

Positionspapier

zu den Regelungen im Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) in Bezug auf die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV), das Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 und die Finanzierung pflegerischer Leistungen außerhalb des DRG-Systems.

Ausgangssituation:

In den letzten Jahrzehnten ist es bei einem Anstieg der Krankenhausfälle bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer zu einer zunehmenden Leistungsverdichtung gekommen. Die Ursache liegt insbesondere darin, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen nicht entsprechend des Leistungsvolumens angestiegen, sondern über Jahre zunächst gesunken ist.

Verschiedene Maßnahmen wie das Sonderprogramm Pflege, das erstmalig in den Jahren 2009 bis 2011 durchgeführt und von 2016 bis 2018 wiederholt wurde, haben nur zu einem geringfügigen Stellenaufbau in der Pflege im Krankenhaus geführt. Die Abnahme pflegerischer Versorgungsqualität, die dauerhafte Überlastung vieler Pflegefachpersonen und damit verbunden zunehmend unattraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege bei bestehendem Fachkräftemangel sind schwerwiegende Folgen dieser Entwicklung.

Im Januar 2019 ist das Pflegepersonalstärkungsgesetz in Kraft getreten. Es beinhaltet unterschiedliche Regelungen zur Stärkung der Pflege. Die Notwendigkeit mit gesetzlichen Vorgaben Einfluss auf die Situation der Pflegefachpersonen zu nehmen, ist zwingend gegeben. Nur so sind die Erbringung professioneller Pflegeleistungen, die damit verbundene pflegerische Versorgungsqualität sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Somit ist das PpSG ein erster Schritt zur Stabilisierung der Pflege im Krankenhaus. Wesentliche Regelungen, die im Rahmen dieser Gesetzgebung entstanden sind, sind die Herauslösung der Finanzierung pflegerischer Leistungen aus dem DRG-System, die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) und das im Januar 2020 vorgestellte Pflegepersonalbemessungsinstrument (PPR 2.0).

Bei der Regelung der Pflegepersonaluntergrenzen haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht geeinigt, so dass dies letztlich zu einer Ersatzvornahme durch den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit Gültigkeit ab dem 1. Januar 2019 und mit Erweiterungen ab dem 1. Januar 2020 geführt hat. Aufgrund der Covid-19 Pandemie wurde im März dieses Jahres die PpUGV bis einschließlich 31. Dezember 2020 ausgesetzt. Mittlerweile gelten seit dem 1. August 2020 nur für die Intensivstation und den Bereich der Geriatrie die Pflegepersonaluntergrenzen wieder. Für die Kardiologie, die Unfallchirurgie, die Herzchirurgie, die Neurologie, die Neurologie Schlaganfalleinheit und die Neurologische Frührehabilitation ist die PpUGV weiterhin bis zum 31. Dezember 2020 außer Kraft gesetzt.

Das Pflegepersonalbemessungsinstrument wurde in einer Kooperation vom Deutschen Pflegerat (DPR), der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erarbeitet und als Nachfolgermodell der Pflegepersonalregelung (PPR) als sogenannte PPR 2.0 dem Bundesgesundheitsministerium vorgelegt.

Die Herauslösung der Finanzierung pflegerischer Leistungen aus dem DRG-System hat zu einer neuen Vergütungslogik geführt. Die Mittel für pflegerische Leistungen sind ausschließlich zweckgebunden einzusetzen.

Hintergrund

Die Pflegekammer Niedersachsen hat im Juni 2019 das erste Krankenhaussymposium für Pflegedienstleitungen der niedersächsischen Krankenhäuser durchgeführt. Aus diesem Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist ein Netzwerk und eine Expertengruppe entstanden, die sich mit den Themen PpUGV, Pflegebudget und PPR 2.0 inhaltlich auseinandergesetzt haben. Die sich daraus entwickelte Positionierung und die Forderungen, die im nachfolgenden Papier aufgeführt sind, entstanden in Abstimmung mit der Kammerversammlung und sind somit die gemeinsame Position der Pflegekammer Niedersachsen und dem Netzwerk der Pflegedienstleitungen niedersächsischer Krankenhäuser.

Unsere Position:

- 1. Forderung nach Entwicklung eines wissenschaftsbasierten Instruments zur Pflegepersonalbedarfserhebung. Mit diesem wird der tatsächliche pflegerische Bedarf erhoben, um einen adäquaten Personaleinsatz in einer Versorgungseinheit vornehmen zu können. Übermäßige Bürokratie ist hierbei zu vermeiden.**
- 2. Die Pflegepersonaluntergrenzen bleiben auch im Zusammenhang mit der PPR 2.0 bestehen. Sie stellen die rote Linie dar, die zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegefachpersonen nicht zu unterschreiten ist. Die PpUGV ist unverzüglich wieder vollständig in Kraft zu setzen und auf alle Leistungsbereiche auszuweiten.**
- 3. Die Verantwortung der pflegerischen Qualität im Krankenhaus obliegt den pflegerischen Leitungen. Diese entscheiden zur Gewährleistung der Patientensicherheit über den tatsächlich notwendigen Personaleinsatz. Dazu kann auch die Schließung von Betten gehören.**
- 4. Forderung nach umfassender Vergütung von pflegeentlastenden Maßnahmen und keine Übernahme von pflegefremden Tätigkeiten im Rahmen des Pflegebudgets. Es darf hierbei nicht zu einem Personalabbau kommen. Pflegerische Leistungen sind zu definieren.**

Begründung

Basierend auf der skizzierten Ausgangssituation sind das Inkrafttreten des Pflegepersonalstärkungsgesetzes und der Pflegepersonaluntergrenzen-Vereinbarung grundsätzlich zu begrüßen. Die Regelungen sind aus Sicht der Pflegekammer Niedersachsen und des Netzwerks der Pflegedienstleitungen jedoch nicht ausreichend, wie im Folgenden ausgeführt wird:

Aufgrund der Komplexität der Versorgungsrealität in den Krankenhäusern sind unterschiedliche Handlungsansätze zur nachhaltigen Veränderung der Rahmenbedingungen in der Pflege erforderlich.

Ein wesentlicher Aspekt ist hierbei eine qualitativ wie quantitativ angemessene Pflegepersonalausstattung. Bisher liegt kein psychometrisch evaluiertes Instrument zur Messung des individuellen Pflegebedarfs und zur bedarfsgerechten Einsatzplanung von Pflegefachpersonen in Deutschland vor. Ebenso mangelt es in Deutschland noch an Primärstudien zur Messung des Pflegeaufwandes. Somit fehlt den pflegerischen Leitungen in den Krankenhäusern eine valide Grundlage für den personellen Ressourceneinsatz. Dies führt dazu, dass sie keine Argumentationsgrundlage haben, wenn trotz Personalknappheit uneingeschränkt Leistungen zu erbringen sind. Das Fehlen eines Regulativs hat letztlich die Einsparungen bei den Pflegestellen begünstigt und zur aktuell brisanten Situation beigetragen.

Zu 1.

Die Entwicklung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments ist grundsätzlich zu begrüßen. Die aktuell entwickelte PPR 2.0 weist aufgrund ihres Aufbaus jedoch einige Schwachstellen auf. So basiert die Berechnung der Pflegeminuten auf den erbrachten Leistungen, die aufgrund der bestehenden Mangelsituation und einhergehender Rationierung nicht zu einer Stellenberechnung führt, die der Deckung des tatsächlichen pflegerischen Bedarfs entspricht.

Darüber hinaus ist kritisch zu betrachten, dass ein direkter Zusammenhang zwischen aktuell vorhandenem pflegerischen Bedarf pro Station oder Behandlungseinheit und dem dortigen Personaleinsatz fehlt. Die PPR 2.0 hält in der vorliegenden Fassung keine Regulation bereit, um eine Mindestpersonalausstattung pro Station oder Behandlungseinheit sicherzustellen. Darüber hinaus fehlt weiterhin für die Funktionsbereiche, die Intensivstationen sowie die pädiatrischen Versorgungsbereiche ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfserhebung.

Zu 2.

Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung wurde zu Beginn der Pandemie ausgesetzt, ohne dass es zu diesem Zeitpunkt schon pandemiebedingte Versorgungsengpässe gegeben hätte, die eine Flexibilisierung erforderlich gemacht haben. Spätestens aber seitdem Krankenhäuser, unter Berücksichtigung der Covid-19 Pandemie zum Regelbetrieb zurückgekehrt sind, ist das wieder in Kraft setzen der PpUGV dringend erforderlich, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und eine übermäßige Belastung der Pflegefachpersonen zu vermeiden. Auch mit Anwendung von PPR 2.0 sind Pflegepersonaluntergrenzen zwingend beizubehalten und

die PpUGV anzupassen. Internationale Studien geben deutliche Hinweise auf die Zusammenhänge zwischen unzureichender Pflegepersonalausstattung und Häufung von Risiken bis hin zu einer erhöhten Mortalität von Patientinnen und Patienten (Aiken et al 2014).

Erst mit Vorliegen eines wissenschaftlich basierten Bedarfserhebungsinstruments und der Möglichkeit eines gezielten Personaleinsatzes sind die Entwicklung einrichtungsindividueller Personaluntergrenzen denkbar. Wichtig sind aber auch hier Regulationen zur verbindlichen Einhaltung der Untergrenzen

Zu 3.

Die Verantwortung für die pflegerische Qualität liegt bei der pflegerischen Leitung eines Krankenhauses. Aus diesem Grund darf ausschließlich diese befugt sein über einen adäquaten Personaleinsatz zu entscheiden. Eine Absprache mit anderen Beteiligten ist hierfür obligatorisch. Der Anspruch zur Steigerung der Attraktivität des Berufes, der vielfach diskutiert wird, erfolgt in erster Linie durch Rahmenbedingungen, die eine professionelle Leistungserbringung in der Pflege ermöglichen und nicht zu einer ständigen Rationierung führen. Die RN4Cast Studie hat unter anderem ergeben, dass die Rationierung von pflegerischen Leistungen bei Zeitmangel zunächst im Rahmen der Beziehungsarbeit, der Beratung und der Durchführung der Pflegeprozessmethode erfolgt. Folglich fallen häufig originär pflegerische Aufgaben dem Pflegepersonalmangel zum Opfer. Zusammenhänge zwischen einer ausreichenden Anzahl an Pflegefachpersonen, deren Qualifikation und der Sicherstellung pflegerischer Qualität sind nachgewiesen.

Zu 4.

Um eine ausreichende Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern zu fördern, wurde mit dem PpSG die Ausgliederung der Finanzierung pflegerischer Leistungen aus dem bestehenden Fallpauschalensystem beschlossen. Dies soll verhindern, dass die Mittel für andere Zwecke verwendet werden. Die Stellen der Pflegefachpersonen, die in der unmittelbaren patientennahen Pflege, der sogenannten „Pflege am Bett“ eingesetzt werden, werden vollständig refinanziert. Maßnahmen, um die Prozesse zu optimieren und Pflegefachpersonen von berufsfremden Tätigkeiten zu entlasten, sind als sogenannte pflegentlastende Tätigkeit dem Pflegebudget anzurechnen und mit 4 % gedeckelt. Hierzu gehören beispielsweise Hol- und Bringdienste, Stationssekretariat, Logistikservice.

Aufgrund der neuen Regelung zur Finanzierung besteht die Gefahr, dass eine Rückdelegation von pflegefremden Aufgaben wie beispielsweise Transportlogistik oder Reinigungsarbeiten erfolgt, weil sie buchhalterisch der Pflege zugeordnet wurden. Berichte, dass dies in den Krankenhäusern erfolgt, häufen sich. Deshalb besteht die Forderung, dass pflegentlastende Maßnahmen vollständig zu refinanzieren sind. Insgesamt ist eine Definition pflegerischer Leistungen, die durch das Pflegebudget finanziert werden, erforderlich. Den Rahmen hierfür bilden die Ausbildungsziele in Verbindung mit den vorbehaltenden Tätigkeiten in der Pflege sowie

national anerkannte Empfehlungen wie z.B. Expertenstandards. Übergeordnet umfasst professionelle Pflege die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Administrative Aufgaben sind dagegen Verwaltungsvorgänge, die durch professionell Pflegende nur im Zusammenhang mit ihrer direkten Tätigkeit übernommen werden.

Es ist daher nicht zielführend, dass die Ausdehnung pflegerischer Leistungen in alle möglichen anderen Bereiche erfolgt - nur damit sie refinanziert werden. Eine pflegfachliche Betrachtung ist an dieser Stelle notwendig. Die Nachweise, die im Rahmen des Pflegebudgets zu erfolgen haben, sollten auf ein Mindestmaß beschränkt bleiben, damit es nicht zu einer zusätzlichen Bürokratisierung kommt.

Hannover, 24. September 2020

Pflegekammer Niedersachsen KdÖR
Hans-Böckler-Allee 9, 30173 Hannover
www.pflegekammer-nds.de
E-Mail: info@pflegekammer-nds.de
Tel.: 0511 920930-0
Fax: 0511 920930-949