

DBfK Nordwest e.V. · Bödekerstraße 56 · 30161 Hannover

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und
Verbraucherschutz
Referat 41 – Versorgungsplanung,
Landesangelegenheiten Krankenhauswesen und Pflege
Contrescarpe 72
28195 Bremen

– per E-Mail –

DBfK Nordwest e.V.

Geschäftsstelle
Bödekerstraße 56
30161 Hannover

Regionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West
Beethovenstraße 32
45128 Essen

Zentral erreichbar
T +49 511 696 844-0
F +49 511 696 844-299

nordwest@dbfk.de
www.dbfk.de

19.10.2020

**Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK)
zum Entwurf der Verordnung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser im Land
Bremen nach dem novellierten Bremischen Krankenhausgesetz**

Sehr geehrter Herr Fischer,
sehr geehrter Herr Thaddey,
sehr geehrte Damen und Herren,

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zum Entwurf der Verordnung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser im Land Bremen nach dem novellierten Bremischen Krankenhausgesetz Stellung zu beziehen.

Als größter Berufsverband für Pflegefachpersonen erlauben wir uns, an dieser Stelle die Bedeutung von professioneller Pflege im Krankenhaus herausstellen. Die Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik hat vor 10 Jahren treffend festgestellt:

„dass Patienten im Krankenhaus versorgt werden, weil sie Pflege benötigen, denn ärztliche Behandlung ohne eine erforderliche Pflege können sie auch außerhalb des Krankenhauses erhalten“ (2010, S. 140).

Ohne Pflegefachpersonen würde der gesamte Medizinbetrieb im Krankenhaus ins Stocken geraten. Sie machen medizinische Behandlungen und die Versorgung der Patient/innen überhaupt erst möglich. Dennoch sind pflegefachliche Leistungen im Gegensatz zur ärztlichen Tätigkeit auf der betriebswirtschaftlichen Ebene lange Zeit nicht ausreichend als wertschöpfende Dienstleistung verstanden worden, sondern in erster Linie als Kostenfaktor. Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Versorgungsqualität von Krankenhauspatient/innen und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden im Krankenhaus (hierzu u.a. Simon 2019; Braun et al. 2010; Isfort et al. 2010).

Zuletzt ist – bereits vor der aktuellen Corona-Pandemie – in der politischen Debatte kaum noch bestritten worden, dass die Qualität der Versorgung von Patient/innen in Krankenhäusern maßgeblich auch von der Anzahl gut ausgebildeter Pflegefachpersonen abhängig ist und ein Umsteuern einsetzen muss. Zahlreiche empirische Studien belegen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und gesundheitsgefährdenden Komplikationen bei Patient/innen (hierzu u.a. Simon 2020; Wynendaele et al. 2019; Simon/Mehmecke 2017).

Pflegefachpersonen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung solcher Komplikationen. Dies lässt sich damit erklären, dass sie im Krankenhaus zahlreiche Leistungen erbringen, die den Genesungsprozess der Patient/innen unterstützen und fördern. Zu diesen Leistungen gehört insbesondere auch die kontinuierliche Patientenbeobachtung, durch die das Auftreten von Komplikationen bei Patient/innen frühzeitig erkannt und schwere Gesundheitsschäden verhindert werden können.

Durch die Corona-Pandemie ist die Erkenntnis, dass Pflegefachpersonen „systemrelevant“ sind, weitergewachsen. Das Land Bremen kann die „Systemrelevanz“ der Pflegefachpersonen unterstreichen und vor allem die Verbesserung der Sicherheit und Qualität von Krankenhausbehandlungen, insbesondere durch Vorgaben zur quantitativen und qualitativen Personalbesetzung, noch stärker in den Blick nehmen. In ihren Stellungnahmen zur Novellierung des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG) haben insbesondere die Arbeitnehmerkammer, ver.di und die Ärztekammer auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Personalausstattung in Bezug auf die Versorgungsqualität hingewiesen. Die Ärztekammer hat sogar einen konkreten Vorschlag zur ausreichenden pflegerischen Versorgung als ein ganz wesentliches Merkmal der Strukturqualität „wenigstens als Durchschnitts-Soll-Vorschrift“ in Ergänzung zu § 5 Absatz 2 vorgelegt:

„Die durchgängige pflegerische Versorgung ist nachgewiesen, wenn ein dem Versorgungsauftrag angemessenes Verhältnis zwischen Patienten und examinierten Pflegekräften (Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in, Pflegefachfrau/-mann), durchschnittlich besteht. Soweit es keine weitergehenden gesetzlichen oder tarifvertraglichen Regelungen gibt, soll für eine normale Pflegestation dieses Verhältnis durchschnittlich 6:1 nicht unterschreiten, für Stationen mit besonderem Versorgungsbedarf sollen entsprechend mehr examinierte Pflegenden durchschnittlich für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Für Stationen mit Intensivpflegebedarf (Intensivstationen und vergleichbare Stationen) soll das Verhältnis mindestens 2:1 sein. Das Krankenhaus soll die Qualifikation und den Einsatz von Fachpflegekräften entsprechend dem beantragten fachlichen Versorgungsauftrag fördern. Nachgewiesene Maßnahmen zur Förderung der Qualifikation von Pflegenden sind bei der Entscheidung über die Vereinbarungsvorschläge zur Aufnahme in den Krankenhausplan als Beitrag zur Qualitätssicherung zu berücksichtigen.“ (Stellungnahme der Ärztekammer Bremen zum Entwurf eines Bremischen Krankenhausgesetzes vom 28.05.2020, S. 4-5).

Wir bedauern, dass die Novellierung des BremKrhG in Bezug auf die Qualitätssicherung keine klaren personelle Anforderungen für den Pflegedienst und die übrigen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus enthält. Die Aufnahme von expliziten Vorgaben zur Struktur- und auch zur Prozessqualität in die Krankenhausplanung ist keineswegs ein vollkommen neuer Ansatz, sondern wird in unterschiedlicher Regelungstiefe bereits in einigen Bundesländern praktiziert. So enthalten die Krankenhauspläne einiger Bundesländer Vorgaben zur Personalbesetzung in bestimmten Bereichen (NRW, Berlin, Hamburg). Zielsetzung hierbei ist immer die Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Ver.di weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass Vorgaben zur Personalbemessung nach Auffassung des Bremischen Staatsgerichtshofs ausschließlich auf Bundesebene geregelt werden könnten. Dessen ungeachtet, muss die Gewährleistung einer ausreichenden quantitativen und qualitativen Personalbesetzung in zugelassenen Krankenhäusern ausdrücklich als Ziel auch der Bremischen Krankenhauspolitik gelten. Das novellierte BremKrhG enthält mit § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 1 aus unserer Sicht die Grundlagen dafür, die Personalbesetzung als einen wesentlichen Qualitätsindikator für die Patientenversorgung entsprechend zu berücksichtigen.

Im Folgenden nehmen wir zum Entwurf der Verordnung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser im Land Bremen nach dem Bremischen Krankenhausgesetz Stellung und bitten um Berücksichtigung im Rahmen des weiteren Verfahrens.

Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.

zum Entwurf der Verordnung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser im Land Bremen nach dem novellierten Bremischen Krankenhausgesetz

19. Oktober 2020

Vorbemerkung

Es ist ein legitimes Vorgehen, die Verteilung von pauschalen Investitionsmitteln über „leistungsorientierte Investitionspauschalen“ zu organisieren. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 ist die Entwicklung einer entsprechenden Systematik beschlossen und gesetzlich im § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHG) fixiert worden. Danach können die Länder in Analogie zu der Vergütung von DRG-Leistungen mit „Investitionsbewertungsrelationen“ arbeiten. Im Mittelpunkt steht hierbei die Erfassung des jährlichen Investitionsgeschehens in einer Auswahl von Krankenhäusern. Die erfassten Daten stellen unabhängig von der Herkunft der Mittel die Grundlage für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen dar. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht die Investitionsbewertungsrelationen jährlich und immer mehr Bundesländer richten ihre Pauschalförderung daran aus.

Als DBfK Nordwest e. V. begrüßen wir die Umstellung auf eine pauschale Investitionsförderung für die Krankenhäuser nach Investitionsbewertungsrelationen, weil wir hierdurch eine deutliche Steigerung der Investitionssummen erwarten. Dennoch ist der Umstand zu kritisieren, dass jegliche Kalkulationen, die auf Ist-Werten beruhen, die tatsächlichen Bedarfe nicht berücksichtigen. Der Investitionsstau durch unzureichende Förderung in den vergangenen Jahren ist immens und es muss für die Zukunft verhindert werden, dass Krankenhäuser notwendige Investitionen aus Betriebsmitteln, die eigentlich für die Deckung von Personalkosten bereitstehen, bestreiten.

Im Folgenden finden Sie unsere wenigen Anmerkungen zu einzelnen Paragraphen des Entwurfs der Verordnung:

§ 3 Bemessungsgrundlage und Höhe der jährlichen Pauschalbeträge

Die Bemessung ist nachvollziehbar und im Grunde nicht zu beanstanden. Wir möchten dennoch vorsorglich auf besondere Umstände in Bezug auf das Jahr 2020 hinweisen: Eine Grundlage für die Bemessung der jährlichen Pauschalbeträge sind nach Absatz 1 Nr. 1 „die im Vorjahr erbrachten Leistungen des jeweiligen Krankenhauses“. Bei der Berechnung dient also das Vorjahr als Berechnungsgrundlage und es kommt darauf an, wie viele abgerechnete Fälle ein Krankenhaus im Vorjahr nachweisen konnte, wie diese Fälle mit dem Katalog für die Investitionsbewertungsrelationen bewertet werden und welcher Wert dann, multipliziert mit dem landesbezogenen Investitionsfallwert, am Ende herauskommt. Für die Bemessung der pauschalen Investitionsmittel im Jahr 2021 wäre damit das „Corona-Jahr“ 2020 maßgeblich. In 2020 kam es in den Monaten des Corona-bedingten Shutdowns zu einem starken Rückgang der Krankenhaus-Fallzahlen bei planbaren Eingriffen, aber auch bei Notfällen (WIdO 2020). Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz werden den Krankenhäusern zwar weitere Mittel zur Verfügung gestellt. Wie sich die Entwicklungen am Ende auswirken, ist jedoch schwer abzusehen. Wir regen an, diesen Umstand in weiteren Überlegungen hierzu zu berücksichtigen.

§ 5 Einzelförderung

Absatz 2 stellt klar, dass ein Rechtsanspruch auf Einzelförderung erst mit der schriftlichen Bewilligung der Fördermittel entsteht. Beantragen mehrere Krankenhausträger Investitionsmittel im Rahmen der Einzelförderung, trifft die zuständige Behörde ihre Auswahlentscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen. Wir regen an, als Kriterium für dieses Ermessen in Bezug auf die Qualitätssicherung klare personelle Anforderungen u.a. für den Pflegedienst zu formulieren und Investitionen an die Bedingung zu koppeln, dass diese Anforderungen eingehalten werden.

Absatz 3 regelt das Nähere zur Einzelförderung nach § 12 des Bremischen Krankenhausgesetzes. Unter anderem soll, wenn förderfähige Kosten der Fördermaßnahmen die separaten Haushaltsmittel übersteigen, eine Festlegung von Kriterien durch die zuständige Behörde erfolgen, anhand derer eine Priorisierung der förderfähigen Maßnahmen durchzuführen ist. Hierdurch sollen diejenigen Fördermaßnahmen ausgewählt werden, die die ergänzenden Kriterien zum Zwecke einer zielgerichteten Verbesserung der Gesundheitsversorgung erfüllen. Wir regen an, als Kriterium klare personelle Anforderungen u.a. für den Pflegedienst zu formulieren und Investitionen an die Bedingung zu koppeln, dass diese Anforderungen eingehalten werden.

§ 7 Investitionsförderung von Ausbildungsstätten

Wir begrüßen die pauschale Investitionsförderung der Ausbildungsstätten ganz ausdrücklich. Die Pauschale von 500€ (in begründeten Fällen bis zu 750€) pro Jahr und ausgewiesenen oder nachgewiesenen Ausbildungsplatz stellt eine erhebliche und notwendige Steigerung der Förderbeträge für Ausbildungsstätten dar.

Insgesamt regen wir an, die Förderung der Krankenhäuser stärker an die Einhaltung von Vorgaben zur Qualitätssicherung zu knüpfen und hier insbesondere an personelle Anforderungen (Planstellen, tatsächlich vorgehaltenes Personal). Ein wichtiges Kriterium (neben Planbetten, Fallzahlen, Ausbildungsplätzen etc.) bei notwendigen Priorisierungen von begrenzten (Förder-)Mitteln ist die Anzahl des vorgehaltenen Pflegepersonals sowie des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Personals im Verhältnis zu den Fallzahlen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Hannover, 19. Oktober 2020

Heidrun Pundt
Vorstandsmitglied DBfK Nordwest e.V.

Sandra Mehmecke, M.A.
Referentin für Pflege im Krankenhaus DBfK Nordwest e.V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.

Geschäftsstelle | Bödekerstraße 56 | 30161 Hannover | Telefon: +49 511 696844-0 |

E-Mail: nordwest@dbfk.de | www.dbfk.de

Quellen und weitere Informationen

Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreuzer, S. (Hrsg.) (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. Bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R unipress, S. 133-154.

Braun, B. Klinko, S.; Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 15, Nr. 1, S. 5-19.

Isfort, M.; Weidner, F. u.a.; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (Hrsg.) (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (14.10.2020).

Simon, M.; Sharma, N.; Gerfin, M. (2020): Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitälern: Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik. Verfügbar unter: https://www.sbk.ch/files/sbk/politik/Volksinitiative/Factsheets/2020_01_13_V2_Pubvers_Datenanalyse_Pflegeinitiative_SBK_01.pdf (14.10.2020).

Simon, M. (2019): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Dieterich, A.; Braun B.; Gerlinger, Th.; Simon, M. (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer-VS, S. 219-251.

Simon, M.; Mehmecke, S. (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

WIdO, Wissenschaftlichen Institut der AOK (2020): WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns. Nach ICD-10-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen. Online verfügbar unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/wido-report_fz-entwicklung_lockdown.pdf (14.10.2020).

Wynendaele H; Willems R; Trybou J. (2019): Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. In: Journal of Nursing Management. Jg. 27, Nr. 5, S. 896-917.

Die Krankenhauspläne einiger Bundesländer enthalten Vorgaben zur Personalbesetzung in bestimmten Bereichen:

In der Berliner Krankenhausplanung 2016 findet sich für den Bereich der Intensivmedizin die Anforderung an Krankenhäuser, „möglichst die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)¹ einzuhalten.“ Für geriatrische Stationen wird eine Ausrichtung an den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie empfohlen.²

Das Land Nordrhein-Westfalen hat in seinen Krankenhausplan 2015 eine Reihe von Anforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes von Intensivstationen aufgenommen:

- Für je zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich (1:2).
- Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie pro Intensivtherapieeinheit vorgehalten werden.
- Bei speziellen Situationen soll eine höhere Zahl an Pflegekräften pro Bettenplatz und Schicht eingesetzt werden (1:1). Als Beispielsituationen werden genannt: Schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil von mehr als 60% der Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z.B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus, die Begleitung von Transporten intensivbehandlungsbedürftiger Patienten.
- Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivtherapieeinheit betragen.

Der Krankenhausplan NRW 2015 folgt damit den Empfehlungen der DIVI und stellt fest, dass die Einhaltung von Nurse-to-Patient Ratios beziehungsweise Nurse-to-Bed Ratios „erforderlich“ sei.

Der Krankenhausplan Hamburg 2020 enthält Vorgaben zu Personal, technischer Ausstattung und Behandlungsabläufen für die Schlaganfallversorgung, Behandlung von Herzinfarkten, Geriatrie, Versorgung von Frühgeborenen, Neurologische Frührehabilitation, Neurochirurgie, Versorgung von Kindern im Krankenhaus, Psychiatrie.

- Krankenhausplan Berlin unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/> (14.10.2020)
- Krankenhausplan NRW unter: <https://www.mags.nrw/krankenhausplan-nordrhein-westfalen> (14.10.2020).
- Krankenhausplan Hamburg unter: <https://www.hamburg.de/krankenhausplanung/> (14.10.2020).

¹ Die Empfehlungen der DIVI enthalten folgende Angaben (vgl. DIVI 2010: 14): 1) Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. 2) Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden. Beispielsituationen sind schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil (> 60%) der Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z.B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus oder die Begleitung von Transporten intensiv behandelungsbedürftiger Patienten. 3) Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivtherapieeinheit betragen.

² Der Bundesverband (BV) Geriatrie empfiehlt als Personalschlüssel für Pflegepersonal für den Akutbereich 1:1,35 bis 1:1,8 und für Tageskliniken 1:5,5 bis 1:6 (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Drucks. 17/2610: 70).