

Mehr Pflegezeit für Patienten

- „Ja“ zu Pflegepersonaluntergrenzen für das Gesamt-Krankenhaus -
- „Nein“ zu bürokratische Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche -

Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition und im Kabinettsentwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes sind vielfältige Maßnahmen zur dringend erforderlichen Verbesserung der Situation in der Pflege vorgesehen, deren Konkretisierung im Zuge der Umsetzung derzeit politisch diskutiert wird. Nach Einschätzung von Pflegekräften in sächsischen Krankenhäusern sind dabei nachfolgend genannte 13 Punkte zu berücksichtigen:

- 1) Mehr Zeit für patientennahe Pflege** durch:
 - Vermeidung neuer bürokratischer Vorgaben
 - Prüfung von vorhandenen Dokumentations- und Nachweispflichten und deren starke Reduzierung
- 2) Nachweisführung** über den tatsächlichen Einsatz der Pflegekräfte im Gesamt-Krankenhaus und die zweckentsprechende Verwendung zusätzlicher Finanzmittel muss **einfach** und **aufwandsarm** über das Testat eines Wirtschaftsprüfers erfolgen
- 3) Pflegepersonalschlüssel sind für *alle* somatischen Pflegebereiche – bezogen auf das Gesamt-Krankenhaus** – zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards festzulegen
- 4) Keine gesonderten Pflegepersonalschlüssel innerhalb des Krankenhauses**, da die Pflege hierdurch zusätzlich mit erheblichem Dokumentations- und Nachweisaufwand belastet wird. Zeit wird für Nachweisführung aufgewandt, die für die Patientenversorgung fehlt. Unterschiedliche Niveaus der Personalbesetzung im gleichen Haus sind den Patienten nicht zu vermitteln und müssen vermieden werden. **Streichung der Regelung zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegsensitiven Bereichen (§ 137 i SGB V)!**

- 5) Bundeseinheitlich festgelegte bedarfsorientierte Personalschlüssel bezogen auf das Gesamt-Krankenhaus**
- 6) Prospektive Festlegung des patientenbezogenen Pflegebedarfs** zur Bemessung des Arbeitsaufwands auf der Grundlage von drei Schweregraden: leicht/mittel/schwer
- 7) Berücksichtigung des Skill-Mixes**, also der jeweils vorhandenen aufgabenorientierten Teamzusammensetzung, bestehend aus Pflege-, Pflegehilfskräften und weiteren auf den Stationen tätigen Berufsgruppen bzw. externen Arbeitskräften mit pflegetlastenden Tätigkeiten bei der Fest- und Umsetzung von Personalvorgaben
- 8) Berücksichtigung unterschiedlicher Handhabung der Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten** in der Praxis bei der Fest- und Umsetzung von Personalvorgaben
- 9) Finanzielle und rechtliche Stärkung der Aus- und Weiterbildung** zur Bekämpfung des Fachkräftemangels
- 10) Ausnahmeregelungen** für Krankenhäuser bei vorhandenem Fachkräftemangel
- 11) Vollständige Refinanzierung der Tarfkosten** (lineare und strukturelle Tarfkostenentwicklungen)
- 12) Vollständige Finanzierung der Mehrkosten für Pflegepersonal** auf Grund von Neueinstellungen und/oder Erhöhung der Arbeitszeiten
- 13) Länder müssen ihren Investitionsverpflichtungen vollumfänglich gerecht werden**, um arbeitsentlastende Investitionen im baulichen Bereich, in Einrichtung und Ausstattung sowie in die Digitalisierung zu ermöglichen

Leipzig, im Juli 2018

KGS - Arbeitsgruppe Pflegepersonal

Mehr Pflegezeit für Patienten

- „Ja“ zu Pflegepersonaluntergrenzen für das Gesamt-Krankenhaus -
- „Nein“ zu bürokratische Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche -

Pflege – das Rückgrat medizinischer Versorgung

Pflegekräfte sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung im Krankenhaus. Ohne ihre Arbeit, ohne ihr Können und ohne ihr Engagement wäre eine Versorgung überhaupt nicht möglich. 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr leisten Pflegende herausragende Arbeit.

Alleine seit 2006 stellten die deutschen Krankenhäuser deutlich mehr Pflegekräfte ein. Die Zahl der Krankenhausmitarbeiter im Pflegedienst stieg in den vergangenen zehn Jahren von 392.711 (2006) auf 433.434 (2016).

Deutlich wird aber auch, dass die Situation der Pflege problematisch ist. Allein in deutschen Krankenhäusern konnten rund 15.000 Stellen nicht besetzt werden, weil die Fachkräfte nicht zu finden sind. Für die Krankenhäuser ist die Personalsicherung und Personalgewinnung eine zentrale Aufgabe und Herausforderung.

Die Krankenhäuser benötigen mehr Personal, um so die Arbeitsbelastung der Pflegenden angemessen verringern zu können. Dazu brauchen die Krankenhäuser politische Unterstützung und eine bessere Finanzierungsgrundlage.

Pflegekräfte und Dienstplanverantwortliche aus den sächsischen Krankenhäusern erarbeiteten die nachfolgenden Thesen mit dem Ziel, die Bedingungen für die Patientenversorgung und für die Beschäftigten zu verbessern. Das Papier enthält Aussagen zur Personalbesetzung, zur Entbürokratisierung und zur Finanzierung.

Die Politik fordert die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen. Pflegepersonalschlüssel stärken die Qualität der Pflege allerdings nur dann, wenn diese für alle somatischen Pflegebereiche, bezogen auf das Gesamt-Krankenhaus, festgelegt werden. Unterschiedliche Qualitätsstandards im Krankenhaus müssen im Interesse der Patienten und Pflegenden vermieden werden. Die gesetzlichen Vorgaben zu bürokratischen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind daher zu streichen. Die zur Erreichung der Pflegepersonalschlüssel zusätzlich erforderlichen Pflegekräfte sind von den Krankenkassen vollständig zu refinanzieren. Tarifsteigerungen müssen von den Krankenkassen ebenfalls vollständig refinanziert werden. Dokumentation und Nachweisführung muss aufwandsarm sein. Bei nachgewiesenem Fachkräftemangel sind Ausnahmeregelungen für die Krankenhäuser vorzusehen.

Thesenpapier von Pflegekräften in sächsischen Krankenhäusern zur aktuellen Diskussion zu Verbesserungen in der Pflege

Im Folgenden werden die Thesen erläutert:

Definition der Pflege Tätigkeit

Voraussetzung für die Entwicklung von Pflegepersonalschlüsseln in der Pflege ist eine klare Festlegung, was unter Pflege Tätigkeit zu verstehen ist.

Handelt es sich hierbei nur um die Vorbehaltstätigkeiten der Pflege? Sind Pflegehilfstätigkeiten mit umfasst? Wie sind patientenferne Tätigkeiten zu berücksichtigen, wie Bettentransporte? Wann ist das Bereitstellen von Nahrung Pflege Tätigkeit? In welchen Fällen handelt es sich um eine patientenferne Arbeit? Sind administrative Tätigkeiten in jeglicher Form Pflege Tätigkeiten? Welche Pflege Tätigkeiten beinhalten die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten?

Zu berücksichtigen sind die unterschiedlichen Ausformungen der Pflege in der Praxis. Diese sind zu ermitteln und zu berücksichtigen.

Mehr Zeit für patientennahe Tätigkeiten

Die Diskussion über Pflegepersonaluntergrenzen wird bestimmt von bürokratischen Schlagwörtern wie „Vereinbarungen“, „Vorgaben“, „Dokumentation“, „Nachweise“, „Prüfungen“. Die tägliche Arbeitszeit in der Pflege beinhaltet schon jetzt einen hohen Anteil an Bürokratie. Etwa 30 Prozent ihrer Arbeitszeit verbringen Pflegekräfte und Ärzte mit Dokumentationen und Nachweisführungen.

So zeigen beispielsweise die Erfahrungen mit den Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS), wie gut gemeinte Initiativen zur besseren Abbildung von hochaufwendiger Pflege in der Vergütung eine weitere erhebliche Zunahme des Dokumentationsaufwands verursacht. Teilweise werden die hochaufwendigen Pflegeleistungen erbracht, aus Zeitgründen jedoch nicht hinreichend dokumentiert. Konterkariert werden die Bemühungen zur besseren Finanzierung der hochaufwendigen Pflege durch eine intensive Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, die Dokumentationsdefizite rigoros ausnutzen. Keinesfalls darf die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen dazu führen, dass die Pflege noch mehr Zeit mit Nachweisen und Dokumentation verbringen muss.

Pflegepersonalschlüssel in der Pflege führen nur dann zu mehr Patientensicherheit, wenn die gewonnene Arbeitszeit dort eingesetzt wird, wo sie benötigt wird: am Patienten. Die Arbeitszeit der Pflege muss wieder zum weit überwiegenden Teil den Patienten direkt gewidmet werden können. Erklärtes Ziel einer Reform der Pflege muss es daher sein, die Pflege von Dokumentationen, Nachweispflichten und patientenfernen Tätigkeiten zu entlasten. Neue bürokratische Vorgaben sind zu vermeiden. Alle bestehenden Dokumentations- und Nachweispflichten gehören auf den Prüfstand.

Am Bedarf der Patienten orientierter Personaleinsatz

Regelungen über Pflegepersonalschlüssel müssen einen bedarfsorientierten Einsatz der Pflegekräfte am Patienten sicherstellen. Dies ist nur dann zu erreichen, wenn die Dienstplanung auf Schwankungen bei der Patientenbelegung und auf starke Ausfallzeiten der Pflegekräfte (z. B. Grippewelle) flexibel reagieren kann. Personalvorgaben müssen aus einer Durchschnittsbetrachtung (z. B. quartalsweise) heraus ermittelt werden, die auf vergangene Zeiträume abstellt. Die ermittelten Vorgaben sind verbindlich festzulegen und dürfen keinen unterjährigen Schwankungen unterliegen. Die Vorgaben müssen sich nach bundeseinheitlich festgelegten Personalschlüsseln ausrichten. Feste Vorgaben sind in der Dienstplanung handhabbar und gegenüber den Krankenkassen leichter nachzuweisen. Die Vorgaben sind zu differenzieren zwischen Erwachsenen- und Kinderpflege, sowie Tag-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten. Zu berücksichtigen sind insbesondere die Gegebenheiten in Abteilungen mit unterschiedlichen Patientengruppen, wie z. B. Intermediate Care Stationen (IMC). Innerhalb der Intensivstationen sind die einzelnen Funktionseinheiten auch im Hinblick auf die Personalbemessung differenziert zu berücksichtigen.

Einfache Einstufung der Schweregrade

Der Arbeitsaufwand bemisst sich an der Pflegelast der Patienten. Die Einstufung der Patienten in Schweregrade zur Feststellung des Pflegebedarfs sollte sich auf drei Kategorien begrenzen: leicht/mittel/schwer. Die Schweregrade müssen für die Pflege einfach zu ermitteln und zu dokumentieren sein. Hier sind klare Einstufungs-Parameter zu erarbeiten.

Einführung der Pflegepersonalschlüssel für das Gesamt-Krankenhaus – Streichung der Regelung zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen

Pflegepersonalschlüssel müssen in *allen* somatischen Pflegebereichen bezogen auf das Gesamt-Krankenhaus eingeführt werden. Aus Gründen der Patientensicherheit und der Personalplanung, sind Pflegepersonalschlüssel bezogen auf das Gesamt-Krankenhaus zu entwickeln. Nur so kann die Qualität der Patientenversorgung einheitlich in allen Bereichen weiterhin sichergestellt werden. Qualitätsvorgaben nur in Teilbereichen führen zu Benachteiligungen gegenüber Patienten und Pflegenden in anderen Bereichen. Nach Auskunft der Praktiker, sind die einzelnen Bereiche der Krankenhäuser datentechnisch nicht abzugrenzen. Das Krankenhaus ist eine Organisationseinheit und keine Ansammlung nebeneinander agierender Fachbereiche. Personalvorgaben nur für pflegesensitive Bereiche ziehen zudem eine Vielzahl von Dokumentations- und Nachweispflichten nach sich. Die hierfür aufzuwendende Arbeitszeit geht der Pflege für die Patientenversorgung verloren. Daher ist die Regelung zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (§ 137 i SGB V) zu streichen.

Berücksichtigung des Personal-Mixes

Bei der Ermittlung und Festlegung von Pflegepersonalvorgaben ist der Skill-Mix, also die jeweils vorhandene aufgabenorientierte Teamzusammensetzung, bestehend aus Pflege-, Pflegehilfskräften und weiteren auf den Stationen tätigen Berufsgruppen (klinisches Hauspersonal etc.) bzw. externen Arbeitskräften mit pflegeentlastenden Tätigkeiten zu berücksichtigen. Pflegehilfskräfte leisten einen wichtigen Beitrag in der Pflege. Die Kaskade Pflegehilfskräfte - examinierte Krankenpflege - akademisierte Pflege ist ein unverzichtbarer Eckpfeiler der bedarfsgerechten Pflege in Deutschland – auch unter dem Aspekt der Personalverfügbarkeit – und daher konzeptionell zu berücksichtigen.

Vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen

Der von der Koalition angekündigte vollständige Tarifausgleich einschließlich der strukturellen Tarifkostenentwicklungen muss schnellstmöglich gesetzlich verankert und noch für 2018 wirksam werden. Das damit verfolgte Ziel, den krankenhausindividuellen Personalbedarf in seiner Grundstruktur finanziell abzusichern, entspricht den Erwartungen der Beschäftigten und der Patienten in den Krankenhäusern.

Vollständige Finanzierung der Mehrkosten

Mehrkosten im Pflegepersonalbereich aufgrund bundeseinheitlicher Vorgaben sind vollständig von den Krankenkassen zu finanzieren. Feste Personalkostenvorgaben helfen gegenüber den Krankenkassen, Ansprüche in den Budgetverhandlungen zu realisieren. Es muss vom Gesetzgeber von Anfang an klargestellt werden, dass die Kosten für eine verbesserte Vorhaltung von Pflegepersonal derzeit noch nicht in den DRGs abgebildet sein können und damit auch noch nicht finanziert sind. Mehrkosten sind durch einen Soll-Ist-Vergleich zu ermitteln und von den Krankenkassen zu erstatten. Wesentlich ist, dass die von den Krankenhäusern vorgesehenen und vorgehaltenen Personalausstattungen ohne Rechtfertigungszwänge gegenüber den Krankenkassen anerkannt werden.

Länder müssen ihre Investitionskostenverpflichtungen erfüllen

Die Rahmenbedingungen der Pflegearbeit sind für die Attraktivität des Berufes wesentlich. Dazu gehören arbeitsentlastende Investitionen im baulichen, wie auch digitalen Bereich. Die Länder sind aufgefordert, endlich ihrer Investitionsfinanzierungsverpflichtung vollumfänglich gerecht zu werden. Die aktuelle Steuerschätzung schafft dazu den erforderlichen finanziellen Spielraum.

Ausbildung stärken – Fachkräftemangel entgegenwirken

Die aktuelle Berichterstattung wird beherrscht vom Thema Fachkräftemangel in der Pflege. In der Früh- und Neugeborenenversorgung können selbst Krankenhäuser der Maximalversorgung Pflegepersonalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht erfüllen, weil das qualifizierte Kinderkrankenpflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar ist. Entsprechende Entwicklungen sind kurzfristig bei der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen zu befürchten, da der Bedarf an Fachkräften hierdurch voraussichtlich weiter steigt. Daher sind Ausnahmeregelungen für die Krankenhäuser bei ausgewiesenem Fachkräftemangel bis auf Weiteres zwingend vorzusehen.

Zu einem attraktiven Pflegeberuf gehört eine leistungsfähige Pflegeaus- und -weiterbildung. Hier sind Bund und Länder gefordert, endlich ausreichende rechtliche und finanzielle Voraussetzungen zu schaffen. Krankenhäuser wollen mehr Pflegekräfte ausbilden. Dazu muss zum Beispiel der Anrechnungsschlüssel 9,5 zu 1 in der Pflegeausbildung, der zu Belastungen bei den ausbildenden Kliniken führt, vollständig wegfallen. Wer ausbildet, darf nicht durch Kürzungen bestraft werden. Des Weiteren sind die rechtlichen Grundlagen für die Weiterbildungslehrgänge in der Pflege von den Ländern einheitlich zu gestalten. Pflege-Weiterbildungen müssen staatlich gefördert werden.

Einfache Nachweisführung

Die Nachweisführung über den tatsächlichen Personaleinsatz ist einfach und aufwandsarm über das Testat eines Wirtschaftsprüfers zu gestalten. Wesentlich ist, dass die von den Kliniken vorgesehenen und vorgehaltenen Personalausstattungen ohne Rechtfertigungszwänge gegenüber den Krankenkassen auch anerkannt werden.

Leipzig, im Juli 2018

KGS-Arbeitsgruppe Pflegepersonal