



LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Stellungnahme der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz vom 11. September 2018

zum Entwurf einer Verordnung zur Festlegung von
Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven
Krankenhausbereichen für das Jahr 2019
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)
des Bundesministeriums für Gesundheit

Kontakt:

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (KdöR)
Große Bleiche 14-16
55116 Mainz
Tel.: 06131 – 327 38 30
Fax: 06131 – 327 38 99
E-Mail: info@pflegekammer-rlp.de

I. Grundsätzliche Anmerkungen

Der Referentenentwurf über die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV) des Bundesministeriums für Gesundheit ist in seiner Zielsetzung zunächst zu begrüßen.

Die Erbringung von qualitativ guter Pflege ist sowohl von der Personalkapazität (quantitativ), wie auch von der Qualifikation des Personals (qualitativ) abhängig. Zu beachten ist insbesondere, dass eine reine quantitative Aufstockung um zum Teil undifferenzierte Helferberufe der Zielsetzung nicht gerecht werden kann.

Personaluntergrenzen müssen sich unbedingt an pflegewissenschaftlichen und fachlichen Standards orientieren. Hierbei spielt vor allem die Bedarfsorientierung und die Versorgungsqualität eine Schlüsselrolle. Es ist eine valide Benennung pflegerischen Tuns notwendig. Hieran mangelt es weiterhin. *"If we cannot name it, we cannot control it, practice it, teach it, finance it, or put it into public policy"* (Norma Lang; 1980). Die langjährige Forderung der professionellen Pflege nach einer Entwicklung der Grundlagen um *das Wissen der Pflege*, wird auch im vorliegenden Referentenentwurf nicht berücksichtigt.

Der Perzentilansatz und dessen absolut unzureichende wissenschaftliche Grundlage ist äußerst kritisch zu bewerten. Wenn die Grenze zwischen ausreichender und nicht mehr ausreichender Pflegepersonalausstattung willkürlich anhand eines gewissen Prozentsatzes von Krankenhäusern gezogen wird, wie es der Perzentilansatz vorsieht, besteht ferner das große Risiko, dass eine mangelhafte Personalbesetzung gesetzlich legitimiert wird. Dies könnte den Anschein wecken, dass Patientenschäden politisch in Kauf genommen werden.

Grundsätzlich sehen wir es als fachlich nicht begründbar und damit willkürlich an, Krankenhausbereiche in ‚pflegesensitiv‘ und ‚nicht-pflegesensitiv‘ zu unterscheiden. Auch in nicht bettenführenden Bereichen, wie Funktionsbereichen, OP oder Notaufnahme werden hohe und teils besonders hohe Anforderungen an die professionelle Pflege gestellt. Mängel an quantitativer oder qualitativer Personalausstattung führen auch hier zwangsläufig zu einer Gefährdung der Versorgungssicherheit.

Insgesamt sehen wir aus den oben genannten Gründen, die im Referentenentwurf festgelegten Personalvorgaben als unzureichend an und konstatieren insbesondere erhebliche methodische und fachliche Mängel bei deren Bestimmung. Wir haben somit ernste Bedenken, dass die geplanten Maßnahmen der Zielsetzung des vorliegenden Entwurfes gerecht werden können. Eine Ersatzvornahme kann sinnvollerweise auch völlig anders aussehen, als die diskutierten Maßnahmen, auf die sich die eigentlichen Selbstverwaltungspartner nicht einigen konnten.

II. Im Einzelnen

§ 2 Abs. 2 Begriffsbestimmungen

Für die Sicherstellung einer ausreichenden Mindestqualifizierung der Pflegehilfskräfte ist es erforderlich, den Begriff Pflegehilfskräfte mit dem Zusatz „mit einer mind. einjährigen Ausbildung“ zu ergänzen. Insbesondere sind die Bezeichnungen Pflegeassistent und Altenpflegeassistent nicht geschützt. Hier würde ohne den o.g. Zusatz eine ungewollte Regelungslücke entstehen, die die Versorgungssicherheit gefährdet. So könnten beispielsweise auch SGB XI §53c Kräfte in Kliniken (z.B. auf der Geriatrie) eingesetzt werden. Diese würden auf den Stellenschlüssel angerechnet, verfügen aber nur über eine rudimentäre Qualifizierung.

§ 3 Abs. 3 Pflegesensitive Krankenhausbereiche

Eine Unterteilung in „pflegesensitive“ Bereiche und „nicht pflegesensitive“ Bereiche im Krankenhaus ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht begründbar. Davon abgesehen werden die Abteilungen Neurologie und Herzchirurgie im vorliegenden Entwurf zwar als pflegesensitive Bereiche aufgeführt, jedoch werden die Überlegungen zu Personaluntergrenzen auf diese Bereiche nicht angewendet. Hier wäre eine Ausweitung der Anwendung auf die genannten Bereiche wünschenswert.

§ 4 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands

Wir unterstützen ausdrücklich, dass Pflegeaufwand ERMITTELBAR und AUSWEISBAR sein soll. Hierfür liegen jedoch bislang keine pflegewissenschaftlich validierten Messinstrumente vor. Der ‚Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99‘ ist als Grundlage für eine bedarfsorientierte und an Versorgungsqualität ausgerichtete Aufwandsschätzung ungeeignet. Pflegerisches Tun ist bislang nicht in ‚Tätigkeiten‘ und ‚Zeitfenster‘ heruntergebrochen und somit nicht zu quantifizieren. Es ist angezeigt, Pflegeleistung transparent darzustellen und auf ‚Pflege‘ als Erlösfaktor von Kliniken hinzuwirken. Die Leistungen der Pflege im Krankenhaus valide abzubilden ist seit Jahren Thema in der Berufsgruppe.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz appelliert an den Gesetzgeber, hier Investitionen und Programme zu initiieren, um ein valides Personalbemessungsinstrument auf wissenschaftlich evidenter Basis zu entwickeln, ohne hierfür auf für andere Zwecke erhobene Prozessdaten zurückzugreifen. Nur so kann letztlich das Ziel des Referentenentwurfs „... die Vermeidung von Patientengefährdung...“ abgebildet werden.

§ 6 Pflegepersonaluntergrenzen

Wir sehen hier die Gefahr, dass in den 75% der Krankenhäuser, die über dem Schwellenwert für die Schichtbesetzung liegen, Personal aus dem Tagdienst in den Nachtdienst verlagert wird, da

voraussichtlich auch in diesen Häusern ein höherer Schichtabdeckungsbedarf im Nachtdienst besteht. Dadurch wird die Versorgung im Tagdienst auch in diesen Krankenhäusern wesentlich verschlechtert.

Für die Geriatrie liegen die genannten Vorgaben unterhalb der Vorgaben, die in den Strukturmerkmalen zum Betrieb geriatrischer Abteilungen festgelegt sind (Geriatrie Schlüssel (Stellenplanbezogen) 1:1,8 -1:1,4). Der Bundesverband Geriatrie empfiehlt in diesem Zusammenhang eine Mindestpersonalquote zwischen 1:6 bis 1:8 pro Patient und weicht somit deutlich von der Mindestpersonalvorgabe des Verordnungsentwurfes ab. Er begründet dies mit den nachvollziehbar hohen Versorgungsaufwendungen der geriatrischen Patienten. Die fehlende Möglichkeit für Krankenhäuser, bei Umsetzung der Verordnungsvorgaben die Geriatriekomplexpauschalen anzuwenden, kann zu einer Unterfinanzierung der geriatrischen Bereiche führen. Die Folge wäre eine hohe Gefahr von Versorgungsrisiken. Wir empfehlen hier eine Anpassung an den vom Bundesverband Geriatrie vorgeschlagenen Rahmen.

Im Bereich der Intensivpflege empfehlen wir, die Untergrenze für Nachtschichten ebenfalls an den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zu orientieren, so wie es für den Bereich der Tagschichten erfreulicherweise bereits getan wurde.

Die Festlegung von Hilfskraftquoten finden wir nicht hilfreich. Eine derartige Ableitung lässt sich aus den zugrunde gelegten Daten in keinem Fall rechtfertigen. Insbesondere im Bereich der Geriatrie stellen wir fest, dass die vergleichsweise hohen Grenzwerte völlig unzureichend sind. Dahinter verbirgt sich nach unserer Auffassung durchaus auch eine ethische und gesellschaftliche Perspektive, die mit dem Ziel der Ermöglichung eines würdevollen Alterns nicht vereinbar ist. Deshalb appellieren wir an dieser Stelle noch einmal ganz klar an die Verantwortlichen, sich dieser Diktion bewusst zu werden.