

Stellungnahme
des Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V.
zum
Referentenentwurf einer Verordnung
zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven
Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (PpUGV)

13. September 2018

Kontakt:

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd)

Große Hamburger Str. 5

10115 Berlin

kkvd@caritas.de

www.kkvd.de

Ansprechpartnerin:

Bernadette Rümmelin, MPH

Sprecherin der Geschäftsführung

Tel: 030 2408368-10

Bernadette.Ruemmelin@caritas.de



Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD) vertritt die Interessen von 353 katholischen Kliniken bundesweit. Seine Mitglieder sind Arbeitgeber für mehr als 67.000 Pflegekräfte (Vollzeitkräfte).

Die hochqualifizierten Pflegekräfte in den deutschen Krankenhäusern verdienen unseren großen Respekt für ihre tägliche verantwortungsvolle Arbeit. Für den kkvd ist es somit unstrittig, dass ein unverändert dringender Handlungsbedarf besteht und eine Verbesserung der Pflegesituation notwendig ist.

Die katholischen Träger hatten die Hoffnung, dass mit den sogenannten Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V ein erster Schritt zur Verbesserung der Pflege erfolgt. Der nun vorliegende Verordnungsentwurf, der per Ersatzvornahme durch das BMG in Kraft gesetzt werden soll, entspricht jedoch nicht diesen Erwartungen.

Erklärtes Ziel der Verordnung ist die Sicherung des Patientenschutzes und die Verbesserung der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung. Zu diesem Zweck legt die Verordnung verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für die als pflegesensitiv identifizierten Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie in der Tagesschicht (06.00 - 22.00 Uhr) und in der Nachtschicht (22:00 - 06:00 Uhr) mit bundesweit vorgegebenen Besetzungsverhältniszahlen von Patient zu Pflegekraft fest.

Starre Pflegepersonaluntergrenzen sind nicht geeignet, den tatsächlichen Pflegebedarf angemessen zu berücksichtigen, insbesondere angesichts regelmäßig von Patient zu Patient variierender Pflegeaufwände - dies gilt auch beim Vergleich von Pflegebedarfen und resultierenden Personalaufwänden innerhalb einer Station oder Fachabteilung. Zudem besteht die Gefahr, dass über die fixen Pflegepersonaluntergrenzen hinausgehender Personaleinsatz seitens der Kostenträger, z. B. im Rahmen der nach dem Pflegepersonalstärkungsgesetz vorgesehenen Verhandlungen zum Pflegebudget, mit dem Argument des Wirtschaftlichkeitsgebots abgelehnt wird. Pflegepersonaluntergrenzen müssen zwingend als Mindestanforderungen ausgelegt werden. Daraus dürfen nicht Regelbesetzungen gemacht werden, die von Seiten der Kostenträger im Rahmen der Pflegebudgetverhandlungen auf Ortsebene dann im Sinne einer qualitativ ausreichenden Pflegepersonalbesetzung argumentiert werden. Daher bedarf es der Einführung eines sich am tatsächlichen Pflegeaufwand orientierenden Pflegepersonalbemessungsinstruments zur langfristigen Sicherung eines bedarfs- und aufwandsangemessenen Pflegebudgets.

**Stellungnahme zum
Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von
Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven
Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (PpUGV)**

Gemäß der Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes wird qualifizierte Pflege in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen: Bis zum Jahr 2050 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auf 4,5 Millionen an. Das ist eine Zunahme von 88 Prozent im Vergleich zum Jahr 2010. Ein großer Teil dieser Patienten wird hochbetagt sein. Bereits im Zeitraum von 2000 bis 2014 ist der Anteil der über 85-jährigen Patienten in deutschen Krankenhäusern um 60 Prozent gestiegen. Daraus ergeben sich vielfältige Herausforderungen für den Pflegealltag, zum Beispiel durch Multimorbidität und demenzielle Erkrankungen, die sich in allen Bereichen des Krankenhauses auswirken werden. Mit der Alterung der Patientengruppen im Krankenhaus steigt die Nachfrage nach Pflegefachkräften. Zugleich sinkt das nachwachsende Arbeitskräftepotenzial bundesweit, aus dem sich der Bedarf nach Pflegefachkräften speisen könnte. Die Zahl der in der Pflege notwendigen Fachkräfte kann mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Schätzungen zufolge sind bereits heute mehrere Zehntausend Stellen in der Pflege unbesetzt, es herrschen Personalengpässe allen Ortes, und der Markt für Fachpflegekräfte ist nahezu leergefegt.

Diese realistische Arbeitsmarktsituation muss bei der Definition der Verordnungsinhalte berücksichtigt werden. Notwendig ist eine erfolgreiche Ausbildungsinitiative, damit das Personal verfügbar ist, welches wir für die berechtigten politischen und gesellschaftlichen Ziele benötigen.

Die realen Verhältnisse und Anforderungen im Bereich der Pflege finden in der Verordnung kaum Berücksichtigung. Normative Vorgaben werden darin praxisfern festgelegt. Daher unterstützt der kkvd die Entwicklung und Einführung eines sich am tatsächlichen Pflegeaufwand orientierenden Pflegepersonalbemessungsinstruments.

Allgemeiner Teil

Bessere Datenbasis notwendig

Laut Begründung wurden die Anhaltszahlen im Rahmen einer gutachterlichen Auswertung auf der Grundlage einer repräsentativen Stichprobenziehung der KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft AG in den Krankenhäusern ermittelt. Nach Einschätzungen und Veröffentlichungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die als Selbstverwaltungspartner in den vorhergehenden Verhandlungen zur Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen beteiligt war, haben die erhobenen Stichproben keine aussagekräftigen und belastbaren Ergebnisse geliefert. Es ist zu befürchten, dass grundlegende Prinzipien statistischer Erhebungen nicht beachtet und nicht erfüllt wurden. Insbe-

sondere ist die im Verordnungsentwurf erwähnte große Schwankungsbreite zwischen den in den Krankenhäusern bestehenden Verhältniszahlen von Patienten zu Pflegekräften auch bei Stationen. Als weiteres Beispiel dafür, dass die Datenbasis offensichtlich nicht plausibel ist, sei das Verhältnis von 1,7 Patienten je Pflegekraft in der Frühschicht von Intensivstationen an Werktagen genannt. Pflegeexperten sind einhellig der Auffassung, dass eine so hohe Ausstattung der Intensivstationen mit Pflegekräften von der Realität weit entfernt ist. Selbst herausragende Kliniken der Maximalversorgung verfügen nicht über eine so hohe Personalausstattung. Gleichzeitig definieren die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaft eine weitaus weniger restriktive Personalbesetzung (2 zu 1) als Ideal-Besetzung. Selbst in einigen Landeskrankenhausplänen wie in Nordrhein-Westfalen gelten ähnlich hohe Personalvorgaben in der Intensivmedizin im Wesentlichen als unverbindliche Orientierungsgröße. Rückmeldungen unserer kkvd Mitgliedseinrichtungen ergeben, dass der überwiegende Teil der Kliniken die im Verordnungsentwurf vorgesehenen Untergrenzen in der Intensivmedizin nicht einhalten können. Die Konsequenz in der praktischen Umsetzung wird sein, dass die Kliniken ihre Intensivbehandlungsplätze an die zur Verfügung stehende Anzahl ihrer Pflegekräfte anpassen müssen und es dadurch zu einem Kapazitätsabbau in der Intensivversorgung kommt. Die Aufnahmekapazitäten für Notfälle werden verknappt und die Intensivmedizinische Versorgungsphase wird verkürzt. Dies dient nicht der Verbesserung der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität.

Praxisferne Definition der angelegten Messgrößen - Stationsgröße und Belegung

Eine stationsbezogene Festlegung von Personaluntergrenzen ist nicht realisierbar, da die Stationsgrößen häufig nicht mit den festgelegten Verhältniszahlen harmonisieren.

Die zunehmende Interdisziplinarität, die häufig in Zentren, Aufnahmestationen oder Kurzliegerstationen eine Grundvoraussetzung darstellt, führt fachlich und organisatorisch zu einem erhöhten Aufwand. Die vorgesehene Verknüpfung der Fachabteilungsschlüssel, heruntergebrochen auf die Stationen bei vermeintlich pflegesensitiven Abteilungen, ist unschlüssig aus mehreren Gründen:

Viele Abteilungen sind heute interdisziplinär. Unklar ist, ob die Untergrenze demnach auch für die nicht-pflegesensitiven Bereiche zu gelten hat, wenn in der Station ein pflegesensitiver Bereich vorhanden ist - z. B. Koloproktologie und Kardiologie gemeinsam auf einer Station. Ebenso unklar bleibt im Verordnungsentwurf wie sich die Verknüpfung von Fachabteilungsschlüssel und Stationen, die in der Regel interdisziplinär sind, darstellt.

Durch den Entwurf werden künstlich Untergrenzen in virtuell gebildeten Stations- und Fachabteilungsabgrenzungen geschaffen. Es besteht die Gefahr, dass es dadurch zu willkürlichen Verschiebungen von Pflegekräften in einen sogenannten pflegesensitiven Bereich kommt.

Gleichfalls bleibt unklar, wie mehr Personal eingestellt werden soll, um die Grenze zu erreichen, wenn es auf dem Arbeitsmarkt wenig bis kein qualifiziertes Personal gibt – vor allem im Bereich der Intensivmedizinischen Pflege. Ebenso fehlen Lösungsansätze, um das geforderte Fachpersonal kurzfristig zu beschaffen.

Moderne Pflege hat ein viel ausdifferenzierteres Berufsbild – Patienten haben einen viel umfassenderen Pflegebedarf

Neben den dreijährig-examinierten Pflegekräften werden nur Pflegehilfskräfte definiert. Eine Anrechnung von weiterem, den Pflegedienst entlastendem Personal wie Stationssekretärinnen, Versorgungs- und Serviceassistenten, Patientenbegleitdienste usw. ist nicht beschrieben. Ebenso unklar ist, inwieweit Komplementärpflege wie Wundmanagement, Schmerzdienst, Praxisanleitung in die Berechnung einbezogen werden. Alle diese Bedarfe gehören zur pflegerischen Versorgung des Patienten, müssen aber nicht zwangsläufig von examinierten Pflegekräften durchgeführt werden.

Hierbei besteht die Gefahr, dass sinnvolle, in den letzten Jahren eingeführte pflegeentlastende Maßnahmen und Unterstützungsprozesse wieder rückgängig gemacht werden und Pflegefachkräfte wieder Tätigkeiten verrichten, die sie im Rahmen eines modernen und professionalisierten Pflegemanagementprozesses längst delegiert haben.

Übergangsfrist ist anzupassen und Ausnahmeregelungen sind notwendig

Eine Übergangsregelung von drei Monaten ist untauglich, insbesondere für die voraussichtlich hohe Anzahl von neu einzustellenden Intensivfachkräften, da diese auf dem Arbeitsmarkt auf weite Sicht nicht verfügbar sind. Die Vorgaben führen zu einem weiter verschärften Wettbewerb um Fachkräfte. Und all dies auf Basis einer unzureichend ermittelten Empirie. Finanzielle Sanktionen dürfen den Kliniken auf Grundlage dieser Datenbasis daher nicht auferlegt werden. Sollte die Verordnung wider alle guten Argumente der Fachexperten in Kraft gesetzt werden, sollte das Jahr 2019 für die Verbesserung der Datenlage genutzt werden, ohne Sanktionen für die Kliniken.

Ergänzend müssen notwendige Ausnahmeregelungen aufgenommen werden. Wenn Krankenhäuser geltend machen, dass Stellen aufgrund der Arbeitsmarktlage vorübergehend nicht besetzt werden können, oder wenn sogenannte pflegesensitive Bereiche bei den Rettungsleitstellen an-

sonsten abzumelden wären, sollte dies Berücksichtigung finden. Genauso müssen die in der Praxis elaborierten, pflegeentlastenden Maßnahmen der Krankenhäuser Anerkennung finden.

Überbordende Bürokratie

In den Krankenhäusern kommen zahlreiche verschiedene elektronische Dienstplanungsprogramme zur Anwendung, Schnittstellen zu bestehenden Krankenhausinformationssystemen existieren jedoch nicht. Eine Personalplanung und -steuerung im Sinne der Verordnung ist daher nur mit einem zusätzlichen Dokumentationsaufwand möglich.

Auf welchem Wege die Datenübermittlung zur Personalbesetzung an die Kostenträger erfolgen soll, ist nicht geregelt. Das im Entwurf geschilderte Meldeverfahren wird einen enormen Bürokratieaufwand hervorrufen. Hier wäre ein einheitliches Dokument durch das BMG vorzulegen, damit Einigkeit im Berichtswesen aller Krankenhäuser gewährleistet ist.

Der geschätzte Kostenmehraufwand für alle Krankenhäuser von 650.000 Euro erscheint unrealistisch niedrig. Allein bei einer angenommenen zusätzlichen, täglichen Dokumentationszeit (zur Erhebung der tatsächlichen Personalbesetzung pro Schicht, zur Dokumentation berechtigter Gründe bei Abweichung etc.) von ca. 15 Minuten auf durchschnittlich 5 sogenannten pflegesensitiven Stationen pro Klinik, errechnet sich ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand über alle somatischen Krankenhäuser von rund 30 Millionen Euro!

Fazit:

Der vorliegende Entwurf für die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen muss zugunsten einer realistischen Durchführbarkeit der Vorgaben in der Praxis deutlich angepasst und überarbeitet werden.

Spezieller Teil

Zu § 2 Begriffsbestimmungen

§ 2 Abs.1:

Das BMG hat sechs Bereiche als pflegeintensiv festgelegt. Im weiteren Verlauf bezieht sich das BMG nur noch auf vier Bereiche. Diese vier Bereiche erscheinen – mit Ausnahme der Intensivstation- als eher willkürlich ausgewählt.

§ 2 Abs. 2:

Zu begrüßen ist, dass Pflegekräfte im Sinne der Verordnung nicht nur examinierte Pflegekräfte sind, sondern auch Pflegehilfskräfte sein können. Nicht berücksichtigt wurden jedoch Zusatzqualifikationen (Fachweiterbildung, Studierende etc.). Die Differenzierung zwischen examinierten Pflegekräften mit einer dreijährigen Ausbildung und nicht-examinierten Pflegekräften als Pflegehilfskräften sollte deutlicher gefasst werden. Pflegefachhelfer haben eine einjährige Ausbildung und schließen mit einem Examen ab. Diese Berufsgruppe ist aber zusammen mit allen „ungelernten“ in der Gruppe der Pflegehilfskräfte geführt.

In der Gewichtung, i.S. von einer prozentualen Wertigkeit, werden lediglich examinierte Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung mit dem Faktor 1 bewertet. Pflegefachhelfer, da in der gemeinsamen Gruppe mit allen sonstigen Hilfskräften, können dagegen nur mit einem Faktor von 0,05 – 0,16 (in den pflegesensitiven Bereichen Unfallchirurgie und Kardiologie) bewertet werden. Dies ist der Qualifikation nach nicht gerechtfertigt.

Eine Anrechnung von weiterem, den Pflegedienst entlastendem Personal wie Stationssekretärinnen, Medizinischen Fachangestellten, Versorgungs- und Serviceassistenten, Patientenbegleitdienste usw. ist nicht beschrieben. Ebenso unklar bleibt, inwieweit Komplementärpflege wie Wundmanagement, Schmerzdienst, Praxisanleitung in die Berechnung einbezogen werden.

§ 2 Abs. 3:

Die aufgeführten Schichten (Tag- und Nachschicht) entsprechen nicht dem Arbeitsalltag und dem Arbeitsanfall in der Pflege. Sie sind starr und unpraktisch. Prozessorientierte Kernarbeitszeitmodelle (z.B. Zwischendienste bei arbeitsintensiven Zeiten) werden mit diesen Schichtvorgaben erschwert und verhindert. Damit können flexiblere Dienstzeitmodelle, wie von 08:00 – 16:00 Uhr z.B. für rückkehrende Mütter auch nicht mehr im gewünschten Maße angeboten werden.

Die überwiegende Anzahl von krankheitsbedingten Personalausfällen treten kurzfristig auf, d.h. eine schnelle Kompensation ausgefallener Schichtbesetzungen, wäre nur über einen flexiblen Springerpool abbildbar – dieser Dienst als „Springer“ ist für viele Pflegekräfte nicht attraktiv und schwierig zu besetzen. Hier bedarf es entsprechender Ausnahmeregelungen.

Zu § 3 Ermittlung pflegesensitiver Bereiche

§3 Abs. 2:

Hier stellt sich die Frage, auf welche Weise die Gesamtbettenzahl einer der Fachabteilung teilweise zugeordneten interdisziplinären Station im Hinblick auf die Berechnung der Personaluntergrenzen nach § 6 erfolgen soll. Zählt eine derartige Station dann insgesamt als pflegesensitiver Bereich oder zählt nur der Teil, der durch die jeweilige Fachabteilung genutzt wird. Hier wäre eine Klärung im Verordnungstext hilfreich, um Missverständnisse und unnötige Diskussionen in den Verhandlungen über das Pflegebudget zu vermeiden.

§3 Abs. 3:

Auf die Abteilungen der Neurologie und Herzchirurgie werden die Überlegungen zu Personaluntergrenzen nicht angewendet. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum diese Fachabteilungen dann überhaupt als pflegesensitive Bereiche im Verordnungsentwurf aufgeführt werden.

Zu § 5 Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten

Die Rückmeldung durch das InEK zum 15.11. ist zu kurzfristig für die Krankenhäuser.

Als offene Frage bleibt: Wie kann der Widerspruch zu einer vermeintlich pflegesensitiven Abteilung durch das InEK erfolgen?

Zu § 6 Pflegepersonaluntergrenzen

§ 6 Abs. 1: Verhältnis Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft

Der Pflegeaufwand bei einem Patienten wird mit dieser Verhältnisrechnung nicht dargestellt und somit ist diese Ratio für eine Personaleinsatzplanung gemessen an Pflegeleistungen nicht zielführend. Es ist vielmehr eine statistische Größe. Deutlich wird es bei den Bereichen Geriatrie und Unfallchirurgie. Das Patienten-Pflegekraft-Verhältnis in der Geriatrie weicht nur unwesentlich von der Unfallchirurgie ab. In der Geriatrie stehen in der Nacht sogar weniger Pflegekräfte für die Patienten zur Verfügung. Diese Darstellung ist realitätsfremd. Der Pflegeaufwand in den geriatrischen Bereichen ist in der Regel höher.

Unplausibel ist auch, warum die Dienstbesetzung in der Kardiologie an Wochenenden und Feiertagen im Nachtdienst höher sein soll als an Werktagen.

§ 6 Abs. 2: Anteil von Pflegehilfskräften

Der Anteil von Pflegehilfspersonal erscheint angesichts der arbeitsteiligen Teamarbeit in den Krankenhäusern als zu niedrig eingeschätzt. Diese Vorgaben schränken den Einsatz von Pflegekräften mit unterschiedlichen Kompetenzen stark ein. Die Praxis zeigt, dass hochqualifiziertes Pflegepersonal (Studienabgänger) die pflegerischen Prozesse im Sinne einer Fallverantwortung besser steuern können, als Berufsanfänger. Im Sinne dieser Verordnung werden Kompetenzen und Erfahrungen von Pflegenden nicht berücksichtigt. Ein ausgewogener Personalmix aus Hochqualifizierten, Erfahrenen, Anfängern und Hilfskräften macht einen modernen Pflegeprozess in den Krankenhäusern erst aus. Der Anreiz zur Umsetzung eines Kompetenzstufenmodells im Sinne des lebenslangen Lernens ist mit dieser Verordnung nicht mehr gegeben. Aber gerade die Möglichkeit einer Weiterentwicklung und Karrieremöglichkeiten im Pflegeberuf machen den Beruf attraktiv.

Der vorgegebene Anteil von Pflegehilfskräften in der Pflgeteambesetzung fußt auf einer theoretischen Berechnungsgrundlage und nicht auf tatsächlichen pflegerischen Prozessen und pflegerischen Leistungen.

Zu § 8 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

Eine Übergangsregelung von drei Monaten ist deutlich zu kurz, insbesondere für die voraussichtlich hohe Anzahl von neu einzustellenden Intensivfachkräften, da diese auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar sind.