

Stellungnahme der Einzelsachverständigen

Bernadette Rümmelin

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE im Deutschen Bundestag „Jetzt bedarfsgerechte Personalbemessung in Krankenhäusern einführen.“ (BT-Drucksache 19/17544)

18. November 2020

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) vertritt die Interessen von 266 katholischen Krankenhäusern an 344 Standorten bundesweit. Seine Mitglieder sind Arbeitgeber für mehr als 67.000 Pflegekräfte (Vollzeitkräfte).

Die Pflegekräfte in unseren katholischen Kliniken leisten Enormes für die kranken- und pflegebedürftigen Menschen in unserem Land. Das gilt nicht erst seit Beginn der Corona-Pandemie. Neben Lob und Anerkennung sind nun auch konkrete Schritte notwendig, um ihre Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern.

Bereits vor Beginn der Pandemie hat sich gezeigt, dass die Personaluntergrenzen in der Pflege nicht zu den erhofften Verbesserungen führten. Für die Pflegekräfte brachten sie im Gegenteil Mehrarbeit, kurzfristige Dienstplanänderungen und Rückrufe aus dem Frei. Hinzu kamen mehr Bürokratie, gesperrte Intensivbetten und Kliniken, die sich von der Notfallversorgung abmelden mussten. Die Untergrößen-Regelung hat ihre Zielsetzung nicht erreicht und sollte daher durch ein neues Personalbemessungsinstrument für Pflegekräfte ersetzt werden. Wichtig ist dabei, den individuellen Pflegebedarf der Patienten in den Fokus zu rücken und den Pflegeteams Gestaltungsfreiheit zu geben.

Die bislang gemachten Erfahrungen mit den Pflegepersonaluntergrößen nach §137i SGB V zeigen deutlich, dass starre, statistische Vorgaben kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der angespannten Situation in der Pflege sind. Bereits in der Entwicklung der Personaluntergrößen zeigten sich methodische Schwächen: eine fehlende Evidenz und starre, auf fiktive Modellstationen bezogene nurse-to-patient-ratios, die den individuellen Pflegebedarf des einzelnen Patienten nicht ausreichend berücksichtigen. Der Pflegeaufwand variiert von Patient zu Patient und von Tag zu Tag. Vor diesem Hintergrund kritisieren wir nach wie vor die Methodik der Festlegung der schematischen und unabdingbaren Grenzziehung

von 25 Prozent, die nie pflegewissenschaftlich evaluiert wurde und seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen fortgeschrieben wird.

Zur Verbesserung der Situation der Pflegenden im Krankenhaus muss aus unserer Sicht ein Instrument zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs entwickelt und eingeführt werden. Ein pragmatisches Bemessungssystem sollte den Pflegepersonalbedarf für das gesamte Krankenhaus definieren und Krankenhäusern damit einen Rahmen für die Planung ihres Personaleinsatzes unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Patientenbedürfnisse bieten.

Mit dem Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 liegt ein solches Instrument vor, das besser und unbürokratischer funktioniert. Es ist die wissenschaftliche Weiterentwicklung der in der Pflegepraxis gut bekannten „alten“ Pflegepersonalrichtlinie (PPR - alt), die bis 1997 im klinischen Einsatz war und heute noch im Rahmen der DRG-Kalkulation von den Kalkulationshäusern zur Datenerhebung genutzt wird. Im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege wurden Krankenkassen und DKG gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR), Gewerkschaften und Arbeitgebern beauftragt, ein entsprechendes Konzept zum Einsatz in der Pflegepraxis entwickeln. Im Dezember 2019 haben DKG, DPR und die Gewerkschaft ver.di eine solche Übergangslösung vorgelegt. Auch der kkvd hat maßgeblichen Anteil an der Konzeption der PPR 2.0.

Dieses Instrument wurde aus der Praxis heraus als eine Reaktion auf die Unzufriedenheit der Pflegenden entwickelt. Damit lässt sich der tatsächliche Pflegeaufwand orientiert am Patienten passgenau ermitteln. Dies ist notwendig, um ganzheitliche und moderne Pflegekonzepte umzusetzen. Darin enthalten sind wertvolle Hinweise aus der Konzertierte Aktion Pflege, einer Vielzahl an Organisationen und Ministerien. Zudem haben eine ganze Reihe unserer Mitgliedseinrichtungen am Pre-Test zur Umsetzbarkeit der PPR 2.0 in der Klinikpraxis mitgewirkt. Über mehrere Wochen wurde die Anwendung dieses Tool ausgewertet und mit der „alten“ Pflegepersonalregelung (bis 1997) verglichen.

Es wurde deutlich, dass das Verfahren PPR 2.0 eine deutlich bedarfsgerechtere Darstellung ermöglicht. Zudem ist die Anwendung in der Praxis sehr einfach und schnell zu erlernen. So konnten im Pre-Test MitarbeiterInnen, welche die alte PPR nicht kannten, nach einer kurzen Erläuterung der Anwendung (30-60 Minuten) die PPR 2.0 sachgemäß nutzen. Die Einstufung erfolgt anhand von Pflegemaßnahmen, die täglich in der Praxis auftreten. Daher werden keine komplizierten Handbücher oder Codes benötigt, wie es z.B. bei einer Nursing-DRG (NRG) der Fall wäre. Langwierige Dokumentationen wie sie mit einem NRG-System einhergehen, sind Pflegekräften nicht zuzumuten. Dies hat der Deutsche Pflegerat bereits 2016

in einem Positionspapier zum Ausdruck gebracht und untermauert, dass die Implementierung von NRG den Dokumentationsaufwand unschätzbar erhöht. Diese Einschätzung teilt der kkvd und sieht sie nicht zuletzt durch die Abschaffung des sehr dokumentationsaufwendigen PKMS im Jahr 2021 verstärkt.

Des Weiteren zeigten Erfahrungen mit dem Pre-Test auch, dass die PPR 2.0 für die Dienstübergabe in der Pflege genutzt wird sowie bei der Verlegung von Patienten um kurz und präzise eine Übersicht über den Pflegestatus zu bekommen. Sie leistet somit einen Beitrag zur professionellen Anwendung von Fachsprache in der Pflege.

Insofern könnte durch die PPR 2.0 im Vergleich zu der aktuell geltenden Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) der Dokumentationsaufwand für die Pflegenden auf den Stationen deutlich verringert werden. Die Pflegenden würden nach dieser Einordnung mehr Zeit für eine individuelle, bedarfsgerechte Versorgung der Patienten bekommen. Mit diesem Instrument können die pflegerischen Bereichsleitungen in den Einrichtungen einschätzen, welches Personal, wo, wann und in welcher Zusammensetzung gebraucht wird.

Klar ist aber auch, dass zur 100-prozentigen Erfüllung einer PPR 2.0-Personalausstattung zukünftig mehr Pflegekräfte benötigt werden. Zudem werden mit diesem Instrument ebenfalls Nachweispflichten verbunden sein, durch die die Krankenhäuser die Ausgaben für das durch die PPR 2.0 ermittelte Pflegebudget nachweisen. Insgesamt ist die PPR 2.0 dennoch weitaus praktikabler als die aktuellen PpUG.

Unabdingbare Grundvoraussetzung für die Einführung der PPR 2.0 ist die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der PPR 2.0. Die gesetzlichen Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen in § 137i SGB V sowie zum Pflegequotienten nach § 137j SGB V können mit Einführung des neuen Instruments wegfallen. Die PPR 2.0 kann zukünftig als Grundlage für die Personalbemessung in den Pflegebudgetverhandlungen dienen.

Der Ganzhaus-Ansatz, der hinter der PPR 2.0 steht, überträgt die Zuständigkeit und Verantwortung für den konkreten Personaleinsatz wieder auf die Kliniken und die Pflegeverantwortlichen im Stationsalltag. Die PPR 2.0 ist kein abschließendes Instrument. Aber sie ist ein Start für gute Pflege, die sich am konkreten Pflegebedarf der Patienten orientiert und damit die Voraussetzungen für attraktive Arbeitsbedingungen schafft. Das Bundesministerium für Gesundheit muss die wissenschaftliche Entwicklung eines endgültigen Instruments zur Messung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern grundsätzlich auf den Weg bringen. Besten-

falls kann ein endgültiges Instrument auch die gezielte Weiterentwicklung der PPR 2.0 sein. Flankiert werden muss dies durch weitere Maßnahmen aus der Konzentrierten Aktion Pflege, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, damit sich mehr Menschen für die Arbeit in einem Pflegeberuf entscheiden.

Mit der PPR 2.0 liegt ein pflegewissenschaftlich entwickeltes und evaluiertes Interimsmodell zur Personalbemessung vor. Nun ist der Gesetzgeber gefordert die gesetzliche Grundlage zur Einführung eines Instrumentes zur bedarfsorientierten Bemessung des Pflegebedarfs im Krankenhaus zu schaffen. Sofern es die Entwicklung der Pandemie zulässt, sollte es ab 2021 verbindlich zur Bedarfsbemessung des Pflegepersonals in Krankenhäusern eingeführt werden.

Kontakt:

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)

Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin

Telefon +49 (0)30 2408368 11

kkvd@caritas.de | www.kkvd.de

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit rund 400 katholische Krankenhäuser mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden.