

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von
Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven
Krankenhausbereichen für das Jahr 2019
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)**

Stand: 23.08.2018

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden bezieht der DPR Stellung zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für das Jahr 2019 (PpUGV).

Allgemeine Stellungnahme

Nach dem Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltung hat das Bundesministerium für Gesundheit nun einen Entwurf für eine Rechtsverordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhausbereich vorgelegt. Der Entwurf sieht vor Personaluntergrenzen für vier anstatt sechs Bereiche festzulegen, die Gegenstand der Verhandlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) waren.

Die Pflegepersonaluntergrenzen sollen damit per Rechtsverordnung in vier pflegesensitiven Bereichen (Intensiv, Kardiologie, Geriatrie und Unfallchirurgie) festgelegt und für das Jahr 2019 umgesetzt werden. Ziel ist die Ablösung durch neue Vorgaben auf Grundlage einer Vereinbarung des GKV-SV und der DKG mit Wirkung zum 1. Januar 2020 (vgl. S. 29). Der DPR fordert dazu eine maßgebliche Einbindung.

Für die Festlegung pflegesensitiver Bereiche - bei denen wir grundsätzlich keine Fachabteilung ausgenommen sehen - ist es zwingend erforderlich, dass die Definition nicht bei einer Schadenvermeidung stehen bleibt (Dekubitus, Pneumonie usw.), sondern auch weitere Aspekte der Bedarfe der Betroffenen sowie der pflegerischen Zielsetzung (z.B. Reduktion eines Selbstfürsorgedefizits, Verbesserung des Funktionszustands, Umsetzung spezifischer Pflegekonzepte) einbezogen werden. Diese Erweiterung ist insbesondere vor dem Hintergrund des Bundesteilhabegesetzes geboten. Außerdem soll gemäß Koalitionsvertrag für alle bettenführenden Abteilungen Untergrenzen festgelegt werden.

Da in dieser Rechtsverordnung die Personaluntergrenzen nur für einzelne Stationen festgelegt werden, besteht aus Sicht des DPR die Gefahr, dass Pflegendе aus den nicht geregelten Bereichen abgezogen und Patienten/innen in nicht-geregelte Bereiche verlegt werden. Auch ist davon auszugehen, dass Patienten/innen zu früh von Intensivstationen auf Allgemeinstationen verlegt werden. Dies ist auch deshalb zu befürchten, weil die PpUGV explizit keine Maßnahmen gegen Personalverlagerungen trifft (vgl. dazu auch Kommentar zu § 3).

Die im Verordnungsentwurf genannten Pflegepersonalschlüssel sind nach dem Quartilsansatz gewählt. Damit wird eine „Rote Linie“ zur gefährdenden Pflege gezogen auf dem Niveau der 25% der Krankenhäuser mit der schlechtesten Pflegepersonalausstattung. Das ist weit entfernt von einer zukunftsweisenden Pflegepersonalausstattung, die zu Arbeitsbedingungen beitragen kann, die den Beruf attraktiv machen. Zudem ist die Datengrundlage problematisch (vgl. Pressemeldung der DKG vom 24.07.2018¹). Aus dem Referentenentwurf wird nicht ersichtlich, auf welcher Grundlage die Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt wurden.

Die Pflegepersonalschlüssel sehen neben einer Fachkraftquote auch die Berücksichtigung eines Anteils von Hilfskräften oder Pflegeassistenten/innen vor. Der DPR lehnt eine Berücksichtigung der Pflegeassistenten/innen in den Pflegepersonaluntergrenzen grundsätzlich ab. Der Einsatz von Pflegeassistenten/innen ist oft sinnvoll und nötig, aber nicht als Bestandteil einer Personaluntergrenze. Auch werden die Krankenhäuser nicht verpflichtet, die Personalvorgaben schichtbezogen einzuhalten. Aus Sicht des DPR ist das nicht sachgerecht. Zudem besteht die Gefahr, dass in den Krankenhäusern, die heute eine bessere Personalausstattung haben als die im Entwurf geregelten Vorgaben, aufgrund des Pflegepersonalmangels und des ökonomischen Drucks Pflegepersonal abbauen werden.

Die Verbindlichkeit der Rechtsverordnung bleibt im Unklaren, da die Frage der Sanktionen an die Selbstverwaltung gehen wird. Hier sollte aus Sicht des DPR ein klarer Zeitplan hinterlegt werden.

Letztlich werden inhaltlich und terminlich überschneidend zur PpUGV auch noch die Regelungen zum PpSG erarbeitet. Hier appelliert der DPR an den Gesetzgeber beide Verfahren anschlussfähig und aufbauend zu entwickeln und Überschneidungen zu vermeiden wie bspw. bei den Dokumentationspflichten für Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen und Nachweispflichten für alle Bereiche. Messlatte für beide Regelungen ist es, dass es spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegefachpersonen durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege gibt.²

¹ DKG zum Verhandlungsstand zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen
https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/39631/title/DKG_zum_Verhandlungsstand_zur_Einfuehrung_von_Pflegepersonaluntergrenzen

² BMG (2018) Sofortprogramm Pflege. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>

Differenzierte Stellungnahme

Zu B: Lösung

„Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt, der dafür sorgt, dass die Personalbelastung in den 25 Prozent der Versorgungsbereiche mit den höchsten Personalbelastungszahlen sinken muss. Krankenhäuser mit einer im Bundesdurchschnitt besonders schlechten Personalausstattung müssen diese erhöhen, damit sie das Niveau der übrigen 75 Prozent der Versorgungsbereiche erreichen“ (PpUGV S 2).

Wie im allgemeinen Teil bereits erwähnt, bestehen auch durch die Selbstverwaltung erhebliche Zweifel an der Datenqualität aus der empirischen Erhebung, was sicher auch zu den fehlenden Festlegungen geführt hat (vgl. Fußnote 1). Diese Einschätzung wird aus dem Text nicht ersichtlich, sollte aber als kritische Reflexion mit aufgenommen werden. Es ist sonst nicht erklärlich, warum sich die Selbstverwaltung aufgrund einer scheinbar klaren empirischen Datengrundlage nicht einigen konnte.

Zudem ist die Darstellung missverständlich, dass gemäß dem Quartilansatz das Betreuungsverhältnis der schlechtesten 25% der Krankenhäuser auf die restlichen 75% angehoben werden soll, vielmehr wird eine Grenze bei den untersten 25% gezogen. Der Gesetzgeber verlangt keine Anhebung, sondern belegt eine Unterschreitung des Niveaus der untersten 25% mit Sanktionen, somit entfaltet die Verordnung keine positive Wirkung, sondern begrenzt lediglich den Schaden. Der Text sollte an dieser Stelle angepasst werden.

„Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird als Durchschnittswert monatsbezogen ermittelt. Quartalsweise sind jedoch sämtliche Schichten anzuzeigen, in denen die Grenzen unterschritten wurden“ (PpUGV S 2/3).

Diese Regelung bedeutet einen schichtbezogenen Nachweis, mit erheblichen Dokumentationsaufwänden (vgl. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL). Es ist hier aus Sicht des DPR dringlich festzulegen, wie eine ressourcenschonende Dokumentation gestaltet werden kann.

Unklar ist in diesem Zusammenhang die Einschätzung der Bürokratiekosten:

„Weiteren Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser verursacht die Dokumentation und Auswertung sowie Übermittlung der Daten nach der Verordnung. Dieser wird auf rund 650.000 Euro geschätzt“ (PpUGV S 3).

Hier bedarf es dringend einer Klärung, ob das eine Kostenschätzung für alle Krankenhäuser ist, dann würde die PpUGV etwa Kosten von etwas mehr als 300 Euro pro Krankenhaus erzeugen. Diese Zahl ist aus den Erfahrungen der empirischen Erhebung im Rahmen der durch die Selbstverwaltung beauftragten

„KPMG Studie“ sehr unrealistisch. Sollten es aber 650.000 Euro pro Einrichtung sein, dann sind das für ca. 1.900 Krankenhäuser zusätzliche Dokumentationsaufwände von mehr als 1.2 Milliarden Euro. Hierzu bedarf es dringend einer Klärung und Konkretisierung welche Kosten zu erwarten sind und wer die zusätzlichen Aufwände trägt bzw. wie deren Finanzierung geregelt wird. Seitens des DPR besteht die Sorge, dass die zusätzlichen Mittel dann für die Dokumentation und Bürokratie verwendet werden und nicht dem Aufbau von Pflegepersonalstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung zugutekommen.

§ 2 Begriffsbestimmungen

In Absatz 2 wird klargestellt, dass Pflegehilfskräfte nicht-examinierte Pflegekräfte sind. Die Formulierung lässt jedoch offen, wie mit ein- oder zweijährig ausgebildeten Pflegehelfer/innen, die über ein Examen verfügen, umzugehen ist. Der DPR empfiehlt den Text zu konkretisieren und Pflegehilfskräfte „als nicht dreijährig examinierte Pflegekräfte“ auszuweisen.

Positiv zu werten ist, dass lediglich zwischen Tag und Nachtschicht unterschieden und dadurch Flexibilität bezüglich Frühdienst- und Spätdienst ermöglicht wird.

§ 3 Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche

Der Bezug auf die genannten Fachabteilungen bei der Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche ist aus Sicht des DPR zu kurz gegriffen. Weitere Bereiche sollten bereits in den vorliegenden Verordnungsentwurf einbezogen werden. Es ist zwingend erforderlich, Aspekte des tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarfs der betroffenen Patienten/innen mit einzubeziehen.

§ 6 Pflegepersonaluntergrenzen, Absatz 1

Die angegebenen Verhältniszahlen bezogen auf einen Fachbereich mit entsprechender Schichtzuordnung sind aus Sicht des DPR problematisch: Die ausgewiesenen Pflegepersonaluntergrenzen beruhen weder auf pflegewissenschaftlichen noch pflegefachlichen Erkenntnissen zur Verbesserung der Patientensicherheit und wurden rein auf der Grundlage des Perzentilansatzes festgelegt. Gleichzeitig werden den pflegesensitiven Krankenhausbereichen (§ 6 Absatz 2 PpUGV) prozentuale Anteile an Pflegehilfskräften zugeordnet, die einen Skill- und Grade-Mix festlegen, der weder vom Pflegebedarf der Patienten/innen noch von der Kompetenz der Pflegenden abgeleitet wurde.

Es ist nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage die Verhältniszahlen der Pflegefachpersonen erarbeitet wurden. So ist z.B. eine Besetzung im Nachtdienst im Intensivbereich von 3:1 in Beziehung zum Tagesdienst von 2:1 nicht nachzuvollziehen. Akute Krisen, gerade bei Intensivpatienten/innen, orientieren sich nicht an Tageszeiten. Daher ist das „Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu

einer Pflegekraft“ analog der Besetzung im Tagdienst auf 2:1 festzulegen. Die Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen im Nachtdienst entspricht in der Intensivstation häufig dem des Tagdienstes, insbesondere in Notfallzentren, Schwerpunktkrankenhäusern und Krankenhäusern der Maximalversorgung. Dazu gehört auch die Reanimationsbereitschaft nicht nur für die Intensivstation, sondern auch für alle Allgemeinpflegestationen. Damit geht immer ein zeitweiliger Personalverlust einher, sodass das Team der Intensivstation die Personen des Reanimationsteams kompensieren muss. Außerdem entspricht die Regelung für die Nachtschicht nicht den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

Die Personaluntergrenze für die Geriatrie liegt unterhalb der Vorgaben der jahresdurchschnittlich belegten Betten geriatrischer Abteilungen (Geriatrie Schlüssel 1:6 bis 1:8). Die Betreuung von geriatrischen Patienten/innen nach abgestimmten interprofessionellen Pflegekonzepten, wie sie in den Geriatriekomplexpauschalen gefordert sind, ist mit diesen Personalvorgaben nicht realisierbar. Die Anwendung der Mindestpersonalregelung in diesem Bereich führt somit zwangsläufig zu einer Unterfinanzierung in der Geriatrie, weil die Komplexpauschalen nicht in Anrechnung gebracht werden können. Hochvulnerable Patientengruppen können als Konsequenz nicht angemessen versorgt werden.

Zudem wären weitere Parameter nötig, um die Versorgungssituation differenzierter abzubilden, weil der Pflegeaufwand für Patienten/innen in der gleichen Fachrichtung oder auf Intensivstationen sich sehr unterschiedlich gestalten kann. Beispielsweise gibt es in den Intensivbereichen hohe Schwankungen der Beatmungsfälle. Diese können sich durchschnittlich vom niedrigen einstelligen Bereich bis hin zu 75% bis 90% bewegen. Selbst die Zahl der Beatmungsfälle ist kein zuverlässiger Indikator. Häufig sind nicht beatmete Patienten/innen aufwändiger in der pflegerischen Versorgung als beatmete Patienten/innen. Diese Differenzierungen und Spezifizierungen ergeben sich bereits aus der Versorgungsstufe der Krankenhäuser. In begründeten Fällen sollten individuelle Verhandlungsspielräume eingeräumt werden.

Für die Lösung dieser und weiterer Fragen auch im Zusammenhang mit dem PpSG ist aus Sicht des DPR ein entsprechendes Personalbemessungsinstrument auf Basis der PPR zu entwickeln und als Auftrag u.a. im Rahmen der Rechtsverordnung einzufügen.

§ 6 Pflegepersonaluntergrenzen, Absatz 2

Für die angegebene Quote an „Pflegehilfskräften“ lässt sich keine pflegefachliche oder pflegewissenschaftliche Begründung erkennen. Auch wird nicht eindeutig erläutert, ob es sich bei dem Verhältnis um eine Ober- oder Untergrenze handelt. Darüber hinaus fehlt der Hinweis, wie zusätzlich benötigtes Personal zu berücksichtigen ist, das patientenbezogen notwendig werden könnte (Sitzwache).

Die angegebenen Personaluntergrenzen für die Besetzung der Schichten stehen im völligen Widerspruch zur Zielsetzung und den Erfordernissen professioneller Pflege in den ausgewählten pflegesensitiven Bereichen und stellen ein Gefährdungspotenzial in Bezug auf eine sichere Patientenversorgung dar.

Eine differenzierte Betrachtung der Arbeitsbelastung in den einzelnen Schichten sollte in allen anderen Bereichen nachgebessert werden. Dies gilt auch für die Besetzung der Tagschichten. Diese sollte Montag bis Sonntag gleich hoch sein. Beispielhaft dafür sind die Anforderungen in der Geriatrie bei der Behandlung von Patienten/innen mit Komplexpauschalen. Die Behandlung muss an allen Tagen umfassend erfolgen. Dies ist eine Vorgabe der Fachgesellschaften und der Kostenträger.

Berlin, 13. September 2018



Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

Adresse:

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt- Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de