

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)250(8)

gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2022 - Personalbemessung

19.11.2020



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.11.2020

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
Jetzt bedarfsgerechte Personalbemessung
in Krankenhäusern einführen
BT-Drs. 19/17544 vom 04.03.2020

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme	4
Forderung einer gesetzlichen Grundlage für die Einführung der PPR 2.0.....	4
Forderung einer Personalbemessung für die Intensivmedizin und Pädiatrie	5
Forderung der Aufhebung der Pflegepersonaluntergrenzen	6

I. Vorbemerkung

Es ist ein Anliegen des GKV-Spitzenverbandes, dass sich die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern und dadurch die pflegerische Versorgung der Patienten verbessern. Im Fokus steht dabei die Frage, wie eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ermittelt wird. Hierbei sind zwei Ansätze zu unterscheiden: Erstens eine am Pflegebedarf orientierte Pflegepersonalbemessung, die auf eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zielt. Und zweitens die Definition einer pflegerischen Mindestversorgung, um Patienten nicht durch eine riskante Unterversorgung zu gefährden. Beide Ansätze sind notwendig.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes darf eine Pflegepersonalbedarfsbemessung keine weiteren Dokumentationsverpflichtungen auf Seiten der Pflegekräfte auslösen. Zukunftsorientiert ist daher, dass die Pflegeprozessdokumentation, die zu den Kernaufgaben in der Pflege gehört, in einer Weise standardisiert und vollständig digitalisiert wird, dass daraus der am Bedarf ausgerichtete Pflegepersonalbedarf – sowohl an Pflegefachkräften als auch an Hilfskräften – automatisch ermittelt werden kann. Soll die Pflegepersonalbedarfsbemessung auch Grundlage für die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen werden, ist eine standardisierte und valide Erfassung zwingende Voraussetzung. Die von ver.di, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Deutschen Pflegerat (DPR) präsentierte PPR 2.0 erfüllt diese Kriterien nicht.

Ver.di, DKG und DPR intendieren mit ihrem Vorschlag, dem sich die Fraktion DIE LINKE in ihrem Antrag anschließt, die Pflegepersonaluntergrenzenregelung abzuschaffen. Die PPR 2.0 definiert jedoch kein pflegerisches Mindestversorgungsniveau und kann daher die eigenständige Bedeutung für den Patienten- und Arbeitnehmerschutz, welche die Pflegepersonaluntergrenzenregelung hat, nicht ersetzen.

Aus den genannten Gründen hält der GKV-Spitzenverband es nicht für zielführend, die PPR 2.0 einzuführen und gleichzeitig den § 137i SGB V zu den Pflegepersonaluntergrenzen zu streichen. Gleichwohl wird das Anliegen unterstützt, eine moderne Pflegepersonalbedarfsermittlung zu entwickeln und zu implementieren.

Im Folgenden werden die einzelnen Argumente aus dem Antrag der Fraktion DIE LINKE aufgegriffen und bewertet.

II. Stellungnahme

Die PPR 2.0 wird in dem Antrag als ein erprobtes und unmittelbar einsatzfähiges Instrument dargestellt, welches auf Grundlage der Erfassung des Pflegebedarfs der Patienten den Pflegepersonalbedarf ermittelt. Der GKV-Spitzenverband ist jedoch der Ansicht, dass dies nicht der Fall ist. Die konzeptionelle Grundlage ist nicht ausgereift. Bislang wurde die PPR 2.0 in nur 44 Krankenhäusern sieben Tage probenhalber angewendet. Im Ergebnis haben die Mitarbeiter in einer Vielzahl von Krankenhäusern zahlreiche Defizite identifiziert und die PPR 2.0 als nicht besonders aufwandsarm charakterisiert. Nicht untersucht wurde, ob unabhängig von der Person, die die PPR 2.0 anwendet, auch die gleichen Ergebnisse erzielt werden. Dies ist jedoch essenziell, damit in allen Krankenhäusern eine gleichgerichtete Anwendung erfolgen und das Instrument im Zuge der Budgetermittlung herangezogen werden kann.

Die PPR 2.0 ist zwar im Vergleich zur PPR von 1993 inhaltlich weiterentwickelt worden, jedoch bestehen weiterhin grundlegende Kritikpunkte an diesem Instrument. Diese sind unter anderem:

- Der Bürokratieaufwand für Pflegekräfte, die täglich rund 400.000 Patientinnen und Patienten einstufen sollen, ist erheblich.
- Die verwendete Terminologie zur Einstufung der Patientinnen und Patienten bietet großen Interpretationsspielraum, was dazu führen kann, dass verschiedene Personen eine Patientin oder einen Patienten jeweils verschieden einstufen.
- Die Einstufungsmöglichkeiten sind pflegfachlich sehr begrenzt: Der Pflegeprozess eines Patienten ist mit dem Instrument nicht abbildbar, weshalb Pflegekräfte den Pflegebedarf zum Teil subjektiv einschätzen müssen.
- Die Intensivmedizin und die Pädiatrie sind in der PPR 2.0 nicht umfasst.
- Der vorhandene Qualifikationsmix der Pflegekräfte wird in der Pflegepersonalbemessung nicht berücksichtigt.
- Durch die Umsetzung der PPR 2.0 werden keine qualitätssichernden Impulse gegeben; es wird ausschließlich die Information generiert, wie viele Pflegekräfte anhand der Einstufung erforderlich sind und wie groß die Differenz zur Ist-Personalausstattung ist.

Forderung einer gesetzlichen Grundlage für die Einführung der PPR 2.0

Die gesetzliche Grundlage und Verordnung zur Einführung der PPR 2.0 soll laut dem Antrag in Anlehnung an die publizierten „Eckpunkte zur Umsetzung der PPR 2.0“ erfolgen. Nächste-hend wird zu drei ausgewählten Aspekten des Eckpunktepapiers Stellung genommen:

1. Budgetrelevanz ohne Prüfverfahren und Maßnahmen bei Umsetzungsdefiziten:

ver.di, DKG und DPR legen als unabdingbare Grundvoraussetzung für die umzusetzenden Eckpunkte die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten auf Basis der PPR 2.0 zugrunde. Dabei soll die PPR 2.0 zukünftig als Grundlage für die Pflegepersonalbemessung in den Budgetverhandlungen verwendet werden. Ein Prüfverfahren zu dem gemessenen Pflegebedarf und eine Konsequenz, sollten die Soll-Pflegepersonalstellen nicht besetzt sein, wird jedoch nicht vorgesehen. Aufgrund der Budgetrelevanz wäre ein Prüfverfahren erforderlich, was damit einhergeht, dass die tägliche Einstufung der Patienten auch mit einer plausiblen Leistungsdokumentation nachgewiesen werden müsste. Bei falschen oder fragwürdigen Einstufungen und auch wenn die ermittelten Soll-Pflegepersonalstellen nicht erreicht wurden, wären entsprechende Pflegebudgetkürzungen erforderlich.

2. Normative Nachtdienstregelung:

Für den Nachtdienst wurden normative Regelungen zur Pflegepersonalbesetzung formuliert, wobei die im Eckpunktepapier festgelegte Besetzung eher eine Pflegepersonaluntergrenze als einen bedarfsgerechten Pflegepersonaleinsatz abbildet (bis zu 40 Patienten zu mindestens einer Pflegefachkraft und einer Pflegehilfskraft in der stufenweisen Übergangsphase). Für nicht näher operationalisierte „kleinere Stationen“ soll sogar eine Besetzung mit einer Pflegefachkraft im Nachtdienst möglich sein.

3. Fehlende Transparenz:

Das Eckpunktepapier enthält ausschließlich Regelungen innerhalb eines Krankenhauses zur Information über das erhobene „Soll“ und das vorhandene „Ist“ an Pflegepersonal. Die Information von Patienten sowie Kostenträgern und Politik wird unter der Rubrik „Transparenz“ nicht dargelegt.

Forderung einer Personalbemessung für die Intensivmedizin und Pädiatrie

Die Fraktion Die LINKE fordert die Bundesregierung dazu auf, die maßgeblichen Akteure zu beauftragen, Instrumente zur Personalbemessung für die Intensivmedizin und die Pädiatrie zu entwickeln und verweist dabei auf das Vorhaben in Punkt 7 des Eckpunktepapiers von ver.di, DKG und DPR. Hierzu soll es von den drei Akteuren Entwicklungsansätze geben, die bislang jedoch nicht bekannt gemacht wurden.

Darüber hinaus ist eine Beauftragung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bereits im Rahmen der Maßnahmen der Konzentrierten Aktion Pflege erfolgt, wonach die Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument entwickeln, erproben und zur Umsetzung vorschlagen sollen. Der GKV-Spitzenverband setzt sich in diesem Kontext dafür ein, ein Instrument zu ent-

wickeln, welches auf einer standardisierten und vollständig digital erfassten Pflegeprozessdokumentation aufsetzt. Auf diese Weise kann ohne zusätzliche Dokumentationsaufwände seitens der Pflegekräfte eine berufsgruppenspezifische Pflegepersonalbemessung erfolgen, die sich am Pflegebedarf der Patienten orientiert.

Forderung der Aufhebung der Pflegepersonaluntergrenzen

Die Fraktion DIE LINKE betont in dem Antrag, dass die PPR 2.0 anstelle der Pflegepersonaluntergrenzen umgesetzt werden soll. Die Pflegepersonaluntergrenzen in der Intensivmedizin sollen allerdings erst dann aufgehoben werden, wenn das für diesen Bereich noch zu entwickelnde Personalbemessungsinstrument eingesetzt werden kann. Der GKV-Spitzenverband sieht die Pflegepersonaluntergrenzen als ein wichtiges Instrument an, welches den Patientenschutz und den Schutz des Pflegepersonals vor Überlastung adressiert. Die Pflegepersonaluntergrenzen definieren eine „rote Linie“ der Mindest-Pflegepersonalbesetzung zu einer bestimmten Patientenzahl, die nicht unterschritten werden darf. Die Analyse der Daten des Jahres 2019 offenbart, dass in rund 10 % aller Schichten in den vier pflegesensitiven Bereichen, zu denen es im Jahr 2019 Pflegepersonaluntergrenzen gab, diese Mindestvorgaben nicht eingehalten wurden. Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Patientengefährdung kommt, steigt bei Unterschreiten der Untergrenzen. Die Kliniken könnten mit einer Fallzahlreduktion bei den elektiven Eingriffen reagieren, um sowohl die Patienten als auch ihr Pflegepersonal zu schützen. Nur die Untergrenzenregelung enthält einen entsprechenden Anreiz, nicht die PPR 2.0. Die PPR 2.0 gibt eine Soll-Vorgabe an erforderlichem Pflegepersonal wieder, die anhand des eingestuften Pflegebedarfs ermittelt wurde. Somit adressiert die PPR 2.0 eine bedarfsgerechte Personalbesetzung, die dementsprechend höher ist, als eine Minimalvorgabe. Bei einer knappen Pflegepersonalressource ist jedoch diese Minimalvorgabe in Form einer nicht zu unterschreitenden „roten Linie“ erforderlich, um sicherzustellen, dass zu jedem Zeitpunkt eine entsprechende Personalbesetzung im Sinne des Patienten- und Mitarbeiter-schutzes vorhanden ist.