



Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)

## **Stellungnahme des Krankenhausmanagements zur Ministerverordnung über Pflegepersonaluntergrenzen vom 24. August 2018**

### **Der Verordnungsentwurf muss deutlich überarbeitet oder ausgesetzt werden**

Per Ministerverordnung sollen Untergrenzen für den Personaleinsatz in pflegesensitiven Abteilungen der Krankenhäuser festgesetzt werden. Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) unterstützt das Anliegen, in dem es ja um die Sicherheit der Patienten geht. Die Sicherung einer hohen Qualität der Patientenversorgung ist eine ethische Forderung, der sich die Krankenhäuser verpflichtet fühlen.

Der vorliegende Verordnungsentwurf wird in seiner aktuell vorliegenden Form aber abgelehnt. Er müsste aus Sicht des VKD an zahlreichen Stellen deutlich verändert werden, da ansonsten die Gefahr besteht, das „Kind mit dem Bade auszuschütten“. Zahlreiche Einwände aus der Praxis der Krankenhäuser machen deutlich, dass Vorgaben zum Teil nicht umsetzbar sind oder die Patientenversorgung sogar gefährden würden.

Hinzu kommt, dass die Verordnung lediglich für ein Jahr gelten und dann durch einen Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner ab 2020 ersetzt werden soll. Für diese kurze Zeitspanne enthält er zu viele Regelungen, die mit einer unsinnigen Gleichschaltung der Krankenhäuser einhergehen und Vorfestlegungen enthalten, die später eventuell wieder geändert werden müssen. Der Aufwand, der für Einführung und eventuelle Rücknahme betrieben werden müsste, scheint in keinem guten Verhältnis zum erhofften Ergebnis zu stehen.

Die Begründung des Bundesgesundheitsministeriums für die Verordnung, die Selbstverwaltung habe sich nicht zum festgelegten Termin Ende Juni 2018 auf Personaluntergrenzen einigen können, ist zwar formal richtig, wird jedoch der Komplexität der Materie nicht gerecht. Solche Festlegungen sind außerordentlich schwierig und bedürfen gründlicher Recherchen, da die Situation vor Ort die Festlegung starrer Grenzen über alle Krankenhäuser hinweg nicht zulässt. Nach Kenntnis unseres Verbandes haben die Selbstverwaltungspartner aus der Erhebung von Stichproben zur aktuellen Personalbesetzung keine belastbaren Erkenntnisse gewinnen können. Einfach zu schließen, dass in einem Viertel der Krankenhäuser Patienten gefährdet sind, weil die Personalausstattung zu gering erscheint, ist geradezu fahrlässig. Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für 2019 vorgeschlagene umfassende Datenerhebung, der auch unser Verband zustimmen würde, hätte mehr Klarheit und eine belastbare Basis für Festlegungen erbracht, die doch eine erhebliche Tragweite für die Patientenversorgung und die Krankenhäuser haben.

Angesichts der auch in der Politik inzwischen bekannten Tatsache eines erheblichen Fachkräftemangels gerade in Pflegeberufen, der nicht von heute auf morgen behoben werden kann, warnt der VKD vor einer mit der geplanten Verordnung ausgelösten willkürlichen Verknappung von Behandlungskapazitäten.

### **Zu den Einwänden im Einzelnen**

Als unrealistisch deutlich zu hoch angesetzt werden vom VKD die Vorgaben für die Besetzung in Intensivstationen bewertet. Sie gehen nicht von einer sinnvollen, auf die unterschiedlichsten Pflegebedarfe in diesem Bereich ausgerichteten Besetzung aus, sondern generell vom hohen Niveau, wie es von den medizinischen Fachgesellschaften gefordert wird, denen es nicht um Mindestbesetzungsquoten geht. Die Festlegung letzterer soll aber ja eigentlich Ziel der Verordnung sein.

Aus Sicht der Praxis müssen Untergrenzen deutlich unter einer Normal-Besetzung liegen. Jetzt sollen Vorgaben umgesetzt werden, die vermutlich – in Abhängigkeit von Stationsgrößen und Ablauforganisation - von vielen, sehr seriösen Häusern unterschritten werden. Hier ist der Gesetzgeber deutlich über das Ziel hinaus geschossen.

Wenn für je zwei Patienten auf einer Intensivstation mindestens eine Pflegekraft künftig die Norm sein soll, wirkt sich das auf die Behandlungskapazität einer Intensivstation aus, denn dieses zusätzliche Personal steht nicht zur Verfügung und ist auch nicht überall zwingend notwendig. Wird die starre Norm dennoch umgesetzt, können weniger Patienten aufgenommen werden. Auch die vorgesehenen Ausnahmen von der geplanten starren Regel sind deutlich zu kurz gefasst und lassen keinerlei Puffer für größere Schadensereignisse, schwere Unfälle oder Epidemien. Die Vorgaben für die Intensivstationen differenzieren in keiner Weise: Eine interdisziplinäre Erwachsenen-Intensivstationen, organisiert in einem übergreifenden Zentrum mit hohem CMI, in dem die Vorgabe schon heute in der Regel umgesetzt wird, ist nicht vergleichbar mit einer Intensivstation der Grund- und Regelversorgung.

Viele Krankenhäuser – etliche bereits seit Jahren - setzen inzwischen auch in den sensiblen Bereichen wie Intensivstationen, Stationsassistentinnen, -sekretärinnen und andere Mitarbeiter für unterstützende Tätigkeiten ein. Pflegende werden damit von pflegefremden Tätigkeiten entlastet. Es wäre absurd, wenn viele dieser Tätigkeiten wieder von examinieren Fachkräften verrichten würden und die Stellenaufstockung von den Kassen bezahlt werden müssten. Das findet im Verordnungsentwurf keine adäquate Berücksichtigung

Kritisch zu sehen ist, dass die Nachtdienste zukünftig geändert werden müssen und für alle deutschen Krankenhäuser in der nächtlichen Versorgung „gleichgeschaltet“ werden – und das durch eine Verordnung, die ausdrücklich nur für ein Jahr gelten soll.

Ein Blick in die Praxis zeigt zudem, dass es in den Krankenhäusern nicht nur Tag- und Nachtschichten gibt, sondern ein System von Früh-/Spät-/Nachtdienst. Nachtdienste dauern meist neun bis zehn Stunden, nicht nur acht. Die im Verordnungsentwurf fehlende Unterscheidung zwischen Früh- und Spätschicht – laut KPMG sind hier keine Unterschiede festzustellen – deckt sich nicht mit den Erfahrungen der Praxis: So wird an einem OP-Tag vormittags auf einer unfallchirurgischen Station sicher ein anderer Arbeitsanfall herrschen, als abends um 21.30 Uhr.

In der Verordnung wird das Personal schicht- und stationsbezogen zugeordnet. Das ist für Häuser mit kleinen Stationen insbesondere nachts problematisch. Sofern mehr als eine Station besteht, sollte insbesondere nachts die Mindestbelegung entsprechend der Gesamtzahl der Patienten festgelegt werden.

Die Werte für den Ausweis des Anteils an Hilfskräften sind ebenfalls für Krankenhäuser mit kleinen Abteilungen problematisch. Wenn in der Geriatrie bei einem Verhältnis von 10:1 und 20 Patienten 10 Prozent Hilfskräfte einsetzbar sind, entspricht dies 0,2 VK. Insofern sollte eine

Mindestquote z.B. auf den nächsten halben Wert aufrunden. Ungeklärt ist zudem, ob die Quote für Hilfskräfte sich auf den Tag, den Monat oder das Quartal bezieht. Hier wäre es sinnvoll, einen möglichst langen Zeitraum festzulegen.

Die notwendige genaue Schichtbetrachtung erfordert eine deutliche Ausweitung der Bürokratie, die abzulehnen ist. So sollen sämtliche Schichten, bei denen die Grenzen unterschritten wurden (§7, Abs. 2) gemeldet werden. § 6 Abs. 2: Auf Grund der kleinen Anteilszahlen für nichtexamiertes 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 nichtexamierten Kräften ist zudem ein Prozessthema, das sich je nach Notwendigkeit heute anders darstellt als morgen.

Nicht berücksichtigt wird die Praxis in vielen Krankenhäusern, dass es häufig „gemischte“ Stationen gibt, die von zwei oder mehr Abteilungen belegt werden.

Hinzu kommt hier, dass die Zusammenlegung und gemeinsame Nutzung von Stationen verschiedener Fachabteilungen ebenfalls nicht berücksichtigt ist. Betrifft das zum Beispiel die Orthopädie und die Unfallchirurgie, fällt die Unfallchirurgie unter die neue Verordnung, die Orthopädie dagegen nicht.

Wie sollen interdisziplinäre Belegungen und Orgazentren berücksichtigt werden? Sie werden jedenfalls nicht erfasst.

## **Fazit**

Die Verordnung wird erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhauspraxis haben. Aus Sicht der Krankenhausleitungen sind entsprechende Rahmenbedingungen notwendig, um die Pflegepersonalproblematik, d.h. PUG und Finanzierung, zu entschärfen.

Benötigt wird künftig ein geeignetes, einheitliches Instrument, mit dem der Personalbedarf unanfechtbar ermittelt werden und der durch ausgewählte Kalkulationskrankenhäuser die Grundlage für die Finanzierung bilden kann - also ein leistungsorientiertes, praxistaugliches Modell.

Das könnte eine Pflegepersonal-Regelung 2.0. sein, weil sie in vielen Häusern bereits zur Personalsteuerung eingesetzt wird, d.h. eine gewisse Akzeptanz hat und beherrscht wird. Sie müsste zwar sicher reformiert und modifiziert werden, sie berücksichtigt aber z.B. bereits jetzt Leistungen, die beim gegenwärtigen InEK-Ansatz (Pflegerlastkatalog) nicht enthalten sind (z.B. Fortbildung, ext. QS, Pflegemanagement (1:80)). Insbesondere Kollegen mit jahrzehntelanger Krankenhaus- und damit auch PPR-Erfahrung sehen die Einführung einer PPR 2.0 als vielversprechenden Weg an, um bei der Personalproblematik weiterzukommen.

Der zusätzliche bürokratische Aufwand, der durch das mit der Verordnung ausgelöste „Meldewesen“ verursacht wird, muss aus Sicht des VKD entsprechend berücksichtigt werden – am besten durch einen Zuschlag auf den Landesbasisfallwert, etwa mit einem Euro je Punkt.

Grundsätzlich wäre es allerdings aus Sicht des VKD sinnvoll, die Verordnung nicht umzusetzen. Da sie ohnehin nur für ein Jahr gelten soll, aber in den Krankenhäuser einen erheblichen Umsetzungsaufwand erfordert, Bürokratie und Kontrollen nach sich ziehen wird, und damit der Pflegequalität eher schadet als nutzt sowie gegebenenfalls sogar Behandlungskapazitäten reduziert. Zudem sind laut Koalitionsvertrag ohnehin Personalvorgaben für sämtliche Krankenhausbereiche festzulegen. Ein gut begründetes, wirklich praxistaugliches Gesamtpaket, das vor allem dem Management auch Spielraum für hausindividuelle Entscheidungen lässt, wäre sinnvoller, als eine schlecht zurechtgezimmerte Verordnung vom grünen Tisch.

Der VKD schlägt daher vor, die Verordnung nicht umzusetzen und die Zeit bis zum 1. Januar 2020 dafür zu nutzen, die Pflegepersonal-Regelung neu zu justieren sowie parallel dazu dem Vorschlag der DKG entsprechend eine umfassende Datenerhebung in allen Krankenhäusern durchzuführen, um damit eine wirklich belastbare Basis für neue Regelungen zu erhalten.

Gegebenenfalls könnte aber gleichzeitig auch die Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums mit den notwendigen Verbesserungen/Änderungen nach der vorgesehenen Anhörung in Kraft gesetzt, die Umsetzung für die Krankenhäuser aber nicht sanktioniert werden. Das käme einer Probe aufs Exempel gleich, deren Erkenntnisse in die endgültigen Regelungen zu den Pflegepersonal-Untergrenzen einfließen können.

Auch der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands ist sich einig mit der Politik, dass die Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern nachhaltig verbessert werden muss. Einzelne Bereiche herauszulösen wird aber grundsätzlich der Komplexität der heutigen Pflegetätigkeiten in den Krankenhäusern nicht gerecht. Was wir brauchen, ist ein schlüssiges, praxistaugliches System der Personalbemessung, das die Qualität der Patientenversorgung verbessert, den tatsächlichen Pflegeaufwand widerspiegelt und dann auch zu fairen Pflegebudgets führt.