

**An den Ausschuss für  
Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landtages Nordrhein-Westfalen**

-per E-Mail-

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME  
16/3868**

A01

**DBfK Nordwest e.V.**

**Geschäftsstelle**  
Lister Kirchweg 45  
30163 Hannover

**Regionalvertretung Nord**  
Am Hochkamp 14  
23611 Bad Schwartau

**Regionalvertretung West**  
Müller-Breslau-Straße 30a  
45130 Essen

**Zentral erreichbar**

Telefon (05 11) 69 68 44-0  
Telefax (05 11) 69 68 44-299  
E-Mail nordwest@dbfk.de

Hannover, 18.05.2016

**Mehr Pflegepersonal für eine menschliche Versorgung und Patientensicherheit**

**Antrag der Fraktion der Piraten, Drucksache 16/9586 Neudruck  
Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
am 25. Mai 2016**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit, im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Situation der Pflege in deutschen Krankenhäusern Stellung nehmen zu können. Da die ungenügende Pflegepersonalausstattung deutscher Krankenhäuser das Ergebnis einer jahrelangen Abwärtsspirale ist und auch von niemandem ernsthaft bestritten werden kann, beziehen wir uns in unserer Stellungnahme auf eine gemeinsame Erklärung des DBfK Bundesverbandes sowie der Gewerkschaft ver.di aus (2015): „Patienten brauchen Sicherheit und mehr Pflegepersonal“ sowie ein Positionspapier des DBfK Bundesverbandes aus (2015): „Sicherung der Hygienestandards in Krankenhäusern“. Hiervon ausgehend stellt die vorliegende Stellungnahme eine Aktualisierung bekannter DBfK Positionen in Bezug auf Nordrhein-Westfalen dar.

Seit dem Jahr 1996 wird im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser fortschreitend Personal abgebaut. Bis 2006 wurde der Personalbestand um etwa 50.000 Vollzeitäquivalente reduziert, dies entspricht 15 % des Bestandes. Zugleich nimmt die Anzahl der Patientinnen

und Patienten zu (Barmer GEK, 2014). Gleichzeitig steigt der Anteil älterer, chronisch kranker Patientinnen und Patienten mit intensivem Pflegebedarf sowie die Zahl der vor- und nachstationär behandelten und ambulant operierten Personen kontinuierlich an (Simon, 2014). Von 1991 bis 2010 halbierte sich die Verweildauer der Patientinnen und Patienten (Bölt & Graf, 2012) bei kontinuierlich steigenden Fallzahlen und deutlich schwerer oder mehrfach erkrankten Personen. In der Folge ergeben sich eine steigende Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung sowie eine Überlastung des Personals, die zu Mängeln in der Qualität der Patientenversorgung führt (DBfK, 2014).

Die massive Scherenentwicklung zwischen der Fallzahl an Patientinnen und Patienten und der personellen Entwicklung im Pflegedienst zeigt die nachfolgende Abbildung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) eindrücklich (Weidner, 2016), welche auf Daten der Krankenhausstatistik beruht.

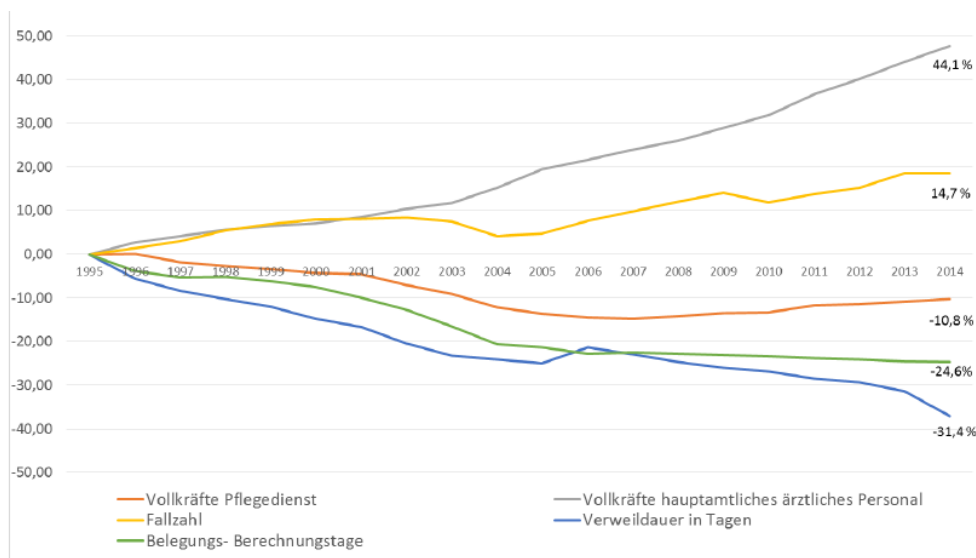


Abbildung 1: Prozentuale Veränderung wichtiger Eckdaten in allgemeinen Krankenhäusern  
Zeitreihe 1995 bis 2014 (Weidner, 2016).

Auch im internationalen Vergleich ist die Pflegepersonalausstattung deutscher Krankenhäuser ungenügend. So zeigt die europäische RN4-Cast Studie (Registered Nurse Forecast-Studie, 2011), dass der Personalschlüssel in Norwegen, Schweden und den

Niederlanden pro Schicht zwischen 1:4,5 – 5 Patientinnen bzw. Patienten liegt, aber in deutschen Krankenhäusern durchschnittlich 1:10 beträgt. Damit schneidet Deutschland in Europa zusammen mit Spanien (ebenfalls 1:10) im Studienvergleich am schlechtesten ab, noch hinter Griechenland. Seit Durchführung der Studie hat sich die Pflegepersonalsituation in deutschen Kliniken noch weiter verschlechtert.

Zahlreiche beschreibende Studien weisen auf Zusammenhänge zwischen zu wenig Pflegepersonal und zu niedriger Fachkompetenz in Pflegeteams mit u.a. einem höheren Vorkommen von Komplikationen, Zwischenfällen und Todesfällen bei Patientinnen und Patienten hin (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken & Sermeus, 2012; Aiken et al., 2014; Meyer, 2015; Schwab, Meyer, Geffers, & Gastmeier, 2012). Speziell für Deutschland liegen bedauerlicherweise keine Studienergebnisse zu dieser Fragestellung für die Versorgung im Krankenhaus vor.

Aus den Ergebnissen des OP-Barometers 2015 (T. Busse, Daub, Reuter, & Weyde, 2015) betonen wir im Folgenden einige Aspekte, die für unser Dafürhalten im Personalmangel begründet sind. So wird dort ein subjektiv empfundener Anstieg der Arbeitsbelastung seit 2013 bei 77% der Mitarbeiter in Operationsabteilungen angegeben. Zur Bewältigung der Arbeit ist laut 52% der Befragten zu wenig Pflegepersonal vorhanden, 32% der Befragten erhalten ihrer Ansicht nach zu wenige notwendige Fort- und Weiterbildungen, Beruf und Familie sind nur für rund die Hälfte der Befragten (52%) gut vereinbar, 47% der Befragten urteilen, dass die Patientengefährdung im OP seit 2013 zugenommen habe und 37% der Befragten würden ihren Beruf heute nicht wieder wählen.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass in Deutschland durch den Abbau von Pflegepersonal in Krankenhäusern Menschen unverschuldet zu Schaden gekommen sind und weiterhin kommen werden. Zu unserem großen Entsetzen sind bisher keine Maßnahmen erfolgt, um dieser Entwicklung wirksam entgegenzutreten. Vielmehr ist es sogar so, dass die von Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Wissenschaft und Expertenrunden dringend empfohlenen Reformen beharrlich ignoriert wurden. So liegt z.B. bereits seit 2007 ein Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vor, das Patientensicherheit in den Mittelpunkt stellt. Das Gutachten

**DBfK Nordwest e.V.**

bezieht die Zahl der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse mit Todesfolge auf 0,1% der Krankenhausbehandlungen (SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Das waren zum Zeitpunkt des Gutachtens 17 Mio. – mithin sind in Deutschen Krankenhäusern 17.000 Menschen an einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis gestorben.

Neben der ungenügenden Anzahl an Pflegepersonal kommt erschwerend hinzu, dass Pflegefachpersonen nach wie vor pflegeferne Aufgaben erledigen müssen. Laut „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam, Evans, Hilbert, & Öz, 2014) hat die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen – insbesondere zwischen Pflege, Medizin und Assistenzdiensten – kaum positive Effekte für Beschäftigte und Patientinnen bzw. Patienten. Es wird experimentiert mit der Verschiebung einzelner Tätigkeiten zwischen Medizin und Pflege sowie dem Einsatz von Assistenz- und Servicediensten. Eine echte Reorganisation der Aufgabenkomplexe ist jedoch selten. Laut Isfort et al. (2010) übernimmt ein großer Teil der Pflegefachpersonen Tätigkeiten, die nicht in den Kernbereich pflegerischer Arbeit gehören, wie z.B. Serviceleistungen für Patientinnen und Patienten, z. B. Telefonanmeldung, Abräumen von Essenstabletts. Das reduziert die Personalausstattung weiter.

**Beispielhafte Folgen des Pflegepersonalmangels für die Pflege im Krankenhaus:**

- Obwohl Hygiene einen hohen Stellenwert in der Pflege hat, fehlt den Pflegenden angesichts der hohen Arbeitsbelastung die Zeit, Standardhygienemaßnahmen wie z.B. die Händedesinfektion korrekt und häufig genug durchzuführen. Einzelne Studien belegen erhöhte Risiken: z.B. wiesen Patientinnen und Patienten, die mit einem Venenkatheter versorgt waren, eine höhere Komplikations- und Infektionsrate auf, wenn das Pflegepersonal knapp war (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002). Die „implizite Rationierung“ erhöht das Risiko für Infektionen (R. Busse, Zander, Dobler, & Bäuml, 2012). Das Vorenthalten oder Nicht-Ausführen der pflegerischen Prophylaxen als Kernelement professioneller Pflege-Fachkenntnis erhöht das Risiko für die Entstehung nosokomialer Infektionen.
- Aufgrund von Zeitmangel, Personalmangel und/oder fehlender Kenntnisse werden Prophylaxen nicht oder verspätet oder nicht sachgerecht (durch Assistenzpersonal) durchgeführt. Durch mangelnde Mundpflege kann z.B. die Entstehung von Soor und

**DBfK Nordwest e.V.**

Parotitis, Pneumonie, Aspiration und Infektionen begünstigt werden. Laut Isfort et al. (2010) gibt jede vierte Pflegefachperson an, dass sie in den letzten sieben Tagen „manchmal“ oder „oft“ eine notwendige Mundpflege oder eine Ganzkörperpflege nicht durchführen konnte.

- Eine Pflegefachperson versorgt in Deutschland in der Nacht durchschnittlich 28 Patientinnen und Patienten (Bienstein & Mayer, 2014) mit einem überdurchschnittlichen Pflegebedarf (Menschen mit Demenz, Sterbende, Menschen mit umfänglich auch nachts laufenden Therapien).

**Der DBfK Nordwest fordert:**

- Die Entwicklung und Einführung von evidenz-basierten Personalbemessungsinstrumenten als eine unabdingbare Voraussetzung zur Verbesserung der Arbeitssituation des Pflegepersonals und damit auch der Versorgung von Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen. Denn qualitativ angemessene Pflege kann nur durch qualifiziertes Pflegepersonal gewährleistet werden. Die Bemessung des einzusetzenden Pflegepersonals und dessen Qualifikation müssen sich am tatsächlichen Versorgungs- und Pflegebedarf der Betroffenen orientieren, nicht an ökonomischen Interessen.
- Kurzfristig die gesonderte Berücksichtigung des erhöhten pflegebezogenen Versorgungsaufwands bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Multimorbidität oder bei Vorliegen von Multiresistenten Erregern im Rahmen der DRG Fallpauschalen.
- Als kurzfristige Lösung und Schutz vor weiterer Personalverknappung die Verpflichtung, den Anteil der Einnahmen der Krankenhäuser, der für die Pflege bezahlt wird (kalkulierter Anteil für pflegerischen Aufwand in den DRG Fallpauschalen) auch tatsächlich für Pflegepersonal zu verwenden.
- Die Landesregierung und den Landtag von Nordrhein-Westfalen dazu auf alle politischen Möglichkeiten auszuschöpfen, sich für eine Verdreifachung des aktuell geplanten Pflegestellenförderprogramms (aktuell 660 Millionen) der Bundesregierung von 2016 bis 2018 einzusetzen.
- Die Sicherstellung der gesetzlichen Pausen und Einhaltung der gesetzlichen Gesundheitsschutzvorschriften.

**DBfK Nordwest e.V.**

- Die Besetzung der Schichten nachts, an Wochenenden und Feiertagen mit mindestens zwei Pflegefachpersonen, in Bereichen mit mehr als 30 Patientinnen und Patienten entsprechend mehr.
- Die Personalausstattung der Intensivstationen muss den Standards der Fachgesellschaften entsprechen.
- Die finanzielle Förderung von pflegewissenschaftlichen experimentellen Studien, um den Effekt der Pflegekapazität auf die Pflege- und Versorgungsqualität zu untersuchen.
- Eine kontinuierliche Berichterstattung der Krankenhäuser über die Personalausstattung, die den Patienten einen verständlichen und aussagekräftigen Vergleich zwischen Bereichen, Stationen und Abteilungen für ihre Krankenversorgung ermöglicht.
- Eine ausreichende Investitionsförderung der Bundesländer für die Krankenhäuser.
- Dass Pflegepersonal nicht für pflegefremde Tätigkeiten eingesetzt werden darf. Das reduziert die vorhandenen personellen Ressourcen weiter und wirkt sich negativ auf die Qualität der pflegerischen Versorgung aus.
- Einen kontinuierlichen Sitz für den DBfK Nordwest als größten Berufsverband der beruflichen Pflege in der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen.

Die prekäre Situation des Pflegepersonals im Krankenhaus ist seit vielen Jahren bekannt. Bisher ist es keiner der in die Entscheidungsprozesse involvierten Organisationen gelungen, die Situation der Pflege in den Krankenhäusern nachhaltig zu verbessern. Allein das ist schon ein Grund, mit der Errichtung von Pflegekammern in Nordrhein-Westfalen einen verantwortlichen und kompetenten Akteur an der Diskussion um die Entwicklung der Pflege in Krankenhäusern zu errichten und zu beteiligen.

Unabhängig von föderalen politischen Zuständigkeiten dürfen die Landesregierung und der Landtag in Nordrhein-Westfalen die für das Pflegepersonal dramatische Situation in den Krankenhäusern nicht länger ignorieren. Bereits zu lange wurde billigend in Kauf genommen, dass sich die Arbeitssituation für das Pflegepersonal dramatisch verschlechtert. Mit entsprechend negativen Folgen für die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen, sowie für die Attraktivität der Pflegeberufe sowie den Arbeitsplatz Krankenhaus. Zur

Stark für  
die Pflege



**DBfK Nordwest e.V.**

Sicherung der Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen fordern wir Landesregierung und Landtag auf, diesen Entwicklungen endlich wirkungsvoll entgegenzutreten.

Mit freundlichen Grüßen

*Martin Dichter*

Martin N. Dichter  
Vorsitzender  
DBfK Nordwest

*Burkhardt Zieger*

Burkhardt Zieger  
Geschäftsführer  
DBfK Nordwest

Seite 7/9

**Literatur:**

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., & Sermeus, W. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344(e1717).
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1781-1860.
- Barmer GEK. (2014). *Report Krankenhaus*. Siegburg: Barmer GEK.
- Bienstein, C., & Mayer, H. (2014). Die Nacht in deutschen Krankenhäusern. *Die Schwester/Der Pfleger*, 9.
- Bölt, U., & Graf, T. (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik. Zugriff 18.02.2015:  
[www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?\\_\\_blob=publicationF](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationF)
- Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J., & Öz, F. (2014). Arbeitsreport Krankenhaus, Arbeitspapier 306. Zugriff 20.07.2015: [www.boeckler.de/pdf/p\\_arbp\\_306.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf),
- Busse, R., Zander, M., Dobler, L., & Bäuml, M. (2012). Gibt es implizite Rationierung in deutschen Krankenhäusern? Zugriff 25.03.2015: [www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.lectures/Konstanz\\_2012.03.27.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.lectures/Konstanz_2012.03.27.pdf)
- Busse, T., Daub, K., Reuter, J., & Weyde, A. (2015). *OP Barometer: Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht*. Frankfurt University of Applied Sciences.
- DBfK - Bundesverband. (2015). Positionspapier: Sicherung der Hygienestandards in Krankenhäusern. Zugriff 08.05.2016: [www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Hygienestandards-2015-09-11.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Hygienestandards-2015-09-11.pdf)
- DBfK - Bundesverband, & ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. (2015). Gemeinsame Erklärung: Patienten brauchen Sicherheit und mehr Pflegepersonal. Zugriff 18.05.2016: [https://www.dbfk.de/media/docs/download/Stellungnahmen/Gemeinsame-Erklärung-ver-di-dbfk\\_mehr-Pflegepersonal-im-KH-2015-06-18.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/Stellungnahmen/Gemeinsame-Erklärung-ver-di-dbfk_mehr-Pflegepersonal-im-KH-2015-06-18.pdf)
- DBfK. (2014). Pressemitteilung: Schluss mit der Arbeitsverdichtung im Krankenhaus. Zugriff 08.07.2015: [www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/DBfK-fordert-Schluss-mit-der-Arbeitsverdichtung-im-Krankenhaus.php](http://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/DBfK-fordert-Schluss-mit-der-Arbeitsverdichtung-im-Krankenhaus.php)
- Isfort, M., & Weidner, F. (2010). Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Zugriff 25.03.2015, from Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip): [www.dip.de](http://www.dip.de), [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_Pflege-Thermometer\\_2009.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf)
- Meyer, E. (2015). Antibiotikaeinsatz und Resistenzentwicklung in Deutschland, Studie im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis '90/Die Grünen. Zugriff 21.07.2015: [www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag\\_de/themen\\_az/agrар/Studie-Antibiotika-und-Resistenzen.pdf](http://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/agrар/Studie-Antibiotika-und-Resistenzen.pdf)



- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- Schwab, F., Meyer, E., Geffers, C., & Gastmeier, P. (2012). Understaffing, overcrowding, inappropriate nurse:ventilated patient ratio and nosocomial infections: which parameter is the best reflection of deficits? *J Hosp Infect*, 80, 133-139.
- Simon, M. (2014). Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser- Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung Ein Diskussionsbeitrag. Zugriff 01.10.2015: [http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon\\_michael/Simon\\_-\\_Paper\\_Personalbesetzungsstandards.pdf](http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf)
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Berlin.
- Weidner, F. (2016). *Pflege. Macht. Politik! - Herausforderungen und Wege*. Paper presented at the Deutscher Pfleretag.