

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. | Mielenforster Str. 2 | 51069 Köln

Per E-Mail an Herrn Ministerialrat
Wilhelm Walzik
Referatsleiter „Grundsatzfragen der Krankenhaus-
versorgung, Krankenhausfinanzierung und Perso-
nal im Krankenhaus“
Bundesministerium für Gesundheit
216@bmg.bund.de

07.10.2020

Seite 1/8

Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

zum

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung
zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflege-sensitiven
Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021**

(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung –PpUGV)

vom 1. Oktober 2020

Sehr geehrter Herr Ministerialrat,

sehr geehrte Damen und Herren,

für die Möglichkeit, eine Stellungnahme abgeben zu können, bedanken wir uns. Die Abstimmung dazu innerhalb der Pädiatrie war äußerst herausfordernd angesichts der knapp bemessenen Frist von einer Woche.

Diese Stellungnahme ist unter Federführung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) und in engem Schulterschluss mit unserer pädiatrischen Schwestergesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), abgestimmt worden.

Zu uns:

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) ist die berufliche Interessenvertretung der Kinder- und Jugendärzte¹ in Deutschland.

Mielenforster Straße 2
51069 Köln

Stabsstelle Politik und Kommunikation
Fon (030) 28 04 75 10
Fax (0221) 68 32 04

kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
www.bvkj.de
www.kinderaerzte-im-netz.de

Vereinsregister:
AG Köln VR 10647

Deutsche Apotheker-
und Ärztekammer Köln
IBAN: DE91 3006 0601 0001 2737 79
BIC (Swift Code): DAAEDED

Steuer-Nr.: 218/5751/0668

¹ Im Folgenden sind selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.



Knapp 12.000 Kinder- und Jugendärzte aus Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst gehören dem Verband an.

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

Grundsätzliches vorab

Unser gemeinsames Ziel von Politik und medizinischem und pflegerischem Fachpersonal muss es sein, dass die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ganz Deutschland 24 Stunden lang am Tag sichergestellt ist.

Selbstverständlich sind wir Kinder- und Jugendärzte massiv daran interessiert, einen bestmöglichen Personalschlüssel an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern in unseren Kliniken zu haben um unser gemeinsames Ziel zu erreichen.

Kinder und Jugendmedizin im Krankenhaus ist aber, anders als in der Erwachsenenpflege, zu 60-80 % Notfallmedizin.

Wir haben jetzt bereits einen Mangel an Kinderkrankenschwestern und -pflegern und gehen davon aus, dass sich der Pflegenotstand in den deutschen Kinderkliniken weiter verschärfen wird. 80% der Kinderkliniken sind unter dem Schutzschild des G-BA in der Neonatologie, weil sie nicht die Fachkräfte finden um die Erfüllung sicherzustellen. Der G-BA hat bereits zweimal eine Verlängerung des Ausnahmetatbestandes vorgenommen um die weitere Versorgung der Früh- und Neugeborenen sicherzustellen. Niemand kann eine weitere Zuspitzung mit der Gefährdung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Kliniken wollen. Ein Aufschrei der Eltern ist zu Recht vorprogrammiert.

Sanktionierung und Bettenschließungen werden nur dazu führen, dass die Träger von Krankenhäusern einen weiteren Abbau von Betten in der Kinder- und Jugendmedizin beziehungsweise Abteilungsschließungen vorantreiben werden. Bereits heute sind Kinderkliniken aufgrund ihrer nicht attraktiven Gegenfinanzierung ein ständiger Diskussionspunkt in den Gesprächen mit den Geschäftsführern, ob sich ein Haus weiterhin pädiatrische Betten erlauben kann.

Wenn der Arbeitsmarkt keine Kinderkrankenschwestern und -pfleger zur Verfügung stellt, weil einfach zu wenig ausgebildet wird, dann ist diese geplante Gesetzesvorlage eine Steilvorlage für die Geschäftsführungen, den weiteren Abbau von Kinderkliniken voranzutreiben

07.10.2020
Seite 2/8



Wie kommen wir zu einer zielführenden Lösung?

Wir brauchen zunächst eine Analyse, wie der aktuelle Stellenschlüssel auf den pädiatrischen Intensivstationen und den Normalstationen ist. Erste Umfragen zeigen, dass der jetzt vorgeschlagene Pflegeschlüssel von über 70% der Kinderkliniken nicht erfüllt werden kann. Alle diese Kliniken brauchen dann neue Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte, die es aber zurzeit nicht gibt.

Fazit: Wir müssen gemeinsam die Voraussetzungen schaffen, damit sich diese Situation verändert.

07.10.2020

Seite 3/8

Anmerkungen zum konkreten Entwurf (abgestimmt innerhalb der GKinD e.V.)

1. Zielsetzung des Entwurfs

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 darüberhinausgehenden Ansatz, eine angemessene Patientenversorgung durch eine angemessene Besetzung in der Kinderkranken-pflege 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 Abgrenzungsproblematik 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.

07.10.2020

Seite 4/8



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 der Pflegebedarf beispielsweise einer neuropädiatrischen Station erheblich von einer akutpädiatrischen 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.

07.10.2020

Seite 5/8



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.

07.10.2020

Seite 6/8

5. Folgenabschätzung

Blitz-Umfrage zeigt erhebliche Diskrepanz

Eine soeben aus aktuellem Anlass durchgeführte Blitz-Umfrage, 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 (bekanntesten 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, sodass 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.

07.10.2020

Seite 7/8

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, sodass eine Gefährdung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu befürchten ist.

Output der Pflegeschulen wird absehbar sinken

Einer aktuellen Umfrage an Pflegeschulen (durchgeführt vom 02.10. – 06.10.2020) 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 Schichtgenaue 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.

Gerne stehe ich Ihnen persönlich für den weiteren Austausch zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Kölfen', written in a cursive style.

Professor Dr. med. Wolfgang Kölfen, Vizepräsident des BVKJ e.V.

wolfgang.koelfen@sk-mg.de

07.10.2020

Seite 8/8

