



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf einer
Verordnung zur Festlegung von
Pflegepersonaluntergrenzen in
pflegesensitiven Krankenhaus-
bereichen für das Jahr 2019
(Pflegepersonaluntergrenzen-
Verordnung - PpUGV)

September 2018

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2018

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Jens Bussmann
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de
Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	4

I. Vorbemerkung

Personalvorgaben sind grundsätzlich ein ambivalentes Regulierungsinstrument. Sie greifen tief in die Organisationsfreiheit des Krankenhauses ein, stehen ordnungspolitisch im Widerspruch zum derzeitigen DRG-System und werden den großen Strukturunterschieden zwischen Krankenhäusern in aller Regel nicht gerecht. Deshalb sollte mit einem solchen Instrument sehr behutsam umgegangen werden.

Gleichwohl gilt es zu vermeiden, dass einzelne Krankenhäuser im Rahmen ihrer Organisationsfreiheit eine weit unterdurchschnittliche und im Einzelfall ggf. unzureichende Personalausstattung vorhalten. Dies ist nicht im Sinne einer qualitätsorientierten Patientenversorgung. Um hier gegenzusteuern, können Personalvorgaben ein Instrument sein. Allerdings dürfen sie dann nur Mindestanforderungen definieren, die bei personell angemessen ausgestatteten Krankenhäusern nicht in den Regelbetrieb eingreifen. Solche Mindeststandards würden weit unterdurchschnittliche Personalbesetzungen verhindern. Es geht folglich um die Identifizierung von versorgungspolitisch nicht gewollten „Ausreißern“, wie es auch in der Einleitung der Begründung zum Referentenentwurf betont wird. Entscheidend ist somit, dass die Mindestanforderungen mit Augenmaß festgelegt werden und dabei nicht mit Anhaltzahlen im Sinne einer wünschenswerten Soll-Besetzung gleichgesetzt werden.

Wie sensibel die Festlegung von Personalvorgaben ist, zeigen die langjährigen Diskussionen zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Hier haben sich bereits die negativen Auswirkungen von nicht sachgerechten Vorgaben gezeigt, die u.a. dazu führen, dass Krankenhäuser bei drohender Nichteinhaltung Patienten nicht mehr aufnehmen und auf andere Krankenhäuser verweisen. Dieser Effekt ist bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen unbedingt zu vermeiden.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Verordnungsentwurfs kommentiert.

Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

Der Verordnungsentwurf gibt in § 6 die Pflegepersonaluntergrenzen für die Fachabteilungen Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft vor. Dabei wird auch festgelegt, wie hoch der Anteil von Pflegehilfskräften höchstens sein darf. Mit Ausnahme der Intensivmedizin basieren die Kennzahlen für die Pflegepersonaluntergrenzen auf den Auswertungen der KPMG-Studie, die von der Selbstverwaltung in Auftrag gegeben wurde. Hinsichtlich der Belastbarkeit der Studienergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Studie einen stark begrenzten Zeitrahmen hatte. Dadurch war es nicht allen Krankenhäusern möglich, an der Studie teilzunehmen. Auch konnten Nachlieferungen bzw. Korrekturen von teilnehmenden Krankenhäusern nur in begrenztem Umfang berücksichtigt werden. KPMG als Auftragnehmer hat darauf hingewiesen, dass das

Gutachten keine Empfehlungen zur Festlegung von Untergrenzen enthält. Vor diesem Hintergrund sind die im Referentenentwurf enthaltenen Vorgaben in § 6 grundsätzlich kritisch zu bewerten.

Die Vorgaben zur Intensivmedizin machen die fehlende Belastbarkeit der zu Grunde liegenden Daten deutlich. Die Begründung weist darauf hin, dass die Ergebnisse der KPMG-Studie in etwa mit den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) übereinstimmen. Daher wurde für die Intensivmedizin der Schlüssel 2:1 aus der DIVI-Empfehlung übernommen. Die Empfehlung der DIVI ist jedoch als Richtgröße für eine optimale personelle Ausstattung zu verstehen. Dies steht aber im Widerspruch zur grundsätzlichen Intention, dass über die Personaluntergrenzen „Ausreißer“ identifiziert werden sollen.

Dass die Datengrundlage kritisch zu bewerten ist, wird auch bei der Festlegung des Anteils an Pflegehilfskräften, der nicht überschritten werden darf, deutlich: für die Intensivmedizin gilt wochentags für die Tagschicht (8,5 Prozent) ein höherer Höchstanteil als für die Nachtschicht (5,9 Prozent). Am Wochenende bzw. feiertags ist das Verhältnis zwischen Tagschicht (3,7 Prozent) und Nachtschicht (7,2 Prozent) genau umgekehrt. Eine sachlich nachvollziehbare Erklärung für diesen Widerspruch ist nicht erkennbar.

Vor diesem Hintergrund sollte der Verordnungsgeber nochmals kritisch prüfen, ob die Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen in § 6 so ausgerichtet sind, dass sie den originären Zweck der Verordnung, nämlich die Identifikation von „Ausreißern“ mit patientengefährdenden Unterbesetzungen in pflegesensitiven Bereichen, gerecht werden. Dies gilt in besonderer Weise für die Untergrenzen von 2:1 bei der Intensivmedizin. Es ist ansonsten zu befürchten, dass selbst ein Teil der Maximalversorger die Untergrenze nicht einhalten kann. Diese Befürchtung wird sogar noch verstärkt, wenn andere Krankenhäuser auf zu restriktive Vorgaben mit Patientenabweisungen und –verlegungen reagieren, um Sanktionen bei Nichteinhaltung zu vermeiden. Diese negativen Folgen zeigen sich bereits heute bei der Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene.

Berücksichtigung anderer Berufsgruppen

Grundsätzlich ist es sachgerecht, dass die Pflegepersonaluntergrenzen neben examinierten Pflegekräfte auch den Einsatz von Pflegehilfskräften anteilig berücksichtigen. Allerdings ist die Beschränkung auf Pflegehilfskräfte zu starr. Die Organisationsmodelle auf den Stationen sind bzgl. der Einbeziehung von anderen Berufsgruppen vielfältig. Dies sollte auch die Verordnung anerkennen und daher andere Berufsgruppen wie Medizinische Fachangestellte oder MTAs/PTAs bei der Anrechnung zulassen.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Formulierung in § 6 Abs. 2 so verstanden werden könnte, dass die vorgegebenen Quoten eine generelle Obergrenze darstellen. Dies kann so nicht gemeint sind. Erfüllt beispielsweise ein Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen

bereits über die Anzahl der examinierten Pflegekräfte, muss die Quote anderer Berufsgruppen auch höher sein können. Dies sollte in der Verordnung entsprechend klargestellt werden.

Kriterien zur Auswahl der pflegesensitiven Krankenhausbereiche

Die Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche erfolgt durch das InEK. Maßgeblich ist der entsprechende Fachabteilungsschlüssel aus dem § 301-Verfahren oder die Feststellung des InEK, dass das Krankenhaus im Jahr 2017 mindestens 40% der Gesamtfallzahl des pflegesensitiven Krankenhausbereichs über sog. Indikatoren-DRGs abgerechnet hat.

Die eindeutige Identifikation der pflegesensitiven Krankenhausbereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie ist auf Grund der vielfältigen Abbildung der Fachabteilungen über den Fachabteilungsschlüssel nicht in jedem Fall möglich. Insofern ist es nachvollziehbar, mittels der Indikatoren-DRGs einen alternativen Ansatz in der Verordnung zu verankern. Dies gilt allerdings nur für die Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie, nicht für Intensivmedizin. Hier ist nur der Fachabteilungsschlüssel das maßgebliche Kennzeichen. Allerdings gibt es keine bundeseinheitliche Anwendung des Fachabteilungsschlüssels in der Datenübermittlung nach § 301 SGB V. Ob ein Krankenhaus den Schlüssel für die Intensivmedizin verwendet, kann insofern als zufällig bezeichnet werden. Eine Gleichbehandlung der Krankenhäuser ist somit nicht gegeben. Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenhäusern sind vorprogrammiert.

Daher sollte auch für die Intensivmedizin neben dem Fachabteilungsschlüssel ein ergänzender Parameter zur Identifikation verwendet werden. Hier bieten sich anstelle von Indikatoren-DRGs Prozeduren-Kodes an, die für die Intensivmedizin kennzeichnend sind, z. B.:

- OPS 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) („SAPS“)
- OPS 8-98f aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) („Super-SAPS“)
- OPS 8-713 Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen

Um Zufallskodierungen bei der Identifikation zu vernachlässigen, sollte in Summe eine Mindestanzahl von beispielsweise zehn Kodes pro Jahr zu Grunde gelegt werden.

Verfahren zur Feststellung pflegesensitiver Krankenhausbereiche

Bei dem vorgesehenen Verfahren zur Identifikation der Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen nach § 5 des Referentenentwurfs werden dem InEK maßgebende Befugnisse übertragen. Die Feststellungen des InEK zu den pflegesensitiven Bereichen inkl. der Bewertung, ob die Krankenhäuser ihren Mitteilungspflichten nicht vollständig nachgekommen sind, können aus Sicht des einzelnen Krankenhauses weitreichende Konsequenzen haben. Demzufolge stellt sich die Frage, ob das vorgesehene Verfahren einschließlich des eng gesetzten Zeitrahmens die gebotene Rechtssicherheit für die betroffenen Krankenhäuser gewährleisten werden kann.

Die Verordnung enthält keine näheren Vorgaben für den Fall, dass Krankenhaus und InEK im Zuge des Verfahrens nach § 5 unterschiedliche Auffassungen haben. Der Verordnungsgeber sollte daher Vorgaben machen, wie in derartigen Fällen zu verfahren ist.

Nachweis zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

Die Nachweispflichten und Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sind nicht Gegenstand der Verordnung, sondern sollen über separate Vereinbarungen der Selbstverwaltung festgelegt werden. Hinsichtlich des Nachweises über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gibt die Verordnung in § 7 Abs. 1 vor, dass monatsbezogene Durchschnittswerte maßgeblich bei der Frage der (Nicht-)Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sind. Dies ist dem Wortlaut folgend so zu deuten, dass es für jeden pflegesensitiven Bereich eines Krankenhauses einen monatlichen Vergleich zwischen einem SOLL- und einem IST-Wert gibt. Dieser Ansatz ist sachgerecht und wird auch der Anforderung gerecht, den bürokratischen Mehraufwand im Rahmen zu halten und organisatorische Flexibilität zu gewährleisten.

Widersprüchlich dazu erscheinen allerdings die Ausführungen in der Begründung zu § 7 Abs. 1. Danach soll beim Nachweis nach Art der Schicht und nach Wochentagen bzw. Wochenenden differenziert werden. Es gäbe also für jeden pflegesensitiven Bereich vier(!) Vergleiche von SOLL und IST. Dies führt zu einem unverhältnismäßigen bürokratischen Mehraufwand für die Krankenhäuser, der abzulehnen ist. Die Verordnung sollte klarstellen, dass beim monatsbezogenen Nachweis je pflegesensitivem Bereich ein SOLL- mit einem IST-Wert zu vergleichen ist.

Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands für betroffene Krankenhäuser

Nach § 4 ist vorgesehen, dass das InEK auf Basis des Pflegelastkatalogs den Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen je Standort ermittelt. Der so ermittelte Pflegeaufwand soll auf der Homepage des InEK veröffentlicht werden. Es ist aber kritisch zu hinterfragen, ob der Pflegelastkatalog in seiner derzeitigen Form eine belastbare Grundlage für die Ermittlung des tatsächlichen Pflegeaufwands darstellt. Auf die Limitationen des derzeitigen Pflegelastkatalogs hat das InEK bereits hingewiesen.

Die so ermittelten Kennzahlen unterstellen eine Vergleichbarkeit zwischen Krankenhäusern, die aber auf Grund der methodischen Limitationen zumindest kritisch zu hinterfragen ist. Daher sollte die Anwendung des Pflegelastkatalogs in der derzeitigen Form mit Augenmaß erfolgen. Für die Entwicklung eines Katalogs, der den ökonomischen Aufwand der Pflege bei Patientengruppen sachgerecht ausweist, wären weitreichende Vorarbeiten nötig. Ob dabei beispielsweise die bestehende DRG-Gruppierung beibehalten werden kann, ist nachzeitigem Kenntnisstand nicht selbstverständlich.