

## 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

### Vorbemerkungen

Das Ziel des Verordnungsgebers, eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu erreichen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Dass das zahlenmäßige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegekräften im Vergleich der einzelnen Krankenhäuser auch in gleichen Versorgungsbereichen teilweise erheblich auseinanderfällt, ist sicherlich korrekt und im Sinne einer guten Qualität der Patientenversorgung und der Arbeitssituation der Beschäftigten nicht hinnehmbar. Aber es ist natürlich auch ein Ergebnis der Krankenhausfinanzierungspolitik der letzten Jahre und der damit einhergehenden Ökonomisierung.

Wenn Pflegepersonaluntergrenzen als Lösung des Problems jedoch von vielen Pflege-Fachverbänden sehr kritisch gesehen werden, sollte dies zu denken geben. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass nicht selten vom Gesetz- oder Verordnungsgeber „gut gemeinte“ Vorschriften leider nicht die gewünschte Wirkung erzielen. Genau das ist nun bei dem Thema Pflegepersonaluntergrenzen zu befürchten.

Die Gefahr, dass Pflegepersonaluntergrenzen sich über die nächsten Jahre zu Pflegepersonalstandards entwickeln, ist groß. Wir befürchten, dass der Verordnungsgeber genau diese Gefahr nicht wirklich erkannt hat und raten dringend, das Instrument daraufhin noch einmal kritisch zu hinterfragen.

Schon allein die höchst unterschiedlichen Reaktionen der Verbände auf die Vorgaben in § 6 machen deutlich, wie unterschiedlich diese Grenzen gesehen werden: von „für viele Kliniken zu hoch“ bis „völlig unzureichend“ und „Affront gegen alle beruflich Pflegenden“.

Da es aktuell für Deutschland kein Instrument zur Bewertung gibt, was denn eine **angemessene** Pflegepersonalausstattung für ein Krankenhaus ist, sind gegriffene Vorgaben ohne nachvollziehbare Grundlage letztlich „Stochern im Nebel“ und damit, wie die o.g. öffentlichen Reaktionen zeigen, immer angreifbar.

Erreicht werden soll doch letztlich eine angemessene Pflegepersonalausstattung (i.Ü. nicht nur für die Pflege, sondern auch für andere Berufsgruppen). Dann darf es keine Anreize für die Kliniken geben, sich (nach unten) in Richtung Personalmindestausstattung zu bewegen, sondern in Richtung angemessener Personalausstattung. Solche Anreize finden sich im vorliegenden Referentenentwurf nicht.

Es bedarf dringend eines Instrumentes zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit von Patienten und daraus abgeleitet zur Ermittlung des dafür erforderlichen Personalbedarfs.

Die Verordnung müsste dann Sanktionen regeln in Abhängigkeit davon, wie weit nach unten von einer angemessenen Personalausstattung abgewichen wird.

Es sollte auch nicht verkannt werden, dass die Personalausstattung einer Klinik zwar ein Hinweis auf die Pflegequalität sein kann, aber nicht sein muss. Die Entwicklung von Ergebnisqualitätskriterien in der Pflege ist zwingend erforderlich, um zu überprüfen, ob die Personalressourcen auch tatsächlich zur Verbesserung der Patientenversorgung und Mitarbeiterzufriedenheit beitragen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der vom Gesetzgeber gewählte Ansatz der Personaluntergrenzen die Gefahr von Fehlanreizen bietet. An seine Stelle sollte ein Ansatz der angemessenen Personalausstattung treten, flankiert von Anreizen zur Verbesserung der Ergebnisqualität in der Pflege.

### **Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Entwurfs einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 23.08.2018**

Als Interessenvertretung von Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen werden wir uns zu den konkreten Vorgaben in § 6 des Entwurfs im Details nicht äußern, sondern beschränken uns über obige Vorbemerkungen hinaus auf Hinweise zur Methodik und Systematik oder ggfls. zu klärende Rechtsfragen.

Auf den folgenden Seiten werden zu einzelnen Paragraphen des Entwurfs kurze Stellungnahmen abgegeben und Änderungsvorschläge gemacht. Zur besseren Kenntlichmachung werden

- *einzelne Regelungen des Referentenentwurfs zitiert (kursiv gedruckt),*
- kurz kommentiert und
- *ggfls. Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge (kursiv gedruckt, blaue Schriftfarbe) unterbreitet.*

#### **Zu § 3, Abs. 2**

Ein pflegesensitiver Bereich eines Krankenhauses umfasst nach den Vorstellungen des Verordnungsgebers die jeweilige Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Standort des Krankenhauses.

In der Praxis finden sich nicht selten interdisziplinäre Stationen, in denen Patienten unterschiedlicher Fachdisziplinen versorgt werden, oft auch, um bei entsprechendem Bedarf eine interdisziplinäre Versorgung sicherzustellen.

In solchen Stationen wird es schwierig, dort tätiges Pflegepersonal eindeutig einer Fachabteilung (z.B. Kardiologie) zuzuordnen. Damit sind Probleme bei der Bewertung zu erwarten, ob eine Fachabteilung die Mindestpersonalvorgaben einhält.

### **Zu § 3 Abs. 3, Ziffer 1**

Die **pädiatrische Intensivmedizin** ist in § 3, Absatz 3, Ziffer 1 ausdrücklich ausgenommen. Diese Regelung ist eindeutig. Begründet wird dies mit zu erwartenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in diesem Bereich.

Nicht formuliert ist, ob die **Intensivstationen der Perinatalzentren** auch ausgenommen werden, dies ist sogar zu bezweifeln, da im Begründungstext kein passender Fachabteilungsschlüssel genannt wird. Damit wären Überschneidungen mit der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des G-BA gegeben, was sicherlich nicht beabsichtigt ist. Es bedarf also dazu einer Klarstellung des Verordnungsgebers.

Ob die **Kinderkardiologie** als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung, vergleichbar mit der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, unter die Definition der pflegesensitiven Bereiche fällt, ist u.E. nach der aktuellen Regelung nicht eindeutig. Bekanntermaßen gibt es zur Kinderherzchirurgie bereits umfangreiche Strukturvorgaben des G-BA (§ 4 KiHe-RL) u.a. zur Pflegepersonalausstattung, die auch den Fachbereich Kinderkardiologie und die Kinderintensivstation betreffen. Es würde also zwangsläufig zu Überschneidungen mit der KiHe-RL kommen.

Auch die **Kinderneurologie** kommt als Fachabteilung der Pädiatrie mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung vor und ist aber als Ausnahme nicht aufgeführt.

**Wir bitten dringend um eine Klarstellung zu allen betroffenen pädiatrischen Fachabteilungen, dass sie von den Definitionen pflegesensitiver Bereiche eines Krankenhauses ausgenommen sind.**

Grundsätzlich möchten wir anmerken, dass die **Fachabteilungsschlüssel** zur Identifizierung einer Fachabteilung für den pflegesensitiven Bereich derzeit ein völlig **ungeeignetes Instrument** sind. Sie werden in den Bundesländern höchst unterschiedlich angewendet, so dass keine eindeutigen Rückschlüsse auf pflegesensitive Bereiche möglich sind.

### **Textvorschlag zu § 3 Abs. 3, letzter Halbsatz:**

*„... ausgenommen sind ausgewiesene Fachabteilungen für Kinder- und Jugendliche.“*

### **Textvorschlag zur Begründung zu § 3 Abs. 3 (auf Seite 31):**

*„Nicht einbezogen werden ausgewiesene Fachabteilungen für Kinder- und Jugendliche mit den Fachabteilungsschlüsseln 1000, 1100, 1200, 1300, 1004, 1005, 1006, 1007, 1009, 1011, 1012, 1014, 1028, 1050, 1051, 1136, 3610). Hierzu zählen die Kinderneurologie (Fachabteilungsschlüssel 1028) sowie der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt Pädiatrie (Fachabteilungsschlüssel „3610“) und/oder dem Schwerpunkt Neonatologie (Fachabteilungsschlüssel „1200“) und Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie (Fachabteilungsschlüssel „1100, 1011“), um den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in diesem Bereich nicht vorzugreifen oder Überschneidungen zu vermeiden.“*

**ALTERNATIV:**

*„... ausgenommen sind Fachabteilungen der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt der Pädiatrie und/oder der Neonatologie und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie und Kinderneurologie.“*

**Textvorschlag zur Begründung zu § 3 Abs. 3 (auf Seite 31):**

*„Nicht einbezogen werden Fachabteilungen der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt Pädiatrie (Fachabteilungsschlüssel „3610“), Neonatologie (Fachabteilungsschlüssel „1200“) und Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie (Fachabteilungsschlüssel „1100, 1011“), um den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in diesem Bereich nicht vorzugreifen o-der Überschneidungen zu vermeiden. Auch ausgeschlossen wird die Fachabteilung für Kinderneurologie (Fachabteilungsschlüssel 1028)“*

**Zu § 4**

Die Überschrift „Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands“ suggeriert, dass im Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegetast–Katalog) – Version 0.99 des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus tatsächlich ein Pflegeaufwand ermittelt wird. Tatsächlich ermittelt wird lediglich eine sich aus den Kalkulationsdaten der an der DRG–Kalkulation beteiligten Häuser ergebenden anteiligen Bewertungsrelation/Tag für die Pflege. **Das hat mit dem tatsächlichen patientenbezogenen Pflegeaufwand nichts zu tun.**

Damit ist diese Überschrift u.E. irreführend. Die Begrifflichkeiten sollten unbedingt überdacht werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

Zudem berücksichtigt dieser Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegetast–Katalog) – Version 0.99 des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht in geeigneter Weise den höheren patientenbezogenen Pflegeaufwand bei **Aufnahme und Entlassung eines Patienten**. Auch dazu sollte bei der Aktualisierung des Katalogs nachgearbeitet werden, damit Einrichtungen mit kurzen stationären Verweildauern sachgerecht bewertet werden können.

Weiterhin sollten im Katalog diejenigen DRGs kritisch geprüft und ggf. gesplittet werden, wo die stationäre Verweildauer **altersabhängig stark divergiert**.

**Textvorschlag zu § 4, Satz 1:**

*„Ermittlung und Ausweisung der anteiligen Bewertungsrelationen für Pflegepersonal*

*Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt standortbezogen die anteiligen Bewertungsrelationen für Pflegepersonal in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser auf der Grundlage des vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 und weist diesen in der Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 aus. Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder der Herzchirurgie zugeordnet werden.“*

## Zu § 6

Das Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft und das Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Hilfspflegekraft muss aufgrund des **deutlich erhöhten Pflegepersonalbedarfs für Abteilungen der Kinder- und Jugendmedizin** zwingend separat ausgewiesen werden, wenn Personaluntergrenzen für diesen Bereich vorgegeben werden sollten.

Dies ist hier nicht erfolgt, weder für die neonatologische Intensivstation, die Kinderkardiologie noch für die Kinderneurologie. Eine Ergänzung dieser Mindestvorgaben kann nur entfallen, wenn klargestellt wird, dass diese Leistungsbereiche in § 3 ausdrücklich ausgenommen sind (s. dazu unsere Textvorschläge zu § 3 Abs. 3).

## Zu § 8

Aufgrund jahrelanger Erfahrungen mit den Personalvorgaben des G–BA zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen raten wir dringend dazu, die Ausnahmetatbestände zumindest in den Erläuterungen umfassender zu beschreiben, da ansonsten Rechtsstreite darüber, wann Ausnahmetatbestände vorliegen, vorprogrammiert sind.

Eine Personalplanung beispielsweise basiert immer, wie auch die gesamte Leistungsplanung der Fachabteilung, auf Annahmen bezgl. der zu erwartenden Patientenzahlen, i.d.R. auf Basis der Vorjahre und zu erwartender besonderer Entwicklungen.

Die tatsächliche Entwicklung kann aber nicht nur aufgrund von einschneidenden Ereignissen, wie Epidemien oder Großschadensereignisse beeinflusst werden, sondern z.B. durch die Schließung oder Überlastung von Fachabteilungen anderer Kliniken, Chefarztwechsel, Änderungen im Zuweisungsverhalten der Niedergelassenen usw..

Dieses Beispiel mag verdeutlichen, dass es eine Vielzahl denkbarer unvorhersehbarer Einflüsse auf die Entwicklung der Patientenzahlen gibt. Wir raten daher dazu, hier beispielhaft weitere Punkte aufzulisten, ggfls. die Krankenhausgesellschaften um Vorschläge für weitere Beispiele zu bitten. Das würde mehr Rechtssicherheit schaffen.

### **Kontakt:**

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.

(GKinD)

Tannenstr. 15

57290 Neunkirchen

Fon 030.60984280

Jochen.Scheel@GKinD.de