

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
für eine

Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die
Bemessung des Personalbedarfs in der stationären
Krankenpflege

(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

Stand: 29.11.2023



Diskutieren, entscheiden, handeln.

Kernaussagen

1. Die Krankenhäuser begrüßen die im Verordnungsentwurf vorgesehene zeitnahe Einführung der PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0.
2. Es bedarf einer sanktionsfreien Übergangsfrist bis Mitte 2024, um eine erfolgreiche, möglichst digitale Implementierung der (Kinder-)PPR 2.0 sicherzustellen.
3. Die Krankenhäuser erwarten, dass der sog. Ganzhausansatz in der Verordnung berücksichtigt wird. Die im Entwurf vorgesehene kleinteilige Betrachtung ist im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses nicht aussagekräftig.
4. Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen schnellstmöglich in der PPR 2.0/ Kinder-PPR 2.0 aufgehen und damit abgelöst werden. Dadurch werden Doppeldokumentation und zusätzliche Bürokratiebelastung vermieden.
5. Der Qualifikationsmix in der Kinder-PPR 2.0 ist auf weitere pflegerische Berufsgruppen zu erweitern.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bewertung.....	2
Vollständige verpflichtende Umsetzung zum 01.01.2024 unrealistisch – Sanktionsfreies erstes Halbjahr 2024 erforderlich	3
Ganzhausansatz berücksichtigen	3
PpUGV durch PPBV ablösen – doppelte Meldestrukturen verhindern.....	3
Qualifikationsmix bei Kinder-PPR 2.0 erweitern.....	4
Unterstützung der Krankenhäuser in der Einführungsphase sicherstellen.....	4
Geltungsbereich gem. § 1 Abs. 2 und Stationsdefinition gem. § 2 Abs. 6 PPBV.....	5
Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder gem. § 4 Abs. 2 PPBV.....	5
Finanzierung der Umsetzung der PPBV.....	5
Klarstellung bei den Minutenwerten für die Personalbemessung in der Krankenpflege für Erwachsene.....	5

Allgemeine Bewertung

Mit dem Referentenentwurf zur Pflegepersonalbemessungs-Verordnung (PPBV) sollen die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 verbindlich zum 01.01.2024 in den Krankenhäusern eingeführt werden. Es werden damit Regelungen zu den Bereichen Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene, auf Normalstationen für Kinder sowie auf Intensivstationen für Kinder getroffen. Zudem werden Regelungen zur Übermittlung der erhobenen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) getroffen. Damit soll zunächst das Verhältnis der vorhandenen Personalausstattung (Ist) zur im Rahmen der PPR 2.0 vorgesehenen Personalausstattung (Soll) ermittelt werden. Darauf soll eine Konvergenzphase folgen, während der der Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung stufenweise angehoben und Personal aufgebaut werden soll.

Die Krankenhäuser begrüßen die mit dem Referentenentwurf geplante Einführung der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 ausdrücklich. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Etablierung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes in den Krankenhäusern. Mit der PPR 2.0 ist es gelungen, ein pragmatisches Personalbedarfsbemessungsinstrument vorzulegen, das eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus abbildet.

Dabei ist besonders erfreulich, dass das BMG sowohl die Instrumente selbst als auch die zwischen DKG, DPR und ver.di konsentierten Anwendungsvorschriften weitgehend übernommen hat. Dies führt außerdem zu einer breiten Akzeptanz in der Pflege und den Krankenhäusern und ist ein wichtiges Signal für die weitere Verbesserung der Personalsituation und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in den Krankenhäusern ist dies ein notwendiger Schritt.

Allerdings gibt es an einigen Punkten Nachbesserungsbedarf, um eine erfolgreiche Umsetzung der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 zu gewährleisten. Diese werden im Folgenden dargestellt und erläutert.

Vollständige verpflichtende Umsetzung zum 01.01.2024 unrealistisch – Sanktionsfreies erstes Halbjahr 2024 erforderlich

Wesentliche Erkenntnis aus der Erprobungsphase ist, dass die Krankenhäuser ausreichend Zeit für die Einführung der PPR 2.0 benötigen. Eine gut begleitete Implementation mit angemessenem Vorlauf, auch für die IT-bezogene Umsetzung, ist unerlässlich. Wenige Wochen zwischen Veröffentlichung der Verordnung und Beginn der Erfassungs- und Übermittlungspflichten reichen hierfür nicht aus. Selbst das InEK wird das von den Krankenhäusern zu verwendende Datenformat erst zum 31.01.2024 veröffentlichen. Die Softwareanbieter können erst dann beginnen, digitale Lösungen für die PPR 2.0 umzusetzen. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, mindestens die ersten beiden Quartale 2024 als Options-Quartale zu gestalten, in denen es keine Sanktionen im Hinblick auf die Meldepflichten gibt.

Ganzhausansatz berücksichtigen

Die kleinteilige, monats- und schichtbezogene Erfassung mit entsprechenden Quartalsmeldungen an das InEK bewerten die Krankenhäuser grundsätzlich kritisch. Es wird anerkannt, dass aus Transparenzgründen und für interne Personalsteuerungsprozesse eine öffentliche Darstellung und die stationsbezogene Erfassung notwendig sind. Es sollte aber auch eine Darstellung der SOLL- und IST-Werte auf Krankenhausebene erfolgen und diese maßgeblich für die stufenweise Anhebung des Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung mit dem Ziel des Personalaufbaus in der Konvergenzphase sein. Eine kleinteilige Betrachtung – mit den entsprechenden saisonbedingten Schwankungen (z.B. Grippewelle) – ist für diesen Zweck nicht geeignet.

Darüber hinaus sind die Systematiken der SOLL-Erfassung und der IST-Erfassung inkongruent. Die SOLL-Erfassung entspricht der Logik der Anwendungsvorschriften, sodass für eine Ermittlung eines SOLL-Personal-VK-Bestandes Ausfallzeiten sowie Leitungspositionen zu berücksichtigen sind. Dies bedeutet im Umkehrschluss aber, dass ein vergleichbarer IST-Personalbestand dagegengesetzt werden muss. Die im Referentenentwurf lediglich vorgesehene Erfassung der geleisteten Arbeitszeiten analog zu den PpUG ist aber bereits von Ausfallzeiten und Leitungspositionen oberhalb der Stationsebene bereinigt. Damit werden die Erfüllungsgrade tendenziell unterschätzt. Ein geeigneter Wert für den IST-Personalbestand i. S. d. Ganzhausansatzes wäre z. B. die Meldung des eingesetzten Pflegepersonals im Rahmen des § 21 KHEntgG. Die Krankenhäuser fordern daher, den Ganzhausansatz einzuführen. Hierfür sollte der Pflegepersonalbestand nach § 21 KHEntgG zusätzlich herangezogen werden.

PpUGV durch PPBV ablösen – doppelte Meldestrukturen verhindern

Die IST-Erfassung des Pflegepersonals (§ 5) sowie die Datenmeldepflichten (§ 6) entsprechen weitgehend dem PpUG-Nachweisverfahren. Diese kleinteilige Erfassung ist nur dann für die Krankenhäuser akzeptabel, wenn zum einen keine doppelten Meldestrukturen entstehen und zum anderen gleichzeitig von Seiten des BMG klar aufgezeigt wird, wie die PpUG in der PPR 2.0 aufgehen

können. Dies muss spätestens 2025 geschehen. Auch die weitgehende Kongruenz des Qualifikationsmix zwischen PPR 2.0 und PpUGV spricht für eine zeitnahe Lösung.

Wenn die IST-Erfassung zudem identisch ist mit der PpUG-Erfassung des Pflegepersonals, müssen diese Daten nicht doppelt an das InEK übermittelt werden. Dies ist durch das InEK sicherzustellen. Die Krankenhäuser fordern daher, dass die PpUG zeitnah – spätestens 2025 – auch meldetechnisch in der PPR 2.0 aufgehen. Ein weiteres Nebeneinander der beiden Instrumente ist nicht mehr zu rechtfertigen.

Qualifikationsmix bei Kinder-PPR 2.0 erweitern

Die in der Kinder-PPR 2.0 zugelassenen Berufsgruppen in der Pflege sind zu eingeschränkt und bleiben sogar noch hinter den Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) für die pädiatrischen Versorgungsbereiche zurück. Die Erprobungsphase hat gezeigt, dass insbesondere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger in durchaus erheblichem Maße dort eingesetzt werden. Die Einschränkung der generalistischen Pflegefachpersonen auf den einschlägigen Vertiefungseinsatz konterkariert den Grundgedanken der generalistischen Ausbildung. Diese Begrenzung führt sogar dazu, dass akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen nicht auf die Kinder-PPR 2.0 angerechnet werden können. Ein Vergleich zu den G-BA-Regelungen (z. B. in der QFR-RL), wo sich ähnlich einschränkende Regelungen finden, ist übrigens nicht zulässig, da sich die G-BA-Regelungen auf besondere, vulnerable Versorgungsbereiche in einem intensivmedizinischen Kontext beziehen. Die Krankenhäuser fordern daher eine Ausweitung des Qualifikationsmixes bei der Kinder-PPR 2.0 mindestens auf das Niveau der PpUGV.

Unterstützung der Krankenhäuser in der Einführungsphase sicherstellen

Eine weitere Erkenntnis der Erprobungsphase ist, dass während der Einführungsphase von Seiten der Krankenhäuser – neben einer ausreichenden Vorlaufzeit – ein hoher Schulungs- und Informationsbedarf besteht. Hierfür bedarf es pflegewissenschaftlicher Expertise und v.a. Erfahrung mit den Instrumenten PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0. Zwar fungiert das InEK bereits als Datenannahmestelle für die PpUG, allerdings bedarf es neben den personellen Kapazitäten insbesondere auch Expertise für diese weitaus komplexeren Fragestellungen. Die Krankenhäuser regen daher an, dass zusammen mit den Shareholdern der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 eine Lösung gefunden wird.

Geltungsbereich gem. § 1 Abs. 2 und Stationsdefinition gem. § 2 Abs. 6 PPBV

In der PPBV fehlen eindeutige Definitionen für Normalstation, Intensivstation sowie Intermediate Care-Station. Aufgrund dessen kann keine Abgrenzung zwischen diesen Stationen erfolgen, die für die Anwendung der PPBV erforderlich ist. Die Ermittlung der Normalstationen und Intensivstationen erfolgt in der PPBV analog zu § 3 PpUGV. Die Definition der Intensivstation erfolgt in der PPBV analog zu § 2 Abs. 4 PpUGV. Analog zu § 1 Abs. 3 PpUGV findet die PPBV auf Stationen keine Anwendung, soweit die jeweils geltenden, im Bundesanzeiger bekannt gemachten Beschlüsse des G-BA eine Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft festlegen. Hinsichtlich der Intermediate Care-Station gelten für die Anwendung der PPBV die Vorgaben gemäß PpUGV. Bezüglich der Notaufnahmen ist die Anwendung der PPR 2.0 (Normalstation für Erwachsene und für Kinder) in einer Notaufnahme (inkl. Überwachungseinheit/-betten) abzulehnen, da die PPR 2.0-Leistungen, nicht die Leistungen einer Notaufnahme abbilden. § 2 Abs. 2 PPBV ist zu streichen. § 2 Abs. 1 PPBV gilt für alle Anwendungsbereiche der PPBV.

Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder gem. § 4 Abs. 2 PPBV

Es fehlt der erhöhte Pflegegrundwert für Kinder in Isolation analog § 3 Abs. 2 Nr. 2 PPBV. Als Lösung wird in § 4 PPBV die Aufnahme eines erhöhten Pflegegrundwertes für Kinder in Isolation vorgeschlagen.

Finanzierung der Umsetzung der PPBV

Die Ausweitung der Datenerfassung und -lieferung ist mit Kosten verbunden, die erneut nicht refinanziert werden. So müssen Krankenhäuser entsprechende Softwarelösungen kostenpflichtig erwerben. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Bürokratiekosteneinschätzung des BMG völlig realitätsfern ist. Die nachgewiesenen Kosten für die Umsetzung der PPBV sind als Zuschlag auf das vereinbarte Budget zu refinanzieren.

Klarstellung bei den Minutenwerten für die Personalbemessung in der Krankenpflege für Erwachsene

Die Minutenwerte für die Personalbemessung in der Krankenpflege für Erwachsene in § 12 PPBV sind deutlicher zu formulieren:

Referentenentwurf PPBV

Änderungsvorschlag

<p>„Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zugrunde gelegt.“</p>	<p>„Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten, zusätzlich auf die bereits bestehenden Minutenwerte, je Tag zugrunde gelegt.“</p>
--	---

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail dkg@mail.dkgev.de

