



Deutscher
Caritasverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Stellungnahme

zum Referentenentwurf des BMG zur

Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021

(Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung)

30. September 2021

Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) vertritt die Interessen von 283 Allgemein- und Fachkrankenhäusern mit 88.000 Betten. Die 207.000 Mitarbeitenden (davon 78.000 Pflegenden) versorgen jedes Jahr rund 3,5 Millionen Patientinnen und Patienten stationär. Mit einer gemeinsamen Stellungnahme unterstreichen KKVD und DCV ihr Interesse an einer optimalen patientengerechten Versorgung in unseren Krankenhäusern. Neben ausgezeichneter medizinischer Kompetenz prägt die Arbeit der Pflegekräfte maßgeblich die Zufriedenheit der Patient_innen und ihren Genesungsprozess.

Die hochqualifizierten Pflegekräfte in unseren Krankenhäusern verdienen neben unserem großen Respekt für ihre tägliche verantwortungsvolle Arbeit Rahmenbedingungen, die eine bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglichen. Wir weisen seit langem darauf hin, dass es notwendig ist, solche Rahmenbedingungen herbeizuführen und setzen uns aktiv für alternative, wirksamere Instrumente als die derzeitigen Personaluntergrenzen ein.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Erweiterung und Ausdifferenzierung der Personaluntergrenzen lehnen wir ab. Wir fordern:

- Bis zum Abschluss der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs nach § 137k SGB V (31.12.2024) wird das System der Personaluntergrenzen nicht weiter ausgebaut.
- Der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung des Verfahrens wird so ausgestaltet, dass eine Anpassung und Weiterentwicklung der PPR 2.0 gewährleistet ist.





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 die pflegerischen Prozesse im Sinne einer Fallverantwortung besser steuern als Berufsanfänger. Gleichzeitig kann der Einsatz vieler unerfahrener examinierter Pflegekräfte zu Pflegefehlern in einer Schicht bzw. in einem Bereich führen. Ein ausgewogener Skillmix aus Hochqualifizierten, Erfahrenen, Anfänger_innen und Hilfskräften macht die Qualität der Pflege in den Krankenhäusern erst aus.

Der Anreiz zur Umsetzung eines Kompetenzstufenmodells im Sinne des lebenslangen Lernens gerät durch die Fokussierung auf die Untergrößen in den Hintergrund. Die Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung und Karrieremöglichkeiten, die den Pflegeberuf attraktiv machen, geraten damit in Gefahr.

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.

Personaluntergrößen sind nicht sachgerecht

Die bislang gemachten Erfahrungen mit den Pflegepersonaluntergrößen nach §137i SGB V zeigen deutlich, dass starre Vorgaben kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der angespannten Situation in der Pflege sind. Bereits in der Entwicklung der Personaluntergrößen zeigten sich methodische Schwächen: eine fehlende Evidenz und starre, auf fiktive Modellstationen bezogenen nurse-to-patient-ratios, die den individuellen tatsächlichen Pflegebedarf des einzelnen Patienten nicht ausreichend berücksichtigen.

Der Pflegeaufwand variiert von Patient_in zu Patient_in und von Tag zu Tag. Vor diesem Hintergrund kritisieren wir nach wie vor die Methodik der Festlegung der schematischen und unabdingbaren Grenzziehung von 25 Prozent, die nie pflegewissenschaftlich evaluiert wurde und seit Einführung der Pflegepersonaluntergrößen fortgeschrieben wird.

Auch der Versuch, einen angemessenen Skillmix per Verordnung herzustellen, muss scheitern. So wäre, um das Versorgungsgeschehen adäquat abzubilden, bei der beabsichtigten Erweiterung der Personaluntergrößen auch eine Regelung zur Anrechenbarkeit weiterer Professionen erforderlich. Dazu gehören Hebammen (Geburtshilfe) und pädagogisches Personal wie Erzieher_innen, Heilerziehungspfleger_innen und Kinderpfleger_innen (insbesondere Pädiatrische Psychosomatik und Sozialpädiatrie).





Das der Verordnung zugrunde liegende Konzept von abgrenzbaren pflegesensitiven Bereichen entspricht ebenfalls nicht der Versorgungsrealität und führt zu erheblichen organisatorischen Mehraufwänden. So wäre es künftig notwendig für Intensivstationen, in denen häufig neben Früh- und Neugeborenen auch Kinder und Jugendliche versorgt werden, für jeden Patienten unterschiedliche Vorgaben (QFR-RL, PPUGV, AWMF-Leitlinie (087-001)) einzuhalten und zu dokumentieren. Hinzu kommt, dass eine klare Abgrenzung zu den Vorgaben der QFR-RL des G-BA nicht durchgängig möglich ist. Die schichtbezogene Dokumentation der pflegerischen Zuordnung zu den Versorgungsschlüsseln ist eine erhebliche organisatorische Herausforderung, die in keinem Verhältnis zu einem möglichen Nutzen steht. Die Anforderungen des Instruments führen in der Praxis zu erheblich mehr bürokratischem und patientenfernem Aufwand und damit verbunden zu weiterer Unzufriedenheit beim betroffenen Personal. Die Beschäftigten sind durch die Vorgaben mit mehr Überstunden, häufig kurzfristigen Dienstplanänderungen und mehr „Abrufen aus dem Frei“ konfrontiert, ohne dass dabei ein fachlicher Mehrwert generiert wird. 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. Pädiatrie, Intensivmedizin) führen Untergrenzen dazu, dass Betten gesperrt und Leistungen damit rationiert werden müssen. Realistische und dem Versorgungsbedarf angemessene Personalaufwände können nicht mit stationsbezogenen formal-statistischen Untergrenzen beschrieben werden.

Auch vor dem Hintergrund des noch immer andauernden Pandemiegesehens ist es nicht zielführend, ja kontraproduktiv, das System der Personaluntergrenzen noch weitgehender zu erweitern. Mit gutem Grund waren die Personaluntergrenzen im vergangenen Jahr ausgesetzt – eine neuerliche Erweiterung auf die Bereiche Orthopädie sowie Gynäkologie/ Geburtshilfe und Ausdifferenzierung der Pädiatrie wird erwiesenermaßen zu mehr Belastung beim Pflegepersonal führen, statt dieses zu entlasten.¹

Moratorium für PPUG

Mit der Regelung in § 137k SGB V wird die Selbstverwaltung verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2024 die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen. Wir fordern, aus den oben genannten Gründen bis zu diesem Zeitpunkt auf die Weiterentwicklung der Personaluntergrenzen zu verzichten.

¹ Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.): „Ziel erreicht? Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus“, 21.05.2020.





Weiterentwicklung der PPR 2.0

Das vorliegende Interimsinstrument (PPR 2.0) wurde aus der Praxis heraus als eine Reaktion auf die Unzufriedenheit der Pflegenden entwickelt. Damit liegt bereits ein pragmatisches Bemessungssystem vor, das den Pflegepersonalbedarf für das gesamte Krankenhaus definieren und Krankenhäusern damit einen Rahmen für die Planung ihres Personaleinsatzes unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Patientenbedürfnisse bieten kann. Es ist gut geeignet, den tatsächlichen Pflegeaufwand orientiert am Patienten passgenau ermitteln. Auf dieser Grundlage können die Bereichsleitungen einschätzen, welches Personal, wo, wann und in welcher Zusammensetzung gebraucht wird. Damit stellt es eine wichtige Voraussetzung dar, um ganzheitliche und moderne Pflegekonzepte umzusetzen. Auch mit diesem Instrument werden Nachweispflichten verbunden sein, durch die die Krankenhäuser die Ausgaben für das durch die PPR ermittelte Pflegebudget nachweisen.

Wir fordern, sicherzustellen, dass der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung des Verfahrens nach § 137k SGB V so ausgestaltet wird, dass eine Anpassung und Weiterentwicklung der PPR 2.0 gewährleistet ist.

Verbesserung der Rahmenbedingungen

Eine zugewandte ganzheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten ist den katholischen Krankenhäusern ein besonderes Anliegen. Ein vernünftiges Betreuungsverhältnis ist entscheidend, damit die Beschäftigten den Ansprüchen der Patient_innen, aber auch den eigenen Erwartungen, gerecht werden können. Bereits heute fehlen mehr als 230.000 Pflegekräfte im stationären Bereich. Die Versorgungslücke könnte bis 2035 auf über 300.000 Beschäftigte anwachsen, wenn nicht gegengesteuert wird.² Personaluntergrenzen sind hierbei keine Hilfe.

In der laufenden Legislaturperiode wurden viele gute Schritte unternommen, um Verbesserungen in der Pflege zu erreichen. Insbesondere durch die Initiative der Konzentrierten Aktion Pflege konnten in diesem Sinne bereits viele positive Dinge auf den Weg gebracht werden. Zentrale Herausforderung bleibt es, Rahmenbedingungen für einen attraktiven und selbstverantwortlichen Berufsalltag zu schaffen.

Dies ist perspektivisch ohne die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachkräfte nicht denkbar. Insofern begrüßen wir als ersten kleinen Schritt in die richtige Richtung die Verpflichtung zur Durchführung von entsprechenden Modellvorhaben nach § 64d SGB V. Im Gegensatz zu starren Systemen verhilft Selbstverantwortung zu einer Aufwertung und Attraktivität des Pflegeberufs, die geeignet sein könnte,

² Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035: Prognose zum Fachkräftemangel des IW Köln basierend auf Berechnungen des Statistischen Bundesamtes vom 17.08.2020.





Deutscher
Caritasverband e.V.

Seite 5 von 5



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Pflegende dazu zu bewegen, ihre Arbeitszeit aufzustocken oder in die Kliniken zurückzukehren.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Etablierung einer bundeseinheitlichen Assistenz- ausbildung. Mit einer solchen Ausbildung, die durchlässig zur dreijährigen Ausbildung ausgestaltet sein müsste, könnten motivierte und engagierte Absolventinnen und Absolventen niedrigschwellig in die generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann einsteigen und diese gegebenenfalls unter den festgelegten Voraussetzungen verkürzen.

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

Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) vertritt die Interessen von 283 Allgemein- und Fachkrankenhäuser mit 88.000 Betten. Die 207.000 Mitarbeitenden (davon 78.000 Pflegende) versorgen jedes Jahr rund 3,5 Millionen Patientinnen und Patienten stationär. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden.

