



Deutscher
Caritasverband e.V.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Stellungnahme

zum Referentenentwurf der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

30. September 2019

Vorbemerkung

Dem Deutschen Caritasverband und dem Katholischen Krankenhausverband kkvd ist die qualitativ gesicherte medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten und Patientinnen in allen Krankenhäusern ein großes Anliegen.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) vertritt die Interessen von 266 katholischen Krankenhäusern an 344 Standorten bundesweit. Diese Krankenhäuser beschäftigen mehr als 67.000 Pflegekräfte (Vollzeitkräfte) und versorgen Patientinnen und Patienten in allen Disziplinen.

Die hochqualifizierten Pflegekräfte in den deutschen Krankenhäusern leisten hoch verantwortungsvolle Arbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Für Caritasverband und kkvd ist es unstrittig, dass ein dringender Handlungsbedarf zur Verbesserung der Pflegesituation besteht.

Die katholischen Verbände hatten die Hoffnung, dass mit den sogenannten Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V ein Schritt zur Verbesserung für die Pflege erfolgt. Die bislang gemachten Erfahrungen zeigen jedoch deutlich, dass die Pflegepersonaluntergrenzen kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der angespannten Situation in der Pflege sind. Im Gegenteil - die Dokumentationsanforderungen führen zu erheblich mehr bürokratischem, patientenfernem Aufwand. Der bestehende Fachkräftemangel führt heute schon zu Überstunden, häufigen kurzfristigen Dienstplanänderungen und mehr „Abrufen aus dem Frei“. Dies erschwert die Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf und steigert die Belastung der Pflegenden erheblich. Da in vielen Regionen und Fachdisziplinen Fachkräfte dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen (z. B. Intensivmedizin) führen Untergrenzen dazu, dass Betten gesperrt und Leistungen damit rationiert werden müssen.

Starre, auf fiktive Modellstationen bezogene Pflegepersonaluntergrenzen sind nicht geeignet, den tatsächlichen Pflegebedarf von Patienten angemessen zu berücksichtigen. Der Pflegeaufwand variiert von Patient zu Patient und von Tag zu Tag. Realisti-





sche und dem Versorgungsbedarf angemessene Personalaufwände können nicht mit stationsbezogenen formal-statistischen Untergrenzen beschrieben werden. Daher bedarf es einer besseren Alternative. Diese liegt in der Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes, das sich am tatsächlichen Pflegeaufwand der Patienten orientiert und die Umsetzung ganzheitlicher, moderner Pflegekonzepte unterstützt.

Allgemeiner Teil

„Stationen“ können nicht „pflegesensitiv“ sein

Eine stationsbezogene Festlegung von Personaluntergrenzen dient der Statistik, aber nicht der Sache. Moderne Klinikorganisation richtet sich nach Versorgungsgesichtspunkten. Vielerorts existieren in der Klinikpraxis aufgrund indikationsübergreifender, patientenorientierter Pflegekonzepte neue stationsübergreifende Organisationseinheiten. Die der Verordnung zugrundeliegende Idee stationsbezogener Personaluntergrenzen ist mit der Versorgungsrealität daher nicht in Einklang zu bringen. Die Anwendung der Verordnung wird entweder zur Folge haben, dass Kliniken Fachkräfte zu Lasten anderer Bereiche dort einsetzen müssen, wo sie nicht zwingend erforderlich sind oder dass sie im Rahmen von Umstrukturierungen künstliche „PpUG-Stationen“ bilden. Beides dient weder den Pflegenden, noch den Patienten.

Erheblicher bürokratischer Aufwand

Der Ordnungsgeber geht ausweislich der Begründung davon aus, dass der zusätzliche Aufwand, der sich aus der Verordnung ergibt, im Vergleich zur bestehenden Rechtslage gering ist. Dies wird damit begründet, dass die Daten zur Personaleinsatzplanung in den Krankenhäusern vorlägen und diese auch bereits Erfahrungen mit den Personaluntergrenzen haben.

Dieser Annahme treten wir entschieden entgegen. Zunächst kann nicht davon ausgegangen werden, dass in Krankenhäusern flächendeckend Programme zur Dienstplanung angewandt werden. Doch selbst in den Krankenhäusern, in denen dies der Fall ist, gibt es nach unserer Kenntnis keine automatisierbare Schnittstelle von Krankenhausinformationssystemen (KIS), in denen Belegungsdaten hinterlegt sind und Dienstplanungsprogrammen. Da die der Verordnung zugrundeliegenden Eckdaten (Schichtlänge, Stationsdefinition, Vollkräfte) jeweils entsprechend auf die individuellen Gegebenheiten im Krankenhaus angewendet werden müssen, sind die händisch oder individuell programmierten Lösungen sehr aufwändig und der mit der Umsetzung der Personaluntergrenzen verbundene Aufwand steigt mit der Erweiterung ihrer Geltungsbereiche. Dies betrifft das ständige Monitoring der Personalbesetzungen und aktueller Ausfälle auf den relevanten Stationen und die kurzfristige Organisation von Bettenreduktionen bei Unterbesetzung. Hinzu kommen die schichtbezogene Überprü-



fung der Besetzung sowie der Abgleich der täglichen Besetzungen mit der Mitternachtsstatistik zur Vorbereitung und Durchführung der quartalsweisen bzw. weiteren Meldungen. Wir regen an, dass die Kostenträger für jeden sensitiven Pflegebereich verpflichtend eine Aufwandspauschale in geeigneter Höhe erstatten.

Moderne Pflege muss gestalten können

Das Modell der Pflegepersonaluntergrenzen fußt auf einer theoretischen Berechnungsgrundlage und nicht auf tatsächlichen pflegerischen Prozessen und pflegerischen Leistungen. So kann zwar hochqualifiziertes Pflegepersonal (Studienabgänger) die pflegerischen Prozesse im Sinne einer Fallverantwortung besser steuern als Berufsanfänger_innen. Gleichzeitig können viele unerfahrene examinierte Pflegekräfte das Risiko von Pflegefehlern in einer Schicht bzw. in einem Bereich erhöhen. Ein ausgewogener Skillmix aus Hochqualifizierten, Erfahrenen, Anfängern und Hilfskräften macht die Qualität der Pflege in den Krankenhäusern erst aus. Der Anreiz zur Umsetzung eines Kompetenzstufenmodells im Sinne des lebenslangen Lernens ist mit einer Verordnung nicht mehr gegeben. Aber gerade die Möglichkeit einer Weiterentwicklung macht den Pflegeberuf attraktiv.

Ein ausgewogener Skillmix kann nicht verordnet werden, sondern muss entsprechend der Gegebenheiten vor Ort gestaltet werden können. Förderlich dafür sind Rahmenbedingungen, die den Grundsatz der Subsidiarität berücksichtigen. Die Einheit, die der Aufgabe am nächsten ist, hat die besten Chancen, eine sachgerechte Lösung zu entwickeln. Dies sollte nicht mit sanktionierten bundeseinheitlichen Vorgaben erschwert, sondern mit geeigneten Instrumenten gefördert werden.

Pflegepersonalbemessungsinstrument

Zur Verbesserung der Situation der Pflegenden im Krankenhaus muss aus unserer Sicht ein Instrument zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs entwickelt und eingeführt werden. Ein pragmatisches Bemessungssystem sollte den Pflegepersonalbedarf für das gesamte Krankenhaus definieren und Krankenhäusern damit einen Rahmen für die Planung ihres Personaleinsatzes unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Patientenbedürfnisse bieten.

Wir fordern eine gesetzliche Grundlage zur Entwicklung und Einführung eines Instrumentes zur bedarfsorientierten Bemessung des Pflegebedarfs im Krankenhaus.



Besonderer Teil

Identifikationskriterium „Belegungstage“

Regelung: Über die Mindestanzahl von jeweils 5 000 Belegungstagen, die in den zugehörigen Indikatoren-DRGs erfasst worden sind, werden weitere Krankenhäuser in die Geltung der Personaluntergrenzen einbezogen.

Änderungsbedarf: § 3 Absatz 2 Nr. 3 ist zu streichen.

Begründung: Das Instrument der Pflegepersonaluntergrenzen ist nach unserer Erfahrung nicht geeignet, die Situation der Pflegenden zu verbessern. Es belastet sie im Gegenteil unnötig mit administrativen Aufgaben und kurzfristigen Dienstplanänderungen. Weitere Krankenhäuser mit ihren knappen Pflegepersonalressourcen der Belastung mit diesen Maßnahmen auszusetzen lehnen wir ab.

Berücksichtigung von weiteren Pflegehilfskräften

Regelung: In § 2 Absatz 1 werden als Pflegehilfskräfte Pflegekräfte mit einer einjährigen Helferausbildung definiert.

Änderungsbedarf: In § 2 Absatz 1 sollten neben Kräften mit einer einjährigen Helferausbildung auch Anerkennungspraktikant_innen, Krankenpflegeschüler_innen Personen, die hauswirtschaftliche oder administrative Tätigkeiten übernehmen sowie weitere qualifizierte Professionen wie Medizinische Fachangestellte, Anästhesie- und operationstechnische Assistent_innen, Notfallsanitäter_innen als die Pflege unterstützende Kräfte in der Personaluntergrenze berücksichtigt werden.

Begründung: In den vergangenen Jahren haben viele Kliniken innovative, arbeitsteilige Modelle der Patientenversorgung entwickelt in denen andere Berufsgruppen in ihren jeweiligen Spezialbereichen für Aufgaben auch am Patientenbett pflegeunterstützend eingesetzt werden. Kliniken aller Fachabteilungen machen die Erfahrung, dass viele Tätigkeiten der Versorgung am Bett von anderen, ebenfalls qualifizierten, Berufsgruppen besser und effizienter wahrgenommen werden können, als von der Pflege selbst. Im Krankenhausalltag unterstützt eine Vielzahl unterschiedlicher Professionen qualifiziert die Pflege. Durch die enge Definition in der Verordnung werden erprobte und gängige Team-Konzeptionen, die sich in der Praxis bewährt haben, diskreditiert und in Frage gestellt. Dies dient vor Ort weder der Patientenversorgung noch der Entlastung der Pflegenden.

Ebenso leisten Krankenpflegeschüler_innen ab dem 2. Jahr eine qualifizierte Unterstützung in der Stationsarbeit und sind entsprechend zu berücksichtigen.





Dringend erforderlich ist in diesem Zusammenhang auch die Berücksichtigung von Anerkennungspraktikant_innen. Diese im Ausland angeworbenen – häufig akademisch ausgebildeten – Fachkräfte durchlaufen im Rahmen der Anerkennung ihres Berufsabschlusses ein Anerkennungspraktikum in deutschen Krankenhäusern. Es ist fachlich nicht nachvollziehbar, dass deren qualifizierte Tätigkeit im Rahmen der Personaluntergrenzen nicht berücksichtigt wird.

Hilfskraftquote beibehalten

Regelung: Die Anrechnungsquoten für Pflegehilfskräfte werden für die Bereiche Intensiv, Geriatrie und Kardiologie abgesenkt.

Änderungsbedarf: Die Hilfskraftquoten in § 6 Absatz 2 bleiben unverändert.

Begründung: Eine in den letzten Jahren aufgebaute, sinnvolle Struktur der Arbeitsteilung, die eine sehr hohe Akzeptanz gefunden hat, wird durch die Absenkung der Hilfskraftquote zerstört.

Inhaltlich gerechtfertigte, differenzierte Untergrenzen in der Intensivmedizin einführen

Regelung: Die Verordnung differenziert den Bereich „Intensivmedizin“ nicht nach Schweregraden.

Änderungsbedarf: In §§ 3 und 6 sollten für Akut-Intensivstationen und „Intermediate Care-IMC“-Stationen unterschiedliche Untergrenzen festgelegt werden.

Begründung: Das InEK hat in seinen Erhebungen festgestellt, dass bei Überwachungsstationen (Intermediate Care - IMC) weniger Personal erforderlich ist als auf Intensivakutstationen. In vielen Häusern der Grund- und Regelversorgung finden sich vorwiegend Intensivstationen mit hohen IMC-Anteilen, die einen geringeren Personalschlüssel benötigen, nun aber unter die hohen, undifferenzierten Untergrenzen des Intensivbereichs fallen und große Schwierigkeiten haben werden, das in Ihrer Organisation adäquat zu gestalten. In der Folge müssten sich Intensivstationen, die mit wenig pflegeintensiven Patienten belegt sind, aus rechnerischen Gründen von der Versorgung abmelden, obwohl weitere Patienten versorgt werden könnten. Auch der bislang praktizierte Abbau von Überstunden bei der vollen Belegung mit „leichten“ Patienten wird nicht mehr möglich sein, wenn bedarfsunabhängige Vorgaben einzuhalten sind.





Auf unnötige Bürokratie in der Neurologie verzichten

Regelung: Neben dem pflegesensitiven Bereich „Neurologie“ weist die Verordnung auch die Bereiche „Neurologie Schlaganfalleinheit“ und „Neurologische Frührehabilitation“ aus.

Änderungsbedarf: In §§ 3 und 6 sind die Regelungen zur „Neurologie Schlaganfalleinheit“ und „Neurologische Frührehabilitation“ zu streichen.

Begründung: Die künstliche Unterteilung der Neurologie in drei Bereiche mit jeweils eigenen Untergrenzen für „Neurologie“, „Neurologie Schlaganfalleinheit“ und „Neurologische Frührehabilitation“ lehnen wir ab. Das bedeutet für Neurostationen, in denen bisher alle neurologischen Patienten individuell nach ihrem Krankheitsbild behandelt wurden, dass drei virtuelle Einheiten gebildet werden müssen mit jeweils separaten Personalzuordnungen. Eine Vorgabe, die im Stationsalltag schwer zu vermitteln ist.

Da die Personalausstattung sowohl in der neurologischen Frührehabilitation durch die Anwendung der Komplexpauschalen als auch auf Stroke-Units, über ein auch Personalvorhaltungen umfassendes Anforderungsprofil (Zertifizierungskriterien und Komplexcode für die Stroke-Units) ohnehin geregelt und umfänglich dokumentiert ist, ist die mit hohem bürokratischen Aufwand verbundene differenzierte Untergrenzenregelung nicht notwendig und auch nicht verhältnismäßig.

In der Neurologischen Frührehabilitation besteht eine hohe Interdisziplinarität der direkt auf den Stationen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen sowohl aus der Pflege, als auch der weiteren therapeutischen Spezialdisziplinen. Diese lässt sich in den entsprechenden Komplexcodes wiederfinden, deren qualitative und quantitative Mindestforderungen in jedem Einzelfall und an jedem Tag einen Personaleinsatz dokumentieren, der weit über alle angedachten Personaluntergrenzen hinausgeht! Die geforderte Interdisziplinarität ist hierbei insbesondere auch für die therapeutisch-aktivierende Pflege („Pflegetherapie“) zu gewährleisten. Deren Kategorien lassen sich im Grundsatz zwar dem speziellen Pflegeprozess zuordnen, werden daneben in der Praxis aber auch in hohem Maße von therapeutischen Spezialisten außerhalb der Pflege übernommen, die zumeist in festen Teams z.B. von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten oder Neuropsychologen ebenfalls den bettenführenden Stationen zugeordnet sind und die pflegetherapeutischen Anwendungen (z.B. Waschtraining, Anziehtraining, Essensbegleitung, Vertikalisierung) bei Bedarf vor oder neben die eigentliche Spezialtherapie ihrer jeweiligen Berufsgruppe stellen. Nicht selten kann diese überhaupt nur gemeinsam mit Maßnahmen therapeutisch-aktivierender Pflege realisiert werden, um eine Mindestbereitschaft bei den zumeist schwerstbetroffenen Patienten zu aktivieren.



Die Leistungen der therapeutisch-aktivierenden Pflege gehören in den Gesamtumfang der gemäß OPS 8-552 täglich abzuleistenden 300 Minuten Therapie und sind – unabhängig von der jeweils durchführenden Berufsgruppe – entsprechend zu dokumentieren. Diese Leistungen können sowohl von der Pflege selbst, im Sinne der angestrebten integrierten Versorgungskonzepte aber ebenso direkt von therapeutischen Professionen neben deren Spezialtherapien in enger Abstimmung mit der Pflege durchgeführt werden.

Fehlende Definition versorgungsnotwendiger Personalverlagerungen

Regelung: § 9 Absatz 1 sieht vor, dass Personalverlagerungen aus anderen Bereichen unzulässig sind, wenn sie mit einer Verschlechterung der Versorgungsqualität in den anderen Bereichen verbunden ist.

§ 9 Absatz 4 sieht vor, dass die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Maßnahmen vereinbaren, die das Krankenhaus zur Vermeidung von Personalverlagerungen zu ergreifen hat, wenn für ein Krankenhaus unzulässige Personalverlagerungen gemäß Absatz 2 festgestellt wurden. Dies soll nicht gelten, wenn das betroffene Krankenhaus nachweist, dass die Personalverlagerungen nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung in den anderen Bereichen in der unmittelbaren Patientenversorgung geführt haben.

Änderungsbedarf: § 9 Absätze 1 und 4 sind zu streichen.

Begründung: Es ist nicht festgelegt, womit Verschlechterungen in der Versorgung gemessen bzw. nachgewiesen werden sollen. Krankenhäuser sind damit einseitig der Gefahr ausgesetzt, dass Personalveränderungen als unzulässige Verlagerungen bewertet werden.

Die Regelung und der damit verbundene Dokumentations- und Nachweisaufwand stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Organisation der Krankenhausbehandlungsprozesse dar, der nicht der Patientenversorgung dient.

Hilfsweise:

Regelung: § 9 Absatz 2 regelt, dass Personalverlagerungen dann vorliegen, wenn sich die Anzahl der Pflegekräfte im Vergleich zum Vorjahr um mehr als drei Prozent reduziert hat.

Änderungsbedarf: In § 9 Absatz 2 ist eine Quote von 5 Prozent vorzusehen.

Begründung: Personalabsenkungen können unabhängig von Verlagerungseffekten auch andere Gründe haben. So kann aufgrund der angespannten Fachkräftesituation die Gewinnung neuer Fachkräfte nach einem Ausscheiden anderer erschwert sein.

Kontakt:

Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin
Telefon +49 (0)30 2408368 11
kkvd@caritas.de | www.kkvd.de

Dr. Elisabeth Fix
Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik
Deutscher Caritasverband (Berliner Büro)
Telefon +49 (0)30 284447 46
elisabeth.fix@caritas.de | www.caritas.de

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit rund 400 katholische Krankenhäuser mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden.