

**Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einer
Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven
Bereichen in Krankenhäusern**

(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

25. September 2019

Nachdem die durch § 137i SGB V beauftragten Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum 2. September 2019 als gescheitert erklärt wurden, hat das Bundesministerium für Gesundheit die ausstehenden Regelungen wie bereits im Vorjahr als Ersatzvornahme erlassen. Die weiterentwickelten Pflegepersonaluntergrenzen sollen mit Wirkung zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Der Bundesverband Geriatrie e.V. erneuert seine mit einer Stellungnahme vom 3. September 2018 geäußerte grundsätzliche Kritik an den Pflegepersonaluntergrenzen und ihrer Umsetzung und nimmt zum vorliegenden Referentenentwurf einer Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung wie folgt Stellung:

Pflegepersonaluntergrenzen

Mit der Verordnung soll einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften, weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte und Nachteilen für die Betreuung der Patientinnen und Patienten entgegengewirkt werden. Zu diesem Zweck werden für das Jahr 2020 die festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie weiterentwickelt und weitere Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie, der neurologischen Frührehabilitation, der Schlaganfallereinheit und der Herzchirurgie festgelegt. Für die Geriatrie sollen diese Untergrößen in der Tagesschicht (06.00 – 22.00 Uhr) 1:10 und in der Nachtschicht (22:00 – 06:00 Uhr) 1:20 pro Station betragen.

Die bereits im vergangenen Jahr vom Bundesverband Geriatrie e.V. geäußerten Einschätzungen zu Pflegepersonaluntergrenzen haben sich nach dem Inkrafttreten der Untergrößen zum 1. Januar 2019 weiter bestätigt: Starre Pflegepersonaluntergrößen sind nicht geeignet,

den tatsächlichen Pflegebedarf angemessen zu berücksichtigen, insbesondere angesichts regelmäßig von Patient zu Patient variierender Pflegeaufwände – dies gilt auch beim Vergleich von Pflegebedarfen und resultierenden Personalaufwänden innerhalb einer Station oder Fachabteilung.

Zudem besteht die Gefahr, dass über die fixen Pflegepersonaluntergrenzen hinausgehender Personaleinsatz seitens der Kostenträger, z. B. im Rahmen der nach dem Pflegepersonalstärkungsgesetz vorgesehenen Verhandlungen zum Pflegebudget, mit dem Argument des Wirtschaftlichkeitsgebots abgelehnt wird. Pflegepersonaluntergrenzen müssen zwingend als Mindestanforderungen ausgelegt werden, deren quantitative Erfüllung nicht als Begründung in Budgetverhandlungen im Sinne einer qualitativ ausreichenden Pflegepersonalbesetzung Verwendung finden kann. Auf diese Weise würde das Bestreben, durch die Einführung von Personaluntergrenzen Qualitätssicherung in der Patientenversorgung zu betreiben, einen gegenteiligen Effekt nach sich ziehen.

Erfahrungen aus der pflegerischen Praxis

Erste Einschätzungen, Reaktionen und Nachfragen aus den Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie ließen schon vor der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar 2019 vermuten, dass auf die Krankenhäuser organisatorische und personalwirtschaftliche Herausforderungen zukommen. Zugleich stellte sich die Frage, inwieweit die Inhalte und Ziele der PpUGV der erklärten Intention des Gesetzgebers einer Verbesserung der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung und der Sicherung des Patientenschutzes genügen.

Vor diesem Hintergrund hat der Bundesverband Geriatrie im Februar und März 2019 eine verbandsinterne und anonymisierte Online-Erhebung durchgeführt. Ziel war es, einige Wochen nach dem Inkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen einen praxisnahen Überblick über die Auswirkungen für die Mitgliedseinrichtungen und die Umsetzung „vor Ort“ zu gewinnen. Die Rückmeldungen aus den Einrichtungen bestätigen den ersten Eindruck der mit den Untergrößen für die Krankenhäuser einhergehenden Herausforderungen: Neben Verlagerungen des Pflegepersonals zwischen Früh-, Spät- und Nachtdiensten, Stellenplanerhöhungen und dem Einsatz von bisher in der Geriatrie eingesetzten Pflegehilfskräften auf ande-

ren Stationen reagieren Krankenhäuser auch mit der Verschiebung von Betten und Patienten zwischen geriatrischen und benachbarten Stationen und Fachabteilungen, um die geforderten Relationen von Patienten zu Pflegekräften einhalten zu können.

Die befragten Pflegedienstverantwortlichen teilen die Einschätzung, dass die nun geltenden Untergrenzen kaum geeignet sind, eine patientengerechte Pflege zu gewährleisten – dies gelte insbesondere mit Blick auf die ohnehin pflegepersonalintensive aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G). Die gleichzeitige Übernahme pflegefremder Aufgaben durch ausgebildetes Pflegepersonal als Folge der Untergrenzen und die Definition nur einzelner „pflegesensitiver Bereiche“ führten überdies zu wachsender Unzufriedenheit und Konflikten mit anderen Fachabteilungen. Unter Pflegehilfskräften, die nicht über die in der PpUGV geforderten Qualifikationen verfügen, entstünden Unsicherheiten und existenzielle Ängste, so die Rückmeldungen aus den Mitgliedseinrichtungen.

Der schon vor der Einführung der Untergrenzen bestehende Fachkräftemangel und Schwierigkeiten bei der Pflegepersonalgewinnung gefährden die ordnungsgemäße Umsetzung der Personaluntergrenzen und geplante Stellenplanerhöhungen zusätzlich. Große Einigkeit unter den an der Erhebung Beteiligten besteht auch hinsichtlich des hohen administrativen Aufwandes für die quartalsweise Übermittlung der durchschnittlichen Pflegepersonalausstattung und der Patientenbelegung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). So sehen sich die Einrichtungen mit zeitlichen Mehraufwänden von bis zu acht Stunden pro Woche und Station konfrontiert.

Pflegepersonal-Bedarfsbemessungsinstrument

Der Bundesverband Geriatrie e.V. hat sich wiederholt für die Einführung eines Instruments zur Pflegepersonalbedarfsbemessung anstelle starrer Pflegepersonaluntergrenzen ausgesprochen. Eine am Bedarf des Patienten und seinem Pflegeaufwand orientierte Versorgung macht die Einführung eines solchen Instruments erforderlich, um eine über bloße Schadensvermeidung hinausgehende hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können.

Zugleich ermöglicht ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument, u.a. Personal- und Patientenverlagerungseffekte zuungunsten von nicht als pflegesensitiv identifizierten Fachabteilungen als potenzieller Folge der angestrebten Pflegepersonaluntergrenzen zu verhindern.

Zu diesem Zweck hat der Bundesverband Geriatrie e.V. eine geriatricspezifische Pflegepersonalregelung (PPR GER) unter besonderer Berücksichtigung der überdurchschnittlich hohen Zeitaufwände in der geriatrischen Pflege entwickelt.

Verbesserung der Pflegequalität

Die festgelegten Personaluntergrenzen sind eventuell dazu geeignet, unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. Angesichts des niedrigen Personalansatzes in der Verordnung können sie in dieser Ausgestaltung jedoch nicht zur Verbesserung der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung beitragen, was laut Verordnungsbegründung jedoch klar angestrebt wird. Es greift nach unserer Ansicht zu kurz, wenn Pflegequalität nur im Sinne der Schadensvermeidung verstanden und die Pflege entsprechend ausgerichtet wird. Qualitativ hochwertige Pflege bedeutet deutlich mehr, als die bloße Vermeidung von Dekubita usw.

Zudem werden auch die politisch intendierte zunehmende Akademisierung von Pflegeberufen und die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachkräfte mit der bloßen Fokussierung auf Schadensvermeidung in Frage gestellt.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. lehnt die Einführung von Personaluntergrenzen in der Geriatrie mit der reinen Intention einer „Schadensvermeidung“ weiterhin ab: Insbesondere mit Blick auf die überdurchschnittlich hohen Zeit- und Pflegeaufwände des geriatricspezifischen Pflegekonzeptes können die Pflegepersonaluntergrenzen den gesetzten Zielen der Schadensvermeidung und der Verbesserung der Pflegequalität nicht gerecht werden.

Ermittlung pflegeintensiver Krankenhausbereiche anhand von Indikatoren-DRGs

Aus diesem Grund ist auch der Bezug zu den in der Verordnung festgelegten Indikatoren-DRGs im Bereich der Geriatrie abzulehnen.

Grundlage der genannten geriatrischen DRGs ist ausnahmslos der OPS 8-550 – die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Diese zeichnet sich durch einen vergleichsweise hohen Pflegeaufwand aus, der nicht nur allein aus dem pflegebedürftigerem Patientenklientel stammt, sondern insbesondere aus dem besonderen Ansatz der Aktivierend-therapeutischen Pflege. Aktivierend-therapeutische Pflege bezieht sich auf Menschen mit Unterstützungs- und

Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf, geht über die Grundpflege hinaus und ist mit Behandlungspflege (Versorgungspflege) nicht zu vergleichen. Unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen stehen insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt. Ziel ist, die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder zu erreichen. Dies beinhaltet, den alten, multimorbiden Patienten mit multiplen Funktionseinschränkungen trotz und mit seiner aktuellen oder chronifizierten Einschränkung die Möglichkeiten seines Handelns selbst erfahren zu lassen und dahingehend zu motivieren, mit pflegerischer Unterstützung Aktivitäten wieder zu erlernen und einzuüben. Aktivierend-therapeutische Pflege greift auch die Arbeit der Therapeuten auf, setzt diese im interdisziplinären Behandlungskonzept fort und gibt Impulse zur Zieldefinition des Behandlungsteams.

Diese Ziele sind mit der vorgegebenen Mindestpersonalbesetzung nicht erreichbar, die als Indikatoren verwendeten DRGs lassen keine sachgerechten Schlüsse auf die mit der Versorgung geriatrischer Patienten einhergehenden Pflegepersonalaufwände zu.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. hat im Jahr 2016 ein verbandsinternes Projekt mit dem Ziel der Ermittlung einer patientenbedarfsgenauen und aufwands-angemessenen Pflegepersonalausstattung initiiert. Die Ergebnisse dieses Projekts zeigen unter besonderer Berücksichtigung der geriatricspezifischen Pflege- und Zeitaufwände bei einem ermittelten Korridor einer „nurse-to-patient-ratio“ von 1:6 bis 1:8 (im Tagdienst) und 1:25 (im Nachtdienst) vor allem im Tagesdienst deutliche Abweichungen zu den in der Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen.

Verringerung des Anteils von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte

Gegenüber der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung aus dem Vorjahr wird nun der stations- und schichtbezogene Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte abgesenkt: Ab dem 1. Januar 2020 soll der Anteil von Pflegehilfskräften in der Tagschicht 15 Prozent und in der Nachtschicht 20 Prozent betragen (statt wie bisher 20 bzw. 40 Prozent). Weder aus der Begründung der PpUGV noch aus sachlichen Notwendigkeiten ist nachzuvoll-

ziehen, warum diese Absenkung der Anteile von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte erforderlich sein soll. Unstrittig ist, dass diese Regelung die betroffenen Einrichtungen vor erhebliche Herausforderungen stellen wird, dies gilt umso mehr angesichts des dadurch erforderlichen Mehreinsatzes von Pflegefachkräften und eines ausgeprägten Mangels an Pflegefachkräften, nachdem Pflegehilfskräfte bereits durch die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar 2019 übermäßig benachteiligt waren.

Konfrontation mit Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG

Die PpUGV steht weiterhin nicht im Einklang mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und dem im März 2018 veröffentlichten Koalitionsvertrag der Bundesregierung. So geht die im Koalitionsvertrag formulierte Absicht, verbindliche Pflegepersonalvorgaben für alle Fachabteilungen in Krankenhäusern einzuführen, deutlich über die nun mit der Verordnung als pflegesensitiv identifizierten vier Bereiche hinaus.

Laut § 137j SGB V (umgesetzt mit dem PpSG) soll ein Pflegepersonalquotient das Verhältnis zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem anfallenden Pflegeaufwand erfassen. Mit der PpUGV und der Absicht zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in vier weiteren Krankenhausbereichen setzt sich eine Abweichung vom Koalitionsvertrag und der mit dem PpSG formulierten Intentionen des Gesetzgebers fort, die weder sachlich-inhaltlich noch organisatorisch nachzuvollziehen ist.

Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen für Rehabilitationseinrichtungen

Die nun angestrebte Weiterentwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern und deren Ausweitung auf andere Fachbereiche wird die Nachfrage nach Pflegekräften am Arbeitsmarkt in Zukunft deutlich verschärfen. Vor dem Hintergrund der fehlenden Einbeziehung der Rehabilitation in die vom Gesetzgeber geplante Refinanzierung zusätzlicher Pflegestellen (siehe PpSG) verschärft sich die pflegerische Situation in den Rehabilitationseinrichtungen. Es findet somit nicht nur keine Förderung der Pflege in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation statt, vielmehr kommt es zu einer personellen und finanziellen Schwächung in diesem Versorgungszweig.