebenen Verhältniszahlen sind absolute Untergrenzen.

Modell II: Etablierung von Pflege-Kommissionen (Nurse Staffing Committees)

Wie oben erwähnt, machen nur zwei Bundesstaaten klare Vorgaben zur Mindestbesetzung. In acht weiteren Staaten werden die Krankenhäuser zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalvorhaltung gesetzlich verpflichtet, Pflege-Kommissionen einzurichten, die verbindlich einzuhaltende Besetzungspläne für alle Bereiche erstellen und deren Einhaltung überwachen. Die Kommission hat zu gleichen Teilen aus Vertretungen des Pflegemanagements und direkt am Patientenbett tätigen Pflegekräften zu bestehen, die gleichberechtigt arbeiten.

Die von der Kommission erarbeiteten Stellenpläne müssen Krankheitsbild und Schweregrad der Patienten berücksichtigen und sind durch die Abteilungen zu befolgen. Verstöße sind durch die Kommission zu prüfen, und können durch die oberste Gesundheitsbehörde strafrechtlich verfolgt werden. Berichte und Verstöße sind im Internet zu veröffentlichen

Zur Einhaltung der Rechtsvorschriften werden die Beschäftigten, Patienten und Angehörigen des Krankenhauses motiviert, Verstöße zu melden; Informationen und Telefonnummern sind für die Öffentlichkeit verpflichtend gut einsehbar auszuhängen

Modell III: Offenlegung der Stellenpläne

Das dritte Regulierungsmodell verzichtet ebenfalls auf direkte Vorgaben und beschränkt sich auf die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Offenlegung ihrer Personalbesetzung. Das heißt, dass die Krankenhäuser detaillierte Informationen über Zahl und Ausbildungsgrad der in der direkten Pflege je Schicht eingesetzten Pflegekräfte monatlich an das Gesundheitsministerium übermitteln müssen. Dieses veröffentlicht die Informationen in geeigneter Form im Internet. Kommt ein Krankenhaus seiner Pflicht nicht nach, kann das Ministerium eine Ordnungsstrafe gegen die Klinik verhängen.

Die Veröffentlichungen umfassen ausschließlich Informationen über die Ist-Besetzung und ermöglichen daher keinen Rückschluss im Hinblick auf sachgerechte Besetzungshöhe.

3.1.4 Australien

In Australien existieren in mehreren Bundesstaaten Festlegungen zur Mindestbesetzung in der Pflege. In den zwei Bundesstaaten Victoria und Queensland sind dies durch Gesetzesverordnung vorgegebene Mindestvorgaben in Form von Nurse-to-Patient Ratios. In vier weiteren Bundesstaaten sind die Vorgaben zur Personalbesetzung Teil tarifvertraglicher Vereinbarungen in staatlichen Gesundheitseinrichtungen. Da in Australien über 90% der Krankenhäuser in öffentlicher Hand sind, entsprechen die tariflichen Regelungen praktisch landesweiten Vorgaben. Die verbreitetste Methodik baut hier auf Vorgaben zur Mindestbehandlungszeit am Patienten (Nursing Hours Per Patient Day (NHPPD)) auf.

In den Bundesstaaten Victoria und Queensland sind die Regelungen im internationalen Vergleich am konsequentesten umgesetzt. Auch hier existieren seit dem Jahr 2000 tarifliche Vorgaben, die dann 2016 gesetzlich festgeschrieben wurden. Die Verhältniszahlen sind als Mindestvorgaben in Form von Nurse-to-Patient-Ratios differenziert. Unterschiedlich zwischen den Staaten ist die weitere Differenzierung der Vorgaben. Während Queensland einheitliche Vorgaben über alle Bereiche und Krankenhausstufen festgelegt sind, die im Rahmen weiterer untergesetzlicher Normen differenziert werden, werden diese in Victoria in Abhängigkeit von Bereich, Arbeitsschicht und Versorgungsstufe des betreffenden Krankenhauses definiert und im Gegensatz zu den Regelungen in den USA direkt im Gesetz festgeschrieben. Die Bereiche umfassen sowohl Stationen als auch Funktionsbereich wie z.B. die Notaufnahme. Die Vorgaben sind als Mindestvorgaben definiert, die ausdrücklich auch überschritten werden können/sollen und sind zu jeder Zeit einzuhalten; zusätzliche Betten dürfen nur belegt werden, wenn ausreichend Pflegekräfte vorhanden sind. Als für die Berechnung zu berücksichtigende Pflegekraft gelten nicht die Führungskräfte, ebenso ist der Anteil der examinierten Kräfte an gesamt definiert.

In Queensland regeln die weitergehenden Vorschriften auch die anzuwendende Berechnungsmethodik; darüber hinaus sind paritätisch aus Krankenhausleitung und Gewerkschaften besetzte Kommissionen je Einrichtung vorgeschrieben, die die ausreichende Besetzung gewährleisten. Abweichungen sind zwar grundsätzlich möglich, erfordern aber schriftliche Vereinbarungen zwischen der Krankenhausleitung und den Gewerkschaften.

Die Nichteinhaltung der Vorgaben hat zivilrechtliche Konsequenzen. Die Kontrolle der Einhaltung erfolgt durch Ermutigung der Pflegekräfte zur Meldung von Verstößen. Nichteinhaltung hat Konsequenz von Sanktionen

In den übrigen Bundesstaaten existieren keine gesetzlichen Vorgaben sondern ausschließlich Regelungen als Teil der Tarifverträge staatlicher Einrichtungen. Diese enthalten Vorgaben zur Qualifikation wie auch zur Mindestbesetzung. Grundlage der Bemessung sind jedoch keine Nurse-to-Patient-Ratios, sondern Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung über festgelegte Pflegezeiten je Patient und Tag (Nursing Hours Per Patient Day), die als wöchentliche Durchschnittswerte nach Versorgungsstufen und Fachabteilungen differenziert sind. Schlussendlich ergeben sich in Summe damit auch Verhältniszahlen entsprechend der Nurse-to-Patient-Ratios, bieten den Einrichtungen aber im Gegensatz zu Tagesvorgaben die Möglichkeit eines flexibleren Personaleinsatzes.

NHPPD sind nur für einen Teil von Stationen und Einheiten vorgegeben. Nicht erfasst sind beispielsweise alle Arten von Intensivstationen, tagesklinische Station-

Parallel ist auch hier die Etablierung von paritätisch mit Vertretern von Gewerkschaften und Krankenhausleitung besetzten Kommissionen vorgegeben, die die Einhaltung der Vorgaben sicherstellen soll.

3.1.5 Asien

Die Recherche in nicht-deutsch oder –englischsprachigen Länder ist aufgrund der Sprachbarrieren eingeschränkt. In der Literatur finden sich zusätzlich Informationen zu staatlichen Vorgaben im asiatischen Raum (Japan, Südkorea und Taiwan). Diese Länder haben sowohl Vorgaben zur Qualifikation als auch zur Mindestbesetzung im Pflegedienst. Spezifische Verhältniszahlen zur Besetzung sind hier offenbar jeweils in die Gesetzgebungen zur staatlichen Krankenversicherung eingebettet und an das Finanzierungssystem der Krankenhäuser gekoppelt.

In Japan existieren gesetzliche Vorgaben zur Mindest-Personalbesetzung im Pflegedienst in Form von Nurse-to-Patient-Ratios auf den Stationen sowie die Verpflichtung zur Offenlegung der Anzahl des tatsächlich eingesetzten medizinischen und pflegerischen Personals. Die Erfüllung der Vorgaben ist Voraussetzung für die Betriebserlaubnis und die Vergütung durch die staatliche Krankenversicherung.

Die Vorgaben in Südkorea umfassen Nurse-to-Bed Ratios, deren Einhaltung Voraussetzung für die vollständige Finanzierung der Krankenhausleistungen ist; die Nichteinhaltung ist mit weitergehenden Sanktionen verbunden. Die Vorgaben in Taiwan umfassen Mindestvorgaben in Form von Nurse-to-Patient-Ratios; bemerkenswert ist hier die Verpflichtung zur regelmäßigen Online-Übermittlung der Ist-Besetzungen an das Ministerium, welches die Überwachung sicherstellt.

3.2 Vorgaben für den ärztlichen Dienst

Personal(unter)grenzen sind seit dem Vorstoß des Bundesgesundheitsministeriums für die Pflege im Krankenhaus auch Thema in der Ärzteschaft. Der Leitartikel im Rheinischen Ärzteblatt 05/2017 fordert ausgehend von einer Studie des Hartmannbunds unter ca. 1.300 Ärzten zu individueller Arbeitsbelastung, Arbeitszeiterfassung und Personaldecke auch Mindestgrenzen für das ärztliche Personal. Daneben bestehen in Deutschland Vorgaben der Planungsbehörden (s. o.).

3.2.1 Deutschland

In Deutschland umfassen Vorgaben für den ärztlichen Dienst in der Regel primär Aussagen zur Qualifikation. Vorgaben zur Personalstärke finden sich zunehmend in den Krankenhausplänen einiger Bundesländer. Diese machen Vorgaben zur Besetzung der Intensiv- oder intensivnahen Bereiche (z.B. Stroke Unit) oder treffen Festlegungen zu (leistungsunabhängig) vorzuhaltenden fachlichen Qualifikationen Schwerpunktbereiche, die im Sinne von Mindeststrukturvorgaben zu erfüllen sind. Die Vorgaben sind unabhängig von der tatsächlichen Abteilungsgröße. So fordert z. B. die Planungsbehörde NRW die Sicherstellung entsprechender fachlicher schwerpunktbezogener Qualifikation durch den Leiter der Abteilung und dessen Stellvertreter rund um die Uhr. Hierdurch ergibt sich deduktiv eine Mindestvorhaltung von i.d.R. zwei bis drei Fachärzten unabhängig von der Abteilungsgröße.

Spezifischere Angaben zur ärztlichen Personalvorhaltung auf Landesebene finden sich dann noch in Form von nicht gesetzlich bindenden Empfehlungen zur Einhaltung von Leitlinien bzw. Zertifizierungsvorgaben verschiedener Fachgesellschaften (DIVI, Qualitätssiegel Geriatrie, DSG) (Abb. 2)

Bereich	Gesellschaft	Vorgaben zur Personalbestezung	
		Ärztlicher Dienst	Pflege
Stroke Unit	Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG)	maximal 12 Monitorbetten/VK (nicht-monitorisierte Betten entsprechen 0,5 Monitorbetten)	Regionale-SU: 1,5 VK/Bett; Überregionale-SU: 2,0 VK/Bett ab > 8 Betten greift jeweils eine sog. degressive VK-Quote
Geriatrie	BV Geriatrie	individuelle Bemessung anhand eines differenzierten Leistungskataloges	Leistungsbezogene Bemessung auf Grundlage PPR, Orientierungswert für examinierte Pflege (VK/belegtes Bett): 1/1,35 - 1/1,8
Intensivstation	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)		0,5 VK/Bett; mindestens 30% mit Fachweiterbildung Erhöhte Präsenz bei speziellen Situationen (z.B. Verbrennung etc). Zusätzlich eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung

Abb. 2: Übersicht über die Personalvorgaben der Fachgesellschaften auf die die Landeskrankenhauspläne referenzieren (Quelle: Eigene Recherchen)

Weitergehende Vorgaben zur Personalmindestbesetzung finden sich nur in den Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes (ThürQSVO) des Landes Thüringen vom Dezember 2016.

Die Rechtsverordnung besagt, dass Anzahl und Qualifikation des Personals von den jeweilig vorzuhaltenden Fachrichtungen, der Bettenzahl, eventuellen Subspezialisierungen und der Größe der Organisationseinheit abhängen. Konkret wird darüber hinaus zur durchgängigen Wahrung des Facharztstandards vorgegeben, „für jede planerisch ausgewiesene Abteilung einer Fachrichtung ärztliches Personal im Umfang von mindestens 5,5 Vollbeschäftigten-einheiten vorzuhalten. Die ärztliche Leitung der Abteilung, die Stellvertretung sowie ein weiterer Arzt müssen die Facharztqualifikation für die entsprechende Fachrichtung vorweisen.; soweit die übrigen Stellen mit Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für die entsprechende Fachrichtung besetzt sind, soll sich in der Regel mindestens einer im letzten Drittel seiner Weiterbildung befinden. Bei singulären oder externen Tageskliniken ist in der Regel für jeden Standort ärztliches Personal im Umfang von mindestens 1,25 Vollbeschäftigteneinheiten vorzuhalten“ (ThürQSVO §2 Abs. 2). Ein weitergehender Leistungsbezug ist nicht vorgesehen.

3.2.2 Internationale Vorgaben

Während für den pflegerischen Bereich aufgrund der Aktualität des Themas umfangreiche Überblicksstudien aus dem Jahr 2017 vorlagen, die analysiert werden konnten, gibt es vergleichbare Studien für den ärztlichen Bereich nicht. Aus diesem Grund erfolgte durch den Gutachter eine umfangreiche internationale Desktop-Recherche. Durchsucht wurden die Datenbanken pubmed.org, livivo.de, Google und ergänzend Google Scholar nach folgenden relevanten englischen und deutschen Begriffen wie bspw. "Personnel Staffing and Scheduling", „minimum staffing“ oder „physician patient ratio“ oder „staffing requirement hospital“ oder "Krankenhaus Arzt Personal" bzw. "Personaluntergrenze" bzw. "Minimum", Besetzung, "Arzt-Patient Verhältnis" jeweils auch in Kombination mit „Krankenhaus“, "Medical Staff, "hospital physician staff".

Aufgrund der Beschränkung auf englische und deutsche Suchbegriffe werden nur Informationen aus dem anglo-amerikanischen Raum bzw. in Englisch als lingua franca übersetzte oder veröffentlichte Beiträge aus anderen Sprachräumen gefunden. Da bspw. Empfehlungen deutscher Fachgesellschaften (DIVI) nicht einmal auf Englisch übersetzt und so im Internet indiziert werden, könnten einschlägige Beiträge aus nicht-englisch- oder deutschsprachigen Ländern der Suche und damit Auswertung verborgen bleiben. Betrachtet man aber die bisherigen Entwicklungen und Vorgaben im Gesundheitsbereich, die auf internationalen Erfahrungen beruhen, zeigt sich doch, dass diese nahezu ausschließlich aus englischsprachigen Ländern kommen, die über die Suche erfasst sind.

Neben Deutschland fanden sich ausschließlich für die USA und Großbritannien Vorgaben zur Besetzung im ärztlichen Dienst, die jedoch nicht den Charakter von gesetzlichen Normen haben.

So schreiben In den USA z.B. die ACGME Guidelines (Accreditation Council for Graduate Medical Education = zentrale Weiterbildungszertifizierung) für Assistenzärzte eine maximale Anzahl an Wochenstunden und die Patientenzahl pro Arzt (80h bis maximal 88h/Woche, maximal 20 Patienten/Arzt) vor; ebenso wie die Quote Oberarzt zu Assistenzarzt, wobei die Anzahl Patienten ja Assistenzarzt vom Ausbildungsjahr abhängt. Daran halten sich verpflichtend alle ausbildenden Kliniken (Akkreditierung der Programme durch die ACGME!).

Für Intensivstationen finden sich Vorgaben amerikanischer und britischer Fachgesellschaften. Gemäß britischer „Core Standards for Intensive Care Units“ gilt für Intensivstationen bspw. eine maximale Verhältnis von 1/8 Patienten pro Assistent und 1/15 pro Oberarzt.

In den USA gibt es ebenfalls eine Empfehlung zur „Intensivist/Patient Ratio von 2013, nach der ein Verhältniszahl von mehr als 14 Patienten pro Arzt die Behandlungsqualität verschlechtert. Auch wenn dann keine weiteren konkreten Vorgaben gemacht werden, deckt sich dies mit den Empfehlungen der britischen Gesellschaften (zumindest für Oberärzte).

Für Australien wurde ebenfalls eine Vorgabe zur Mindestbesetzung des ärztlichen Dienstes auf Intensivstationen gefunden (College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand), die die dauerhafte Anwesenheit mindestens eines Facharztes bei maximal acht bis fünfzehn Betten je Arzt empfehlen.

Die Vorgaben lassen allerdings keine Schlüsse für Arztvorgaben außerhalb von Intensivstationen zu, da die Behandlungsbreite außerhalb der Intensivstation (Station plus ggf. OP plus Ambulanz plus Notaufnahme) und die Behandlungsintensität zwischen den Fachabteilungen (z.B. kurze chirurgische vs. lange internistische Visiten) gravierend differieren.

Für Notaufnahmen werden in einem Positionspapier der American Academy of Emergency Medicine von 2001 maximal 2,5 Patienten pro Arztstunde gefordert. Über einen typischen Arbeitstag sind das somit 20 Patienten, was in Erweiterung auch als Maß für eine Ambulanz angesehen werden kann (z.B. üblicher 20 Minuten Takt in universitären Spezialambulanzen).

3.3 Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Vorgaben zur Mindestbesetzung

Primärer Zweck der staatlichen Regulierungen soll eindeutig der Schutz der Patientengesundheit sein, basierend auf der Überzeugung, dass es einen Zusammenhang der personellen Besetzung und der Gesundheit der Patienten gibt. Ein solcher Zusammenhang wird jedoch durchaus auch in Zweifel gezogen.

Ärztlicher Dienst

Insgesamt beziehen sich die internationalen Personalvorgaben primär auf den Intensivbereich und die Notaufnahme. Außerhalb dieser Bereiche waren keine weitergehenden relevanten, verbindlichen Personaluntergrenzen zu finden. Gesetzliche Normen und Vorgaben wurden nicht gefunden

Es gibt verschiedene US-amerikanische Studien, die die Auswirkungen der Anzahl Ärzte auf die Mortalität von Patienten auf Intensivstation untersuchte. Die Ergebnisse sind nicht eindeutig und liefern teilweise widersprüchliche Ergebnisse. Einige fanden für die Betreuung von Intensivstationen keinen Unterschied in der Mortalität, in Abhängigkeit davon, ob der Arzt dauernd präsent war oder hinzugerufen wurde. Andere fanden hingegen eine Verbesserung, allerdings ohne einen Bezug zur Arzt-Patient-Ratio. Weitergehende internationale Vorgaben waren nicht zu finden

Gründe mögen wohl in der besonderen Rolle/Situation der Ärzte liegen, die sich durch verschiedene Charakteristika auszeichnet (keine Schichtarbeiter, Konsiliarsystem, nur auf Station hinzugerufen, in einigen Ländern vergleichsweise sehr hoher Verdienst mit dadurch akzeptierter Abgeltung jeglicher Arbeitsbelastung, hohe Diversität der ärztlichen Aufgaben im Vergleich zur Pflege innerhalb einer Fachrichtung und wiederum deren Unterschiede in Aufwand und Risiko pro Patient (z.B. Dermatologie vs. Herzchirurgie).

Pflegedienst

Für Deutschland existieren bisher keine relevanten Studien, die Aussagen zum Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Ergebnisqualität im Krankenhaus zulassen, international sieht die Datenlage besser aus. Das kalifornische Modell dürfte dabei das am ausführlichsten evaluierte Modell sein. Dazu trug sicherlich auch bei, dass die Einführung von Mindestbesetzungsvorgaben sehr kontrovers zwischen Befürwortern und Gegner betrachtet wurde.

Eine umfangreiche internationale Literaturrecherche aus dem Jahr 2014 analysierte 35 Studien (Griffiths et al 2014). Diese sieht die Aussagekraft der untersuchten Studien aufgrund des Designs unter wissenschaftlichen Aspekten als beschränkt, da es sich durchgehend um Beobachtungsstudien handelt, die keine Aussagen über einen kausalen Zusammenhang zulassen. Im Kern lassen sich aber folgende Erkenntnisse ziehen:

- Eine bessere Personalausstattung führt zu einer besseren Patientenversorgung.
- Große Beobachtungsstudien guter methodischer Qualität belegen, eine geringere Mortalität bei besserer Pflegepersonalausstattung, sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit, nach erlittener Komplikation zu versterben.
- Ein Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattung und nosokomialen Infektionen oder Stürzen lässt sich wissenschaftlich nicht eindeutig belegen, hingegen scheint ein höheres Qualifikationsniveau der Pflegekräfte mit geringerer Infektionsrate und ebenfalls mit geringerer Mortalität verbunden.
- Eindeutig nachweisen lässt sich auch der positive Zusammenhang einer höheren Personalbesetzung und einer geringeren Fehlerquote bei der Medikamentengabe.
- Auswirkungen auf die Verweildauer konnten nicht nachgewiesen werden.

Im Hinblick auf finanzielle Konsequenzen bestätigte sich die befürchtete Schließungswelle von Krankenhäusern als Folge der Gesetzesvorgaben nicht, gleichwohl stieg in der Folge die Finanznot vieler Krankenhäuser, es kam zu einer signifikante Verringerung der operativen Margen durch gestiegene Personalkosten. In Kalifornien ist aber auch zu beobachten, dass viele Krankenhäuser sich nicht durchgängig an die Vorgaben halten.

Organisatorisch stellt die Einhaltung eine sehr hohe Herausforderung für die Führungskräfte dar. In der Folge kam es insbesondere zur Reduktion von Hilfspersonal sowie längeren Verweilzeiten für Patienten in Notfallabteilungen, um die Verhältniszahlen auf den Stationen zu erfüllen.

Es gibt international verschiedene Ansätzen zur gesetzlich verordneten Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung. Am stärksten ausgeprägt ist die Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser in den USA, insbesondere Kalifornien und in Australien. Hier liegen inzwischen mehr als 10 Jahre Erfahrung in der Anwendung vor.

Vorgaben unterscheiden sich einerseits in Art und Detaillierungsgrad der Vorgaben. Im Hinblick auf den Detaillierungsgrad geht Australien am weitesten durch Differenzierung nach Versorgungsstufen sowie Schicht. Die Verpflichtung zur Vorhaltung einer bestimmten Anzahl an Pflegekräften ist in der Regel auch mit der Festlegung einzuhaltenden Qualifikationsmixes assoziiert.

Neben der direkten Vorgabe von Mindest-Verhältniszahlen wie z.B. in Kalifornien und Australien, gibt es aber auch den Ansatz ausschließlich zur Verpflichtung der Einrichtung von Pflege-Kommissionen in den Krankenhäusern, die dann verbindlich einzuhaltende Stellenpläne erarbeiten und die Einhaltung überwachen.

Die Diskussion in Belgien zeigt, dass die Vorgabe von Mindestbesetzungsquoten allein nicht zwangsläufig zu einer verbesserten Personalsituation in den Krankenhäusern führt. Wohl aus diesem Grund umfassen die gesetzlichen Regelungen in den meisten anderen Ländern zusätzlich Vorgaben zur regelmäßigen Personalbemessung auf Grundlage standardisierter Bemessungsinstrumente und die Verpflichtung zur Umsetzung der ermittelten Personalzahlen. Die so erhobenen Werte sind zwingend einzuhalten, die gesetzlich fixierten Verhältniszahlen sind damit dann tatsächliche Untergrenzen, die leistungsabhängig überschritten werden können.

Weiterhin unterscheiden sich die Vorgaben signifikant im Hinblick auf Überwachung und Sanktionen. So zeigt sich in Kalifornien, dass aufgrund in der Vergangenheit fehlender Konsequenzen trotz umfangreicher Vorgaben viele Krankenhäuser diese nicht vollumfänglich einhalten. Insofern erscheint zur Sicherstellung der Umsetzung ein kombiniertes System von Vorgaben mit Kontrollen und stufenweise zu verschärfenden Sanktionen besser geeignet.

Betrachtet man die Auswirkungen von Mindestvorgaben, sind Studien relevant, die sogenannte pflegesensitive Ergebnisindikatoren analysieren. Das sind Indikatoren, deren Auftreten einen Zusammenhang mit der Personalbesetzung erkennen lassen. Hierzu gehören z.B. die Krankenhausmortalität sowie im Krankenhaus erworbene Krankheiten wie Infektionen, Pneumonien, Thrombosen, Geschwüre. Die tatsächliche Bewertung ist jedoch u.a. dadurch komplex, dass die verfügbaren Daten der Krankenhäuser die Differenzierung zwischen bei Aufnahme schon vorhandenem und im Krankenhaus erworbenem Auftreten nicht ermöglichen.

Dennoch kann trotz der teilweise unterschiedlichen Qualität der Studien unter wissenschaftlichen Kriterien ein positiver Zusammenhang zwischen einer ausreichenden Personalbesetzung und der Patientengesundheit sowie die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter konstatiert werden.

Dies hat auch Auswirkungen bei der Definition der sachrichtigen Höhen von Mindestvorgaben für die einzelnen Bereiche. Diese sind nicht eindeutig wissenschaftlich herleitbar. Wissenschaftler stellten klar, dass es nicht möglich ist, optimale Verhältniszahlen auf Basis wissenschaftlicher Grundlagen zu bestimmen (Spetz et al 2000). Die Herleitung in den betrachteten Ländern ist methodisch nicht klar, so orientieren sich Vorgaben an Empfehlungen von Expertenkommissionen, Fachgesellschaften und Verbänden und sind damit teilweise auch politisch motiviert.

In einer aktuellen Studie aus dem Jahr 2016 für das BMG wurde versucht, auf Grundlage der Leistungsdaten nach §21 KHEntgG und der Qualitätsberichte der Krankenhäuser pflegesensitive Bereiche zu ermitteln, d.h. Fachbereiche, in denen sich ein statistischer Zusammenhang zwischen Personalbesetzung Pflege und Auswirkungen auf die pflegesensitiven Ergebnisindikatoren nachweisen lässt ((*Schreyögg, Milstein: Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) 2016*). In Kenntnis der Insuffizienzen der Datenquellen (insbes. Qualitätsbericht) und der erwähnten Problematik, im Krankenhaus erworbene Krankheiten datentechnisch selektieren zu können, ist die Methodik sicher kritisch zu hinterfragen. In Abhängigkeit der Kriteriendefinition wurden dann bis zu 15 Fachabteilungen ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegekräfte und dem Auftreten pflegesensitiver Ergebnisindikatoren rechnerisch nachgewiesen, den signifikantesten Zusammenhang zeigten demnach die Bereiche Innere, Geriatrie, Allgemeine Chirurgie und Neurologie. D.h. für diese Bereiche ist ein guter Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und den gewählten Ergebnisindikatoren zu erkennen.

Weiterhin zeigte das Gutachten, dass in diesen Fachabteilungen eine Reduzierung der Personalbelastungszahl zu einer Reduzierung unerwünschter Ereignisse (PSEIs) führt. Die Wirkungsstärke der Reduktion der Personalbelastungszahl, z.B. durch das Einstellen zusätzlicher Pflegekräfte auf die Reduktion von PSEIs ist jedoch abhängig von der Fachabteilung und dem jeweiligen PSEI Indikator unterschiedlich hoch. Weitergehend wurde der personelle Mehrbedarf geschätzt, der sich ergäbe, wenn in den 15 als pflegesensitiv identifizierten Abteilungen bestimmte Personaluntergrenzen einzuhalten wären. Als Grenzen wurden Personalbesetzungen der 25% (Quartil) bzw. obersten 10% (Dezil) Krankenhäuser mit der höchsten Besetzung gewählt. Dies ist nicht gleichzusetzen mit einer wissenschaftlichen Herleitung der korrekten Untergrenze je Bereich. Hierdurch ergäbe sich für die relevanten Bereiche ein Mehrbedarf von bis zu 6.000 Pflegekräften in Deutschland

Auswirkungen der Aufnahmezeit, also schichtspezifische Analysen, konnten auf der vorhandenen Datenbasis nicht durchgeführt werden. Eine stringente evidenzbasierte Empfehlung zur Regelung von Nachtschichten in Deutschland ist auf Basis der vorhandenen Daten daher nur eingeschränkt möglich.

4 STAND DER EMPFEHLUNGEN DER AWMF-FACHGESELLSCHAFTEN UND INSTITUTIONEN (BEFRAGUNG)

Weitergehend wurde im Rahmen des Gutachtens durch »aktiva analysiert, welche Positionen die relevanten Interessengruppen und Fachgesellschaften zum Thema Personal-Mindestbesetzung vertreten. Hierzu erfolgte zum einen eine Desktop-Recherche der AWMF-Leitlinien auf bereichsrelevante Empfehlungen/Vorgaben. Zum anderen erfolgte eine schriftliche Befragung der Interessengruppen mithilfe eines Online-Fragebogens.

4.1 Recherche AWMF-Leitlinien

Die Recherche erfolgte über die offizielle Leitliniensuche der AWMF (<http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>). Analysiert wurden die aktuellen Leitlinien, Einschränkungen erfolgten nicht. Gesucht wurde nach folgenden Suchbegriffen: Personal, Mindestbesetzung; Examierte Pflege; Ärzte, Personalbesetzung Pflege, Personalquote, Quote, Mitarbeiter, Personal in der Pflege, Besetzung, Pflegekräfte, Ärztlicher Dienst, Vorgaben Personal, Vorgabe, Struktur Personal, Personaluntergrenzen, Mindestvorgaben.

Mit Ausnahme eines Verweises auf die Empfehlungen des G-BA zu den strukturellen Voraussetzungen der perinatalen Versorgung in Deutschland (QFR-RL) sowie zur Schwerverletztenversorgung fanden sich keine bereichs- oder abteilungsspezifischen Vorgaben in den Leitlinien. Die Leitlinien umfassen überwiegend Vorgaben zur apparativen Ausstattung.

Mit einem weiteren Quercheck konnte das Suchergebnis verifiziert werden. So sind z.B. die Empfehlungen der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) zur Besetzung von Intensivstationen nicht Teil der auf den AWMF-Seiten aufgeführten AWMF-Leitlinien, obwohl die Fachgesellschaft als AWMF-Mitgliedsgesellschaft gelistet ist.

4.2 Schriftliche Befragung der Interessengruppen

Auf Grundlage eines mit dem Ministerium abgestimmten Fragebogens erfolgte im Zeitraum März - Juni 2017 eine Online-Befragung der folgenden relevanten (Fach-)Gesellschaften und Interessengruppen (vollständige Liste ist als Anlage beigefügt):

- 62 AWMF-Fachgesellschaften
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Deutscher Pflegerat
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
- GKV-Spitzenverband
- Marburger Bund
- Saarländische Krankenhausgesellschaft
- Verband der Privaten Krankenversicherung
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Insgesamt wurden 73 Gesellschaften angeschrieben. In die Auswertung gingen 18 Fragebögen ein, das entspricht einer Rücklaufquote von 25%. DKG, GKV-Spitzenverband sahen mit Verweis auf die Beteiligung in der aktuell vom BMG initiierten Arbeitsgruppe von einer Teilnahme ab.

Ergebnisse

Der Fragebogen umfasste allgemeine Fragen im Hinblick auf die Haltung der Fachgesellschaft zur Einführung von Personaluntergrenzen sowie den Umsetzungsstand der insgesamt 18 teilnehmenden AWMF-Fachgesellschaften. Die Ergebnisse zu den jeweiligen Fragen sind nachfolgend zusammengefasst dargestellt.

Frage: Halten Sie Mindestvorgaben zur Personalbesetzung und/oder Personalqualifikation (d.h. Personalvorgaben für die Pflege am Bett und die ärztliche Behandlung) für Pflegekräfte und/oder Ärzte im Krankenhaus für sinnvoll?

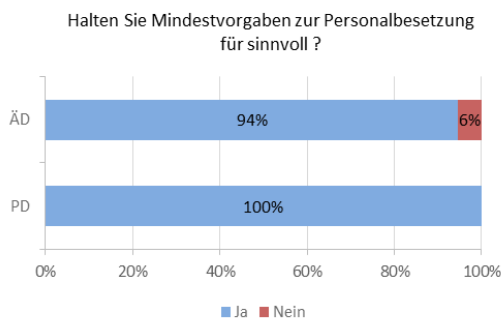


Abb. 3 »aktiva Online-Befragung AWMF-Fachgesellschaften

Grundsätzlich befürwortet die Mehrzahl der teilnehmenden AWMF Fachgesellschaften die Einführung von Mindestvorgaben zur Personalbesetzung und -qualifikation sowohl für den Pflegedienst (100%) als auch für den ärztlichen Dienst (94% Zustimmung).

Als Argumente für die Einführung von Mindestvorgaben werden die hohe Arbeitsbelastung aufgrund ökonomischer Zwänge sowie die Sicherstellung eines gleichbleibenden Qualitätsniveaus genannt. Speziell im ärztlichen Dienst werden langfristig Nachbesetzungsschwierigkeiten aufgrund der Unverhältnismäßigkeit von Stellenausstattung zu Patientenaufkommen gesehen. Realisierbare Stellenkürzungen aufgrund fachübergreifender Verweildauerreduktionen stehen einem

gleichbleibenden bis steigenden Behandlungsaufkommen gegenüber.

Die Fachgesellschaften, die die Einführung von Mindestvorgaben ablehnen, gaben keine Begründung für die Ablehnung an.

Frage: Gibt es von Ihrer Gesellschaft schon Empfehlungen o.ä. zu (Mindest-)Personalvorgaben im Krankenhaus? Falls nein, planen Sie solche Personalvorgaben zu erarbeiten?

Obwohl nahezu alle Teilnehmer Mindestvorgaben befürworten, haben nur 22 % (Pflege) bzw. 28% (Ärztlicher Dienst) schon Empfehlungen zur Mindestbesetzung erarbeitet.

Der Großteil der Fachgesellschaften die bisher keine Empfehlungen erarbeitet haben, plant auch für die Zukunft nicht entsprechende Vorgaben zu entwickeln (69% PD/62% ÄD). Der Anteil der Fachgesellschaften die Vorgaben für den ärztlichen Dienst erarbeiten wollen, liegt mit rund einem Drittel doppelt so hoch wie der Anteil derjenigen Fachgesellschaften, die solche Vorgaben für den Pflegedienst planen.

Als Gründe für diese widersprüchliche Aussage wurden fehlende Ressourcen in der Fachgesellschaft sowie der Verweis auf die Weitergabe der Aufgabe an übergeordnete Fachgesellschaften angegeben. Liegen spezifische Vorgaben des G-BA vor, werden zusätzliche Leitlinien als grundsätzlich nicht erforderlich eingestuft.

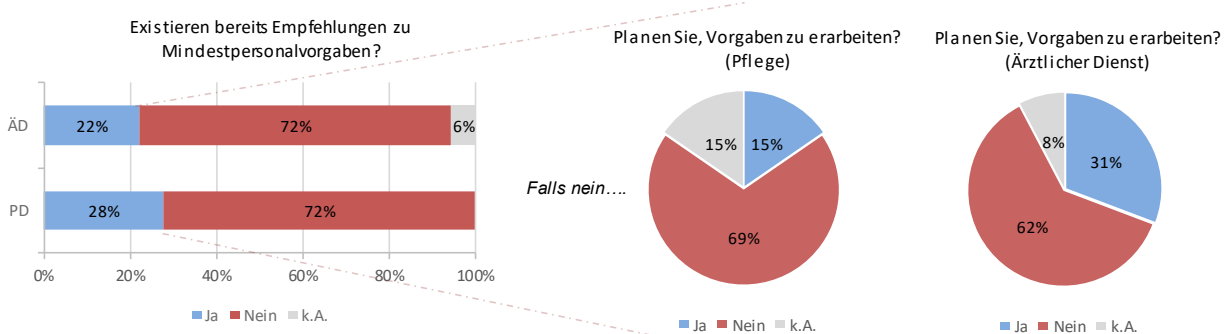


Abb. 4: »aktiva Online-Befragung AWMF-Fachgesellschaften

In Bezug auf die Benennung von Quellen und Informationen zur Entwicklung entsprechender Mindestvorgaben verweisen die Fachgesellschaften mit bereits vorhandenen Empfehlungen meist auf die eigens entwickelten Leitlinien. Als Kriterien zur Bemessung der Mindestvorgaben werden in der Mehrzahl leistungsbezogene Kennzahlen wie belegte Betten, Fallzahlen sowie Pflergetage angegeben.

Frage: Sollten Personalmindestvorgaben Eingang in die Krankenhausplanung finden?

Der Großteil der teilnehmenden Fachgesellschaften (89%) spricht sich für die Aufnahme von Mindestvorgaben in die Krankenhauspläne aus. Sechs Prozent der befragten Fachgesellschaften stehen dem kritisch gegenüber.

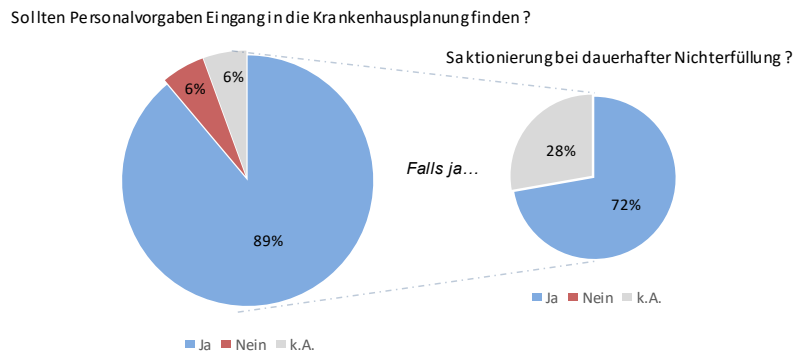


Abb. 5: »aktiva Online-Befragung AWMF-Fachgesellschaften

Die Befürworter begrüßen in der Aufnahme in den Krankenhausplan die Abkehr von einem grundsätzlichen Empfehlungscharakter hin zu einer rechtsverbindlichen Erfüllungsverpflichtung für die Einrichtungen.

Nach Meinung der Fachgesellschaften sind die Einrichtungen nur so zur konsequenten Umsetzung zu bewegen. Zum anderen wird hierüber die Möglichkeit gesehen, die Kostenträger zur Finanzierung der entstehenden Mehrkosten zu verpflichten.

Mögliche Sanktionsmechanismen werden in Form von Vergütungsabschlägen sowie Leistungseinschränkungen bis hin zum Entzug des Versorgungsauftrages empfohlen.

Fazit

Auch wenn die teilnehmenden Fachgesellschaften mehrheitlich die Einführung von Personaluntergrenzen befürworten und für die stringente Umsetzung solcher Vorgaben sind, finden sich zum aktuellen Zeitpunkt nur wenige Empfehlungen in dieser Hinsicht. Die vorhandenen Empfehlungen betreffen insbesondere die bekannten Vorgaben des G-BA oder zur Besetzung von Intensivstationen. Vorhandene Empfehlungen basieren in der Regel auf Konsensusverfahren und praktischen Erfahrungen.

Im Hinblick auf die Definition von landesspezifischen Vorgaben existieren daher – über die Vorgaben des G-BA hinaus – keine Personalvorgaben, die übernommen werden können und den im Entwurf des SKHG definierten Kriterien entsprechen.

5 EMPFEHLUNGEN ZU MINDESTVORGABEN IM PFLEGERISCHEN UND ÄRZTLICHEN BEREICH IM SAARLAND

Qualitativ hochwertige medizinische Versorgung erfordert fachlich qualifiziertes Personal und befriedigende Arbeitsbedingungen; internationale Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen niedriger Pflegebesetzung im Krankenhaus. Mortalität nach Komplikationen hin. Auch wenn derzeit keine entsprechenden Studien für deutsche Krankenhäuser vorliegen, ist zu vermuten, dass dieser Zusammenhang auch hier besteht.

Gleichzeitig sind Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes notwendig, um den schon aktuell bestehenden Fachkräftemangel zu begegnen.

Daher hat das MSGFF Anfang 2017 beschlossen, Personaluntergrenzen für die Pflege und den ärztlichen Dienst in relevanten Bereichen der Krankenhäuser im Saarland festzulegen und eine entsprechende Änderung des SKHG auf den Weg gebracht. Die Änderungen des SKHG geben vor, dass sich die Mindestanforderungen gutachterbasiert aus anerkannten fachlichen Standards oder Leitlinien begründen lassen und durch die Betriebskosten refinanziert sein müssen.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben sowie der Ergebnisse der Recherchen ergeben sich folgende Implikationen und Empfehlungen von Seiten des Gutachters.

5.1 Empfehlungen zur Besetzung des Pflegedienstes

Aktuell existieren Vorgaben zur leistungsbezogenen Personalbesetzung in Krankenhäusern mit rechtsverbindlichem Charakter (nur) von Seiten des G-BA für ausgewählte Bereiche. Darüber hinaus sind zur Abrechnung von Leistungen die Personalvorgaben entsprechender OPS zu berücksichtigen.

Für Deutschland existieren bisher keine relevanten Studien, die Aussagen zum Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Ergebnisqualität im Krankenhaus zulassen, international sieht die Datenlage besser aus. Dennoch bleibt deren Aussagekraft beschränkt, da es sich um Querschnittstudien über verschiedene, heterogene Einrichtungen handelt. Analysen auf Grundlage verfügbarer Daten deutscher Krankenhäuser zeigen, dass pflegesensitive Outcome-Indikatoren von vielen weiteren Faktoren wie Trägerschaft und Größe des Krankenhauses oder Zahl der Ärzte, Physiotherapeuten, Hygienekräfte abhängen. Daher erfordern Aussagen unter wissenschaftlichen Aspekten die Definition statistisch valider Stichproben bzw. Längsschnittstudien (*IGES: Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus*).

Eine weitere Einschränkung bei der Interpretation internationaler Ergebnisse zur Personalausstattung ergibt sich durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen zwischen den Ländern (Ausbildungsgrade/-inhalte und pflegerische Aufgabenfelder). Damit können die Ergebnisse nicht unkritisch übertragen werden.

Auch wenn nachgewiesen werden konnte, dass Personalvorgaben nicht eindeutig wissenschaftlich herleitbar sind (Spetz et al 2000), müssen Vorgaben zur Personalbesetzung im Interesse der Betroffenen auf Grundlage valide Daten und Methodiken definiert werden, sie können nicht willkürlich erfolgen. Insbesondere eine Selbsteinschätzung Pflegenden ist unabhängig von der Größe der Stichprobe grundsätzlich ungeeignet, eine Aussage über einen Zusammenhang von Pflegekapazität und Ergebnisqualität zu treffen (Quelle: Working Paper Forschungsförderung Nummer 027, Februar 2017, Hans-Böckler Stiftung).

Die weiteren fachlichen Diskussionen erfordern daher entsprechende ergebnisbezogene Analysen zur Pflegesituation. So spricht sich auch die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) für die Entwicklung und Evaluation methodisch hochwertiger Methoden und Instrumente aus, die belastbare Aussagen zu Personalbedarf und Qualifikationen zulassen, um den Forderungen nach Festlegungen von Mindestgrenzen entsprechen zu können.

Aktuell verfügbare Daten sind nicht oder nur sehr begrenzt verwertbar. Auch die im Auftrag des BMG 2016 durchgeführte Studie und deren Ergebnisse sind in Kenntnis der Validität der verwendeten Daten und der Methodik grundsätzlich kritisch zu hinterfragen. Eine Übernahme der Ergebnisse ist aus Gutachtersicht nicht zu empfehlen. Die in der Studie benannten relevanten Fachbereiche lassen sich auf Grundlage verfügbarer wissenschaftlicher Studien nicht eindeutig herleiten.

Auch die im Rahmen des aktuellen Gutachtens zur Krankenhausplanung erfolgte Datenerhebung zur Personalbesetzung in saarländischen Krankenhäusern zeigt, dass die notwendigen, detaillierten Informationen in großem

Umfang (noch) nicht valide erhoben werden können. Gründe sind zum einen vielfach fehlende datentechnische Voraussetzungen in den Einrichtungen sowie fehlende eindeutige Definitionen zur Erhebung. Dies ist auch bei Analysen der Ist-Situation im Saarland zu berücksichtigen.

Mit dem Auftrag der Bundesregierung an die Selbstverwaltungspartner, bis Juni 2018 entsprechende relevante Bereiche und diesbezügliche Personaluntergrenzen für die Pflege zu vereinbaren, werden die notwendigen validen Instrumente entwickelt, um entsprechende umsetzungsfähige und verbindliche Vorgaben zu definieren. Die Ergebnisse sollten abgewartet werden, um zumindest eine verbindliche Ausgangsbasis zu haben.

Die Herleitung von Vorgaben in den betrachteten Ländern ließ sich methodisch nicht eindeutig nachvollziehen und orientierte sich in der Regel an Empfehlungen von Expertenkommissionen, Fachgesellschaften und Verbänden; teilweise waren die Vorgaben auch politisch motiviert. Im Hinblick auf entsprechende verfügbare Empfehlungen deutscher Fachgesellschaften ist festzustellen, dass zwar ein Großteil der AWMF –Fachgesellschaften Mindestvorgaben zur Personalbesetzung befürwortet, aber nur in wenigen Fällen schon Empfehlungen als Grundlage für weitere Diskussionen vorliegen.

Die vorliegenden Vorgaben haben Empfehlungscharakter oder sind – im Falle von Zertifizierungsvorgaben - verbindliche Grundlage zum Erhalt des jeweiligen Zertifikates oder Qualitätssiegels. Einen rechtlich bindenden und regelhaft einzuhaltenden Vorgabecharakter haben bisher ausschließlich die entsprechenden Richtlinien des G-BA. Die Diskussionen um die Einführung verbindlicher Mindestmengenvorgaben im Krankenhaus zeigen, dass ohne eine entsprechende valide Herleitung eine rechtlich bindende Umsetzung sehr schwierig ist. Dies gilt umso mehr für landesspezifische Vorgaben, wie dies das Saarland plant. Die Sicherstellung einer rechtlichen Verbindlichkeit erfordert neben der wissenschaftlich evaluierten Definition auch die Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen auf Landesebene durch Änderung des SKHG. Auch dann ist aufgrund des landesindividuellen Vorgehens offen, wie die Gerichte im Klagefall entscheiden, wenn die Vorgaben nicht allgemeingültige Vorgaben sind.

Der Gutachter empfiehlt daher, sich im Hinblick auf entsprechende rechtsverbindliche Personalvorgaben an den bisher bestehenden sowie bis Ende 2018 zu entwickelnden Vorgaben des G-BA zu orientieren und diese entsprechend zu übernehmen.

Die Umsetzbarkeit weitergehender, landesindividueller Personaluntergrenzen erfordert den Einbezug aller Beteiligten und deren verbindlichen Konsens zur Umsetzung dieser Vorgaben. Beispielhaft sei hier auf die verpflichtende Einrichtung von Pflegekommissionen in mehreren US-Bundesstaaten verwiesen (Kap. 3.1.3). Eine saarländische Expertengruppe sollte unter Beteiligung der landesspezifischen Interessenvertreter folgender Parteien etabliert werden:

- Pflegedienst
- Krankenhaus
- Kostenträger
- MSGFF
- Verdi

In dieser Expertengruppe können dann – unabhängig von den Arbeiten der Selbstverwaltungspartner und des G-BA auf Bundesebene - saarlandspezifisch relevante Bereiche, Methodik und Datengrundlagen/-erhebung definiert werden. Darüber hinaus sind entsprechende Möglichkeiten des Controllings der Umsetzung sowie Sanktionsmechanismen zu definieren.

In diesem Kontext ist dann auch die Finanzierung von landesindividuellen Vorgaben zu definieren, da mögliche Mehrkosten durch erhöhten Personaleinsatz über die Vergütung nach DRG gemäß KHEntgG oder Pflegesätzen gemäß BPfIV nur für bundeseinheitlich verbindliche Vorgaben sichergestellt ist. Vorgaben auf Landesebene die zu Mehrkosten führen, werden die Einführung von entsprechenden landesindividuellen Zuschlägen erfordern. Diese sind nach den derzeitigen Regelungen des SGB V, KHG und KHEntgG nicht möglich.

Unter Berücksichtigung der beiden Aspekte Rechtsverbindlichkeit und Finanzierung von vorgabebedingten Mehrkosten sollten landesindividuelle Vorgaben ohne G-BA Grundlagen eher Empfehlungscharakter haben.

Als Basis für entsprechende Empfehlungen im Krankenhausplan könnten die vorhandenen Leitlinien und Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften für folgende pflegesensitive Bereiche aufgenommen werden:

- Intensivmedizin
- Palliativmedizin
- Geriatrie
- Stroke Unit.

Der Wunsch, für das Saarland stationsbezogene Vorgaben zur Mindestbesetzung festzulegen, ist aus Gutachtersicht mit der Realität nicht vollständig vereinbar.

Die organisatorische Notwendigkeit einer flexiblen, anforderungsgerechten Auslastung von Stationen führt im täglichen Betrieb zu einer einrichtungsindividuellen, variierenden interdisziplinären Belegung. Auch die Datenerhebungen im Saarland zeigten, dass der Großteil der Normalstationen interdisziplinär variabel belegt ist. Leistungs- und Arbeitsanforderungen der Pflege orientieren sich in der Regel nicht an der Station sondern am jeweiligen Fachgebiet- bzw. fachgebietsbezogenen Schwerpunkt. Nur in wenigen Fällen sind diese kongruent, z.B. für Neurologie, Geriatrie, Intensivmedizin, Palliativmedizin. Daher sind für Normalstationen bereichsspezifische Vorgaben praxisnäher.

Eine stationsbezogene Definition von Vorgaben führt zu einer Erhöhung der Komplexität und organisatorischen Aufwände bei der Bemessung und dem Controlling der Besetzung. Hierzu sind dann noch ein einheitlich verbindliches Personalbemessungsinstrumente zu definieren (Methodik und praxisnahe Berechnungswerkzeuge). In der Realität existieren viele verschiedene Instrumente bzw. Methoden (z.B. PPR, LEP, Arbeitsplatzmethode etc), die sich im Hinblick auf Abbildungsgenauigkeit und Ermittlungsaufwand unterscheiden. Der erhöhte Dokumentations- und Ermittlungsaufwand ist bei der Finanzierung zu berücksichtigen.

Fazit

Es wird empfohlen, nach Festlegung der pflegesensitiven Bereiche und Vorgaben durch Selbstverwaltung oder BMG, eine saarländische Expertengruppe zu etablieren, die die sich mit der Entwicklung weitergehender landeseigener Vorgaben befasst.

Eine Herleitung von schichtbezogenen Vorgaben zur Personalbesetzung (insbesondere für den Nachtdienst) ist mit den verfügbaren Daten nicht möglich. Auf Bundesebene ist eine entsprechend detaillierte Erhebung nicht verfügbar, auf Landesebene lassen die gelieferten Daten aufgrund der genannten Defizite keine Aussagen zu.

5.2 Empfehlungen zur Besetzung des ärztlichen Dienstes

Eine Festschreibung von leistungsbezogenen Untergrenzen zur Personalbesetzung des ärztlichen Dienstes ist komplex, da der ärztliche Dienst fachgebietsspezifisch - und hier in Abhängigkeit der vorgehaltenen Schwerpunkte unterschiedlich viele verschiedene Arbeitsplätze zu besetzen hat. Die adäquate Besetzung erfordert daher in viel höherem Maße eine differenzierte leistungsbezogene Bemessung. Zur adäquaten Besetzung existieren jedoch auch hier keine validen wissenschaftlichen Studien.

Aus Sicht des Gutachters sind folgende Festlegungen zur Sicherstellung der fachgerechten Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu empfehlen:

- Die Sicherstellung des Facharztstandards ist für jede planerisch ausgewiesene Fachabteilung bzw. Schwerpunkt rund um die Uhr zu gewährleisten. Dies bedeutet die ständige Anwesenheit nach dem Facharztstandard qualifizierter Ärzte des entsprechenden Schwerpunktes während des Tages sowie entsprechende Bereitschafts- und Rufdienste außerhalb der Regeldienstzeiten.
- Die Personalausstattung mit fachlich qualifizierten Ärzten muss so bemessen sein, dass die vorgenannten Vorgaben auch bei Abwesenheitszeiten zum Beispiel durch Fortbildung, Urlaub oder Krankheit erfüllt sind.
- Darüber hinaus muss die ärztliche Leitung der Abteilung, sowie deren Stellvertretung die Facharztqualifikation der entsprechenden Fachrichtung vorweisen.
- Für ausgewählte Fachbereiche ist die Umsetzung der Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften anzustreben. Dies betrifft folgende Bereiche
 - Intensivmedizin
 - Stroke Unit
 - Geriatrie.