



## Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie e.V.

**Präsident: Prof. Dr. Sven Dittrich**

Prof. Dr. Ingo Dähnert (1. Vizepräsident) Prof. Dr. Nikolaus Haas (2. Vizepräsident)

Geschäftsführer: Dr. Karl Robert Schirmer

DGPK-Geschäftsstelle

Grafenberger Allee 100 – 40237 Düsseldorf

Tel.-Nr.: +49(0)211 602 66 55 Fax-Nr. +49(0)211 602 66 56

E-Mail: kontakt@dgpk.org

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn  
Ministerialrat Wilhelm Walzik  
Referatsleiter 216  
11055 Berlin

Düsseldorf, 11.09.2018

### Stellungnahme

zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (**Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV**) vom 23.08.2018

Sehr geehrter Herr Ministerialrat Walzik,

die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie begrüßt ausdrücklich das Ziel des Verordnungsgebers, eine jederzeit angemessene Personalausstattung im Bereich der Krankenpflege sicherzustellen.

Ob dieses Ziel mit einer dem vorliegenden Entwurf folgenden Verordnung erreicht werden kann, wird allerdings von verschiedenen Seiten mit unterschiedlichen Argumenten angezweifelt. Diese allgemeinen und grundsätzlichen Einwände sollen hier nicht wiederholt werden.

Die Pflicht einer wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft ist es jedoch, auf konkrete Auswirkungen in ihrem unmittelbaren Tätigkeitsbereich hinzuweisen.

Die Verordnung benutzt zur Kennzeichnung der Bereiche, in denen Personaluntergrenzen festgelegt werden sollen, den Begriff *pflege-sensitiv*. Nach dem aktuellen Duden bedeutet sensitiv „von übersteigter Feinfühligkeit; überempfindlich“. Ist das ein geeigneter Begriff? Auch legt der Begriff *pflegesensitiv* nahe, es gäbe außerhalb der in der Verordnung genannten Fachabteilungen andere Krankenhausbereiche, in denen es auf Pflegepersonalquoten nicht ankommt. Ist dies so gemeint, sind andere Bereiche pflege-neutral bzw. pflege-indifferent?

Die Verordnung definiert weder den Begriff „pflegesensitiv“, noch nennt sie Gründe, warum die Einhaltung von Personaluntergrenzen in den durch die Verordnung erfassten Pflegebereichen wichtiger sein könnten als in anderen, zum Beispiel wichtiger als auf Kinderstationen.

Eine wesentliche Lücke des Verordnungsentwurfes besteht in der Zweiteilung der Mindestpersonalfestlegungen in Intensiv- und Normalbereiche. Das in vielen Krankenhäusern sowohl in Erwachsenen- als auch in Kinderfachabteilungen verwirklichte Konzept einer Dreiteilung in Intensiv-, Intermediär- und Normalbereiche wird weder thematisiert noch aufgenommen. Bisher verfügen Intermediärstationen (IMC) über wesentlich mehr Pflegekräfte und einen anderen Personalschlüssel als Normalstationen, aber gleichzeitig über weniger Personal als Intensivstationen. Der vorliegende Entwurf erzwingt in Mangelsituationen eine Umverteilung des Personals weg von diesen Stationen hin zu Intensiv- und Normalstationen, bis dort die Vorgaben erfüllt sind. In unserem Bereich der Kinderkardiologie bzw. der Versorgung von Patienten mit Angeborenen Herzfehlern sind praktisch alle „Normalstationen“ von Seiten der Patienten bzw. derer Erkrankungen (Schwere der Erkrankung, Überwachung), aber auch von apparativ technischer Seite und

insbesondere von Seiten des pflegerischen Aufwands Stationen mit IMC Charakter und würden dementsprechend nicht adäquat abgebildet.

Die pädiatrische Intensivmedizin wird in § 3, Absatz 3, Ziffer 1 von der Regulierung ausdrücklich ausgenommen. Diese Bestimmung erscheint zunächst eindeutig. Begründet wird dies schlüssig mit zu erwartenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in diesem Bereich.

Ob damit auch die kinderkardiologischen Intensivstationen aus der Verordnung ausgenommen sind, bleibt unklar, da sie nicht einen allgemeinpädiatrischen, sondern (kinder-) herzchirurgische und (kinder-) kardiologische Schwerpunkte haben, auch Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern versorgen, und nach der Richtlinie Kinderherzchirurgie unter gemeinsamer kinderkardiologischer und herzchirurgischer Leitung stehen müssen.

Ob die Kinderkardiologie als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung, vergleichbar mit der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, unter die Definition der pflegesensitiven Bereiche des § 3 Abs. 3, Ziffer 1 fällt, geht aus dem Verordnungsentwurf ebenfalls nicht eindeutig hervor.

Unzweifelhaft werden jedoch nach der in § 3 Abs. 3, Ziffer 2 festgelegten 40% Regelung zahlreiche kinderkardiologische Fachabteilungen und Stationen als pflegesensitive kardiologische (bzw. herzchirurgische) Bereiche eingestuft werden, da bei ihnen der Anteil an in die Indikatoren-DRGs eingruppierten Fällen Kinder mehr als 40% beträgt. Ursache ist der Umstand, dass das DRG-System vielfach komplizierte Behandlungen bei Älteren mit einfacheren Behandlungen bei Kindern in einer DRG (hier Indikator-DRG) zusammenführt.

Die DGPK hat anhand von Beispielauswertungen festgestellt, dass fast alle befragten Herzzentren und Abteilungen einen Anteil der Indikatoren DRGs von deutlich über 40% im laufenden Jahr abbilden.

Bekanntermaßen gibt es zur Kinderherzchirurgie bereits umfangreiche Strukturvorgaben des G-BA (§ 4 KiHe-RL) u.a. zum Pflegepersonal, die auch den Fachbereich Kinderkardiologie und die Kinderintensivstation betreffen. Es würde also zwangsläufig zu Überschneidungen mit der KiHe-RL kommen.

Sollte es tatsächlich in der Absicht des Ordnungsgebers liegen, die in § 6 benannten Personaluntergrenzen auch für kinderkardiologische Fachabteilungen und Stationen in Kraft zu setzen, so ist zu fragen, auf welche Daten er sich dabei bezieht. Aus Sicht der Fachgesellschaft muss für kinderkardiologische Fachabteilungen ebenso wie für alle anderen Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin von einem deutlich höheren Pflegepersonalbedarf ausgegangen werden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Sven Dittrich  
Präsident DGPK



Prof. Dr. Ingo Dähnert  
1. Vizepräsident DGPK

Nachrichtlich an:  
AWMF, DGTHG, DGK, DGKJ, DGKJ-Konvent, GNPI, GPOH, GNP, G-Kind