

Peer Köpf, Bernd Metzinger

Pflegepersonaluntergrenzen

Aufgrund einer ministeriellen Verordnung im Rahmen einer Ersatzvornahme werden ab dem 1. Januar 2019 in pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser Pflegepersonaluntergrenzen gelten, die vom 2. Quartal 2019 an auch sanktionsbewehrt sein werden. Für die Krankenhäuser bedeutet dies erneut Zuwachs an Dokumentations-Belastung und – falls das notwendige Pflegepersonal am Markt nicht verfügbar ist – finanzielle Verluste durch Sanktionen oder eine Einschränkung der Patientenzahlen in diesen Bereichen. Insbesondere in der Intensivmedizin kann es hierbei für Patienten zu kritischen Engpässen kommen.

Gesetzliche Grundlage

Mit dem im Zuge des Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten am 24. Juli 2017 in Kraft getretenen § 137i SGB V sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband mit der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen bis zum 30. Juni 2018 – mit Wirkung zum 1. Januar 2019 – beauftragt worden. Ziele des Gesetzgebers waren eine Entlastung des Pflegepersonals und eine Verbesserung des Patientenschutzes durch Verringerung unerwünschter Ereignisse. Dabei sind folgende gesetzliche Vorgaben Vereinbarungsgegenstand der Selbstverwaltung:

- Bestimmung von pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus
- Festlegung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen einschließlich der dazugehörigen Intensivseinheiten und entsprechender Vorgaben zur Nachtdienstbesetzung für alle gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser
- Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten aus anderen Krankenhausbereichen
- Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen
- Anforderungen an den Nachweis (Nachweisvereinbarung)
- Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (Vergütungsabschlagsvereinbarung)
- Rahmenvereinbarung über die Mehrkosten, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen (Mehrkostenvereinbarung)

Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung für die Vereinbarung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen eine Frist bis zum 30. Juni 2018 gesetzt. Zu einer Einigung der Selbstverwaltung kam es nicht, sodass das Bundesgesundheitsministerium am 5. Oktober 2018 per Ersatzvornahme die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) erlassen hat.

Auch für die Nachweis- und Vergütungsabschlagsvereinbarung galt eine gesetzliche Frist bis zum 30. Juni 2018, andernfalls ist

ein automatisches Schiedsstellenverfahren innerhalb von sechs Wochen vorgesehen. Beide Vereinbarungen sind jedoch von der eigentlichen Pflegepersonaluntergrenzen-Vereinbarung bzw. der PpUGV abhängig und können nicht unabhängig davon abgeschlossen werden. In Abstimmung mit der Schiedsstelle und dem Bundesgesundheitsministerium wurde daher das Schiedsstellenverfahren bis zum Inkrafttreten der PpUGV de facto ruhend gestellt.

Was sind pflegesensitive Bereiche?

Laut Gesetzesbegründung zum § 137i SGB V bedeutet Pflege-sensitivität, dass unter Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegekräfte und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse (beispielsweise Dekubitus), evident ist. Demnach sind also pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse anfällig, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt. Diese Konzeption der pflegesensitiven Bereiche basiert auf einem Gutachten des Hamburg Center for Health Economics (hche) vom 16. November 2016¹⁾, in dem der Zusammenhang zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in einzelnen Fachabteilungen von Krankenhäusern unter Verwendung der Daten nach § 21 KHEntgG und der Qualitätsberichte untersucht wurde. Im Ergebnis wurden 15 Fachabteilungen identifiziert, für die sich dieser Zusammenhang nachweisen lässt.

Die Selbstverwaltungspartner haben sich nach weiteren Auswertungen und Analysen – wie etwa PKMS-Fälle einer Fachabteilung bzw. den Anteilen an Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984) oder an Funktionseinschränkungen (Diagnosen U50, U51, U52) einer Fachabteilung – auf folgende sechs pflegesensitiven Bereiche geeinigt:

- Geriatrie
- Neurologie
- Kardiologie
- Herzchirurgie
- Unfallchirurgie
- Intensivmedizin.

Eine Pflegeexpertenbefragung des IGES-Instituts zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen²⁾ Anfang 2018 hat diese Auswahl weitgehend bestätigt. Das IGES-Institut hat im Auftrag von DKG und GKV-Spitzenverband zu diesem Zweck insgesamt 75 Pflegewissenschaftler, Pflegedirektoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie Pflegefachkräfte befragt.

Was sind Pflegepersonaluntergrenzen?

Sowohl in der politischen Diskussion als auch in den Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner stand insbesondere die

Frage im Mittelpunkt, welchen Charakter eigentlich Pflegepersonaluntergrenzen – in Verhältnis zum Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V und damit auch zu Personalanhaltszahlen bzw. Personalbemessungsinstrumenten – haben. Der Begriff der Pflegepersonaluntergrenzen ist mit dem § 137 i SGB V insofern neu eingeführt worden und war bisher in dieser Form weder als Legaldefinition noch als anderweitig verwendetes Personaleinsatzinstrument bekannt. Gemäß Gesetzesbegründung sind Pflegepersonaluntergrenzen als Mindeststandards zu verstehen. Es handelt sich demnach um Verhältniszahlen, die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden. Die Untergrenze beschreibt insofern das pflegerische Versorgungsniveau, unter dem keine tolerable Patientenversorgung mehr gewährleistet ist. Diese Auffassung wurde durch das Bundesgesundheitsministerium bestätigt.

Demnach sind Pflegepersonaluntergrenzen als Baustein im System der qualitätsorientierten Krankenhausvergütung unter dem Aspekt der Vermeidung von Patientengefährdung zu verstehen. Pflegepersonaluntergrenzen legen – im Gegensatz zum Wirtschaftlichkeitsgebot – nicht die im Einzelfall angemessene Personalausstattung fest. Insofern sind die Untergrenzen als „rote Linie“ zu verstehen und eben nicht als Personalanhaltszahlen, die die Normpersonalausstattung regeln.

Wirtschaftlichkeitsgebot	Pflegepersonaluntergrenzen
Versorgung – ausreichend – zweckmäßig – wirtschaftlich – das Maß des Notwendigen nicht überschreitend	– Baustein im System der qualitätsorientierten Krankenhausvergütung – Gewährleistung der Patientensicherheit in pflegesensitiven Bereichen – Verringerung von Patientengefährdungen
– Personalbedarf anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls	– Zugewinn an Versorgungssicherheit – Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum – nicht aber Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung

DKG und GKV-Spitzenverband hatten sich bereits aufgrund der mangelnden Datenlage zur Pflegepersonalbesetzung im Zeit- und Arbeitsplan an das BMG im September 2017 im Grundsatz darauf verständigt, dass die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentilansatzes“ erfolgen soll, der neben der tatsächlichen Pflegepersonalausstattung auch den Pflegeaufwand der Patienten berücksichtigt. Hierzu wurde das InEK mit der Erarbeitung des Pflegelastkatalogs beauftragt. Der Perzentilansatz geht ebenfalls auf das hche-Gutachten zurück, das im Rahmen der Beratungen in der Pflegeexpertenkommission vom BMG beauftragt worden war. Gemäß dem Ansatz wird das Versorgungsniveau über eine Pflegepersonaluntergrenze normiert, die dem x-ten Perzentil (zum Beispiel Dezil oder Quartil) entspricht. Krankenhäuser, deren Personal-

Sentina® Einweginstrumente **NEU** Der sichere Weg - Einweg.

- Sicherheit für Patienten und Anwender
- hohe Qualität und präzises Handling
- Zeitgewinn und Einsparpotentiale



Mehr zu Sentina
Einweginstrumente:

Sentina-Einweginstrumente.info

ausstattung unterhalb einer Pflegepersonaluntergrenze eines pflegesensitiven Bereichs liegt, müssen dann das Verhältnis von Pflegenden zu Patienten bzw. zu deren Pflegelast mindestens bis zur Perzentilgrenze verbessern. Mit der Erhebung der Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zu den versorgten Patienten und deren Pflegelast in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen haben DKG und GKV-Spitzenverband im März 2018 die KPMG AG beauftragt.

Weiterer Verlauf der Verhandlungen

DKG und GKV-Spitzenverband verhandelten ab Juli 2017 in monatlichen Verhandlungsrunden unter Beteiligung des Bundesgesundheitsministeriums, des InEK sowie teilweise des IQ-TIG. Darüber hinaus wurden die laut Gesetz zu beteiligenden Organisationen (Gewerkschaften, Patientenvertreter, Arbeitgeberverbände, Fachgesellschaften, Deutscher Pflegerat) einmal pro Quartal in sog. „Großen Verhandlungsrunden“ eingebunden.

Die Vertragsparteien haben sich – unter Moderation des Bundesgesundheitsministeriums – auf folgende Eckpunkte für eine Pflegepersonaluntergrenzen-Vereinbarung geeinigt:

- Die Pflegepersonaluntergrenzen sind als monatsbezogener Durchschnitt einzuhalten, allerdings erfolgt eine quartalsweise Meldung von einzelnen nicht eingehaltenen Schichten an das InEK und die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG.
- Die Berücksichtigung des Pflegeaufwands erfolgt unter Anwendung des InEK-Pflegelastkatalogs³⁾ als Eingruppierung der pflegesensitiven Bereiche in jeweils drei Schweregradgruppen: leicht, mittel und schwer.
- Das InEK ermittelt die pflegesensitiven Bereiche krankenhaushausindividuell anhand ausgewählter DRG-Indikatoren bzw. der ausgewiesenen Fachabteilungen und führt zudem die Einordnung in die Schweregradgruppen durch.
- Die vom Gesetz geforderte besondere Berücksichtigung der Nachtschichten erfolgt über eine Abgrenzung der Tagschicht von 6 bis 22 Uhr und der Nachtschicht von 22 bis 6 Uhr. Für diese Schichten gelten jeweils eigene Untergrößen, zudem sollen auch Unterschiede zwischen Wochentagen und dem Wochenende berücksichtigt werden.

Letztlich hatten GKV-Spitzenverband und Bundesgesundheitsministerium gefordert, dass die Untergrößen kategorisch auf Grundlage des sog. Quartalswertes der KPMG-Auswertungen festgelegt werden. Dies bedeutet, dass der Grenzwert der „unteren“ 25 % der Krankenhäuser mit der schlechtesten Personalausstattung als Untergröße festgelegt wird. Damit hätten per se 25 % der Krankenhäuser im jeweiligen pflegesensitiven Bereich als Nichterfüller – auch bei guter Personalausstattung – gegolten.

Problematische Datenlage

Für den Bereich der Intensivmedizin hätte dies bedeutet, dass tagsüber ein Personalschlüssel von 1:2 und nachts von 1:3 einzuhalten wäre. Damit hätten die Vorgaben denen der Fachgesellschaften für eine Idealbesetzung entsprochen. Selbst viele

Kliniken der Maximalversorgung halten eine so hohe Personalausstattung nicht vor. Eine Umfrage der DKG unter Mitgliedshäusern hat ergeben, dass lediglich drei von 24 befragten Häusern diese Vorgaben eingehalten hätten – keine der Intensivseinheiten mit mehr als 15 Betten hätten diese Vorgaben erfüllt. Der Vorstand der DKG konnte daher einer Vereinbarung auf Grundlage dieser Werte nicht zustimmen. Kritisch ist dabei insbesondere die unzureichende und aus Sicht der DKG nicht repräsentativen Datengrundlage des KPMG-Gutachtens⁴⁾ zu bewerten. So lag der die Gesamtzahl der verwertbaren Rückläufer bei lediglich 177 pflegesensitiven Bereichen aus 139 Krankenhäusern. Auf die Intensivmedizin fielen 66 Rückläufer, auf die Herzchirurgie 14, auf die Unfallchirurgie 22, auf die Kardiologie 21, auf die Neurologie 24 und auf die Geriatrie 30.

Die DKG hatte stattdessen alternativ vorgeschlagen, in einem sanktionsfreien Erprobungsjahr 2019 über die sowieso vorgesehenen Datenlieferungen an das InEK eine breite, verlässliche Datengrundlage zu schaffen, um dann verbindliche Untergrößen auf der Basis des Dezilwertes (10-%-Grenze) ab dem Jahr 2020 festzusetzen.

Ersatzvornahme durch das BMG

Das Bundesgesundheitsministerium hat daraufhin die Ersatzvornahme eingeleitet und am 23. August 2018 einen Referentenentwurf für die Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung veröffentlicht. Dieser basierte im Wesentlichen auf den bisherigen Verhandlungsergebnissen der Selbstverwaltung unter Anwendung der Quartilswerte der KPMG-Studie, was zu den o. g. Pflegepersonalschlüsseln in der Intensivmedizin geführt hätte. Die vom Bundesgesundheitsminister am 5. Oktober 2018 erlassene Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung (PpUGV) sieht nunmehr vor, dass für die Intensivmedizin zumindest bis zum 31. Dezember 2020 ein Personalschlüssel von 1:2,5 tagsüber und 1:3,5 nachts gilt. Es erfolgt zudem keine Schweregradadjustierung gemäß dem InEK-Pflegelastkatalog. Die Verordnung enthält des Weiteren folgende wesentliche Punkte:

Anwendungsbereich

Als pflegesensitive Bereiche werden die Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie festgelegt. Für die beiden Bereiche Neurologie und Herzchirurgie werden jedoch keine Untergrößen (§ 6 PpUGV) festgelegt. Zudem besteht keine Verpflichtung der Krankenhäuser, die entsprechenden Daten (Fachabteilungsbezeichnungen und dazugehörige Stationen) an das InEK zu melden.

Definition Pflegepersonal

Neben Pflegefachkräften (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) mit mindestens dreijähriger Ausbildung gelten gemäß § 2 Absatz 1 PpUGV zudem Pflegehilfskräfte mit folgender Qualifikation als Pflegekräfte im Sinne der PpUGV:

- Erfolgreicher Abschluss einer landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildung mit mindestens einjähriger

Dauer, die die Mindestanforderungen der „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ erfüllt,

- Erfolgreicher Abschluss einer landesrechtlich geregelten Ausbildung in der Krankenpflege oder Altenpflege mit mindestens einjähriger Dauer,
 - Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer auf Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung.
- Für das so definierte Pflegehilfspersonal gelten gemäß § 6 Absatz 2 PpUGV maximale Anteilswerte zur Anrechnung auf die Pflegepersonaluntergrenzen, die nicht überschritten werden dürfen.

Definition Schichten

Gemäß § 2 Absatz 2 PpUGV werden die Tagschicht (6 bis 22 Uhr) und die Nachtschicht (22 bis 6 Uhr) festgelegt. Es wird klargestellt, dass diese Vorgaben vor Ort abweichende Schicht-einteilungen unberührt lassen. Sofern eine Schicht sowohl den Zeitraum der Tagschicht als auch der Nachtschicht gemäß Verordnung erfasst (zum Beispiel wenn die Nachtschicht von 20 bis 6 Uhr dauert), muss das für diese Schicht vorgehaltene Personal anteilig den beiden Schichten zugeordnet werden.

Ermittlung pflegesensitiver Bereiche

Das InEK ermittelt gemäß § 3 PpUGV bis zum 31. Oktober 2018 die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern auf Grundlage der nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten und der Indikator-DRGs. Dabei ist eine Fachabteilung ein pflegesensitiver Bereich, wenn sie entweder als Fachabteilung der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder Herzchirurgie in den Daten nach § 21 KHEntgG ausgewiesen ist oder einen Anteil von mindestens 40 Prozent der Fälle gemäß der jeweiligen Indikator-DRGs aufweist.

Für die Intensivmedizin gilt ein abweichendes Verfahren (§ 3 Absatz 4 PpUGV). Die als intensivmedizinische Behandlungseinheiten aufgestellten Betten einer Station sind dann ein pflegesensitiver Bereich, wenn in den Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2017 eines Krankenhauses mindestens 400 Fälle mit den OPS 8-980 oder 8-98f enthalten sind.

Datenübermittlung an das InEK

Das InEK übermittelt den Krankenhäusern bis zum 15. November 2018 die Ergebnisse der Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche. Die Krankenhäuser sind daraufhin gemäß § 5 Absatz 3 PpUGV verpflichtet, dem InEK die Namen der als pflegesensitiv ermittelten Fachabteilungen sowie sämtliche dazugehörigen

— Anzeige —












Rechtssicherheit für das Gesundheitswesen

Unsere Rechtsanwälte und Steuerberater vertreten Krankenhäuser und Universitätskliniken, Arztpraxen, Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller, Krankenkassen und wirtschaftliche Einrichtungen. Wir beraten Sie in verschiedenen Rechtsgebieten in Bezug auf alle Fragestellungen und Neuerungen im Gesundheitswesen sowie im Bereich Life Science. Von der öffentlichen Ausschreibung und Kooperation über Ausgliederungen und Transaktionen bis hin zu Umstrukturierungen: In allen Belangen stehen Ihnen unsere Experten zur Seite. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme. | www.heuking.de

www.heuking.de

Berlin
Chemnitz
Düsseldorf
Frankfurt

Hamburg
Köln
München
Stuttgart

Brüssel
Zürich

RECHTSANWÄLTE UND STEUERBERATER

Stationen standortbezogen bis zum 15. Dezember 2018 zu melden. Sofern es zu Änderungen gegenüber dem Jahr 2017 gekommen ist (bspw. Umbenennungen, Auflösungen von Fachabteilungen oder Stationen), ist dies ebenfalls bis zum 15. Dezember 2018 zu melden.

Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

Für die pflegesensitiven Bereiche gelten gemäß § 6 Absatz 1 PpUGV schicht- und stationsbezogen folgende Pflegepersonaluntergrenzen:

Verhältnis Patienten zu Pflegepersonal	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin bis 31. Dezember 2020	2,5 zu 1	3,5 zu 1
Intensivmedizin ab 1. Januar 2021	2 zu 1	3 zu 1
Geriatric	10 zu 1	20 zu 1
Unfallchirurgie	10 zu 1	20 zu 1
Kardiologie	12 zu 1	24 zu 1

Dabei sind folgende Höchstanteile von Pflegehilfskräften an der für die Einhaltung der Untergrenzen erforderlichen Gesamtzahl an Pflegekräften zulässig:

Anteil anrechenbarer Pflegehilfskräfte	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin	8 %	8 %
Geriatric	20 %	40 %
Unfallchirurgie	10 %	15 %
Kardiologie	10 %	15 %

Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird durch die Krankenhäuser anhand monatlicher Durchschnittswerte festgestellt. Dies gilt auch für die Vorgaben zu den Höchstanteilen von Pflegehilfskräften. Die monatlichen Durchschnittswerte sind damit maßgeblich für die Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung der Untergrenzen.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass bei Geltung mehrerer Personaluntergrenzen immer die strengere gilt (§ 6 Absatz 4 PpUGV). Lediglich sofern auf einer Station zusätzlich die Pflegepersonaluntergrenzen für die Intensivmedizin anwendbar sind, gelten beide Untergrenzen nebeneinander (Beispiel: Kardiologische Station mit drei „davon“-Intensivbetten). Unklar ist jedoch zum jetzigen Zeitpunkt, wie dies in der Praxis umgesetzt und nachgewiesen werden soll.

Meldung bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

Gemäß § 7 PpUGV müssen die Krankenhäuser den Vertragsparteien nach § 11 und dem InEK einmal je Quartal die Anzahl der nicht eingehaltenen Schichten – aufgeschlüsselt nach Monaten und Art der Schicht (Tag-/Nachtschicht) – mitteilen. Das InEK übermittelt gemäß § 7 Absatz 2 PpUGV den Vertragsparteien

auf Bundesebene und den jeweils zuständigen Landesbehörden eine entsprechende Zusammenstellung.

Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

Gemäß § 8 Absatz 1 PpUGV werden keine Vergütungsabschläge bis 31. März 2019 erhoben. Damit ist das erste Quartal 2019 sanktionsfrei. Des Weiteren werden Ausnahmetatbestände in § 8 Absatz 2 PpUGV festgelegt. Demnach sind die Pflegepersonaluntergrenzen nicht einzuhalten in Fällen von

- kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die über das übliche Maß hinausgehen oder
- starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie zum Beispiel bei Epidemien oder Großschadensereignissen.

Bewertung und Ausblick

Das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn öffentlich gescholtene Versagen der Selbstverwaltung, dem er mit seiner Ersatzvornahme entgetreten will, hat nie stattgefunden. Die Ersatzvornahme beruht zu 100 % auf der Vorarbeit der Selbstverwaltung. Die DKG ist aus den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband ausgestiegen, weil dieser – gemeinsam mit dem BMG – Verhältniszahlen für die Pflegepersonaluntergrenzen verlangte, die aufgrund einer nicht ausreichenden Datenlage von den Krankenhäusern in breiter Mehrheit nicht hätten erfüllt werden können. In der Intensivmedizin wären die Idealvorstellungen der Fachgesellschaften für eine optimale pflegerische Versorgung als patientengefährdende Untergrenzen mit Sanktionen bei Unterschreitung festgelegt worden. In der Ersatzvornahme ist das BMG dann zumindest für die Jahre 2019 und 2020 davon abgerückt in Richtung der Vorschläge der DKG. Grundsätzlich positiv zu bewerten ist also die Tatsache, dass der Verordnungsgeber die Kritik der DKG an die zu hohen Anforderungen an die Personalausstattung in der Intensivmedizin aufgegriffen hat und die Pflegepersonaluntergrenzen angepasst hat. Kritisch zu bewerten sind aber die immer noch restriktiv gefassten Ausnahmetatbestände. Insbesondere die in der Gesetzesbegründung zum § 137i SGB V ausdrücklich erwähnte problematische Arbeitsmarktsituation in der Pflege und pflegeentlastende Maßnahmen bleiben völlig unberücksichtigt. Inwiefern die in der Verordnung festgesetzten Pflegepersonaluntergrenzen von den Krankenhäusern vor diesem Hintergrund flächendeckend umgesetzt werden können, bleibt abzuwarten. Allerdings müssen noch die Nachweisvereinbarung und die Vergütungsabschlagsvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG konsentiert werden, was sich insbesondere bei den Vergütungsabschlägen aufgrund der unterschiedlichen Vorstellungen hinsichtlich des Sanktionierungsumfanges als schwierig darstellt. Es ist damit zu rechnen, dass die Entscheidung erst Ende 2018 in der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG fallen wird. Optimistischer kann die Nachweisvereinbarung bewertet werden. Hier wird es Konsens dahingehend geben, dass die Personalausstattung als Vollkraftäquivalente zu ermitteln sein wird. Die Patientenbelegung soll einmal am Tag über die Mitternachtsstatistik erfasst werden.

Unabhängig davon kann jedoch schon heute festgehalten werden, dass sich der Dokumentationsaufwand in der Pflege für den Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen – d.h. insbesondere die Erfassung der Schichtbesetzung, differenziert nach Qualifikationen, sowie der Patientenbelegung – nochmals erhöhen wird. Auf jeden Fall werden die betroffenen Krankenhäuser erheblich in entsprechende Softwarelösungen (Dienst-/Personalplanungsprogramme, Schnittstellen zum Krankenhausinformationssystem) investieren müssen.

Abschließend muss die Frage gestellt werden, inwiefern das Konzept der Pflegepersonaluntergrenzen in der „neuen Welt“ des Pflegepersonalstärkungsgesetzes mit ausgegliederten Pflegebudgets und voller (Tarif-)Refinanzierung der Pflege nicht schon überholt ist. Unter den neuen Rahmenbedingungen macht es ökonomisch für die Krankenhäuser keinen Sinn mehr, an Pflegepersonal zu sparen. Im Gegenteil: Krankenhäuser werden alles daransetzen, möglichst viel Pflegepersonal zu beschäftigen – mit ggf. negativen Folgen für andere Sektoren wie die stationäre Langzeitpflege, die ambulante Pflege oder den Rehabilitationsbereich. Wenn Krankenhäuser Einnahmeeinbußen durch Abschlüsse oder durch Reduzierung des Leistungsumfangs mit einer voll refinanzierten Investition in Pflegepersonal vermeiden können, sind die Handlungsanreize klar gesetzt. Begrenzend wirkt daher nur noch die Verfügbarkeit von Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt bei heute bereits bestehender Vollbeschäftigung.

Ob die Ziele des Gesetzgebers, das Pflegepersonal zu entlasten und die Patientensicherheit zu verbessern, durch die Pflegepersonaluntergrenzen erreicht werden, muss wohl bezweifelt werden. Die Patientensicherheit steigt nicht durch die Abmeldung von Intensivbetten aufgrund mangelnder Pflegekräfte, und auch eine Verkürzung der Intensiv-Liegezeiten zur Optimierung des Verhältnisses von Patienten zu Pflegekräften ist der Patientensicherheit kaum zuträglich. Für die Entlastung des Pflegepersonals und eine dadurch bedingte höhere Patientensicherheit sind die Finanzierungszusagen aus dem Pflegepersonalstärkungsgesetz sicherlich zielführender – gäbe es nicht gleichzeitig die Streichung des Pflegezuschlags in Höhe von 500 Mio. €, der die gesamte Regelung ad absurdum führt.

Anmerkungen

- 1) Schreyögg, J., Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Vorgelegt im Zuge der Beratungen in der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“.
- 2) Näher, A-F., Sander, M., Albrecht, M. (2018): Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung.
- 3) InEK (2018): Katalog zur Risikoadjustierung von Pflegeaufwand (Pflege-last-Katalog) Version 0.99
- 4) KMPG (2018): Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern.

Anschrift der Verfasser

Peer Köpf, stellv. Geschäftsführer/Dr. Bernd Metzinger MPH,
Geschäftsführer des Dezernates I der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

Das lebensverändernde POTENZIAL VON ULTRASCHALL

Wir glauben an das Potenzial der Visualisierung: die lebensverändernden Fortschritte in der Patientenversorgung mithilfe von Ultraschall. Wir teilen die Überzeugung und Vision mit Ärzten, die das Potenzial und den Wert unserer Produkte vorantreiben.

Gemeinsam, verbunden, kostengünstig

Unsere gemeinsamen Ziele werden durch unseren unermüdlichen Fokus auf Qualität, Patientensicherheit und Nutzen Wirklichkeit.

Die SonoSite Produktfamilie stützt sich auf vier wesentliche Säulen: Langlebigkeit, Zuverlässigkeit, Einfache Bedienung und Schulung. Treten Sie mit uns in Verbindung und bringen Sie die Vorteile der SonoSite Leistungen auch zu Ihren Patienten.

Erfahren Sie mehr unter www.sonosite.com/de oder kontaktieren Sie SonoSite unter **069 / 80 88 40 30** oder eraf-sales@fujifilm.com für mehr Informationen.



FUJIFILM
Value from Innovation

SonoSite

SonoSite und das SonoSite Logo sind Warenzeichen und in verschiedenen Jurisdiktionen eingetragene Warenzeichen von FUJIFILM SonoSite, Inc. FUJIFILM ist ein Warenzeichen und in verschiedenen Jurisdiktionen ein eingetragenes Warenzeichen der FUJIFILM Corporation. Alle anderen Warenzeichen sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.

Copyright © 2018 FUJIFILM SonoSite, Inc. Alle Rechte vorbehalten. Änderung vorbehalten.
MKT03167 04/18