

Stellungnahme

**zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und
SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krank-
heiten (BT-Drs. 18/10938)**

Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen

Einzelsachverständige Bernadette Rümmelin

Berlin, 12. Mai 2017

CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Rund jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 285.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über 6 Millionen Patienten stationär und 9,6 Millionen ambulant, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Bernadette Rümmelin, Sprecherin der Geschäftsführung kkvd

Pastor Nobert Groß, Verbandsdirektor DEKV

KONTAKTADRESSE

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.

Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

Telefon +49 (30) 801986-0, Fax +49 (30) 801986-22

Mail: info@dekv.de, Web: www.dekv.de

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd)

Haus der Deutschen Caritas | Reinhardtstraße 13 | 10117 Berlin

Telefon +49 (0)30/284447-30, Fax +49 (0)30/284447-33

Mail: kkvd@caritas.de, Web: www.kkvd.de

FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) vertreten rund 600 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der kkvd ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

Präambel

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD), vertreten durch die beiden christlichen Krankenhausverbände, den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV) und den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), nehmen zur Gesetzesinitiative zur Festlegung von Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche Stellung. Die CKiD unterstützen gesetzgeberische Initiativen zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals. Die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ hat kurzfristigen gesetzgeberischen Handlungsbedarf in zwei von ihr bearbeiteten Themenkomplexen aufgezeigt. Zum einen brauche es Verbesserungen zur Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfs im DRG-System (Themenkomplex 2), zum anderen sollen nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms die zur Verfügung gestellten Finanzmittel langfristig für die Finanzierung von Pflegepersonal sichergestellt werden (Themenkomplex 3). Der vorliegende Änderungsantrag greift diese beiden Themenkomplexe auf und legt zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität in der Pflege die Einführung von Personaluntergrenzen für sogenannte pflegesensitive Bereiche fest.

Die christlichen Krankenhäuser vermissen dabei in Verbindung mit dem von der Expertenkommission behandelten Themenkomplex 1 explizite Regelungen, die die Verbesserung der Pflegesituation von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung betreffen sollten. Denn gerade diese vulnerablen Patientengruppen haben während eines stationären Klinikaufenthaltes besondere Pflegebedarfe. Um diesen gerecht zu werden, ist im Behandlungsalltag oft zusätzlicher Personaleinsatz notwendig. Daher verstehen die beiden christlichen Verbände die Begrifflichkeit der sogenannten „pflegesensitiven Krankenhausbereiche“ so, dass im speziellen gerade diese Patientengruppen dabei gemeint sein sollten. Die folgende Stellungnahme fokussiert insofern auf die Belange der vulnerablen Patientinnen und Patienten bei der Definition von pflegesensitiven Bereichen, bei der Ermittlung des dafür notwendigen Personalbedarfs sowie bei der praktischen Umsetzung der angedachten Regelungen in der Krankenhausorganisation und auf dafür notwendige Ausnahmetatbestände. In allen weiteren Punkten schließen wir uns der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft an.

Allgemeiner Teil

Für die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland hat die optimale medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten höchste Priorität. Wir legen größten Wert auf fachlich und menschlich hoch qualifizierte, motivierte Mitarbeitende, um die Patienten in bestmöglicher Qualität versorgen zu können. Hierzu bedarf es einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten und motivierten Fachkräften. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die bedarfsgerechte, sensible Behandlung der wachsenden Zahl vulnerabler Patienten gerichtet - etwa demenziell erkrankte und hochbetagte Menschen, Sterbende und Menschen mit Behinderungen. Daher sollten genau diese Patienten durch die beabsichtigten Verbesserungen für „mehr Pflege am Bett“ profitieren. Um dies zu erreichen bedarf es geeigneter Instrumente zur Definition des besonderen Pflegebedarfs dieser vulnerablen Patienten, zur Ermittlung der darauf abgestimmten Pflegeleistungen und zur Bemessung des dafür notwendigen Pflegepersonaleinsatzes, nicht nur quantitativ sondern vor allem qualitativ.

Eine ausreichende personelle Besetzung ist entscheidend für die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung. Mit der Einführung von absolut bezifferten und damit starren Personaluntergrenzen allein werden die Probleme auch für besonders pflegesensitive Bereiche jedoch nicht gelöst werden. Es bedarf weiterer flankierender Maßnahmen insbesondere mit dem Ziel, die Zahl der für die Arbeit in den Kliniken tatsächlich zur Verfügung stehenden Fachkräfte zu erhöhen. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels schaffen bundeseinheitlich festgelegte Personalvorgaben keine zusätzlichen Fachkräfte, sondern verschärfen den Mangel zusätzlich.

Wo Untergrenzen nicht eingehalten werden können und die Kliniken in der Folge mit Leistungseinschränkungen belegt werden, drohen Engpässe im Versorgungsangebot. Krankenhäuser sind oft nicht in der Lage, jede offene Stelle zeitnah zu besetzen. Gerade in Ballungsgebieten stehen die Kliniken vor großen Herausforderungen, geeignetes Pflegepersonal in genügender Anzahl zu akquirieren. Starker Wettbewerb um qualifizierte Pflegefachkräfte aufgrund hoher Krankenhausedichte und nicht zuletzt hohe Mieten in den Großstädten seien hier als Gründe beispielhaft angeführt. An dieser Stelle benötigen Kliniken Flexibilität, denn ansonsten ist eine wohnortnahe Versorgung nicht mehr ohne weiteres zu gewährleisten.

Insbesondere absolut fixierte oder pauschale Personalvorgaben werden den variierenden Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht. Es muss den Kliniken die Flexibilität zugestanden werden, diese Vorgaben zum Beispiel in Form einer Korridorlösung vor Ort individuell verhandeln zu können. Denn nur auf diese Weise kann auf z.B. unterschiedliche bauliche Gegebenheiten, spezifische Behandlungskonzepte und Pflegeorganisationsformen in den einzelnen Kliniken reagiert werden. Beispiele dazu folgen im speziellen Teil.

Dringend erforderlich ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung valider Personalbemessungsinstrumente, die den individuellen Pflegeaufwand, den Qualifikationsmix und die örtlichen Strukturen berücksichtigen. Ebenso erfordert eine ausreichende Personalausstattung eine verlässliche Refinanzierung der damit notwendig verbundenen Kosten. Das betrifft anfallende Zusatzkosten und die durch jährliche Tarifierhöhungen und strukturelle Veränderungen bedingten Personalkostensteigerungen.

Neben anderen Faktoren ist die Personalausstattung auch für gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus entscheidend. Ärzte und Pflegenden müssen Gelegenheit haben, sich entsprechend ihrer professionellen und ethischen Standards den Patienten zuwenden zu können. Dabei müssen Überlastungs-

situationen der Mitarbeiter verhindert werden, um die Sicherheit der Patienten sowie ihre eigene Gesundheit nicht zu gefährden. In Zeiten des Fachkräftemangels und des sich verschärfenden Wettbewerbs um Nachwuchskräfte ist eine ausreichende Personalausstattung auch wesentlich für ein positives Image der betreffenden Arbeitsfelder und Berufe. Gute Arbeitsbedingungen sind mit attraktiven beruflichen Perspektiven verbunden, sowohl für langjährig Beschäftigte als auch für Nachwuchskräfte. Die veränderten Anforderungen an die Versorgung in Kliniken erfordern zudem einen neuen, darauf abgestimmten Mix an Qualifikationen sowie die Entwicklung neuer Berufsbilder, etwa für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte.

Unabhängig vom bereits bestehenden Fachkräftemangel, nicht zuletzt infolge der demografischen Entwicklung, steigt der Bedarf an Fachkräften in Medizin und Pflege. Eine deutliche Ausweitung der Studienplätze und Ausbildungskapazitäten in Humanmedizin und Pflege ist deshalb dringend erforderlich. Ebenso sollten die hohen bürokratischen Hürden für ausländische Fachkräfte im Blick auf die Berufsanerkennung abgebaut und bundeseinheitliche Gleichwertigkeits- und Sprachprüfungen eingeführt werden. Der Bedarf an Pflegepersonal übersteigt schon heute die Ausbildungsmöglichkeiten. Hier bieten die generalistische sowie die akademische Pflegeausbildung zukunftsfähige Perspektiven.

Spezieller Teil

1. § 137 i Absatz 1 SGB V

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

1.1 Definition der pflegesensitiven Bereiche

Stellungnahme

Pflegesensitive Einheiten zeugen von einer hohen Anzahl an Patienten mit hohem Pflegeaufwand bzw. –bedarf. Der patientenindividuelle Pflegebedarf resultiert aus pflegerelevanten Diagnosen, den vorhandenen Ressourcen (Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten) und den Defiziten der betroffenen Person und den davon abgeleiteten, begründeten pflegerischen Maßnahmen im medizinischen Behandlungsprozess. Hinzu kommt die Überwachungsnotwendigkeit sowie Intensität in Diagnostik und Therapie in den unterschiedlichen Rekonvaleszenzphasen.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf einer bedarfsgerechten, sensiblen Behandlung der wachsenden Zahl vulnerabler Patienten – etwa demenziell erkrankte und hochbetagte Menschen, pflegebedürftige Patienten, Sterbende und Menschen mit Behinderungen.

Der Anteil immer älterer sowie von unterschiedlich ausgeprägter Demenz betroffener Patienten steigt kontinuierlich. Um deren spezifischem Behandlungs- und Betreuungsbedarf gerecht zu werden, müssen klinische Strukturen und Prozesse demenzsensibel weiterentwickelt werden. Die dafür benötigten Mittel müssen im Rahmen der Regelfinanzierung zur Verfügung gestellt werden. Das ist auch erforderlich im Blick auf den erhöhten Behandlungs- und Zuwendungsaufwand für weitere vulnerable Patientengruppen, z.B. Menschen mit geistigen und schweren mehrfachen Behinderungen. Grundsätzlich sind Investitionen für eine verbesserte Versorgung vulnerabler Patienten notwendig, um die klinischen Strukturen und Prozesse an deren besondere Bedarfe anzupassen.

In Hinblick auf die Definition der pflegesensitiven Bereiche müssen speziell die vulnerablen Patientengruppen berücksichtigt werden. Grundsätzlich sind im heutigen Krankenhaus überall Patienten aus pflegesensitiven Bereichen anzutreffen und es ist stark von der Krankenhausorganisation abhängig, wenn etwa Intermediate Care-Einheiten oder Stationen für multimorbide Patienten sowie Aufnahmestationen gegründet wurden, wie hoch der Anteil an Patienten mit pflegesensitiver Aufmerksamkeit ausfällt.

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland fordern

Die Behandlung von Patienten ist ihrem Wesen nach ein personaler und sozialer Beziehungs- und Kommunikationsprozess. Ärzte, Pflegende und Angehörige der weiteren beteiligten Berufsgruppen wollen Fachlichkeit und menschliche Zuwendung in ihrer Arbeit miteinander verbinden und ihre soziale und menschliche Kompetenz einbringen.

Die Christlichen Krankenhäuser plädieren für eine konkrete Definition der pflegesensitiven Bereiche in Bezug auf die vulnerablen Patientengruppen. Dies sind genau die Patientengruppen, die bereits in der Beauftragung der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ durch das KHSG benannt wurden – an Demenz erkrankte bzw. pflegebedürftige Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung.

Nicht jeder Patient benötigt denselben Pflegeaufwand. So können Stationen auch nur für gewisse Zeitabschnitte zu pflegesensitiven Bereichen werden. Dies ist ganz abhängig von der Belegung und der Patientenstruktur. Hier gilt es eine flexible Definition zu formulieren, die diese Aspekte berücksichtigt. Es bedarf geeigneter Klassifikationsinstrumenten, die dies berücksichtigen. Dabei muss eine Lösung gefunden werden, die für Krankenhäuser in der Praxis tatsächlich umsetzbar ist und keine zeitraubenden Dokumentationspflichten einführt.

Die Klassifikationsinstrumente müssen nachvollziehbar und transparent gestaltet werden. Der Personalbedarf darf nicht anhand von Bettenzahlen gemessen werden, sondern muss auf Grundlage des spezifischen Pflegebedarfs der vulnerablen Patienten ermittelt werden. Dabei darf nicht nur ein defizitorientierter Pflegeansatz zur Vermeidung einer Zustandsverschlechterung oder Schadensvermeidung gewählt werden – in diese Perspektive ist die Festlegung von Personaluntergrenzen einzuordnen. Sondern es muss vielmehr eine Bedarfsdefinition zugrunde gelegt werden, die die Selbstfürsorge vulnerabler Patientengruppen stärkt, auf Erhalt der Funktionsfähigkeiten im Alltag der Patienten fokussiert und das Abwenden von Pflegebedürftigkeit auch als ein Ziel definiert. Hierzu bieten sich bereits existierende Instrumente, wie sie zum Beispiel in der geriatrischen Versorgung Anwendung finden an. Der Barthel-Index (BI) als ein Assessmentinstrument zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten, dient der systematischen Erfassung von Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit. Der Funktionale Selbstständigkeitsindex FIM (engl.: Functional Independence Measure) dient zur Messung der funktionalen Selbstständigkeit im Alltag. Beide Instrumente finden bereits im G-DRG-System 2017 Beachtung durch Aufnahme als schweregradsteigernde Nebendiagnosen in die CCL-Matrix in Form der ICD-Diagnose U50.4 bzw. U50.5 (schwere und sehr schwere motorische Funktionseinschränkung). Über die verstärkte Nutzung dieser Assessmentverfahren würde der Ansatz des neuen Begutachtungsassessments (NBA) und der Aspekt der Teilhabesicherung (Stichwort Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland) in den Krankenhausbereich vermehrt Eingang finden.

Insgesamt wäre bei der Definition der pflegesensitiven Bereiche daher eine Orientierung an ICF-Kategorien (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) in Ergänzung zu den ICD-Diagnosen höchst sinnvoll. So könnte der im Änderungsantrag formulierte Ansatz, der die pflegesensitiven Bereiche an Funktionsbereichen bzw. Fachabteilungen im Krankenhaus festmacht, ergänzt werden um die Perspektive des individuellen Patientenbezuges mit dessen spezifischen Pflegebedarf. Vor allem vor dem Hintergrund, dass sich in modernen Krankenhausorganisationen Fachabteilungsstrukturen immer mehr auflösen, da wie zum Beispiel in der Onkologie immer mehr fächerübergreifend gearbeitet wird.

1.2 Personalbemessungsinstrumente und Festlegung der Grenzen

Stellungnahme

Verbindlich fixierte Personalanhaltszahlen berücksichtigen weder regionale Gegebenheiten noch individuelle Therapiekonzepte. Gerade im Blick auf vulnerable Patientengruppen ist eine am Patientenbedarf orientierte Behandlung jedoch unabdingbar.

Ob und in welchem Umfang die gegenwärtige Personalbedarfsplanung sachgerecht erfolgt, kann nach jetzigem Stand nicht pauschal beantwortet werden. So prägen Faktoren wie bspw. der Casemix Index, Therapiekonzepte und Pflegeorganisationsformen sowie die medizinische Fachrichtung einer Klinik den jeweiligen Personalbedarf.

Zwar existieren heutzutage einige Instrumente wie bspw. die Pflegepersonalregelung (PPR), Nurse-to-Patient Ratios oder die Leistungserfassung der Pflege (LEP), mit denen der Personalbedarf in einer Klinik ermittelt werden kann. Ob mit Hilfe dieser Instrumentarien der tatsächliche Personalbedarf wiedergespiegelt wird, ist durchaus in Frage zu stellen. So fehlt hinsichtlich der Personalbedarfsbemessung ein Gold-Standard. Des Weiteren spiegeln Verhältniszahlen (Pflegekraft zu Patienten) weder das Niveau an Expertise und Erfahrung einer Pflegefachkraft wieder, noch können Aussagen über Sinnhaftigkeit, Notwendigkeit oder Folgerichtigkeit der pflegerischen Handlungen getroffen werden. Eine Arbeitsgruppe aus der Schweiz hat im Übrigen festgestellt, dass mittels LEP nur etwa 60 Prozent der zu erfassenden Pflegeleistungen abgebildet werden können. So werden administrative Tätigkeiten bspw. nicht ausreichend erfasst.

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland fordern:

Um den tatsächlichen Pflegebedarf in Krankenhäusern zu ermitteln, wird zunächst ein einheitliches, konsentiertes Erhebungsinstrument benötigt. Erfahrungen aus dem SGB XI-Bereich haben jüngst gezeigt, dass Untergrenzen in der Praxis häufig zu Obergrenzen uminterpretiert und umgewandelt wurden. So muss in diesem Zusammenhang auch diskutiert werden, welche Konsequenzen diesbezügliche Neuregelungen für Krankenhäuser haben, die bisher mehr Pflegepersonal als die dann gesetzlich vorgegebene Personaluntergrenze beschäftigen.

Aus diesem Grund unterstützen die CKiD flexible Korridorlösungen, die die spezifischen Gegebenheiten vor Ort berücksichtigen. Darüber hinaus benötigen die Krankenhäuser eine vollständige Refinanzierung der tatsächlichen IST-Personalkosten einschließlich aller Tarifikostensteigerungen. Wenig zielführend sind nach Auffassung der CKiD Sanktionen für Kliniken, welche die Vorgaben unverschuldet nicht erfüllen können bspw. bedingt durch einen regionalen Fachkräftemangel. Hierfür sind entsprechende Ausnahmetatbestände zu definieren.

1.3. Ausnahmetatbestände müssen klar definiert werden

Stellungnahme

Durch die Einführung von Personaluntergrenzen wird den Krankenhäusern ein wesentlicher Teil der betrieblichen Steuerungsinstrumente genommen. Das bedeutet, die zentralen Kostenstrukturen werden in spätestens drei Jahren nicht mehr vom Krankenhaus gestaltet, sondern von der Selbstverwaltung diktiert.

Unterschiede in der Organisation, in der Patientenstruktur, nicht zuletzt hinsichtlich vulnerabler Patientengruppen, in der baulichen und technischen Ausstattung, aber auch die immer mehr an Bedeutung verlierende Personalzuordnung zu einzelnen Abteilungen sowie die zunehmende sinnvolle, pflegeentlastende Arbeitsteilung müssen bedacht werden. Dies alles sind Indizien dafür, nicht von Personaluntergrenzen, sondern von Personalkorridoren zu sprechen.

Bei Nicht-Einhaltung der Grenzen drohen dem Krankenhaus Abschlüsse. Um das Instrument der Personaluntergrenzen nicht zum Sanktionsmechanismus werden zu lassen, müssen Ausnahmetatbestände und Übergangslösungen gefunden und berücksichtigt werden.

In diesem Zusammenhang ergeben sich folgende zu klärende Sachverhalte:

1. *Nicht-Einhaltung von Untergrenzen durch unbesetzte Stellen*

Durch den Fachkräftemangel ist es den Häusern nicht mehr möglich, offene Stellen zeitnah zu besetzen. Es gilt zu klären, ob Krankenhäusern dadurch Abschlüsse drohen, wenn offene Stellen nicht besetzt werden können aufgrund der Bewerberlage.

2. *Nicht-Einhaltung von Untergrenzen durch Krankheit*

Im Praxisalltag einer Klinik passiert es oft, dass sich Mitarbeiter für den Tag krank melden. Aufgrund enger arbeits- und tarifrechtlicher Vorgaben, ist es nicht möglich andere Mitarbeiter dann spontan „aus dem Frei zu holen“. Ebenso kann aus betrieblichen Gründen oft kein Ersatz gefunden werden. Drohen Krankenhäuser in dem Fall Abschlüsse?

3. *Nicht-Einhaltung von Untergrenzen durch Langzeiterkrankungen*

In vielen Kliniken steigt die Zahl der langzeiterkrankten Mitarbeiter stark an. Das Klinikpersonal ist gezwungen, die freien Kapazitäten zu füllen. Ein adäquater Ersatz kann für den Zeitraum der Erkrankung oft nicht gefunden werden. Wie verhalten sich die Abschlüsse in solchen Situationen?

4. *Art der Abschlüsse*

Kann eine Klinik für einen bestimmten Zeitraum die Einhaltung der Untergrenze nicht gewährleisten, wie verhält sich die Abschlussszahlung?

5. *Nicht-Einhaltung der Personaluntergrenze*

Kann eine Klinik die Einhaltung der Personaluntergrenze nicht gewährleisten, ist das Haus dann berechtigt oder gar verpflichtet, Patienten abzuweisen? Muss eine Station demnach geschlossen werden, wenn die Untergrenze nicht eingehalten werden kann? Was die Folge hätte, dass Betten langfristig geschlossen bleiben.

6. *Art der Qualifikation*

Im Klinikalltag passiert es häufig, dass ein Mitarbeiter mit einer speziellen Qualifikation auf einer Station kurzfristig ausfällt. Oft verschiebt die Pflegedienstleitung dementsprechend die Pflegekräfte von den Stationen, um den Engpass auszugleichen. Jedoch handelt es sich hierbei nicht immer um die identischen Qualifikationen. Grundsätzlich muss eine Besetzung in dieser Art ermöglicht werden können.

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland fordern

Die aufgeführten Ausnahmesituationen gehören in einer Klinik unvermeidbar zum Praxisalltag. Daher müssen Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen definiert werden, die entsprechende Situationen berücksichtigen und keine Sanktionen nach sich ziehen.

2. § 137 i Absatz 2 SGB V

2.1. Verlängerung der Fristen

Stellungnahme

Die Einführung von Personaluntergrenzen ist ein wichtiges und grundlegendes Thema in Krankenhäusern und darf nicht im Eilverfahren durchgesetzt werden. Hier gilt es mit Bedacht und aus unternehmerischer Verantwortung heraus sinnvolle Grenzen festzulegen.

Schon bei der aktuellen Umsetzung von Vorgaben zur Personalbesetzung im Rahmen des PsychVVG wird sichtbar, dass die dafür vorgegebenen Fristen nicht ausreichen. In der Verhandlungspraxis ist die eng gefasste Zeitschiene nicht realisierbar. Es kommt bei der Etablierung der Vorgaben zu massiven zeitlichen Verzögerungen. Die Verhandlungen über die Vereinbarung zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 Satz 2 BPfIV sollten mit Blick auf die jetzt für pflegesensitive Bereiche ins Auge gefassten Personaluntergrenzen als Blaupause aufgefasst werden. Daher sollte derselbe Fehler nicht ein zweites Mal gemacht werden.

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland fordern

Die aufgeführten Umsetzungsschritte sind innerhalb der vorgesehenen Fristen nicht realisierbar. Allein die Tatsache, dass in der Somatik bisher kein geeignetes und konsentiertes Instrument der Personalbedarfsbemessung vorliegt, verlangt eine Fristverlängerung. Im Bereich des PsychVVG konnte man auf die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zurückgreifen. Nicht ohne Grund aber wurde das Instrument der PPR im somatischen Bereich bereits vor Jahren abgeschafft.

Die Christlichen Krankenhäuser fordern aus der Erfahrung der Umsetzungsproblematik nach dem PsychVVG eine Verlängerung der Fristen.

3. § 137 i Absatz 4 SGB V

3.1 Nachweispflichten

Stellungnahme

Den Nachweis für das eingesetzte Personal durch Bestätigung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch einen Wirtschaftsprüfer zu organisieren ist ein plausibles Vorgehen. Dies machen die Kliniken bereits im Rahmen des Nachweisverfahrens zum Pflegestellen-Förderprogramm. Die Nachweise für mögliche Pflegepersonaluntergrenzen können jedoch nur durchschnittsbezogene Schlüssel sein (z.B. bezogen auf den Jahresdurchschnitt). Eine schichtbezogene Dokumentation von Pflegezeiteinheiten auch in pflegesensitiven Bereichen führt zu einem unzumutbaren Dokumentations- und Bürokratieaufwand für das Pflegepersonal. Ein Nachweis auf Basis der durchschnittlichen Pflegepersonalbesetzung und der Belegungstage des jeweiligen Jahres zu führen ist hier sinnvoller.

Möchte man mit den Vorgaben für Pflegepersonalanzahlenszahlen wirklich die Verbesserung der Pflegesituation von vulnerablen Patientengruppen als pflegesensitive Bereiche erreichen, dann sollte die Regelung zur Steigerung der Pflegezuwendungen bei diesen Patienten führen. Dies wird vorwiegend mit der Beschäftigung zusätzlichen Pflegepersonals und der besseren Qualifizierung bestehenden Personals für diese Patientengruppen erreicht. Ein Nachweis sollte sich dann spezifisch darauf bezie-

hen. Der Nachweis von Personalverlagerungseffekten über die gesamten Krankenhausprozesse hinweg sind hierfür nicht aussagekräftig. Dies kann nicht Gegenstand dieser Regelung sein und ist in diesem Kontext nicht erforderlich.

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland fordern

Die Einführung der Nachweispflicht, darf sich nicht zu einer weiteren bürokratischen Hürde entwickeln. Der Aufwand muss gerechtfertigt und angemessen sein. Krankenhäuser sind schon mit einem erheblichen Dokumentationsaufwand und anderen Nachweispflichten beschäftigt. Dieser darf nicht ins Uferlose gesteigert werden, sonst werden die knappen personellen und zeitlichen Kapazitäten innerhalb der Organisation noch stärker strapaziert.

Durch zusätzliche Dokumentationspflichten werden knappe Ressourcen - welche eigentlich für den Patienten genutzt werden sollten durch bürokratischen Aufwand gebunden und den Patienten entzogen. Dies steht im klaren Widerspruch zur Intention der Neuregelung. Nicht zuletzt durch die Einführung des Entlassmanagements sind Kliniken mittlerweile mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Dokumentationen beauftragt. Zudem werden die zusätzlichen Dokumentationsleistungen nicht zusätzlich vergütet, sondern dienen lediglich dazu, einen drohenden Abschlag zu verhindern.

Die geforderte Nachweispflicht durch einen Wirtschaftsprüfer unter der Prämisse nach Personalgruppen zu trennen und unter der Berücksichtigung von Personalverlagerungseffekten ist so nicht umsetzbar. Die geforderte Nachweispflicht sollte an die für die Krankenhausstatistik zu erhebenden Daten anknüpfen. Die gerade erst beschlossene Novellierung der Krankenhausstatistik schafft dafür die geeignete Grundlage.

Für den Zeitraum des Nachweises kann es sich lediglich um die Jahresdurchschnittszahlen handeln. Alles andere steht in keinem Verhältnis. Als Erhebungsinstrument sind hier ebenso Stichtagsmessungen in Betracht zu ziehen, ähnlich wie bei der Erfassung des Personaleinsatzes nach PsychPV an vier Erhebungszeitpunkten im Jahr.

4. § 137 i Absatz 5 SGB V

4.1 Vergütungsabschlüsse

Stellungnahme

In den letzten Jahren hat man in einigen Ländern (z.B. USA, Australien, Südkorea, Japan, Wales) verpflichtende, nach oben justierbare Mindest-Nurse-to-Patient Ratios festgelegt oder begonnen, Regelungen und Gesetze zu entwickeln, um verpflichtende Nurse-to-Patient Ratios zu implementieren. Dabei ist zu bemerken, dass eine zunehmende Zahl von Ländern die Einführung von Nurse-to-Patient Ratios gesetzlich regelt und dass es beträchtliche Variationen bei den tatsächlichen Quotienten gibt, selbst dann, wenn Begriffe wie „Internistischer“ oder „Chirurgischer“ Bereich verwendet werden. Daher existiert kein für Deutschland entsprechendes Referenzmodell, das eins zu eins zu übertragen wäre. Die Sanktionsmechanismen in diesen Ländern sind ebenfalls äußerst unterschiedlich ausgestaltet und zum Teil über Stufenkonzepte sehr differenziert ausgestaltet. Reine Vergütungsabschlüsse bzw. eine Nichtvergütung bestimmter Krankenhausleistungen findet man im internationalen Vergleich allerdings selten. Da Geldbußen als al-

leiniges oder primäres Sanktionsmittel als problematisch für die Durchsetzung vorgegebener Mindestbesetzungen zu sein scheinen. Bewegen sie sich auf einem relativ niedrigen Niveau, ist das System anfällig für Kosten-Nutzen-Erwägungen. Bewegen sich die Geldstrafen auf einem relativ hohen Niveau, können sie womöglich die wirtschaftliche Existenz eines Krankenhauses gefährden, das für die Versorgung einer bestimmten Region unverzichtbar ist. Dies kann beispielsweise für kleinere Kliniken in abgelegenen ländlichen Regionen gelten. Eine Erhöhung der Anzahl des Pflegepersonals vor allem für vulnerable Patientengruppen scheint auf diesem Weg nicht sicher realisierbar zu sein.

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland fordern

Vergütungsabschläge fördern in keiner Weise die Qualität der Zuwendungspflege für vulnerable Patientengruppen. Anstatt Vergütungsabschläge als Sanktion festzulegen, sollten Vergütungszuschläge als Anreiz für eine verbesserte Nurse-to-Patient Ratio ins Gesetz aufgenommen werden. Dies würde dem beabsichtigten Ziel der Verbesserung der Pflege am Bett viel mehr gerecht.