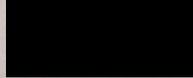


**PFLEGEKAMMER
NIEDERSACHSEN**

Mitgliedsausweis

Herr

Stefan Schwark

Mitgliedsnummer: 

Krankenpflege

*Registriertes Mitglied der
Pflegekammer Niedersachsen*

Registrierungsdatum: 01.2018



Ausstellungsdatum: 01.2018

DBfK Nordwest – was ist das?

Warum Personaluntergrenzen?

8.000

Welche Zahl kennen Sie?

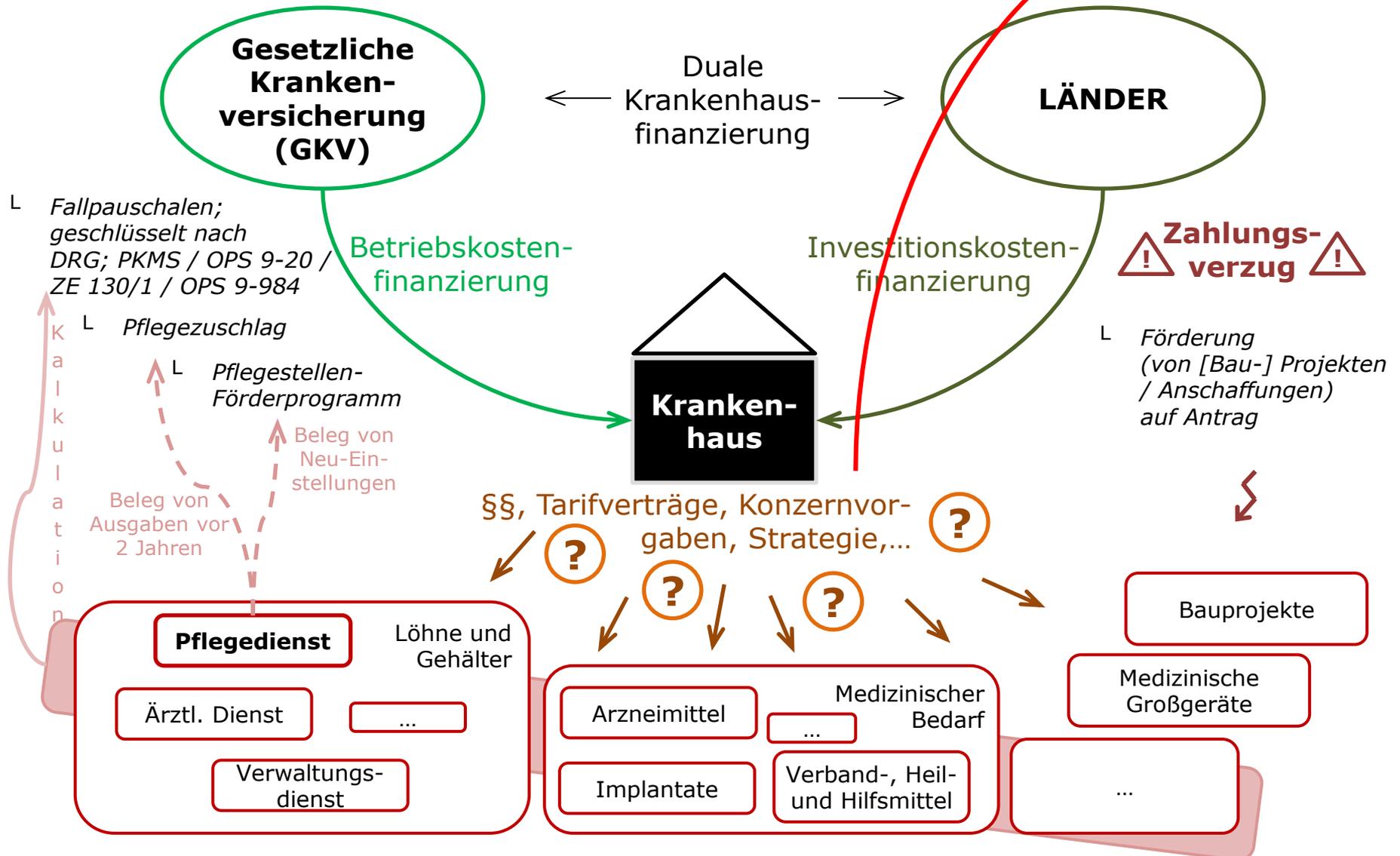
Tabelle 8: Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser in 12 europäischen Staaten und den USA

	Patienten pro Registered Nurse oder vergleichbar qualifizierte Pflegefachkraft	Patienten pro Pflegekraft (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte insgesamt)
Belgien	10,7	7,9
Deutschland	13,0	10,5
England	8,6	4,8
Finnland	8,3	5,3
Griechenland	10,2	6,2
Irland	6,9	5,0
Niederlande	7,0	5,0
Norwegen	5,4	3,3
Polen	10,5	7,1
Schweden	7,7	4,2
Schweiz	7,9	5,0
Spanien	12,6	6,8
USA	5,3	3,6

Quelle: Aiken et al. (2012); eigene Übersetzung, eigene Darstellung.
aus Simon; Mehmecke (2017), S. 116.

Finanzierung von Pflege im Krankenhaus 2018 (abstrakt)

Stark für die Pflege



Stark für
die Pflege



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Keine Zweckbindung der Mittelverwendung



Grafik entfernt

...will das Fallpauschalensystem (DRG) ändern:

„Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden.“

- **„Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt.“**
- **„Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf.“**
- **„Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“**

reden wir heute über

Warum Personaluntergrenzen?



*„Hello German nurses, I directed RN4Cast. You might have participated in that big study in Germany, where we found, that having more nurses in hospital would reduce mortality and improve all kinds of outcomes. So **we hope that you'll be working with your hospital leadership and your government to improve nurse staffing. Thank you.**“*

PLUS 10 % Pflegepersonal
→ MINUS 7 % Mortalität

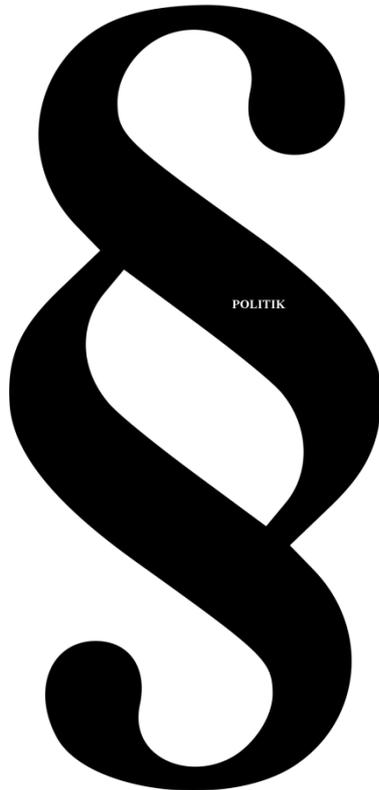
(Quelle: YouTube „DBfK Nordwest“: [Hyperlink: „Linda Aiken: Nachricht an Pflegende in Deutschland“](#), Mai 2017)

§§

§

§§

POLITIK

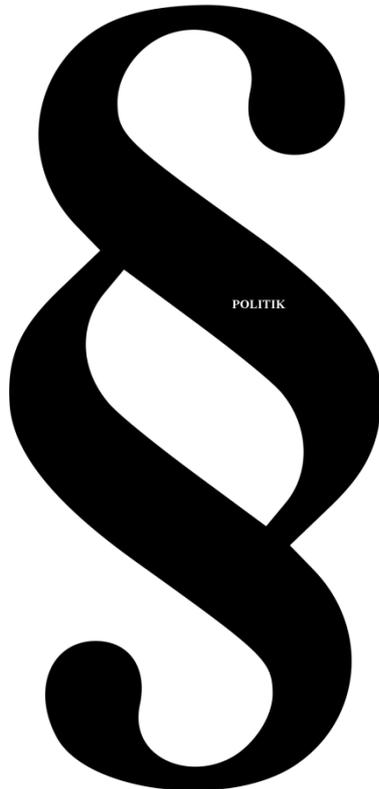


18. Legislaturperiode

- **22. September 2013: Bundestagswahl**
- **27. November 2013: Koalitionsvertrag
CDU, CSU, SPD**

Auszug

- „Eine **sichere Behandlung** ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und **pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet** wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die **Personalkosten**, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung **berücksichtigt werden**. Dass die Krankenhäuser diese **Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt** haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.“ (S. 56)
- „Wir werden zur Vorbereitung der skizzierten **Krankenhausreform** unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit **eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe** einsetzen, die bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten soll.“ (S. 57)

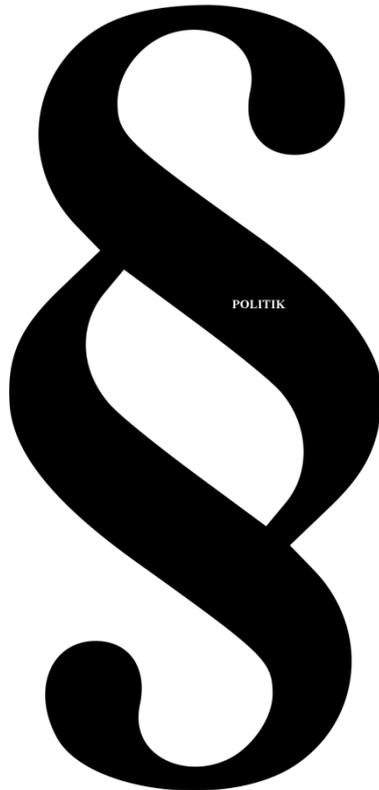


18. Legislaturperiode

- 22. September 2013: Bundestagswahl
- 27. November 2013: Koalitionsvertrag
CDU, CSU, SPD
- 26. Mai 2014: Konstituierende Sitzung
Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur
Reform der Krankenhausversorgung

Mitglieder

- **Hermann Gröhe**, Bundesminister für Gesundheit
- **Cornelia Prüfer-Storcks**, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder
- **Stefan Grüttner**, Minister für Gesundheit und Soziales des Landes Hessen
- **Melanie Huml**, Staatsministerin im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- **Monika Bachmann**, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen, Familie des Landes Saarland
- **Barbara Klepsch**, Staatsministerin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
- **Hermann Schulte-Sasse**, Senator für Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen
- **Cornelia Rundt**, Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Niedersachsen
- **Sabine Bätzing-Lichtenthäler**, Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland Pfalz
- **Barbara Steffens**, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen



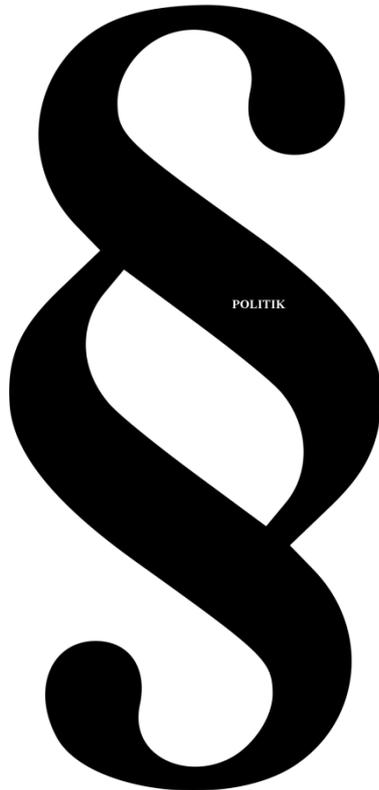
18. Legislaturperiode

- **22. September 2013: Bundestagswahl**
- **27. November 2013: Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD**
- **26. Mai 2014: Konstituierende Sitzung Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausversorgung**
- **05. Dezember 2014: Eckpunkte zur Krankenhausreform**

Auszug

- „Einrichtung eines Pflegestellenförderprogramms (...) in Höhe von 660 Mio. Euro in drei Jahren (...). Mit dem Programm soll die allgemeine Pflege (ausschließlich "Pflege am Bett") dauerhaft gestärkt werden.
- Wir werden eine **Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung, die beim BMG angesiedelt ist,** einsetzen. Sie soll **bis spätestens Ende 2017** prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten und der **allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden**. Abhängig vom Prüfergebnis sollen **Vorschläge** unterbreitet werden, wie die **sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System** oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann.“ (S. 3)

Die Eckpunkte sollen im Jahr 2015 in Gesetzen und Regelungen umgesetzt werden.



18. Legislaturperiode

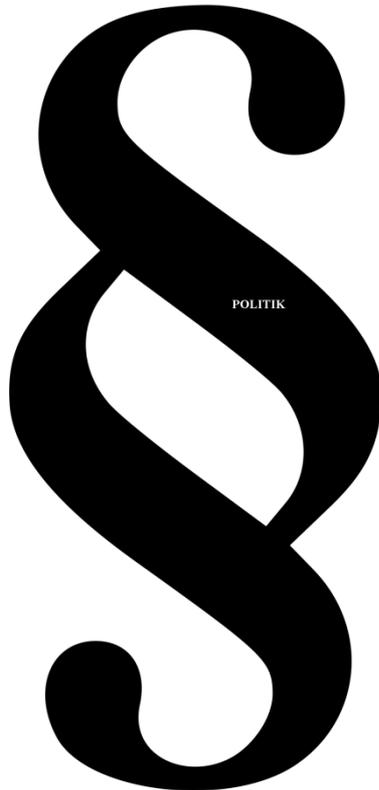
- 22. September 2013: Bundestagswahl
- 27. November 2013: Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD
- 26. Mai 2014: Konstituierende Sitzung Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausversorgung
- 05. Dezember 2014: Eckpunkte zur Krankenhausreform
- 01. Oktober 2015: Einberufung der Expertenkommission "Pflegepersonal im Krankenhaus,, durch BGM Gröhe

Mitglieder (1/2)

- **Hermann Gröhe**, Bundesminister für Gesundheit
- **Annette Widmann-Mauz**, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit
- **Dr. Georg Nüßlein**, MdB, Stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag
- **Prof. Dr. Karl Lauterbach**, MdB, Stellvertretender Vorsitzender der SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag
- **Maria Michalk**, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag
- **Hilde Mattheis**, MdB Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD - Fraktion im Deutschen Bundestag
- **Stefan Grüttner**, Hessischer Minister für Soziales und Integration
- **Cornelia Prüfer-Storcks**, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Hamburg
- **Karl-Josef Laumann**, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege

Mitglieder (2/2)

- **Lothar Riebsamen**, MdB, Berichterstatter Krankenhauswesen der CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag
- **Deutsche Krankenhausgesellschaft**
- **GKV-Spitzenverband**
- **Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.**
- **Deutscher Pflegerat**
- **ver.di** - Vereinte Dienstleistungsgesellschaft, Bundesvorstand
- **Hedwig François-Kettner**, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.
- **Prof. Dr. Norbert Roeder**, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster
- **Prof. Dr. Gabriele Meyer**, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät
- **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**, Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics
- **Dr. Frank Heimig**, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

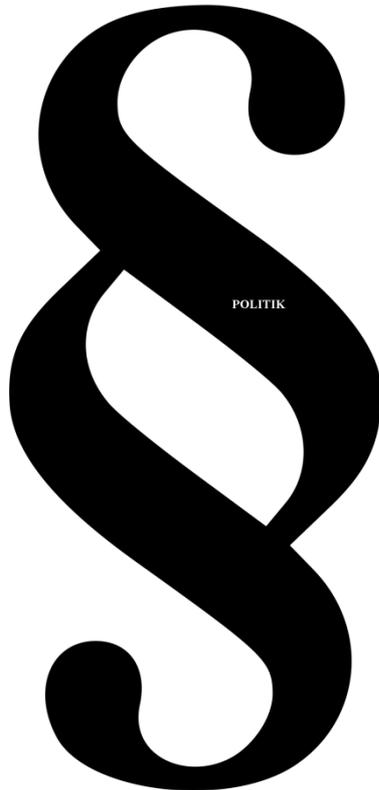


18. Legislaturperiode

- 22. September 2013: Bundestagswahl
- 27. November 2013: Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD
- 26. Mai 2014: Konstituierende Sitzung Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausversorgung
- 05. Dezember 2014: Eckpunkte zur Krankenhausreform
- 01. Oktober 2015: Einberufung der Expertenkommission "Pflegepersonal im Krankenhaus"
- 10. Dezember 2015: Beschluss Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)
- 01. Januar 2016: Inkrafttreten KHSG

Inhalte / Effekt

- **„Pflegezuschlag“**: nicht zweckgebunden, ab 01. Januar 2017, bish. „Versorgungszuschlag“ -> „Pflegezuschlag“, Budget von jährlich 500 Mio. Euro, ca. ein Zuschuss von 1.730 Euro pro Pflegevollkraft und Jahr (verdi)
- **„Pflegestellenförderprogramm“**: Zweckgebunden für Neueinstellungen, „Zuschlag“ auf die Summe der DRG-Fallpauschalen für das Krankenhaus, insgesamt 660 Mio. Euro von 2016 – 2018, Neueinstellungen werden zu jeweils 90% refinanziert, ab 2019 stehen hierfür jährlich bundesweit 330 Mio. Euro zur Verfügung, bundesweit ca. 6.000 Neueinstellungen bei einem Eigenanteil der Klinik von 10%
- Änderung KHEntgG §4 (8) Satz 14: „Dazu, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellenförderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, erarbeitet **bis spätestens zum 31. Dezember 2017** eine beim Bundesministerium für Gesundheit **einzurichtende Expertenkommission** Vorschläge.“ (wieder gestrichen in der ab 25.07.2017 gültigen Änderung)



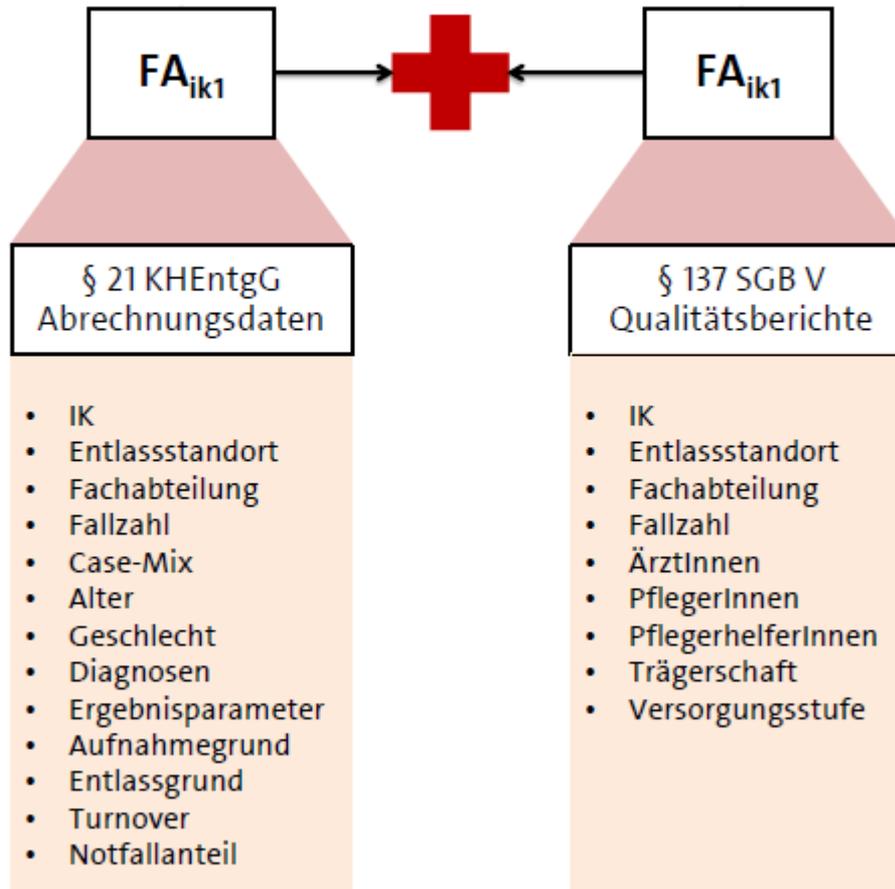
18. Legislaturperiode

- 2015-2017 Arbeit der
Expertenkommission

Veröffentlichungen (Auszug)

- Auftrag aus 2. Sitzung: Prof. Dr. Jonas Schreyögg-Gutachten 1: „Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen“ (veröffentlicht: März 2016) zu Übersicht: Pflegebelastungszahlen, Pflegebedarf, Pflegebedarfsbestimmungsoptionen in D und international, sowie Entwicklungsoptionen
- Prof. Dr. Jonas Schreyögg-Gutachten 2: „Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland“ (veröffentlicht: 10. Nov 2016); 12 „Pflegesensitive Ergebnisindikatoren (PSEI)“: z.B. Indikator Dekubitus (ICD-10: L89), Sepsis, Mortalität... + jeweils Evidenznachweis -> Abrechnungsdaten m. ICD-10 (§21 KHEntgG) zusammengebracht mit Zahlen zu Personal aus Qualitätsberichten (§137 SGB V)
- Gutachten 3: Prof. Dr. Gabriele Meyer: „Auswirkungen der Pflegekapazität auf die Versorgungs- und Ergebnisqualität“

Abbildung 1: Zusammenführung der Datenquellen und deren Informationen



Quelle: Eigene Darstellung der Autoren.

Quelle: Schreyögg (2016), S. 12

Tabelle 1: Untersuchte PSEIs und ihre Kodierung

Nr.	Indikator	ICD-10-Kodierung	Wiss. Evidenz
1	Dekubitus	L 89	Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg, Gelder und Myers, 2015
2	Harntrakt- infektion	N39.0 T83.5	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
3	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	U69.00	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Kane et al., 2007; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg, Gelder und Myers, 2015
4	Thrombose der Vene der Beine	I80.1; I80.2; I26.8; I26.9; I82.8	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011; Twigg, Gelder und Myers, 2015
5	Geschwür, Gastritis, Gastro- intestinale Blutung	K25-K25.3; K25.9; K26-K25.3; K26.9; K27-K27.3; K27.9; K28-K25.3; K28.9; K29.0; K29.1; K29.6; -----	Needleman et al., 2002; Mattke et al., 2004; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011

- 6 Sepsis
- 7 Schock / Herzstillstand
- 8 Komplikation des ZNS
- 9 Infektion OP-Wunde
- 10 Lungenversagen
- 11 Metabolische Entgleisung
- 12 Mortalität

...
**Mastitis?,
 Sturz?,
 Ausbleibende
 Beratung?,
 Kontraktur?,
 Ernährungszustand?,
 Lebensqualität?,**
 ...

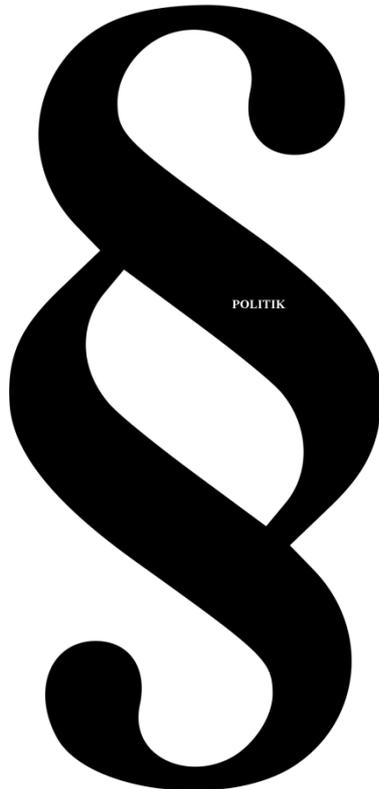
Quelle: Schreyögg (2016), S. 6f.

Tabelle 4: Übersicht der signifikanten PSEIs in den Fachabteilungen

	PSEI1	PSEI2	PSEI3	PSEI4	PSEI5	PSEI6	PSEI7	PSEI8	PSEI9	PSEI10	Mort.
(Innen)	*		**	***	***	***	***	***	***	***	**
200 (Geriat.)		***		***	***	***	**		***	**	***
500 (Häma.)						**					*
700 (Gastro.)	**					*					
1500 (Allg. C.)			*		**	***	***		***		***
1600 (Unfallc.)	*										**
1700 (Neuroc.)									*		
1800 (Gefäßc.)	*				*			*			
2100 (Herzc.)		*		***			**				**
2200 (Urol.)		***									
2300 (Ortho.)							*	**			
2800 (Neuro.)	**				***	***	***	***	***	**	
3300 (Strahl.)				**	**	*	*		***		
3400 (Derma.)			***	**	**	*	**		***	***	**
	*				***	**	*	*	*	**	**

Legende
 *** p<0.001
 (Sicherheit vor ...),
 ** p<0.01
 (Sicherheit vor ...), *
 p<0.05
 Nicht
 signifikante
 Werte sind
 in rotes
 Feld
 gekennzeichnet.
 net.

Quelle: Schreyögg (2016), S. 22



18. Legislaturperiode

- 2015-2017: Arbeit der Expertenkommission
- 07. März 2017: Gröhe: Vorlage der Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission "Pflegepersonal im Krankenhaus"

Auszug (1/4)

- I „Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar.“
- III.1 „III. 2. Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes durch die Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen
- Zur Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes sind des Weiteren folgende Maßnahmen notwendig:
- Zur Sicherstellung der Qualität in der Krankenhausversorgung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV unter Beteiligung der PKV) gesetzlich beauftragt, geeignete Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen, unter Einbeziehung von Intensivstationen und der Besetzung im Nachtdienst, verbindlich festzulegen. Die Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene ist bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 zu treffen. (...)

Auszug (2/4)

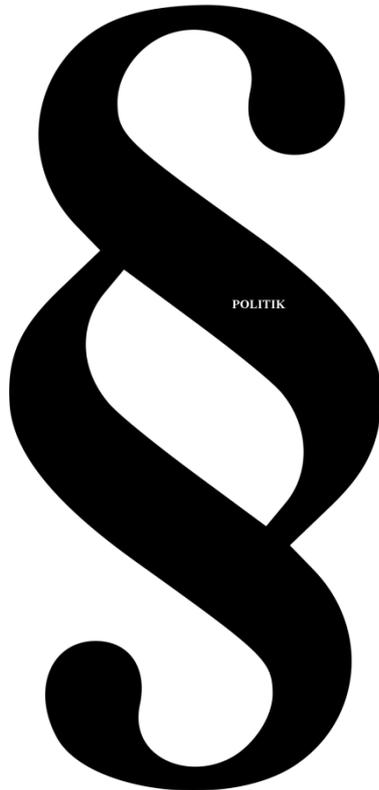
- (...) Ein entsprechender **gesetzlicher Auftrag zur Umsetzung der Empfehlung**, abgestimmt zwischen den Unterzeichnern, wird noch vor Ende der 18. Wahlperiode geschaffen. Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen ist der Sachverstand insbesondere der Verbände der Pflege, der Gewerkschaften, der maßgeblichen Patientenverbände nach der Patientenbeteiligungsverordnung sowie der medizinisch-wissenschaftlichen Fachverbände einzubinden.
- Bei der Vereinbarung der Personaluntergrenzen ist dafür Sorge zu tragen, dass Substitutionseffekte vermieden werden; Übergangsvorschriften sowie etwaige zwingend gebotene Ausnahmevorschriften können berücksichtigt werden. Die Krankenhäuser weisen ihre Pflegepersonalausstattung durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers nach. (...)

Auszug (3/4)

- Die Personaluntergrenzen sind mit **angemessenen Sanktionen** für den Fall zu verbinden, dass ein Krankenhaus die vorgegebenen Personaluntergrenzen nicht einhält. Dazu gehören hausbezogene finanzielle Abschläge, Informationen der Krankenhäuser an die jeweiligen Landesbehörden über die Einhaltung der Personaluntergrenzen und deren **Veröffentlichung zum Beispiel in den Qualitätsberichten**.
- Das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** begleitet die **Ausarbeitung** der Personaluntergrenzen in engem Austausch mit den Vertragsparteien und bezieht dabei den Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ein. Das BMG kann jederzeit an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen; das BMG ist fortlaufend über den Stand der Arbeiten zu informieren und kann selber Expertisen in Auftrag geben.

Auszug (4/4)

- **Gelingt es den Vertragsparteien auf Bundesebene nicht, die Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren, setzt das BMG diese als Verordnungsgeber mit Wirkung zum 1. Januar 2019 fest.**
- Die Erfahrungen, die in anderen Ländern mit Personalmindeststandards gemacht worden sind, zeigen, dass Kennzahlen eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Personals in den Krankenhäusern sind. Deshalb ist die Wirkung der Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche von den Vertragsparteien spätestens **bis zum 31. Dezember 2022 wissenschaftlich zu evaluieren**; der Evaluationsbericht ist dem BMG und von diesem dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages vorzulegen.“



18. Legislaturperiode

- **2015-2017: Arbeit der Expertenkommission**
- **07. März 2017: Gröhe: Vorlage der Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission "Pflegepersonal im Krankenhaus,,**
- **24. Juli 2017: Veröffentlichung der Gesetzesänderung im Bundesgesetzblatt zur Schaffung von §137i SGB V „Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung“**

→ § 137i SGB V

Stark für
die Pflege



**PERSONAL-
UNTERGRENZEN FÜR
PFLEGE IM
KRANKENHAUS**

**- WANN, WO UND WIE
KOMMEN SIE?**

**Am 01. Juli 2018 war klar:
SIE KAMEN NICHT VON DEN
SELBSTVERWALTUNGSPARTNERN.**

Das BMG wird aktiv...

- 23.08.2018 RefEntw **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung PpUGV**
 - Inkrafttreten der Verordnung geplant zum 01.10.2018
 - Am 10.10.2018 mit Änderungen veröffentlicht im Bundesgesetzblatt

Inhalte:

PpUG für vier „pflegesensitive“* Bereiche ab 01.01.2019:

- **Intensivmedizin**
- **Geriatric**
- **Kardiologie**
- **Unfallchirurgie**

[auch „pflegesensitiv“, aber aus Datenmangel zunächst ohne PpUG: Neurologie, Herzchirurgie]

- Grob differenzierend nach **Schichten** und **Qualifikation**
- Aufbauend auf „**Quartilsansatz**“
- Nachzuweisen im **Monatsdurchschnitt**
- **Unterschreitungen quartalsweise anzuzeigen**
- Sanktion **Vergütungsabschlag ab 31.03.2019**; bestimmen Selbstverwaltungspartner; Ausnahme: Epidemien / Katastrophen und „Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle über dem üblichen Maß“

*„Pflegesensitive“ Bereiche nebst Abteilungsausweisung ermittelt InEK bis 31.10.2018 anhand von §21 KHEntgG Daten und 2017er „Indikatoren-DRGs“ (min. 40% Prävalenz = „pflegesensitiv“)

- InEK informiert KH über Ergebnisse bis 15.11.2018 / Einspruch bis 30.11.2018 mgl.
- InEK veröffentlicht bis 15.02.2019 Krankenhäuser und für sie geltende PpUG online

PpUGV konkret → §6 Abs. 1 Satz 1 PpUGV:

Max. Patientenanzahl pro „Pflegekraft“ (min. 3 J. & Hilfskräfte)

1. Intensivmedizin

- a) Mo - Fr in der **Tagschicht 2 : 1** und in der **Nachtschicht 3 : 1**,
- b) Sa, So, feiertags in der **Tagschicht 2 : 1** und in der **Nachtschicht 3 : 1**,

2. Geriatrie

- a) Mo - Fr in der **Tagschicht 10 : 1** und in der **Nachtschicht 24 : 1**,
- b) Sa, So, feiertags in der **Tagschicht 11 : 1** und in d. **Nachtschicht 24 : 1**.

3. Unfallchirurgie

- a) Mo - Fr in der **Tagschicht 10 : 1** und in der **Nachtschicht 20 : 1**,
- b) Sa, So, feiertags in der **Tagschicht 11 : 1** und in d. **Nachtschicht 21 : 1**,

4. Kardiologie

- a) Mo - Fr in der **Tagschicht 11 : 1** und in der **Nachtschicht 24 : 1**,
- b) Sa, So, feiertags in der **Tagschicht 13 : 1** und in d. **Nachtschicht 23 : 1**.

PpUGV konkret → §6 Abs. 1 Satz 1 PpUGV:

Max. Patientenanzahl pro „Pflegekraft“ (min. 3 J. & Hilfskräfte)

Tagschicht = 6 – 22 Uhr

1. Intensivmedizin

Täglich in der **Tagschicht 2,5 : 1** und in der **Nachtschicht 3,5 : 1**,
ab 01.01.2021 **Tagschicht 2 : 1** und in der **Nachtschicht 3 : 1**,

2. Geriatrie

Täglich in der **Tagschicht 10 : 1** und in der **Nachtschicht 20 : 1**,

3. Unfallchirurgie

Täglich in der **Tagschicht 10 : 1** und in der **Nachtschicht 20 : 1**,

4. Kardiologie

Täglich in der **Tagschicht 12 : 1** und in der **Nachtschicht 24 : 1**.

PpUGV konkret → §6 Abs. 2 Satz 1 PpUGV:

Max. Anteil v. Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte:

1. Intensivmedizin

- a) Mo – Fr in der **Tagschicht 8,5 %** und in der **Nachtschicht 5,9 %**,
- b) Sa, So, feiertags in der Tagschicht 3,7 % und in der Nachtschicht 7,2 %.

2. Geriatrie

- a) Mo – Fr in der **Tagschicht 18,2 %** und in der **Nachtschicht 40,0 %**,
- b) Sa, So, feiertags in der Tagschicht 20,1 % und in der Nachtschicht 38,5 %.

3. Unfallchirurgie

- a) Mo - Fr in der **Tagschicht 10,5 %** und in der **Nachtschicht 16,4 %**,
- b) Sa, So, feiertags in der Tagschicht 12,6 % und in der Nachtschicht 13,1 %.

4. Kardiologie

- a) Mo - Fr in der **Tagschicht 7,8 %** und in der **Nachtschicht 13,9 %**,
- b) Sa, So, feiertags in der Tagschicht 5 % und in der Nachtschicht 13,7 %.

PpUGV konkret → §6 Abs. 2 Satz 1 PpUGV:

Max. Anteil v. Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte:

Tagschicht = 6 – 22 Uhr

1. Intensivmedizin

Täglich in der **Tagschicht 8,0 %** und in der **Nachtschicht 8,0 %**,

2. Geriatrie

Täglich in der **Tagschicht 20,0 %** und in der **Nachtschicht 40,0 %**,

3. Unfallchirurgie

Täglich in der **Tagschicht 10,0 %** und in der **Nachtschicht 15,0 %**,

4. Kardiologie

Täglich in der **Tagschicht 10,0 %** und in der **Nachtschicht 15,0 %**.

„Den Auftrag an Kassen und
Krankenhäuser, Personaluntergrenzen
für *pflegeintensive Bereiche*
festzulegen, werden wir dergestalt
erweitern, dass
in Krankenhäusern derartige
Untergrenzen nicht nur für
pflegeintensive, sondern für alle
bettenführenden Abteilungen
eingeführt werden.“



Tabelle 4: Übersicht der signifikanten PSEIs in den Fachabteilungen

	PSEI1	PSEI2	PSEI3	PSEI4	PSEI5	PSEI6	PSEI7	PSEI8	PSEI9	PSEI10	Mort.
(Innen)	*		**	***	***	***	***	***	***	***	**
200 (Geriat.)		***		***	***	***	**		***	**	***
500 (Häma.)						**					*
700 (Gastro.)	**					*					
1500 (Allg. C.)			*		**	***	***		***		***
1600 (Unfall.)											
1700 (Neuroc.)											
1800 (Gefäßc.)	*										
2100 (Herzc.)		*									
2200 (Urol.)		***									
2300 (Ortho.)							*	**			
2800 (Neuro.)	*				***	***	***	***	***	**	
3300 (Strahl.)				**	**	*	*		***		
3400 (Derma.)			***	**	**	*	**		***	***	**
	*				***	**	*	*	*	**	**

ITS

Kardiol.

Unterschiedliche Analysen auf unzureichender Datenbasis erzeugen unterschiedliche „Pflegesensitivität“ mit weitreichenden Folgen...

Legende:
 *** p<0.001 (Sicherheit von 99,9%),
 ** p<0.01 (Sicherheit von 99%),
 * p<0.05.
 Nicht signifikante Werte sind rot.
 Ferner sind rote Felder gekennzeichnet.

- **Gültigkeit der PpUGV bis Ende 2019,**
- **dann Ablösung durch Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner** für ALLE bettenführenden Bereiche geplant
- Begleiteffekte durch **Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)**
 - Entwurf im Kabinett beschlossen am 01. August 2018
 - ..soll **Refinanzierung aller neuen Pflegestellen und Tarifsteigerungen** im Krankenhaus gewährleisten; **Pflege wird aus DRG heraus in separates Pflegebudget überführt**
 - **Pflegelastkatalog; je Haus Pflegende / „Pflegeaufwand“ nach §21-Daten durch InEK (Pflegepersonalquotient)**
 - **PpUG für alle Bereiche in Planung zu ab 2020**
 - 2./3. Lesung Bundestag: 8./9. November
 - 2. Durchgang Bundesrat: 23. November oder 14. Dezember
 - **Geplantes Inkrafttreten zum 01. Januar 2019.**

→ **Bewertung des Status Quo:**

Die **Einrichtung weniger pflegerischer Bereiche** mit wenig ehrgeizigen PpUG im Krankenhaus **kann für das Thema Personaluntergrenzen sensibilisieren, aber auch mehr Schaden als Nutzen.**



Berlin, 17. September 2018

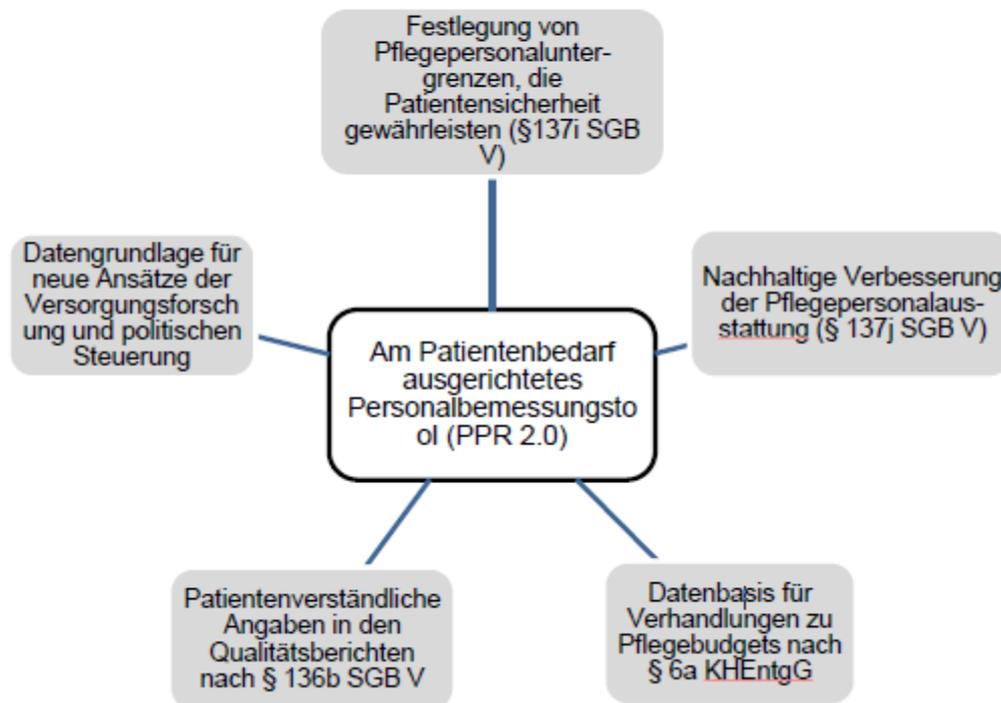
Gemeinsame Forderung der Organisationen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
- Organisationen der Patientenvertretung (BAGP, DAG SHG, BAG Selbsthilfe, SoVD, vdk, ISL, vzbv)
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

(Weiter-)Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstools für die Pflege in Krankenhäusern

Kernforderung, dass „ein **am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool (weiter-)entwickelt** wird und anschließend **verpflichtend flächendeckend** in deutschen Krankenhäusern anzuwenden ist.“

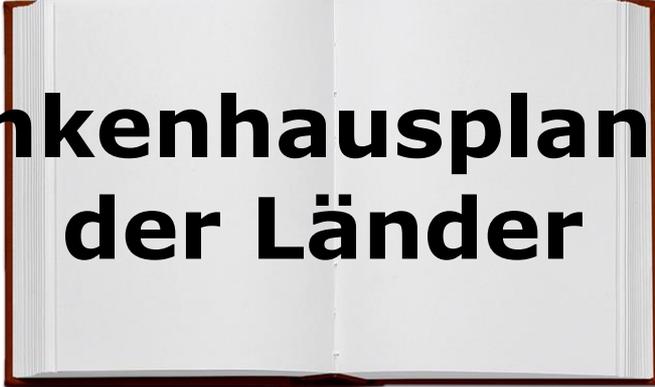
Wir sind der Überzeugung, dass ein am Patientenbedarf ausgerichtetes Pflegepersonalbemessungstool, eine PPR 2.0, weitreichende positive Wirkungen entfalten wird:



Kernforderung, dass „ein **am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes** und **pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool (weiter-)entwickelt** wird und anschließend **verpflichtend flächendeckend** in deutschen Krankenhäusern anzuwenden ist.“

§§

€€



**Krankenhausplanung
der Länder**



QFR-RL
PSYCH-VVG

Gemeinsamer
Bundesausschuss



**Betriebsverein-
barung**



Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Qualitätsverordnung

Hamburg legt Standards für ärztliche und pflegerische Versorgung bei komplexen Krankenhausbehandlungen fest

FAST 400 BETTEN MEHR UND 32 ZENTREN IM KRANKENHAUSPLAN

20. Februar 2018 13:00 Uhr

Hamburg legt Standards für mehr Patientensicherheit und gute ärztliche und pflegerische Versorgung bei komplizierten Operationen fest. Der Senat hat heute eine Rechtsverordnung beschlossen, wonach ab 01.07.2018 nur noch die Krankenhäuser eine Herz, Thorax- oder Gefäßchirurgie betreiben dürfen, die rund um die Uhr ausreichend Personal mit definierter hoher Qualifikation und Berufserfahrung und bestimmte medizinische Geräte vorhalten. Außerdem müssen jederzeit bis zu acht weitere Fachdisziplinen zur Behandlung hinzugezogen werden können. Für die Neurochirurgie gelten entsprechende Vorgaben bereits seit 01.01.2018.

Krankenhausplanung der Länder

ITS Gefäßchirurgie / Thoraxchirurgie PFLEGE

- Fachweiterbildung Intensiv
- Jederzeit Personal mit min. 5 J. Berufserfahrung
- Leitung mit entsprechender Weiterbildung
- (...)

ITS (Kinder-)Herzchirurgie PFLEGE

- ab 1. Juli 2018 eine Pflegekraft je 2,5 Patientinnen oder Patienten,
- ab 1. Januar 2019 eine Pflegekraft je 2,25 Patientinnen oder Patienten,
- ab 1. Juli 2019 eine Pflegekraft je 2,0 Patientinnen oder Patienten (...)

Hamburger Abendblatt

VOLKSENTSCHEID

30.10.18

Senat zieht Pflege-Initiative vor das Verfassungsgericht



Gegen die Hamburger Pflegeinitiative: Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD)
Foto: picture alliance

Hamburgs höchste Richter müssen klären, ob ein Volksentscheid überhaupt möglich ist. Die Reaktionen und was dahintersteckt.

„**Zentrale Volksabstimmungen sind bislang zu Ungunsten des Senats ausgegangen:** Verkauf des Landesbetriebs Krankenhäuser (war für den damaligen Senat nicht bindend), Energienetze-Rückkauf und die Olympia- Bewerbung für 2024. In anderen Fragen hat man sich oft mit den Initiativen verständigt. Das war bei der Pflege bislang nicht möglich.“

„Die Initiative will einen **Volksentscheid** herbeiführen, der die Bürger darüber abstimmen lässt, dass sich per Gesetz die **Pflegesituation in den Hamburger Krankenhäusern** bessert. (...) Wie der Senat am Dienstag mitteilte, verstoße der Gesetzentwurf der Initiative gegen "höherrangiges Recht". Denn **Hamburg alleine könne die geforderten Gesetze zur Verbesserung der Pflege gar nicht beschließen. "Diese Kompetenz hat nur der Bund."** Der Senat sei deshalb verpflichtet, die Verfassungsrichter anzurufen.“

Demonstration
Mo, 05.11.2018; 17 Uhr
Rathausmarkt

Infos auf:
www.pflegenotstand-hamburg.de

HAMBURGER VOLKSENTSCHEID GEGEN PFLEGE-NOTSTAND IM KRANKENHAUS

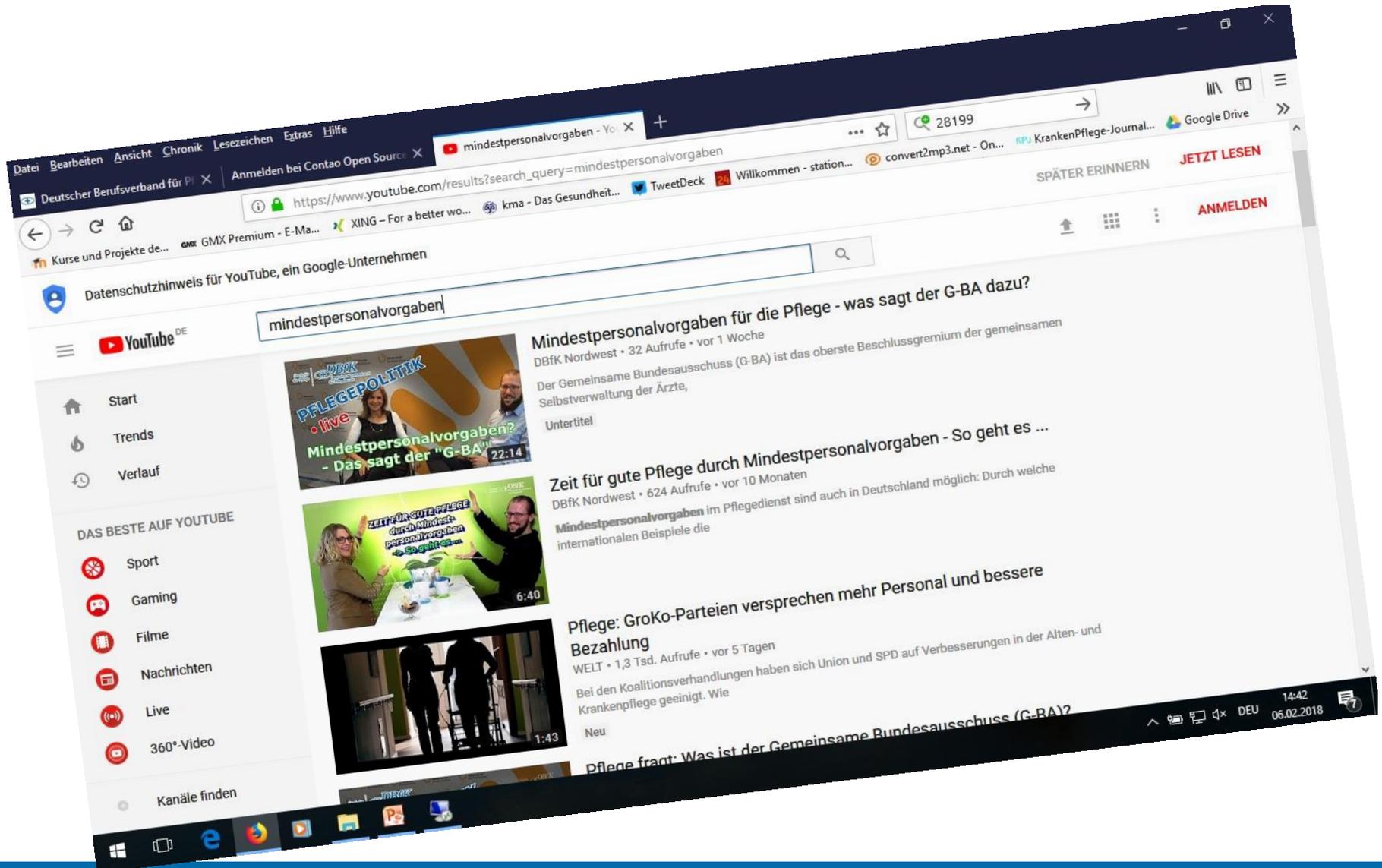


(27.623 Unterschriften; 03/18)

Zentrale Forderung des Volksentscheids:

„Für **Intensivstationen** werden abhängig vom Pflegebedarf **Pflege-Patient/innen-Schlüssel zwischen 1:1 und 1:3** festgelegt. **Für alle anderen Stationen wird der Personalbedarf auf Grundlage der Pflege-Personal-Regelung ermittelt.**“

www.volksentscheid-pflegenotstand.de





- Es passiert viel – aber nicht immer das Richtige
- Wir brauchen gute Daten
- „Pflegesensitiv“ = alles, was Pflege erfährt
- Wir reden über die richtigen Themen, müssen sie aber auch nachhaltig und mutig anpacken
- Analytische Personalbemessung ist nötig
- Es wird wahrscheinlich (viel) Geld kosten
- **Entscheidende Mitbestimmung beruflich Pflegender ist dringend notwendig!**

Auf Wiedersehen!

schwark@dbfk.de

Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe
DBfK Nordwest e.V.
Lister Kirchweg 45
30163 Hannover

Tel.: 0511 696844 0
Fax: 0511 696844 299
E-Mail: nordwest@dbfk.de

www.dbfk.de



@dbfknordwest
@jungepflege



DBfK Nordwest



Karl und Agnes –
DBfK Nordwest e.V.



DBfK Nordwest



Aktuelles aus Ihrem Verband ...