

Entwurf einer „Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021“ – Stellungnahme

Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich **ausschließlich** auf die geplante Einführung zusätzlicher Pflegepersonaluntergrenzen für **die pädiatrische Intensivmedizin und die Pädiatrie**.

Diese Stellungnahme wird von zahlreichen Verbänden und medizinischen Fachgesellschaften unterstützt.

1. Zielsetzung

Die Zielsetzung, eine Verschärfung des Mangels an Pflegekräften zu verhindern, die zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte und nicht zuletzt zu Nachteilen für die Betreuung der Patientinnen und Patienten führen würde, kann nur ausdrücklich unterstützt werden.

Wir unterstützen außerdem den darüber hinausgehenden Ansatz, eine angemessene Patientenversorgung durch eine angemessene Besetzung in der Kinderkrankenpflege sicherzustellen und zu verbessern.

2. Alternativvorschlag

Ob die gewählte Methodik im Bereich der „Pädiatrie“ dazu geeignet ist, kann derzeit nicht wirklich beurteilt werden, weil zu viele Aspekte entweder nicht bekannt oder im Entwurf nicht eindeutig formuliert sind.

Außerdem müssen wir eine erhebliche Diskrepanz feststellen zwischen den Ergebnissen einer ganz aktuellen repräsentativen Umfrage und der beschriebenen Systematik zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen.

Diese unbekanntenen Aspekte oder unklaren Punkte werden nachstehend beschrieben.

Aufgrund der Vielzahl offener Fragen fordern wir daher:

- eine Evaluation der Auswirkungen der für 2021 vorgesehenen PpUG in der Pädiatrie,
- parallel die verpflichtende Anwendung der Kinder-PPR ab 2021, um näher am individuellen Pflegebedarf der Patienten orientierte Vergleichswerte zu erhalten,
- die Aussetzung von Sanktionen für die Dauer der Evaluation (mindestens für 1 Jahr).

3. Unklarheiten

Abgrenzung zur QFR-RL

In § 1 Abs.3 ist eine Abgrenzung der PpUG für die pädiatrische Intensivmedizin zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen formuliert.

In der Praxis werden in den meisten Perinatalzentren, die unter die QFR-RL fallen, die Stationen als interdisziplinäre Stationen der Neonatologie und der pädiatrischen Intensivmedizin betrieben.

Es ist unklar, ob mit der Formulierung „Bereich“ in § 1 Abs. 3 nun die komplette Station gemeint ist oder nur diejenigen Patienten der Station, die unter den Regelungsbereich der QFR-RL („die neonatologische Intensivstation der Einrichtung“) fallen. Sollte Letzteres gemeint sein, weisen wir ausdrücklich auf die Abgrenzungproblematik bei der Zuordnung des Personals hin.

In einer solchen Station werden üblicherweise folgende unterschiedlichen Patientengruppen von einem „Gesamtpool“ an Kinderkrankenpflegepersonen der Station versorgt,

- Frühgeborene < 1500 g GG mit konkreten Personalvorgaben des G-BA
- Frühgeborene > 1500 g GG ohne konkrete Personalvorgaben des G-BA
- Reifgeborene ohne konkrete Personalvorgaben des G-BA
- andere intensivpflichtige Kinder und Jugendliche, davon einige, die unter die Definition pädiatrische Intensivmedizin der geplanten PpUGV fallen (mindestens fünf Fälle mit OPS-Ziffer 8-98d)

Um in einer solchen Station die Einhaltung der PpUG bestimmen zu können, würde eine patientengenaue Zuordnung des Kinderkrankenpflegepersonals erforderlich werden, die aber völlig praxisfremd ist. Selbst die QFR-RL verlangt keine patientengenaue Zuordnung einzelner Pflegefachkräfte.

Hier sehen wir erhebliche praktische Probleme und daraus folgend ein erhebliches Konfliktpotential der Vertragspartner vor Ort.

Abgrenzung zur Richtlinie Kinderherzchirurgie (KiHe-RL) und der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL)

Für die Pädiatrie ist keine zu § 1 Abs. 3 vergleichbare Abgrenzung gegenüber den G-BA-Richtlinien Kinderherzchirurgie (KiHe-RL) und Kinderonkologie (KiOn-RL) vorgesehen, so dass es auch hier aufgrund der unterschiedlichen Organisationsformen zu Abgrenzungsproblemen bei interdisziplinären Stationen kommen kann, konkret der patientengenauen Zuordnung des Kinderkrankenpflegepersonals.

Zudem findet der hohe Pflegepersonalbedarf in diesen hochspezialisierten Bereichen in der jetzigen Form der PpUGV keine Berücksichtigung

Abgrenzung zu Intermediate Care Station (IMC) und anderen hochspezialisierten Bereichen

Die PpUGV sieht keine Regelung für hochspezialisierte Bereiche vor, z.B. IMC- oder Transplantationsstationen. Die fehlende Festlegung birgt das Risiko einer fehlerhaften Patientenallokation und damit einer unzureichenden pflegerischen Patientenversorgung.

Abgrenzung zur Kinderchirurgie

Da in nicht wenigen Kliniken interdisziplinäre Stationen existieren, in denen sowohl pädiatrische als auch kinderchirurgische Patienten pflegerisch betreut werden, stellt sich auch hier die Frage der patientengenauen Zuordnung des Kinderkrankenpflegepersonals.

Keine Berücksichtigung der Heterogenität in der Kinder- und Jugendmedizin

Die Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen ist in Abhängigkeit von der Erkrankung und/oder Behinderung höchst unterschiedlich. So unterscheidet sich die Pflegebedarf beispielsweise einer neuropädiatrischen Station erheblich von einer akut-pädiatrischen Station. Dem wird eine einheitliche Pflegepersonaluntergrenze für pädiatrische Normalpflegebereiche nicht gerecht, da es sich um einen Durchschnittswert über alle Schwerpunkte der Pädiatrie handelt.

4. Inhaltliche Kritikpunkte

Arbeitsmarktsituation in der Kinderkrankenpflege

Aufgrund der seit Jahren gesammelten Erfahrungswerte mit der Umsetzung der QFR-RL ist die Arbeitsmarktsituation in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hinreichend bekannt. Selbst die allein zur Erfüllung dieser Richtlinie erforderlichen zusätzlichen Kinderkrankenpflegekräfte stehen nicht zur Verfügung und die Anstrengungen der Kliniken in den letzten Jahren haben dies nicht wesentlich verbessern können.

Es ist also absehbar, dass die Handlungsoptionen bei Feststellung von Verstößen gegen die PpUG nur darin bestehen können, Sanktionen umzusetzen, die nur in Fallzahlbegrenzungen oder Bettenreduktionen bestehen können. Optionen zur Gegensteuerung, also insbesondere Einstellung zusätzlicher Kinderkrankenpflegekräfte, existieren derzeit schlicht nicht.

Im Gegenteil droht aufgrund rückläufiger Ausbildungsplatzzahlen für diesen Bereich eine erhebliche Verschärfung der Situation in der Kinderkrankenpflege.

Falsche Altersgrenze in § 3 Abs. 3 Ziffer 5

Die Altersgrenze von 16 Jahren in § 3 Abs. 3 Ziffer 5 entbehrt jeglicher Grundlage. Die Kinder- und Jugendmedizin ist grundsätzlich bis zum 18. Geburtstag zuständig. Wir verweisen hier lediglich auf die aktuelle Musterweiterbildungsordnung. Hier eine neue, u.E. durch nichts begründete Altersgrenze einzuziehen, macht keinen Sinn.

5. Folgenabschätzung

Blitz-Umfrage zeigt erhebliche Diskrepanz

Eine soeben aus aktuellem Anlass durchgeführte Blitz-Umfrage (durchgeführt vom 02.10. – 06.10.2020), an der 206 von 350 (**Rücklaufquote = 59 %!**) Kinderkliniken und -abteilungen teilgenommen haben, hat folgendes ergeben:

- **58,3%** der Kliniken, die die Voraussetzungen für die pädiatrische Intensivmedizin erfüllen (§ 3 Abs. 3 Ziffer 4), sehen sich **nicht** in der Lage, die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen zu erfüllen.
- **71,4 %** dieser 206 antwortenden Kliniken sehen sich **nicht** in der Lage, die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen in der Pädiatrie (Normalpflegebereich) zu erfüllen.
- Die vorliegenden Antworten der 206 Kinderkliniken in Deutschland benennen einen personellen **Mehrbedarf von 1.166 Vollkräften** (VK) für die Pädiatrie und **zusätzlich 443 VK** für die päd. Intensivmedizin.

Diese eigenen Daten aus aktueller Umfrage stehen somit in deutlichem Widerspruch zu den Ergebnissen zur Erhebung der Pflegepersonaluntergrenze durch das InEK. Demnach dürften nur 25 % der Kliniken befürchten, dass sie die Voraussetzungen nicht erfüllen.

Wir melden daher **erhebliche Zweifel** an der Validität der vom InEK erhobenen Stichprobe an. Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz könnte sein, dass die Daten-Abfrage des InEK vom Frühjahr 2020 die (bekannten und erheblichen) Belegungsschwankungen in der Kinder- und Jugendmedizin unterschätzt hat und somit den für die Pädiatrie regelhaft zu erwartenden erheblichen kurzfristigen Kapazitätsmangel übersieht.

Zudem sind in einigen Kliniken die stationären Versorgungskapazitäten in der Neonatologie nicht sauber von der Pädiatrie getrennt berichtet worden, so dass infolgedessen die Kalkulation des InEK erhebliche Unschärfen aufweist.

Sanktionen werden zu Versorgungsengpässen in der Fläche führen

Wegen der bekannten Arbeitsmarktsituation ist eine kurzfristige Nachsteuerung durch Einstellung von zusätzlichem qualifiziertem Kinderkrankenpflegepersonal

nicht möglich. Insofern wird es zwangsläufig zu Sanktionen kommen. Diese können nur in Fallzahlreduktionen oder Bettenreduktionen bestehen.

Aufgrund des hohen Anteils nicht-planbarer Leistungen (rd. 80% der stationären Fälle sind Notfälle) in der Pädiatrie führt eine Reduktion der verfügbaren Kapazitäten wiederum unvermeidlich zu Versorgungsengpässen. Im Gegensatz zur stationären Versorgung von Erwachsenen findet sich häufig keine Versorgungsalternative in verantwortbarer Entfernung, da bundesweit nur noch rund 350 Standorte existieren.

Bekanntlich kommt es bereits jetzt häufig aufgrund von Personalmangel zu Abmeldungen von kinder- und jugendmedizinischen Kliniken und pädiatrischen Intensivstationen, teils über mehrere Tage, so dass eine Gefährdung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu befürchten ist.

Output der Pflegeschulen wird absehbar sinken

Einer aktuellen Umfrage an Pflegeschulen aus dem April 2020 zufolge wird sich die Zahl der für eine Versorgung geeigneten Kinderkrankenpflegekräfte (= mindestens generalistisch ausgebildet mit Vertiefung Pädiatrie) ab 2023 **um 25 % reduzieren**, so dass sich ohne eine Gegensteuerung gegen diese Entwicklung die Arbeitsmarktsituation deutlich verschärfen wird.

Erfahrungen mit Vorgaben der QFR-RL

Die Regelungen zu Personalvorgaben in der Pflege von Frühgeborenen (QFR-RL) bestehen bekanntlich seit Jahren. Wir sind bereits weiter oben auf dieses Thema eingegangen. Die QFR-RL fordert eine Schicht-genaue Erfüllung der Personalvorgaben, was nach den bisherigen Erfahrungen neben den insgesamt erhöhten Einsatzzeiten für das Pflegepersonal (insbesondere auch im Nachtdienst) zur deutlichen Senkung der Schichtsicherheit durch wiederholten ungeplanten Arbeitseinsatz führt. In Umfragen wird dieser Punkt immer als ein wesentlicher Faktor genannt, wenn es um die Attraktivität des Pflegeberufes geht. Wir befürchten ähnliche Effekte nun auch in den Bereichen der pädiatrischen Intensivmedizin und der Pädiatrie.

6. Zusammenfassung

Zusammenfassend befürworten wir grundsätzlich die Initiative einer Ersatzvornahme durch das BMG, empfehlen jedoch dringend die begleitende Einführung einer validen Erhebung des realen Pflegeaufwands und die Aussetzung der Sanktionsmechanismen für die Dauer dieser begleitenden Evaluation.

Selbstverständlich sind wir gerne bereit, den Weiterentwicklungsprozess verbändeübergreifend konstruktiv zu begleiten und gemeinsam mit dem BMG zu gestalten.

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschland (BVKJ)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh)

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND)

Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)

Zusätzlich unterstützt durch:

Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin

Gesellschaft für Neuropädiatrie

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie

und weiteren Spezialgesellschaften, die aufgrund der kurzen Stellungnahmefrist nicht alle aufgeführt werden können.

Kontakt der DGKJ:

Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, info@dgkj.de, www.dgkj.de