

# Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

11.09.2018/rem

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Wilhelm Walzik  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

Bearbeitet von  
Lutz Decker, DST  
Jörg Freese, DLT  
Uwe Lübking, DStGB

E-Mail: [ppug-verbaende@bmg.bund.de](mailto:ppug-verbaende@bmg.bund.de)

Telefon 0221 3771-305  
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:  
[lutz.decker@staedtetag.de](mailto:lutz.decker@staedtetag.de)

Aktenzeichen  
54.06.30 D

## **Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)**

Ihre E-Mail vom 23.08.2018

Sehr geehrter Herr Walzik, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des o. g. Referentenentwurfs und die Gelegenheit für eine Stellungnahme hierzu. Zu dem Referentenentwurf positionieren wir uns wie folgt:

### **I. Grundsätzliches**

Wir unterstützen das Ziel einer angemessenen Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus und die damit verbundene Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Um den Anspruch einer guten Personalausstattung zu erfüllen, muss die passende Finanzierung und zudem die Förderung einer entsprechenden Situation auf dem Arbeitsmarkt gewährleistet werden. Zentraler Einflussfaktor hierfür ist auch eine entsprechend auskömmliche Finanzierung sowohl der Krankenhäuser insgesamt als auch speziell des Bereichs der Pflege.

Die Zielformulierung des Entwurfs, die Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung, teilen wir. Dieses Ziel verfolgen unsere kommunalen Krankenhäuser aber bereits heute selbstverständlich - auch ohne eine entsprechende Verordnung. Allein aus einer Personaluntergrenze lässt sich das Ziel „Sicherung“ des Patientenschutzes nicht erreichen. Dazu bedarf es unter anderem vor allem ständiger Weiterqualifikation, hoher Hygienestandards, einer besonders patientenorientierten Pflege, hervorragend strukturierter Organisationsabläufe und verantwortungsvoller Akteure in unseren Kliniken. Dies gilt es weiter zu fördern und es bedarf dafür stimmiger Rahmenbedingungen.

Hinsichtlich aktuell für den Pflegebereich auf den Weg gebrachter Regelungen ist das Ziel positiv zu werten, das die Pflege durch eine Reihe von Maßnahmen unterstützt, besser finan-

ziert und attraktiver gemacht werden soll. Ob diese Ansätze ausreichen, um examinierte Pflegekräfte zurück in ihren Beruf zu lotsen oder zu gewinnen, bleibt allerdings abzuwarten, teilweise auch zweifelhaft. Bei der Personalgewinnung sind die Krankenhäuser weiter auf eigene Maßnahmen angewiesen. Hier sollte der Gesetzgeber mehr unterstützen. Auch bedarf es weiterer Maßnahmen, um Krankenhäuser und ihre Finanzierung bei Investitionen und laufenden Kosten zu unterstützen. Zudem sind eine ausgeweitete Förderung der Digitalisierung und ein Abbau der Bürokratie dringend erforderlich. Zusammengenommen steckt dies einen zu beachtenden Raum notwendiger Maßnahmen ab, um die örtliche Versorgung und den Bereich der Pflege - für die Patienten und die Beschäftigten des Bereichs - zu unterstützen.

Die vorgesehene Verordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen verschärft nunmehr den Wettbewerb um vorhandene Pflegefachkräfte, was in einer Reihe von Regionen fatal sein dürfte. Aber auch die Finanzierung wird erschwert, da es in eine Richtung wirkt, in der tarifliche Entgelte nicht mehr ausreichen könnten, um genügend Pflegepersonal zu finden. Auch könnte es sich besonders zu Lasten kommunaler Krankenhäuser auswirken, wenn diese traditionell gut mit Pflegepersonal ausgestattet sind und nun, angesichts der neuen drohenden Sanktionen, potenziell verstärkt stattfindenden Abwerbeversuchen ausgesetzt sind. Das Gesetz sieht vor, dass Kosten aufgrund von Personalsteigerungen im Pflegebereich zu 100% von den Kostenträgern übernommen werden. Wie dies konkret im Einzelfall in der Praxis umgesetzt wird, bleibt noch offen. Darüber hinaus wird nur ab dem 01.01.2019 zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal zu 100% refinanziert. Bei der Pflegepersonalfinanzierung muss es aber auch um die Sicherung eines guten Bestandsniveaus bei einem Teil der Kliniken und nicht nur um den Aufwuchs von Personal von niedrigem Niveau bei anderen Kliniken gehen. Um die nun vorgesehenen Mindestbesetzungen zum 01.01.2019 umsetzen zu können, müssen hier spätestens im 4. Quartal Personalaufstockungen vorgenommen werden; dies würde allerdings zu einem Verlust der o.g. Refinanzierbarkeit führen. Darüber hinaus ist unklar, inwiefern eine vorsorgliche Besetzung über die Mindestgrenzen hinaus zu 100% refinanziert werden. Da es sich um Durchschnittswerte handelt, muss grundsätzlich auf jeden Fall klar gestellt sein, dass sämtliches Pflegepersonal refinanziert wird.

Die vorgelegten Lösungen zielen darauf ab, dass die Personalbelastung in den 25% der Versorgungsbereiche mit den höchsten Personalbelastungszahlen sinken muss. Tendenziell sehen wir unsere kommunalen Krankenhäuser hier vergleichsweise gut aufgestellt, sehen sie sich doch einer guten Personalausstattung im Pflegebereich gegenüber traditionell besonders verpflichtet. Trotzdem würden die neuen Regelungen zu erheblichen Problemen, hinsichtlich von Einzelregelungen (vgl. unsere weiteren Ausführungen), beim bürokratischen Aufwand und besonders in der Intensivpflege führen. So bestehen eine ganze Reihe kritischer Anmerkungen, besonders hinsichtlich des Bereichs der Intensivpflege und der Zuordnung der Mindestmengen über die Schichten und den Tag (diese entspricht nicht der Verteilung des Pflegeaufwandes über den Tag in der Praxis). Weiterhin bildet die Definition der Pflegepersonaluntergrenzen über den Patienten auf keinen Fall den tatsächlichen Pflegeaufwand ab. Viele der Vorgaben in dem Referentenentwurf entsprechen nicht den tatsächlichen Arbeitsabläufen und Organisationsstrukturen in den Krankenhäusern und sind deswegen in der Praxis nicht oder nur mit erheblichem Aufwand und mit einer absehbaren Verschlechterung der Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit umsetzbar.

Dringend zu verhindern ist auch, dass aus den Personaluntergrenzen Standardorientierungswerte für die Personalbesetzung werden. Kliniken müssen sich nicht an starren Grenzen, sondern am konkreten Versorgungs- bzw. Pflegebedarf orientieren dürfen. Auch sollten keine Anreize zur Absenkung des eingesetzten Personals gesetzt werden. Insgesamt muss die absehbare Wirkung einer Verordnung in Relation zum praktischen Pflegebedarf von

Patienten im gesamten Krankenhaus stärker berücksichtigt werden. Leitgedanke muss stärker sein, dass es gilt, „gut und individuell zu pflegen“ und nicht lediglich „keinen Schaden“ anzurichten.

Wir bitten Sie dringend um Beachtung unserer Hinweise und darum, entsprechende Änderungen an der geplanten Verordnung vorzunehmen.

## **II. Zu speziellen Sachbereichen**

### **II. 1 Zur verwendeten Systematik**

Pflegesensitive Bereiche anhand von DRG's medizinisch zu identifizieren ist unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung problematisch. In der DRG Verschlüsselung werden nicht alle relevanten Faktoren verschlüsselt. Auf eine Differenzierung zwischen prävalenten und inzidenten Fällen wird ebenfalls verzichtet. Die medizinische Fallschwere, welche zur Risikoadjustierung in dem der Ermittlung von pflegesensitiven Bereichen zugrundeliegenden Fachgutachten genutzt wurde, kann von der pflegerischen Fallschwere deutlich abweichen. Aus den praktischen Erfahrungen heraus wurden wir aus unserer Mitgliedschaft etwa darauf hingewiesen, dass sich die pflegeintensiven und damit auch pflegesensitiven Bereiche wesentlich deutlicher in den PKMS-Zahlen widerspiegeln. Hier bedarf es einer starken personellen Unterstützung auf allen Ebenen der Disziplinen. Ein flexibler Personalpool von Pflegekräften würde die sich immer wieder verlagernden Belastung auf den einzelnen Stationen kompensieren. Beispielsweise genannt wurde auch die Systematik der Vorgaben aus dem Bereich der PsychPV die zu diskutieren wären. Aus unserer Mitgliedschaft erhielten wir auch den Hinweis auf das Potenzial der PPR. Viele Kliniken nutzen die PPR noch, um intern den Personalbedarf in den Stationen und Abteilungen zu bewerten. Demgegenüber sollen nun Ressourcen für streitbare Berechnungsgrundlagen mit zeitaufwändigen Dokumentationen und retrospektivischen Aspekten ausgegeben werden. Mit den nun vorgesehenen starren Vorgaben können notwendige Anforderungen aber nicht erreicht werden. Eine rückwirkende Berechnung der 40% DRG-Bedingung im Abgleich mit den Schichten lässt eher keinen Rückschluss zu einer verbesserten Patientenversorgung zu.

Ganz grundsätzlich erreichten uns aus der Mitgliedschaft kritische Hinweise, die die vorzugsweise vorgenommene Auswahl der pflegesensitiven Bereiche betreffen. Die Implikation, dass eine neurochirurgische Abteilung weniger pflegeintensiv als eine Unfallchirurgische sei, spiegelt sich demzufolge nicht in der Praxis wieder. Diese Auswahlproblematik verschärft sich dadurch, dass die Verordnung nun eine konkurrierende und priorisierende Situation zur Verwendung des knappen Pflegepersonals schafft.

### **II. 2 Zur Intensivpflege**

Überaus deutlich wurden wir aus unserer Mitgliedschaft vor Konsequenzen für die intensivmedizinische Versorgung gewarnt. Schon kurzfristig werden diese Regelungen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einen Versorgungsengpass in der Intensivmedizin generieren. Als Beispiel wurde uns ein großes kommunales Krankenhaus der Maximalversorgung mit mehreren Intensivstationen und Intensivbetten für Erwachsene genannt. Dort wurde und wird auf eine gute Versorgung der Patienten und gute Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter großer Wert gelegt. Mit Sicherheit gehört es nicht zu den 25% der Krankenhäuser mit den knappsten Pflegepersonalbesetzungen. Entsprechend stellen dort etwa die Pflegeuntergrenzen auf den Stationen der Kardiologie, Geriatrie, Unfallchirurgie kein Problem dar. Dagegen ist die Erfüllung der Untergrenzen auf den Intensivstationen unlösbar. In

dem Beispiel müssten entsprechend des Entwurfs ad hoc rd. 100 zusätzliche Intensivpflegekräfte gewonnen werden, um in jeder Schicht auf allen Stationen bei allen Belegungsschwankungen und ungeplanten Personalausfällen die Anforderungen zu erfüllen. Bei einer Betrachtung der monatlichen Durchschnittswerte der Belegung und Personalbesetzung sänke die Anforderung auf 40 zusätzliche Intensivpflegekräfte. Dies würde dort nur durch Schließung mindestens einer Intensivstation mit 20 Betten und einer Umverteilung des vorhandenen Personals funktionieren. Allerdings sind diese Intensivstationen jetzt schon jahresdurchschnittlich zum Beispiel zu 93% ausgelastet. Die in der Krankenhausplanung angestrebte Normauslastung liegt bei 85% im Jahresdurchschnitt. Eigentlich gingen die dortigen Anstrengungen eher in Richtung einer bedarfsgerechten Erweiterung der Intensivkapazitäten. Im vergangenen Winter gab es dort mehrere Krisensitzungen mit Stadt und Feuerwehr, weil in der Stadt, aus dem das Beispiel stammt und den umliegenden Landkreisen, die stationären Aufnahmekapazitäten – vor allem im Intensivbereich – erschöpft waren.

Eine schichtgenaue (nicht jahresdurchschnittliche) Betrachtung würde vermutlich noch größere Einschränkungen machen sich ziehen, weil dann die nicht geplanten Fehlzeiten hinzukommen. Sicher ist aber, dass mit der Festlegung der nun vorgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die Intensivmedizin nicht ein Handlungsbedarf für die 25% der am knappsten ausgestatteten Kliniken ausgelöst wird, sondern vermutlich für (fast) alle Krankenhäuser.

Hier wäre natürlich u.a. die Gegenfinanzierung wichtig. Aber auch mit einer hypothetisch sichergestellten Finanzierung können solche Anforderungen nicht erfüllt werden: Der Arbeitsmarkt gibt eine solche Einstellungswelle schlicht nicht her. Zusätzlich erschwerend kommt hinzu, dass gleichzeitig auch noch die Fachquoten für Pflegekräfte mit intensivmedizinischer Fachweiterbildung eingehalten werden müssen. Neueinstellungen (wenn sie denn überhaupt gelingen) „verwässern“ die Quote. Es ist unmöglich, gleichzeitig beide Bedingungen zu erfüllen.

Hinzu kommt, dass mit Inkrafttreten der Verordnung Tatbestände geschaffen werden sollen, die zu weiteren Dokumentationspflichten (schichtgenau je Patient und je Mitarbeiter) und potentiell vielfältigen Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenkassen führen werden. Die Einnahmeausfälle stillgelegter Intensivstationen werden nicht nur die Versorgungslage gefährden, sondern auch zu Verlusten der Kliniken führen.

Auch ist zu beachten, dass an der sehr kurzfristig angesetzten Datenerhebung der KPMG zu einer hochkomplexen Materie wesentliche Leistungserbringer offenbar nicht in einer ausreichenden Zahl teilgenommen haben. Gerade die für den intensivmedizinischen Bereich besonders maßgeblichen Leistungserbringer im Maximalversorgungsbereich müssten jedenfalls besser berücksichtigt werden.

Unklarheiten ergeben sich bei Intensivpflege zudem, weil zwar in § 2 Abs. 1 die pflegesensitiven Krankenhausbereiche benannt und in § 3 Abs. 1 die Fachabteilungsebene festgelegt werden. Was bedeutet aber Fachabteilungsebene bezogen auf die Intensivmedizin? Ist damit eine Fachabteilung für Anästhesiologie mit Intensivmedizin oder die Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und angeschlossener Intensivmedizin oder die Fachabteilung für Chirurgie mit operativer Intensivmedizin auch eingeschlossen oder nicht?

Im Bereich der Intensivpflege entstehen, trotz ihres besonderen Engagements in dem Bereich, auch in Großkrankenhäusern absehbar Probleme in der Erfüllung der Vorgaben, zumal wenn wegen erhöhter Krankheitsraten des Pflegepersonals mit einem Puffer die Vorgaben intern erhöht werden müssen, um hohe Vergütungsabschläge zu vermeiden. Die Lösung über Zu-

satz-Personal ist nicht möglich, da alle Krankenhäuser über Fachkräftemangel klagen und es höchstens zu Umverteilungen zwischen den Krankenhäusern und damit zu Verschiebungen des Problems kommen kann. Die Vorgaben für den Intensivbereich mit 2:1 bzw. 3:1 sind schlichtweg zu hoch. Viele Kliniken haben seit Jahren das für die Intensivmedizin auf Basis der Vorgaben der Fachgesellschaft DIVI vorgesehene optimale Versorgungsniveau von 2:1 im Blick. Die nunmehr vorgesehene Festlegung, dass die Untergrenze auf eine Personalausstattung auf der 75%-Perzentile erfolgt, führt nun dazu, dass die bisher als optimal-ideale geltende Ausstattung als Untergrenze gesetzt wird. Dies wird zu Bettenschließungen führen, da schon bisher größte Schwierigkeiten bestanden, das notwendige Intensivpflegepersonal zu gewinnen. Auch müssen in der Intensivstation nun flexible Handhabungen der Arbeitszeiten aufgegeben werden. Die Gewinnung von Intensivpflegefachkräften wird durch die Reglementierung erschwert. Das Ziel, dass die Bundesregierung verfolgt, dass ein Zugewinn in der Versorgungssicherheit der Patienten entsteht, sehen wir in der Gesamtwirkung des Referentenentwurfes als voraussichtlich nicht erreicht.

Zu beachten ist im Weiteren, dass täglich Belegungsschwankungen auftreten und kurzfristige Personalausfälle vor allem wegen Krankheit auszugleichen sind. Deshalb ist ggf. ein Personalpuffer von gut 20% über die Vorgabe der PpUG nötig. Damit muss die interne Vorgabe um 20% über der der PpUG liegen und ein noch höherer Personalbedarf für den Intensivbereich eingeplant, personell besetzt und diese Stellen zusätzlich finanziert werden. Die ohnehin zu hohe Vorgabe der PpUG und der zusätzliche Puffer werden höchstwahrscheinlich Probleme in vielen Krankenhäusern aufwerfen und Kapazitätseinschränkungen und Versorgungsengpässe in der jeweiligen Region nach sich ziehen. Besonders für den Intensivbereich muss daher eine andere oder Übergangsregelung oder -frist gefunden werden, um derartiges zu vermeiden. Auf keinen Fall dürfen in dem Intensivbereich ab 2019 Vergütungsabschläge gelten.

Intensivstationen haben oftmals auch einen IMC-Anteil, d.h. nicht jeder dortige Patient ist ein Intensivpatient im Sinne der PpUGV. Diese überwachungspflichtigen Patienten benötigen einen geringeren Pflegeschlüssel und müssen entsprechend gesondert berücksichtigt werden.

Insgesamt und besonders zu den geplanten Regelungen die Intensivpflege bitten wir Sie dringendst um Änderungen. Die vorgesehenen Regelungen bilden in Ihrer Wirkung letztlich eine reale Gefahr für Menschen, die intensivmedizinische Versorgung benötigen. Näheres ergibt sich aus unseren weiteren Anmerkungen.

### **III. Zum Rubrum**

Es wird zwar unter E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft in Absatz 2 von den eventuell entstehenden Kosten für die Kliniken geschrieben, die durch Einstellung und Qualifikation der Mitarbeiter auf die Kliniken zukommen werden, diese werden aber nicht beziffert. Um über ein Gesetz abzustimmen, müssen alle Kosten im Sinne einer Vollkostenbetrachtung dargestellt werden. Weiter wird mit ca. 650.000 Euro für die Kliniken für die Datenerhebung und Datenübermittlung kalkuliert. Dieser Wert ist geschätzt und darf angezweifelt werden. Ein großes Klinikum unserer Mitgliedschaft, das mit seinen Tochterunternehmen rund 0,5% der Krankenhausbetten in Deutschland betreibt, käme dann auf 3.250 Euro Bürokratiekosten. Dass ist angesichts der Anforderungen, auf die wir noch eingehen, völlig unrealistisch und ein angesichts der absehbaren Aufwände viel zu gering geschätzter Betrag.

Der vorliegende Entwurf verweist unter der Überschrift „Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft“ auf das kürzlich beschlossene Pflegepersonalstärkungsgesetz, wonach die Kosten für

zusätzlich ab dem 01.01.2019 in Krankenhäusern angestelltes Pflegepersonal „ohnehin von den Kostenträgern übernommen werden“. Anscheinend wird davon ausgegangen, dass mit der Kostenübernahme sofort der bislang bestehende Bedarf und vor allem auch bestehende Lücken in der Personaldecke der Krankenhäuser geschlossen werden und dann eben auch ab 01.01.2019 eine Personaluntergrenze greifen kann. Es wird sich allerdings absehbar zeigen, dass auch bis zum Jahresbeginn 2019 das erforderliche Personal nicht vorhanden sein wird und die Krankenhäuser Pflegepersonal auch in der Vergangenheit nicht „böswillig“ eingespart haben, sondern schlichtweg schon seit längerer Zeit auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend Personal finden. Auch wenn die Übernahme der Kosten für den zusätzlichen Personalaufwand von den Kostenträgern übernommen werden soll, wird die Klärung der Finanzierung im Rahmen der jährlichen Budget- und Entgeltverhandlung erfolgen. Dadurch könnte es zu den üblichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern kommen. Die Praxistauglichkeit einer gerechten Gegenfinanzierung ist dadurch zweifelhaft.

#### **IV. Zu Einzelregelungen**

##### **zu § 1 Anwendungsbereich**

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht bilden der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie die Anlage der enthaltenen DRG's keinen empirischen Nachweis, wie hoch der Pflegebedarf und Pflegeaufwand eines Patienten ist. Insofern stellt sich die Frage, ob mit dieser Methodik eine sachgerechte Abbildung des Pflegeaufwandes möglich ist. Der unterschiedliche Pflegeaufwand und die unterschiedliche Pflegelast müssen berücksichtigt werden. Die Festlegung der Patientenzahlen als Grundlage für die Pflegebemessung ist nicht sachgerecht. Die Patientenzahlen geben keinerlei Hinweis auf die tatsächliche Pflegeintensität in der betreffenden Schicht. Hier gibt es in der Praxis auch bei gleichen DRG's erhebliche Unterschiede in der Pflegeintensität der Patienten, die berücksichtigt werden müssen. Der pflegerische Aufwand auf einer Intensivstation bei einem Maximalversorgungs-Krankenhaus ist etwa in der Regel eher höher. Dennoch sollen die Schlüssel generell für alle Krankenhäuser gelten. Dies wird zum einen einer patientenorientierten Versorgung nicht gerecht, zum anderen wird Personal in Bereichen gebunden, um die Quoten zu erfüllen.

Wir befürchten, dass mit dieser Systematik bei hochpflegeintensiven Patienten die Gefahr einer Patientenselektion auf Krankenhausebene gefördert wird.

Der Bezug bei der Ermittlung auf Fachabteilungen bzw. Fachbereiche berücksichtigt in keiner Weise die in vielen Kliniken bestehenden gemischten Belegungen auf den Stationen. Weiterhin ist durch die selektive Festlegung der pflegesensitiven Bereiche zu befürchten, dass aufgrund des akuten Personalmangels auf dem Arbeitsmarkt zur Erfüllung der Quoten in den pflegesensitiven Bereiche, Pflegekräfte aus anderen Bereichen abgezogen werden und sich die Versorgung in den vorerst nicht pflegesensitiven Bereichen verschlechtern wird.

##### **zu § 2 Begriffsbestimmungen**

Die Neurologie und Herzchirurgie werden aufgeführt, ohne im weiteren Verlauf weiter von einer Mindestmengenregelung bedacht zu werden. Da aber auslösende DRG's genannt werden, kann dies zu Interpretationsspielräumen führen. Um Klarheit herzustellen, sollten Bereiche, die nicht explizit geregelt werden, aus der Verordnung komplett gestrichen werden.

Die Gewinnung von Pflegefachkräften wird weiter erschwert. Die Rückkehr bzw. der Wiedereinstieg in den Beruf nach der Elternzeit wird für viele Pflegekräfte nicht mehr möglich sein. Angesichts der bereits bestehenden Personalengpässe im Intensivbereich, führt die fest-

gelegte Personaluntergrenze dazu, dass schwer kranke Patienten in den Kliniken abgewiesen werden müssten.

In § 2 Abs. 2 werden examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte definiert. In der Vergangenheit sind viele Aufgaben des Pflegedienstes an andere Berufsgruppen delegiert worden, z. B. Stationsassistenten, Stationssekretärinnen, Logistik-Kräfte, Menü-Service-Kräfte, Krankentransport. Diese Vollkräfte-Anteile müssen in der wichtigen Berechnung der PpUG einbezogen werden. Hier stellt sich die Frage, ob dies gewährleistet ist. Eine Definition, welches Personal wie zu werten ist, existiert zwar, allerdings ist die Unterscheidung nur in examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte (alle nicht examinierten Pflegekräfte) zu wenig differenziert. Zumindest sollte eine medizinische Ausbildung im Vergleich zu einer nicht medizinischen Hilfskraft unterschieden werden. Auch medizinische Fachangestellte oder Altenpfleger/-innen verfügen über eine dreijährige Ausbildung in welcher auch zum Teil Inhalte der Pflegeausbildung vermittelt werden oder Krankenpflegehilfskräfte, die eine einjährige Pflegeausbildung durchlaufen haben. Diese Berufsgruppen mit nicht oder „pflegefremd“ ausgebildeten Mitarbeitern gleichzusetzen ist nicht sachgerecht. Grundsätzlich muss hier ein oft bedarfsgerecht eingesetzter Skill- und Kompetenzmix besser berücksichtigt werden.

Die Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (KPH) werden in dieser Regelung mit sämtlichen nicht-examinierten Hilfskräften gleichgesetzt. Bei der KPH handelt es sich um eine einjährige Berufsausbildung; diese mit einer mehrwöchigen Hilfsausbildung gleichzusetzen, scheint der Qualifikation dieser Berufsgruppe (deren Ausbildungskosten gefördert werden) nicht gerecht zu werden. Noch weniger sachgerecht scheint die Tatsache, dass Krankenpflegeschüler (ungeachtet des Ausbildungsstandes) gar nicht mit angerechnet werden. Dies bedeutet, dass eine angelernte Hilfskraft eine höhere Berücksichtigung erhält als ein Schüler im 3. Lehrjahr. Diese Regelung steht auch im Widerspruch zu den Regelungen der Pflegeausbildungsfinanzierung. Hier wird sehr wohl von einer messbaren Arbeitsleistung durch KP-Schüler ausgegangen und deswegen ein Anrechnungsschlüssel von 1:9,5 angewandt, um die entstehenden Lohnkosten anzurechnen.

In § 2 Abs. 3 fehlt eine flexiblere Regelung, etwa eine Unterscheidung zwischen Früh- und Spätschicht. Die Argumentation, dass lt. KPMG keine Unterschiede festzustellen sind, deckt sich nicht mit den uns übermittelten Erfahrungen aus der Praxis. Zum Beispiel wird an einem OP-Tag vormittags sicher ein anderer Arbeitsanfall auf einer unfallchirurgischen Station bestehen als abends um 21:30 Uhr.

Täglich wird der Abgleich der Schichtbesetzung Soll / Ist durchgeführt. Eventuell geschieht dies am Anfang oder am Ende der beiden Modellschichten. Es stellt sich die Frage, wie es gehandhabt wird, wenn ein Haus ein anderes Schichtmodell wählt, um z.B. im Rahmen eines regulären 3-Schicht-Modells (oder darüber hinaus mittels einer zusätzlichen Zwischenschicht) ein tatsächliches Patientenaufkommen besser abzubilden. Das aufgeführte rigide Schichtmodell (6 - 22 Uhr und 22 - 6 Uhr) kann diese Lösung schlecht abbilden. U.U. kann hier das Ergebnis sein, dass ein realitätsnahes Schichtmodell, welches die Mitarbeiter entlasten soll, rechnerisch schlechter abschneidet (wegen den inflexibel festgesetzten Schichtgrenzen im Gesetz). Damit laufen ggf. die Häuser, die versuchen, ihr Personal sachgerecht einzusetzen, in Gefahr, sanktioniert zu werden. Damit wird der Sinn des Gesetzes konterkariert.

Die sehr grob gehaltene Einteilung in Tages- und Nachtschicht entspricht daher in keiner Weise den tatsächlichen Arbeitsabläufen und Belastungsspitzen in den Krankenhäusern. Grundsätzlich gibt es oft eine Arbeitsspitze in der Pflege am Morgen, am Vormittag und über den Mittag bis in den frühen Nachmittag. Aufnahmen und Entlassungen von Patienten verur-

sachen für das Pflegepersonal eine erhebliche Arbeitsbelastung. Die besonders arbeitsintensiven Zeiten werden in vielen Krankenhäusern durch zusätzliche Kurz- oder Zwischenschichten und flexible Arbeitszeitmodelle aufgefangen. Deswegen sollte auch die Mindestbesetzung zu diesen spezifischen Zeiten höher bemessen werden. Später am Tag geht z.B. die Zahl der Aufnahmen und Entlassungen (z.B. finden in ausgewerteten Kliniken bis zu 85% der Aufnahmen und Entlassungen in der Unfallchirurgie zwischen 06.00 Uhr und 14.00 Uhr statt) stark zurück, die Untersuchungshäufigkeit und -intensität nimmt erheblich ab. Der Pflegeaufwand ist in den späten Nachmittagsstunden und am Abend bis 22.00 Uhr relativ gering. Dort die gleiche Mindestbesetzung einzufordern wie in den Morgenstunden geht an der Realität vorbei und verschwendet Personalressourcen, die zu einer anderen Zeit besser eingesetzt werden könnten. Eine Abbildung des notwendigerweise flexiblen Personaleinsatzes bei Personaluntergrenzen fehlt in der vorliegenden Form des Referentenentwurfs.

### **zu § 3 Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche**

Das Heranziehen der DRG als Grundlage für die Identifikation von und Festlegung von pflegesensitiven Bereichen ist aufgrund der unterschiedlichen Pflegeaufwände und -intensitäten sehr ungenau. Hier erhielten wir das Beispiel von zwei Fallkonstellationen aus der Unfallchirurgie:

1. Implantation einer primären Hüftendoprothese bei einem etwa 60 jährigen Mann, der in seinem Leben sportlich durchschnittlich aktiv war und keine wesentlichen Begleiterkrankungen hat (I 47 B)
2. Wechsel einer infektiösen Hüftendoprothese bei einem 80 jährigen Mann mit bereits erheblich eingeschränktem Bewegungsapparat und mit schweren Begleiterkrankungen (I 46 A)

Der tägliche Pflege- und Betreuungsaufwand bei der Fallkonstellation 2 übersteigt den Aufwand der Fallkonstellation 1 um ein Vielfaches. Gerade in Endoprothetikzentren, wo die hochwertige Versorgung dieser Patienten stattfindet, tritt eine Häufung schwererer Fälle auf. Die Vorgabe einer gleichen Mindestbesetzung in allen unfallchirurgischen Bereichen (Beurteilungsbasis ist der DRG-Katalog, der als Indikator für die Unfallchirurgie definiert wurde) ist praktisch nicht nachvollziehbar und wenig sachgerecht. Aus Sicht der Pflegenden und der zu Pflegenden ist eine Bemessung, die auf der Basis des tatsächlichen Pflegebedarfs ermittelt wird, der qualitativ bessere und wirtschaftlich sinnvollere Ansatz. Entsprechende Ermittlungssysteme gibt es bereits und werden zum Teil in den Krankenhäusern bereits angewendet. Diese könnten mit relativ wenig Aufwand an die vorliegenden Bedürfnisse adaptiert werden. Damit würden die Leitungen vor Ort auch die Flexibilität behalten, das nur begrenzt verfügbare Pflegepersonal dort einzusetzen, wo der tatsächliche Pflegebedarf entsteht.

Neben den Ausführungen zu § 1, die auch hier gelten, ist darauf hinzuweisen, dass die aufgeführte Regelung auch von einem eher überholten Modell einer festen Zuordnung der Stationen zu einzelnen Fachrichtungen ausgeht. Eine moderne Stationsorganisation geht eher von Mischstationen aus, um Personal und Räumlichkeiten flexibel bedarfsgerecht einzusetzen, oder um medizinische Neuerkenntnisse wie Behandlungspfade nach dem Track-Modell abzubilden. Eine interdisziplinär ausgerichtete Station lässt sich nicht mehr leicht in dem aufgeführten Korsett einer starren Fachgebietszuordnung abbilden. Das Aufführen einer DRG als Identifikator einer Fachgebietszuordnung scheint auch das Grundwesen einer DRG zu verkenne. Diese wird für einen Gesamtaufenthalt abgerechnet; wie soll hier bei einem mehrfach zwischen verschiedenen Stationen verlegten Patienten eine DRG einer einzelnen Station bzw. Fachgebiet zugeordnet werden.



Beim Begriff der „Intensivmedizin“ wäre es inhaltlich sinnvoll, eine unterschiedliche Bemessung von Intensivüberwachung und Intensivbehandlung vorzunehmen (genannt wurde uns gegenüber: analog QFR-RL). Einen hohen personellen Aufwand für die Überwachung festzuschreiben scheint kaum ein sinnvoller Einsatz der knappen Pflegeressourcen zu sein. Prüfwert wäre, ob nicht Schlüssel, welche sich am tatsächlichen Pflegeaufwand orientieren, deutlich sachgerechter sind. Fragen stellen sich, was die Gesamtfallzahl einer Fachabteilung ist (sind abgerechnete DRGs oder etwa Mitternachtsfälle (Zählweise nach Bundespflegegesetzverordnung) oder anderes gemeint?) Unklar ist auch was mit Überliegern passiert (Fälle, die die Jahresgrenze überschreiten), die ggf. nach einem anderen Katalog kodiert werden. Hier fehlt es an konkreten Berechnungsvorgaben.

Nach § 3 Abs. 3, Ziffer 2 soll der Anteil der Indikatoren-DRGs mindestens 40 % der Gesamtfallzahl dieser Fachabteilung ausmachen. Dies erscheint nicht nachvollziehbar. Letztlich führt der kleinere Anteil der Fälle z.B. einer Station / eines Fachbereiches dazu, dass er als pflegesensitiv einzustufen ist. Mit dieser Regelung wird zudem dem Umstand nicht Rechnung getragen, dass in vielen Krankenhäusern Stationen das ganze Jahr über je nach Bedarf in unterschiedlicher Intensität interdisziplinär belegt werden. So ist eine Station z.B. in der Winterzeit (Schnee und Eis) überwiegend durch die Unfallchirurgie belegt, im März und April aber aufgrund der Infektionskrankheiten vornehmlich internistisch genutzt. Diese Flexibilität der Krankenhäuser wird durch die vorliegenden Festlegungen stark eingeschränkt und muss ggf. durch die Vorhaltung von zusätzlichen Bettenkapazitäten aufgefangen werden. Fraglich ist, wie es sich mit interdisziplinären Stationen mit ständig wechselnden Belegungen verhält, die von erheblichen Schwankungen um die 40% gekennzeichnet sind. Sind solche Fachabteilungen mal einbezogen und dann wieder nicht? Gibt es bei unter 40% relevanter DRG je Station keine Untergrenzenregelung?

#### **zu § 4 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands**

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass der Pflegeaufwand ermittelt werden soll. Allerdings ist es durchaus so, dass es bereits Methoden zur Ermittlung des Pflegeaufwandes gibt, die mit vergleichsweise wenig Aufwand angepasst werden könnten. Genannt wurde uns gegenüber etwa die PPR. Jedenfalls könnte dadurch unnötiger zusätzlicher Entwicklungs- und Erfassungsaufwand vermieden werden und es wäre ein erster kleiner Schritt zur Entbürokratisierung.

#### **zu § 5 Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten**

Der festgelegte Zeitraum, in dem das InEK die Daten an die Kliniken übermittelt, sowie die kurze Frist einen Widerspruch einzulegen, ist nach unserer Auffassung unrealistisch. Die kurze Einspruchsfrist der Krankenhäuser nach Übermittlung der Auswertungsergebnisse des Instituts für das Entgeltsystem (InEK) lässt keine fundierte Analyse und Auswertung der Ergebnisse durch die Krankenhäuser zu. Sachlich einwandfrei begründete Widersprüche sind durch die enge Frist praktisch nicht möglich. Gleiches gilt für die Bearbeitung der Widersprüche durch das InEK innerhalb von 15 Tagen. Da mit einer größeren Anzahl von Einsprüchen zu rechnen ist, wird das InEK nicht in der Lage sein, eine fachlich fundierte Neubewertung des jeweiligen Sachverhaltes vorzunehmen. Damit ist die ernsthafte Handhabung und Abarbeitung von Widerspruchsmöglichkeit nicht möglich. Dieser Eindruck verstärkt sich dadurch, dass die Meldepflicht durch die Krankenhäuser nach Abs. 3 auf das Datum festgeschrieben ist, an welchem die Bearbeitungsfrist des InEK für Widersprüche endet. Somit ist klar, dass die Ersteinstufung des InEK Grundlage für alle weiteren Festlegungen und Meldungen ist und die Widerspruchsmöglichkeit praktisch eher als ein theoretischer Ansatz zu sehen ist. Es wird

faktisch für das InEK nicht möglich sein, innerhalb derart kurzer Zeit eine größere Anzahl an Widersprüchen sachgerecht abzuarbeiten.

Aus der Praxis erhielten wir auch den Hinweis, dass bei der Nennungspflicht der Namen der Fachabteilungen und zugehörigen Stationen teilweise keine 1:1 Zuordnung von Stationen zu Fachabteilungen existiert.

Hinsichtlich der Veröffentlichung von Pflegeaufwand und Namen im Internet suggeriert der Text, dass die Ergebnisse öffentlich gemacht werden. Hier erschließt sich der Zweck nicht, da die breite Bevölkerung wenig Rückschlüsse aus der bloßen Klassifikation eines Bereichs als „Pflegeintensiv“ ableiten kann, bzw. die Gefahr einer Fehlinterpretation deutlich erhöht wird.

Insgesamt erscheint es als nicht verlässliche Steuerungsbasis für die Kliniken, wenn in einem solch kritischen Bereich unklare Sanktionen bei Nichtveröffentlichung vorgesehen sind, deren Höhe und Ausmaß nicht abschätzbar sind. Auch den nicht gerechtfertigten Zeitdruck bei der Festschreibung der Grundlagen für das weitere Verfahren weisen wir entschieden zurück.

### **zu § 6 Pflegepersonaluntergrenzen**

Das Festmachen von Mindestbesetzungen an Patientenzahlen ist nicht sachgerecht (vgl. auch unsere Ausführungen zu § 3). Das Vorgehen der Festlegung, wie die stationsbezogenen Schichten besetzt werden sollen, ist auch nicht an den europäischen Standard angepasst. Es sind vereinzelt Empfehlungen von Fachgesellschaften berücksichtigt worden, aber auch hier liegen keine empirischen Nachweise vor. Der zusätzliche Dokumentationsaufwand wird aufgrund der Vorgaben deutlich erhöht. Er führt zu Doppeldokumentationen. Mehraufwand an Zeit und Kosten werden nicht gedeckt. Es sind keine IT-Systeme auf dem Markt verfügbar, die Dienstplanprogramme mit Belegungsdaten automatisch abgleichen können. Zudem ist nicht festgelegt, zu welchen Zeitpunkten die tägliche Bewertung der Patienten erfolgen soll. In bettenführenden Bereichen ist eine permanente Patientenfluktuation (Aufnahmen, Entlassungen, Verlegungen) gegeben. Dies kann zu Schwankungen in der Belegung von über 25 % über den Tagesverlauf führen.

Die Definition Tag- und Nachtschicht deckt sich nicht mit den Arbeitsschichten in der Pflege. (vgl. auch unsere Ausführungen zu § 2). Aufgrund des erforderlichen schichtgenauen Nachweises wird der Dokumentationsaufwand ebenfalls enorm ansteigen. In den Krankenhäusern gibt es im Pflegedienst eine Vielzahl von Dienstplanmodellen, um einerseits dem jeweiligen Arbeits- und Pflegebedarf gerecht zu werden und andererseits auch den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege Rechnung zu tragen. Diese Flexibilisierung dient neben der Sicherstellung der Bewältigung des Arbeitsanfalls auch der Steigerung der Attraktivität der Arbeitsplätze und Verbesserung der Rückkehrmöglichkeit in den Pflegeberuf. Mit den nun starr vorgegebenen Regelungen steht zu befürchten, dass sich die Anzahl der zur Verfügung stehenden Pflegepersonals weiter verringert und die „wertvolle“ Pflegeleistung zu Zeiten bereitgestellt werden muss, wo diese gar nicht benötigt wird. Darunter wird die Attraktivität des Pflegeberufes erheblich leiden. Die Gewinnung von Pflegekräften wird weiter erschwert.

In den Personaluntergrenzen sind die Vorgaben des neuen Pflegeberufegesetzes offenbar nicht berücksichtigt. Auszubildende Kliniken müssen zukünftig noch erheblich mehr Praxisanleitung leisten als bisher. Für Kliniken, die keine Ausbildung leisten, gelten jedoch die gleichen Personaluntergrenzen. Ziel der reformierten Pflegeausbildung ist es, einen weitaus größeren Umfang an Praxisanleitung durch eigens dafür vorgesehene Praxisanleiter durchzuführen. Da es bei der Mindestbemessung dazu keine Aussagen gibt, werden Pflegekräfte und zu

Pflegende in Häusern, die vornehmlich die Last der Ausbildung tragen, wesentlich schlechter gestellt, da neben der eigentlichen pflegerischen Versorgung noch die Praxisanleitung zu leisten ist.

Dass Intensivüberwachung / Intensivbehandlung vom Personalschlüssel gleich gesetzt werden, scheint wenig bedarfsgerecht. Ein alternatives Merkmal wäre ggf. die Abrechnung der intensivmedizinischen Komplexpauschale. Ansonsten besteht die Gefahr, dass überhöhte Personalschlüssel gefordert werden, welche gar nicht in der Vergütung berücksichtigt sind.

Bezüglich der Untergrenzen in der Unfallchirurgie stellt sich die Frage, wie es sich mit Kombi-Abteilungen Unfallchirurgie / Orthopädie verhält. Die Orthopädie wurde ja bewusst von der Regelung ausgenommen. Für Mischabteilungen dann doch für sämtliche orthopädischen Patienten eine höhere Betreuungsdichte zu fordern, würde eine erhebliche Ungleichbehandlung einzelner Häuser bedeuten (ggü. denen, die nur eine Orthopädie bzw. getrennte Abteilungen Orthopädie / Unfallchirurgie) vorhalten.

Während in anderen Bereichen besonders das Problem der problematisch berücksichtigten Schichten im Vordergrund steht (vgl. unsere Ausführungen zu § 2), ist das Problem bei der Intensivmedizin umfassender: Da eine Vielzahl der deutschen Krankenhäuser im Bereich der Intensivstationen bereits aktuell bestrebt ist, die Vorgaben der Fachgesellschaft DIVI mit einem Versorgungsschlüssel von 2:1 zu erreichen und dies auch weitgehend gelingt, hat sich aus nun offenbar aus der Berechnung über den Perzentil- bzw. Quartilansatz nun dieser optimal-ideale Versorgungsansatz als Mindestpersonalschlüssel ergeben. Sollte dies wirklich so eingeführt werden, steht zu befürchten, dass zumindest zeitweise Intensivkapazitäten nicht mehr zur Verfügung stehen. Da bereits aktuell die Verfügbarkeit von Intensivkapazitäten äußerst knapp ist (immer wieder müssen Intensivstationen aufgrund fehlender Kapazitäten abgemeldet werden), besteht die Gefahr, dass eine weitere Verknappung eintritt und nennenswerte Engpässe in der Intensivversorgung mit erheblichen Folgen für die Betroffenen mit Patienten gefährdenden Situationen entstehen. Aus diesem Grund ist die Mindestanforderung unter die optimal-ideale Vorgabe der Fachgesellschaft zu korrigieren.

Der Anrechnungsschlüssel für Hilfskräfte erscheint niedrig bzw. müsste um sachgerecht zu sein, noch weiter differenziert (ungelernt oder mit medizinisch-pflegerischer Ausbildung) werden. Die jetzt vorgesehenen Regelungen würde bedeuten, dass die Hilfsgruppen zur Entlastung der Pflege kaum eingesetzt werden (können). Der vorgesehene einschichtbezogene Nachweis macht etwa einen anteiligen Einsatz auf den Stationen unmöglich (Ausnahme: Geriatrie). Wenn beispielsweise fünf oder weniger Pflegekräfte in einer Schicht arbeiten, kann auf einer kardiologischen oder unfallchirurgischen Station keine Pflegehilfskraft angerechnet werden, da der anrechenbare Anteil jeweils weit unter 20% liegt (z.B. zwischen 3,7% und 16,4%). Hier kommt das Problem der Ganzzahligkeit bei der Anrechnung von Pflegehilfskräften zum Tragen. Eine Nachbesserung dieser Regelung ist dringend erforderlich. Mit Blick auf den Fachkräftemangel müssen bei den Pflegepersonaluntergrenzen andere Berufsgruppen, die in der Patientenversorgung tätig sind, in deutlichem Umfang berücksichtigt werden. Nur so kann die Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz sichergestellt werden. Die Regelungen gehen so jedenfalls auch am Ziel vorbei, die Pflege insgesamt zu entlasten. Aufgrund der kleinen Anteilzahlen für nichtexaminierendes Pflegepersonal wird beim Einsatz solcher Kräfte für die Schicht immer eine Meldung ausgelöst, selbst wenn im Quartal alle Werte eingehalten werden. Die Aufteilung von Tätigkeiten zwischen examinierten und nichtexaminierten Kräften ist ein Prozessthema, das nicht dauernd einem hin und her ausgesetzt werden kann. Die Verordnung wirkt nun in die Richtung, dass der Einsatz von nichtexaminierten Personal quasi beendet sein dürfte, da z. B.

bei einer 4-3-2 Besetzung der Station der Anteil bei Besetzung eines Dienstes mit einer nicht-examinierten Kraft (3(+1)-3-2) mindestens 25% beträgt und damit eine meldepflichtige Abweichung darstellt. Im Rahmen des absehbaren Fachkräftemangels in der Krankenpflege ist unverständlich, wieso solche Regelungen festgelegt werden, die augenscheinlich einer attraktiveren Ausgestaltung des Pflegeberufes (durch Weiterdelegation von Hilfsleistungen) entgegenwirken.

Bei den Berechnungsmodalitäten stellen sich eine Reihe von Unklarheiten -etwa bei Patientenverlegungen und Bett-Wiederbelegungen im Tagesverlauf- die ein hohes Aufwands-, Abklärungs- und Streitrisiko mit sich tragen.

In Ausnahmesituationen – z.B. bei einer Grippewelle, die sowohl zu einem erhöhten Patientenaufkommen und als auch zu einem erhöhten Personalausfall führt – ist die Nichteinhaltung der Vorgaben faktisch vorprogrammiert, da eine Abweichung zwar toleriert wird, vom Krankenhaus jedoch begründet und nachgewiesen werden muss. Dies ist faktisch nicht leistbar, da hierzu Daten erforderlich sind, über die das Krankenhaus nicht verfügt (regionale Infektionsstatistiken, Aufnahmen/Belegung anderer Krankenhäuser im Versorgungsgebiet, etc.). Konsequenz für die leistungserbringenden Krankenhäuser wäre daher, Patienten nur innerhalb des gesetzten Rahmens zu versorgen und sich im schlechtesten Fall zur Vermeidung von Sanktionen temporär von der Notfallversorgung abzumelden – dies gerade dann, wenn der Bedarf am größten ist.

Mit den neuen Vorgaben der Verordnung insgesamt ist ein erneuter Schub für den weiteren Bürokratie-Aufbau im Gesundheitswesen abzusehen. Etwa sollen zwar monatsbezogene Durchschnittswerte gemeldet werden, gleichzeitig aber auch tagesbezogene Angaben gemacht werden. Da mit der Verordnung ab 01.04.2019 finanzielle Anreize für die Kostenträger bzw. finanzielle Risiken für die Krankenhäuser verbunden sind, kommt der Art der Übermittlung und der Interpretation der gelieferten Daten eine hohe Bedeutung zu. Dies wird eine z.Zt. noch nicht überschaubare Flut von Dokumentations-/Darlegungs- und Nachweispflichten nach sich ziehen. Beispielhaft wird hier auf die G-BA-Richtlinie für die Früh- und Reifgeborenen sowie auf die Einführung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege verwiesen; in beiden Fällen sind ausufernde Nachweispflichten entstanden. Daher ist der Effekt der neuen Verordnung bereits jetzt absehbar: Die Krankenhäuser werden wertvolles Pflegepersonal mit der Dokumentation beschäftigen, das hierdurch nicht (mehr) Pflege am Bett zur Verfügung steht. Die Vorgaben sind zum einen zu detailliert, zum anderen nicht klar genug formuliert. Zu detailliert ist beispielsweise die Vorgabe, zu welchen Uhrzeiten die Tag-/bzw. Nachtschichten beginnen. Damit wird den Häusern ein starres Korsett aufoktroiert, das eine Reihe von patienten- und bedarfsorientierten Arbeitszeitmodellen konterkariert: Zwischendienste, verkürzte Dienste, die sich an dem Arbeitsaufkommen orientieren, werden im Zweifelsfall nicht voll angerechnet, so dass Sanktionen drohen. Die Folge wird im schlechtesten Fall eine Vielzahl organisatorischer Änderungen sein, die weder Patienten- noch Mitarbeiterzufriedenheit erhöht. Andere Probleme entstehen bei der Dokumentation bzw. Berücksichtigung von Pflegehilfskräften. Zu unklar ist z.B. formuliert, wie der Schlüssel bei Patientenzahlen anzuwenden ist, die mathematisch nicht aufgehen (z.B. 25 Patienten beim Schlüssel 1:10  $\Rightarrow$  müssen dann je Schicht 2 oder 2 + anteilig 0,5 oder 3 Pflegekräfte eingesetzt werden?).

Zu klären wäre auch, wie bei der Datenermittlung und -auswertung eine Beachtung der spezifischen Rahmenbedingungen vor Ort erfolgen könnte. Es lässt sich keine Passage im Verordnungsentwurf finden, die berücksichtigt, dass sich z.B. Intensivstationen von Krankenhaus zu Krankenhaus unterscheiden. Zur fehlenden Vergleichbarkeit trägt z.B. bei, dass Stationen

häufig interdisziplinär belegt sind, Nachtdienste durch Springer für mehrere Stationen besetzt werden, z.B. drei Pflegekräfte für zwei Stationen, und vieles mehr.

### **zu § 7 Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen**

Die Meldung der monatsbezogenen Durchschnittswerte bedarf einer Konkretisierung. Wie wird der Durchschnitt berechnet? Kann eine hohe Überbesetzung in einer Schicht eine leichte Unterbesetzung in mehreren darauffolgenden Schichten ausgleichen? Der Durchschnittswert wird konterkariert durch die Bewertung der Besetzung einzelner Schichten, welche später im Referentenentwurf beschrieben wird. Wie bereits zu § 6 ausgeführt, erscheint unklar, wie das Verhältnis Patienten zu Pflegekräften zu berechnen ist. Wie ist Personal z.B. aus Zwischenschichten, Kurzschichten, ggf. über das Zeitfenster der Schichtzeiten der Verordnung hinausgehende Schichten zuzuordnen? Da es erhebliche Patientenfluktuationen geben kann ist die Frage offen, wie die Patientenzahl zu bestimmen ist. In der jetzigen Form besteht aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe im Nachhinein ein hohes Streitpotential mit den Kostenträgern, wenn es um Vergütungsabschläge geht.

Die Mitteilungspflicht gemäß Abs. 2 nach Schichten bedeutet für die Kliniken einen erheblichen bürokratischen Aufwand für die Pflegekräfte. Diese Zeit geht letztlich für die Betreuung und Pflege der Patientinnen und Patienten verloren. Deswegen sollte diese Festlegung nochmals auf Ihren Nutzen hin überprüft werden.

### **zu § 8 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen**

Die sehr kurzfristig angesetzte Übergangsregelung führt zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte. Aktuell ist die Besetzung von freien Stellen an vielen Orten bereits sehr schwierig. Schon häufig können die vorhandenen Pflegestellen nicht zeitnah besetzt werden. Die kurze Übergangsfrist wird zu einer Umverteilung zwischen den Bereichen in den Kliniken führen. Um die Pflege überhaupt organisieren zu können, werden auch Umorganisationen in den Kliniken in Bezug auf die Abteilungen und Stationen erfolgen, um die Vorgaben vor dem Hintergrund des Pflegefachkräftemangels überhaupt erfüllen zu können. Wir befürchten, dass diese Neuorganisationen zu einer weiteren Verschlechterung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen führen wird. Die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit werden zudem gefährdet, wenn Patienten wegen fehlendem Personal und dadurch bedingter Unterschreitung der Personaluntergrenzen abgewiesen werden. Die Ausnahmetatbestände müssten klar definiert werden.

Zu Zeitknapp enthält die Verordnung eine Reihe von zeitlichen Vorgaben für Verfahrensschritte. Die Verordnung gilt dann mit Wirkung vom 01.01.2019, es besteht eine Übergangsfrist bis zum 31.03.2019 ohne Sanktionen. Dieser sehr knappe Zeitablauf im Zusammenwirken der Krankenhäuser mit dem InEK und die Notwendigkeit der sehr umfangreichen Vorbereitungsarbeiten in den Krankenhäusern zeigen die Fragwürdigkeit und die hohe Belastung der Beteiligten auf. Die notwendige Anpassung der IT-Programme auf die umfangreichen und sehr detaillierten Vorgaben verschärft den Zeitdruck.

Bei der Nichterhebung von Vergütungsabschlägen bei kurzfristiger unverschuldeter und unvorhersehbarer Personalausfälle bestehen unklar definierte Regelungen. Was fällt hierunter? Was ist „ein übliches Maß“? Sachverhalte mit breiter Auslegungsbandbreite führen unweigerlich zu vermeidbaren Konflikten zwischen den Verhandlungsparteien. Die Ausnahmetatbestände müssten konkreter geregelt werden. Da erhebliche finanzielle Folgen mit der Anerkennung oder Nichtanerkennung der Ausnahmetatbestände verbunden sind, beinhaltet die sehr allgemeine und vage Formulierung ein erhebliches Konfliktpotential, das wahrscheinlich zu einer erheblichen Beschäftigung der zuständigen Gerichte führen wird.

Auch wenn in § 8 Abs. 2 Nr. 2 PpUGV externe Rahmenbedingungen („starke[...] Erhöhungen der Patientenzahlen durch unverschuldete und unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse“) Berücksichtigung finden, wird bislang dem Umstand nicht Rechnung getragen, dass trotz Abmeldung bei der Rettungsleitstelle es zu weiteren Aufnahmen (z.B. Belegung durch den Rettungsdienst, Notfälle) kommen kann, bzw. Patienten mangels Transportkapazitäten nicht verlegbar sind oder Pflegeeinrichtungen Patienten wegen Personalmangel nicht zeitnah übernehmen können, was ja im Rahmen der DRG-Einführung als ein wesentlicher Faktor für die Verweildauerreduktion gesehen wurde. Es wäre außerdem zu klären, wie Patientenabweisungen oder unvermeidbare Patientenaufnahmen (z.B. Intensivpatienten) bei einer unterschrittenen Personaluntergrenze haftungsrechtlich zu werten wären, insbesondere bei Krankenhäusern mit Aufnahmeverpflichtung. Auch um Streitigkeiten zu vermeiden, wäre es dringend erforderlich festzulegen, welche Situationen im Sinne des PpUGV als Epidemie und Großschadensereignisse zu werten sind.

## **V. Offene Einzelfragen**

- Offen bleiben außerdem Fristen für Krankenhäuser um „nachzubessern“, sollte gegen die PpUGV verstoßen werden
- Wie werden Stationshilfen /Sekretäre/innen berücksichtigt, die das Pflegepersonal entlasten, aber nicht mit angerechnet werden?
- Was passiert ganz grundsätzlich, wenn Stellen nachweislich nicht besetzt werden können, weil entsprechendes Personal nicht auf dem Arbeitsmarkt existiert?
- Wie werden MFA (Medizinische Fachangestellte) berücksichtigt – wie eine Pflegekraft oder –kaum nachvollziehbar und wenig sachdienlich, als Hilfskraft?
- Zu klären wäre die Haftung im Falle eines Patientenschadens, wenn es um Besetzungszahlen im Verhältnis zu unterschiedlichen Vorgaben (etwa die der Fachgesellschaften oder die nach dieser Verordnung) geht.

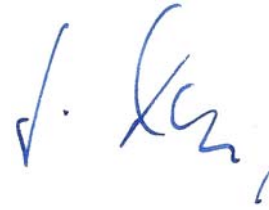
## **VI. Fazit**

Das Ziel der Verordnung, eine gut ausgestattete pflegerische Versorgung zu gewährleisten, wird durch uns unterstützt. Zusammenfassend ist hinsichtlich der im jetzigen Verordnungsentwurf dafür vorgesehenen Maßnahmen aber leider festzustellen, dass der vorliegende Referentenentwurf dem Ziel der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungssicherheit der Patienten nicht gerecht wird. Er generiert erhebliche, z.T. sogar unlösbare Umsetzungsprobleme in der Praxis, weil die Festlegungen an den Prozessen und der Organisation der Patientenversorgung in den Krankenhäusern vorbeilaufen. Es besteht die Gefahr, dass die dort festgelegten Richtwerte zukünftig bei den Pflegesatzverhandlungen als Maximalgröße betrachtet werden. Die Bürokratielast wird deutlich erhöht. Teilweise bestehen unklare, teilweise zu detaillierte Regelungen. Das Konfliktpotential zur Auslegung und Umsetzung steigt. Insgesamt sollen sanktionsbewährt und dafür zu eilig neue Regelungen eingeführt werden, die in dieser Weise teilweise die Versorgung gefährden würden. Die angestrebte Entlastung des Pflegepersonals und Verbesserung der Patientenversorgung wird u.a. wegen starrer Festlegungen und Einschränkung der Flexibilität nicht erreicht und leider sogar eher das Gegenteil bewirkt. Die Attraktivität des Pflegeberufes wird beschnitten. Besondere Gefahren ergeben sich für die intensivmedizinische Versorgung der Bevölkerung. Hier sind zu stark limitierende Vorgaben geplant. Wir regen daher an, den Erlass dieser Verordnung auch noch einmal grundsätzlich kritisch zu hinterfragen und ggf. zu unterlassen. Hierdurch könnte Zeit und Raum geschaffen werden für die Diskussion einer gemeinsamen Problemlösungsstrategie.


Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Stefan Hahn  
Beigeordneter  
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese  
Beigeordneter  
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking  
Beigeordneter  
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes