

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

einer

**Zweite Verordnung zur Änderung der Pflegepersonal-
untergrenzen-Verordnung**

Stand: 27.10.2022

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf wird die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) um die neuen pflegesensitiven Bereiche Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Rheumatologie und Urologie erweitert. Zudem wird die Abgrenzung der Vorgaben gemäß PpUGV und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neu gefasst.

Die Krankenhäuser lehnen den vorliegenden Entwurf zur weiteren Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) sowohl aus grundsätzlichen Erwägungen heraus als auch aus fachlichen Gründen ab. Die PpUG sind in dieser Form ein rückwärts-gewandtes und bürokratisches Steuerungsinstrument. Sie führen – wie richtigerweise in der Begründung angedeutet – zu einem erheblichen personellen Mehraufwand für die Dokumentation und das Controlling. Das Krankenhauspersonal, das Auswertungen macht und die regelmäßigen Nachweise führt, wird in aller Regel nicht über das Pflegebudget finanziert. Die immer kleinteiligeren Vorgaben der geplanten PpUGV-Anpassung werden den bürokratischen Aufwand nochmals deutlich erhöhen. Zudem verdeutlicht die Begründung, dass nun mit 90 % Abdeckung der Krankenhausbereiche keine unerwünschten Personalverschiebungen möglich sind, eine Misstrauenskultur gegenüber den Leistungserbringern. Auch wird die ursprüngliche Intention, pflegesensitive Bereiche zu identifizieren und mit Pflegepersonaluntergrenzen zu belegen, weiter ad absurdum geführt. Eine starre fachliche Zuordnung schränkt zudem die innerbetriebliche Organisation und auch innovative Versorgungskonzepte, beispielsweise bei interdisziplinärer Belegung der Stationen, ein. Mit der PPR 2.0 hingegen liegt ein Konzept vor, das vom Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgeht. Der Koalitionsvertrag sieht die kurzfristige Einführung der PPR 2.0 vor. Das Instrument wurde von Deutschem Pflegerat, Vereinter Dienstleistungsgewerkschaft und Deutscher Krankenhausgesellschaft bereits Anfang 2020 vorgelegt. Mit dem KHPfIEG können nun die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen werden. Der Fortbestand der PpUG kann daher im Übergang nur als eine Orientierung dienen. Ziel muss es aber sein, dass die Personalbemessung im Krankenhaus mittelfristig mit dem Fokus auf die Bedarfsgerechtigkeit durchgeführt wird und durch eine Weiterentwicklung des Instruments PPR 2.0, z. B. zur Frage der Nachtschicht, die PpUGV obsolet wird. Dem sollte der Vorrang gegeben werden vor einer weiteren, kleinteiligen Differenzierung der PpUGV.

Bedauerlicherweise greift der vorliegende Entwurf nicht die Hebammenproblematik auf, die sich aus der ersten Änderungsverordnung zur PpUGV ergeben hat. Die Krankenhäuser fordern, Hebammen für die Wochenbettstationen mit demselben Anteil auf die PpUG anzurechnen, wie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger bzw. Pflegefachleute, um die Versorgung der schwangeren und entbundenen Frauen und ihrer Neugeborenen sicherzustellen.

Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass die Indikatoren-DRG-Liste im Referentenentwurf erneut nicht vorliegt. Inwiefern die neuen pflegesensitiven Bereiche adäquat eingegrenzt werden, kann bedauerlicherweise derzeit nicht bewertet werden. Genauso intransparent ist der Umgang des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit den Ergebnissen der Datenerhebung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die PpUG für die neuen pflegesensitiven Bereiche basieren schließlich auf diesen Daten. Ohne Kenntnis dieser Ergebnisse ist keine Bewertung möglich, inwiefern die neuen PpUG korrekt und sachgerecht festgesetzt wurden. Aus Sicht der Krankenhäuser ist es völlig inakzeptabel, dass der Selbstverwaltung als Träger des InEK diese Daten vorenthalten werden.

Die vorgeschlagene Änderung (Artikel 1 Nr. 1. b) zu § 1 Abs. 3 PpUGV) zur Klarstellung des Geltungsbereichs PpUGV bzw. Abgrenzung zwischen PpUGV und G-BA-Richtlinien bzw. -beschlüssen ist nicht umsetzbar. Es sind zahlreiche Fälle denkbar, in denen die „niedrigere Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft“ nicht eindeutig bestimmbar ist. Die vorgesehene Änderung verschärft daher die Abgrenzungsproblematik. Die Gesetzesbegründung dagegen, die nicht zum Änderungsvorschlag passt, ist sinnvoll und umsetzbar: Wenn der G-BA evidenzbasiert konkrete Pflegeschlüssel für konkrete Gruppen von Patientinnen und Patienten festgelegt hat, gelten die Personaluntergrenzen nicht. Für die übrigen Patientinnen und Patienten gelten die Pflegepersonaluntergrenzen.