



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. Chausseestr. 128/129 10115 Berlin

Chausseestr. 128/129
10115 Berlin

Fon
(030) 28 04 75 10
Fax (0221) 68 32 04
kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
www.bvkj.de

13.09.2018

Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e.V.

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

Vorbemerkungen

Selbstverständlich begrüßen wir das Ziel dieser Verordnung, eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu erreichen. Das Pfleger-Patienten-Verhältnis¹ ist teilweise sehr schlecht, was sowohl im Sinne einer qualitativ guten Patientenversorgung als auch einer guten Arbeitssituation der Beschäftigten nicht hinnehmbar ist. Wir möchten aber betonen, dass dies auch ein Ergebnis der Krankenhaus-Finanzierungspolitik der letzten Jahre und der damit einhergehenden Ökonomisierung ist, die besonders Kinderkliniken und Kinderstationen nachteilig betrifft, wie wir im Schlußsatz mit den anderen pädiatrischen Verbänden und Gesellschaften bereits vielfach dargestellt haben.

Dennoch sehen wir Pflegepersonaluntergrenzen als keine probate Lösung an. Wir befürchten, dass mit den gewählten Mitteln nicht das gewünschte Ziel erreicht würde. Was wir hier besonders kritisch sehen: Es besteht die Gefahr, dass Pflegepersonaluntergrenzen sich über die nächsten Jahre zu Pflegepersonalstandards entwickeln und bitten daher eindringlich darum, das Instrument noch einmal kritisch daraufhin zu hinterfragen.

Momentan gibt es für Deutschland kein Instrument zur Bewertung dessen, was eine angemessene Pflegepersonalausstattung für ein Krankenhaus ausmacht. Hier fehlt letztlich eine sachlich begründete Grundlage. Außerdem fehlen Anreize, die Kliniken zur steigenden und angemessenen Pflegepersonalausstattung zu bewegen. Wichtig ist, dass es keine Anreize für die Kliniken geben darf, sich in Richtung Personalmindestausstattung (herunter) zu bewegen, sondern vielmehr in Richtung einer angemessenen Personalausstattung. Solche Anreize finden sich im vorliegenden Referentenentwurf leider nicht. Auch wird nicht die besondere Situation der Kinderkrankenpflege gesehen, wo besondere Sorgfalt notwendig ist.

Wir fordern: Es bedarf eines Instrumentes zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit von Patienten und daraus abgeleitet zur Ermittlung des dafür erforderlichen Personalbedarfs. Bei dieser Ermittlung müssen auch die pädiatrischen Verbände einbezogen werden.

¹ Das generische Maskulinum meint im Folgenden der besseren Lesbarkeit halber alle Geschlechter.

Ebenfalls regeln müsste die Verordnung auch Sanktionen, und zwar damit zusammenhängend, wie weit nach unten von einer angemessenen Personalausstattung abgewichen wird.

Zu befürchten ist, dass der vom Gesetzgeber gewählte Ansatz der Personaluntergrenzen die Gefahr von Fehlansätzen mit sich bringt. 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

Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge sind *kursiv gedruckt und in grüner Schriftfarbe*.

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 aber häufig auch interdisziplinäre Stationen, in denen Patienten unterschiedlicher Fachdisziplinen versorgt werden, v.a. 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 Mindestpersonalausgaben 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 hingegen, 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 Reif-geborene (QFR-RL) des G-BA gegeben, was bestimmt 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 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 oder Überschneidungen zu vermeiden. Auch ausgeschlossen wird die Fachabteilung für Kinderneurologie (Fachabteilungsschlüssel 1028)“.

Zu § 4

Die Überschrift „Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands“ legt nahe, dass im Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegeaufwand-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 irreführend. Die Begrifflichkeiten sollten unbedingt überdacht werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

Zudem berücksichtigt dieser Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegeaufwand-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 Patienten zu einer Pflegekraft und das Verhältnis von 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 klargelegt wird, dass diese Leistungsbereiche in § 3 ausdrücklich ausgenommen sind (**siehe dazu unsere Textvorschläge zu § 3 Abs. 3**).

Zu § 8

Wir raten dringend dazu, die Ausnahmetatbestände zumindest in den Erläuterungen umfassender zu beschreiben, da ansonsten Rechtsstreite darüber, wann Ausnahmetatbestände vorliegen, vorprogrammiert wären.

Eine Personalplanung beispielsweise basiert immer, wie auch die gesamte Leistungsplanung der Fachabteilung, auf Annahmen bezüglich 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, ggf. die Krankenhausgesellschaften und die pädiatrischen Verbände um Vorschläge für weitere Beispiele zu bitten. Das würde mehr Rechtssicherheit schaffen.

Dr. med. Thomas Fischbach
Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Kontakt:

Kathrin Jackel-Neusser
Politische Referentin des BVKJ e.V., Hauptstadtbüro des BVKJ
Email: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de