

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Drucksache 20/3876

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Entwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) und konzentriert sich hierbei auf die geplanten Regelungen zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus.

Der Deutsche Pflegerat begrüßt, dass die Bundesregierung mit einem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz jetzt ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung einführen möchte. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutscher Pflegerat, und die Gewerkschaft ver.di haben die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) nach einem Auftrag aus der Konzertierten Aktion Pflege (KAP), die zum Ziel hatte, den Arbeitsalltag von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern, entwickelt und dem Bundesministerium für Gesundheit bereits Anfang 2020 vorgelegt.

In ihrem Koalitionsvertrag hat die aktuelle Bundesregierung vereinbart, zur verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus die PPR 2.0 kurzfristig einzuführen, um schnell und spürbar die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Der nun vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung nimmt diese Intention allerdings völlig unzureichend auf und berücksichtigt wesentliche Vorschläge der Pflegeberufsverbände für eine echte Perspektive auf mehr Patientensicherheit und bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen im Krankenhaus nicht.

Kernpunkte für einen tragfähigen Einstieg in eine bundesweit verbindliche Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus mit der PPR 2.0 – die im Kompromiss gefunden werden konnten (siehe: [Eckpunkte Gesetzesauftrag Umsetzung PPR 2.0](#)), sind im Gesetzesentwurf nicht aufgenommen worden sind. Unter anderem werden die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 im Gesetzesentwurf nur indirekt benannt, der Intensivbereich bleibt – wie andere Bereiche auch – gänzlich unbeachtet, Krankenhäuser sollen von der Pflicht zur Anwendung ausgenommen werden können und auch die Frage der sicheren Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung ist offen.

Zutiefst irritiert ist der DPR darüber, dass die flächendeckende Einführung der PPR 2.0 im aktuellen Gesetzesentwurf generell infrage gestellt wird. Nach einer mindestens dreimonatigen Erprobungsphase eines nicht näher beschriebenen Instruments (in den Begründungen heißt es „unter Berücksichtigung des Konzeptes der Pflegepersonalregelung PPR 2.0“ (u.a. S. 1; S. 31) kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit

dem Bundesministerium der Finanzen eine Rechtsverordnung mit Festlegungen zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs erlassen (S. 15), muss dies aber nicht tun. Wenn es der Wille der Bundesregierung ist, die PPR 2.0 einzuführen, dann muss dies in diesem Gesetz auch so formuliert werden.

Am Ende muss der Name des Gesetzes „Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus (...)“ (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG), dem gerecht werden, was er verspricht: Bundesweit eine Pflegepersonalbemessung in sämtlichen Bereichen eines Krankenhauses zu etablieren, die eine echte Transparenz über die Bedarfslage herstellt und die die Erfüllung dieser Bedarfslage zum Ziel hat. Der aktuelle Gesetzesentwurf wird dem nicht gerecht. Dabei braucht die Berufsgruppe der Pflegenden jetzt die deutliche Botschaft, dass neben der Herstellung der dringend notwendigen Transparenz über den tatsächlichen Personalbedarf, verbindlich die schrittweise Deckung dieses Personalbedarfs eingeleitet wird – sonst wird sich die Berufsflucht weiter verschärfen. Mit Sorge blickt der DPR deshalb auf die Erklärung, dass der „*Erfüllungsgrad der Personalbesetzung in Abhängigkeit und unter Berücksichtigung der am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Pflegekräfte*“ festgelegt werden soll (S. 37). Deutschland muss sich dazu bekennen, dass es eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung und damit eine bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen im Krankenhaus als Ziel hat.

Der DPR erwartet erheblichen Nachbesserungsbedarf im Gesetzesentwurf und entsprechende Klarstellungen. In der jetzigen Form wirkt der Entwurf wie ein Täuschungsmanöver gegenüber den professionell Pflegenden in den Krankenhäusern und auch gegenüber der gesamten Bevölkerung. Jede*r kann potenziell Patient*in im Krankenhaus werden und es darf mittelfristig nicht mehr vom Zufall und Glück abhängen, ob eine Person im Krankenhaus bedarfsgerecht versorgt und betreut werden wird.

Es wird suggeriert, die Bundesregierung brächte eine PPR 2.0 auf den Weg, die die Arbeitsbedingungen der Pflegenden im Krankenhaus und damit die Sicherheit der Patient*innen verbessert. Das wäre mit den vorliegenden Formulierungen im Gesetzesentwurf nicht sicher der Fall. Der DPR steht allen Beteiligten an diesem Gesetzesvorhaben mit seiner Perspektive und Expertise weiterhin sehr gerne zur Verfügung. Der DPR wird aber aufgrund der offenen, nicht konkretisierten Punkte, mit seinen Mitgliedsverbänden ganz sicher kein Alibi-Instrument zur Personalbedarfsermittlung für die beruflich Pflegenden im Krankenhaus unterstützen.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen in Bezug auf die Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus

Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 2: § 137k wird wie folgt geändert (...)

Es ist keinesfalls ausreichend, die im § 137k SGB V vorgesehenen Zeitvorgaben zur Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs anzupassen. Die Krankenhäuser und die Pflegefachpersonen brauchen die Sicherheit, dass eine Implementierung eines völlig neuen Instrumentes in wenigen Jahren ausgeschlossen ist.

Stattdessen muss der § 137k SGB V dazu genutzt werden, die PPR 2.0 und die mit ihr assoziierten Instrumente zu verbessern und weiterzuentwickeln. Der § 137k SGB V muss so

gestaltet werden, dass die Entwicklung anschlussfähig an die PPR 2.0 ist. Eine „Kann“-Lösung, wie in der Gesetzesbegründung (S. 43) formuliert, lehnt der DPR entschieden ab.

Vorschlag: Eine Ergänzung im §137k mit einem neuen Satz 4 in Abs.1:

„Das Verfahren soll dabei auf der PPR 2.0 gemäß § 137I SGB V aufbauen und hat die Erfahrungen aus deren Einführung zu nutzen.“

Zu Nr. 3: Nach § 137k wird folgender § 137I eingefügt:

§ 137I

Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

- zu Absatz 1, Satz 1

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet sind, „eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen.“

Die Verantwortung hierfür tragen Gesetzgeber, Kostenträger und Krankenhäuser gemeinsam. Der Gesetzgeber muss mit klaren ordnungspolitischen Rechtssetzungen und einer den Erfordernissen angepassten Finanzierung für die geeigneten Rahmenbedingungen und entsprechende Verpflichtung der Krankenhäuser nach § 108 sorgen.

- zu Absatz 1, Satz 2

In Absatz 1 Satz 2 wird festgelegt, dass die Krankenhäuser nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu übermitteln haben.

Keine andere Institution steht stärker für das DRG-System in Deutschland als das InEK. Dort gibt es keine pflegewissenschaftliche Expertise und Perspektive, um die Daten der Pflegepersonalausstattung zu analysieren.

Die Einführung der durch DKG, DPR und ver.di entwickelten PPR 2.0 muss als Startpunkt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus verstanden werden. Hierfür ist ein Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) einzurichten und mit entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten.

- zu Absatz 1, Satz 3

In Absatz 1 Satz 3 wird herausgestellt, dass die Krankenhäuser „die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen“ haben.

Für die Pflegefachpersonen braucht es die deutliche Perspektive, dass ambitionierte Ziele gesetzt werden, um die Anzahl des benötigten Pflegepersonals (Soll) an die des eingesetzten Pflegepersonals (Ist) anzupassen. Dazu braucht es einen klaren Fahrplan zum Personalaufbau.

- zu Absatz 2

In Absatz 2 ist geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung der Rechtsverordnung „bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung der Grundlagen der in der Rechtsverordnung (...) festzulegenden Vorgaben“ (...) beauftragt.

Es erschließt sich nicht, warum die Erprobungsphase nicht bereits Teil der Rechtsverordnung sein kann. Wichtige Eckpunkte der Konzeption der PPR 2.0 (und mit ihr assoziierter Instrumente) sind durch die Vorlage des Konzepts von DKG, DPR und ver.di bekannt. Mit der aktuellen Formulierung im Gesetz bleibt bis zum 30. November 2023 völlig unklar, um welche Regelungen es sich im Einzelnen wirklich handeln wird, sodass sich die Krankenhäuser und ihr Pflegepersonal nicht darauf einstellen können.

Es ist zwingend deutlich zu machen, dass es sich bei der Erprobung um das von DKG, DPR und ver.di entwickelte Instrument PPR 2.0 für den Bereich der Erwachsenen und für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen um das von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GeKinD) entwickelte Instrument Kinder-PPR 2.0 handelt. Der DPR schlägt zudem dringend die Erprobung von INPULS® für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen vor.

DPR, DKG und ver.di sind unbedingt in den gesamten Prozess der Erprobung und Formulierung der Rechtsverordnung einzubeziehen – das sollte auch die Auswahl der wissenschaftlichen Einrichtung beinhalten, die mit der Erprobung beauftragt werden soll. Privatpersonen („Einzelsachverständige“) dürfen für ein so wichtiges Thema mit enormer finanzieller, gesundheits- und berufspolitischer Bedeutung nicht beauftragt werden. Aus Sicht des DPR sind hierfür zwingend unter anderem folgende Kriterien festzulegen:

- Einzelsachverständige können zentrale Anforderungen nicht erfüllen. **Ausschließlich wissenschaftliche Einrichtung unter Hinzuziehung von Sachverständigen kommen für eine Auftragsvergabe in Frage.** Bei Beauftragung von mehreren wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen muss das Konsortium an einer Zusammenarbeit interessiert sein und eine gemeinsame Auftragsausführung beantragt haben.
- Eine wissenschaftliche Einrichtung bzw. ein Konsortium muss **fachlich und wirtschaftlich unabhängig** sein. Zwingendes Kriterium ist, dass **keinerlei Interessenkonflikte** vorliegen. Die wirtschaftliche Unabhängigkeit muss durch Einnahmen sichergestellt sein, die nicht im Zusammenhang mit Produkten aus dem Bereichen Pflegedokumentation, Pflegeklassifikation oder Pflegeterminologie erwirtschaftet werden. Hierfür muss eine Einrichtung für den Zuschlag eine auch auf die Zukunft gerichtete Erklärung abgeben und idealerweise ein **strukturiertes Compliance-Management** nachweisen.
- Eine wissenschaftliche Einrichtung bzw. ein Konsortium muss über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen bzw. von natürlichen Personen oder als Gesellschaft betrieben werden, über eine eigene Geschäftsführung, eine eigene Personalverantwortung und eine eigene Verwaltung verfügen und insoweit auch **organisatorisch unabhängig** sein.
- Eine wissenschaftliche Einrichtung bzw. ein Konsortium muss **einschlägige pflegewissenschaftliche Expertise** sowie entsprechende Kenntnisse in Fragen der **Personalbemessung, Krankenhausbetriebswirtschaft und -finanzierung** und **der Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)** nachweisen. Eine Einrichtung muss zwingend Mitwirkende benennen, die über die Erlaubnis zur Berufsausübung nach den Pflegeberufegesetzen sowie vorzugsweise über einschlägige **Berufserfahrung in der praktischen Krankenhauspflege** verfügen.

Eine Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufungen der Patient*innen in die Pflegekategorien der PPR 2.0 muss zwingend mit pflegewissenschaftlicher Expertise erfolgen. Mittelfristig müssen solche Prüfungen von dem einzurichtenden Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) durchgeführt werden. Prüfungen der Einstufungen und Dienstpläne dürfen nur in absoluten Ausnahmefällen durch den MD erfolgen, um ein „Bürokratiemonster“ zu verhindern.

- zu Absatz 3, Satz 1

In Absatz 3 Satz 1 heißt es: „Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen“.

Der DPR ist zutiefst irritiert darüber, dass die flächendeckende Einführung von „Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte (...)“ als „Kann-Regelung“ formuliert wurde. Wenn es der Wille der Bundesregierung ist, die PPR 2.0 einzuführen, dann muss dies in diesem Gesetz auch deutlich formuliert werden.

Es ist nicht nachvollziehbar und ein fatales Zeichen, dass das Bundesministerium der Finanzen in die Ausgestaltung eines Personalbemessungsinstruments für den Pflegedienst der Krankenhäuser einbezogen und ein Einvernehmen hergestellt werden muss. Eine Rechtsverordnung nach SGB V liegt im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist darüber hinaus nicht zweckgebunden, sodass gesagt werden könnte, ein besonderer Zuschuss käme unmittelbar der Pflege im Krankenhaus zugute und deshalb müsse das Bundesministerium für Finanzen hier mitreden. Durch den zwingenden Einbezug bzw. die zwingende Zustimmung des Bundesministeriums der Finanzen wird das Zeichen gegeben, dass die bedarfsgerechte Versorgung von Krankenhauspatient*innen bei der Festlegung von staatlichen Vorgaben zur Pflegepersonal ausstattung nicht im Vordergrund steht, sondern Fragen der Finanzierung.

Der Zeitpunkt des Erlasses einer entsprechenden Rechtsverordnung bis zum 30. November 2023 ist viel zu spät und widerspricht dem Koalitionsvertrag, in dem eine kurzfristige Einführung festgelegt worden ist.

Das Instrument für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen auf bettenführenden Stationen ist die von DKG, DPR und ver.di entwickelte PPR 2.0 und das für Kinder die Kinder PPR 2.0. Das muss im Gesetzestext auch so benannt werden. Es ist nicht ausreichend, wie u.a. in der Problem- und Zielformulierung auf Seite 1 benannt, „unter Berücksichtigung des Konzeptes der Pflegepersonalregelung PPR 2.0 Vorgaben zur Personalbesetzung“ festzulegen. Es muss im Gesetzestext deutlich sein, dass nicht nur einzelne Elemente der PPR 2.0 umgesetzt werden sollen. Gleichwohl soll und muss die Möglichkeit bestehen, Probleme bei der Umsetzung der PPR 2.0 zu beseitigen und die Einführung und Umsetzung muss so angelegt werden, dass es sich um ein langfristig lernendes System handelt.

Das Instrument INPULS® für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen sollte, wie von DKG, DPR und ver.di vorgeschlagen, zeitgleich eingeführt werden. Die Erprobungs- und Konvergenzphase bei INPULS® wird allerdings – aufgrund einer größeren Komplexität des Instrumentes – eine längere Zeit in Anspruch nehmen müssen.

- zu Absatz 3, Satz 2

In Satz 2 ist festgelegt, welche Bereiche das Bundesministerium für Gesundheit mit einer Rechtsverordnung näher regeln kann:

In Nr. 1 geht es um die Ermittlung des täglichen Pflegedarfs. An dieser Stelle muss benannt werden, dass das Instrument für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen auf bettenführenden Stationen die von DKG, DPR und ver.di entwickelte PPR 2.0 und für Kinder die Kinder PPR 2.0 ist. Es muss im Gesetzestext deutlich sein, dass es um die Ermittlung des Personalbedarfs anhand der durch PPR 2.0 ermittelten Bedarfe der Patient*innen geht und nicht nur einzelne Elemente der PPR 2.0 umgesetzt werden sollen. Dazu gehören auch die von DKG, DPR und ver.di geeinigten Eckpunkte und Anwendungsvorschriften.

In Nr. 2 geht es um Festlegungen „zur personellen Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals nach Qualifikation“. Hier muss dringend klargestellt werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit (im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen) diesbezüglich keine willkürlichen Festlegungen treffen kann, sondern das zwingend pflegewissenschaftliche Expertise und die Perspektive des Pflegemanagements bei der Festlegung zum Qualifikationsmix einbezogen werden müssen.

In Nr. 4 geht es um die näheren Regelungen zur Übermittlung der Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Im InEK gibt es keine pflegewissenschaftliche Expertise und Perspektive, um die Daten der Pflegepersonalausstattung zu analysieren. Die Einführung der durch DKG, DPR und ver.di entwickelten PPR 2.0 muss als Startpunkt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus verstanden werden. Hierfür ist ein Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) einzurichten und mit entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten.

In Nr. 5 geht es um Regelungen zur Dokumentation und zum Nachweis. In diesem Zusammenhang ist grundsätzlich klarzustellen, dass ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus nicht auf einer fallbezogenen Einzelleistungserfassung basieren darf. Zudem ist eine regelhafte und unkontrollierte Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufung einzelner Patient*innen in die Pflegekategorien der PPR 2.0 grundsätzlich abzulehnen und würde zu einer Verbürokratisierung sowie der Schaffung neuer Stellen für die Kodierungsoptimierung ohne Nutzen für die Patient*innen führen (siehe auch SGB XI-Bereich, Krankenhausabrechnungsprüfung, PKMS). Eine Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufung einzelner Patient*innen sollte daher ausschließlich in Ausnahmehandlungen oder im Rahmen der Re-Evaluation des Gesamtverfahrens durchgeführt werden und muss zwingend mit pflegewissenschaftlicher Expertise erfolgen. Mittelfristig müssen solche Prüfungen von dem einzurichtenden Institut für die Personalbemessung in der Pflege durchgeführt werden.

- zu Absatz 4

In Absatz 4 findet sich die Ermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen Regelungen zum „konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung zu treffen“.

Grundsätzlich festzuhalten ist, dass die mittels der PPR 2.0 ermittelte Soll-Personalbesetzung ganz konkret erforderlich ist, um eine nach PPR 2.0 bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherstellen zu können. Ein Erfüllungsgrad von beispielsweise 80 Prozent (PPR - 20%) bedeutet, dass 20 Prozent weniger Pflegepersonal zur Verfügung steht, als es für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig wäre.

Durch den zwingenden Einbezug bzw. die zwingende Zustimmung des Bundesministeriums der Finanzen auch bei der Festlegung von Erfüllungsgraden steht zu befürchten, dass die

bedarfsgerechte Versorgung von Krankenhauspatient*innen nicht im Vordergrund stehen könnte, sondern Fragen der Finanzierung.

In Absatz 4 Nr. 1 geht es um Regelungen „zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung“. Hier sollte klargestellt werden, dass die PPR 2.0 unter anderem darauf abzielt, ambitionierte Zielerreichungs- oder Erfüllungsgrade bis zur Erfüllung von 100 Prozent Erfüllungsgrad auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten der PPR 2.0 zu definieren.

Daneben ist die Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung vollständig sicherzustellen. Krankenhäuser sollten grundsätzlich Anspruch auf Refinanzierung der PPR 2.0 mit 100 Prozent Pflegefachpersonen und von bis zu 105 Prozent des PPR 2.0 Sollwertes im zulässigen Qualifikationsmix haben. Bezugspunkt für die Refinanzierung muss immer das tatsächlich vorhandene Personal sein (Stichwort „Spitzabrechnung“).

In Absatz 4 Nr. 2 geht es um Regelungen zum Nachweis gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Der DPR weist auch an dieser Stelle darauf hin, dass die Einführung der durch DKG, DPR und ver.di entwickelten PPR 2.0 als Startpunkt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus verstanden werden muss. Hierfür ist ein eigenes Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) einzurichten und mit entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten.

In Absatz 4 Nr. 3 geht es konkret um das Mittel der Vergütungsabschläge, wenn der Nachweispflicht nicht nachgekommen wird oder der verordnete Zielerreichungsgrad von einem Krankenhaus nicht erreicht wird. Der DPR fordert und begrüßt Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Personalvorgaben sowie bei Verletzung der entsprechenden Nachweispflichten. Mit Blick auf die Qualitätssicherung sind Konsequenzen zwingend. Allerdings sind Vergütungsabschläge nicht das richtige Mittel, um die Qualität der Patient*innenversorgung und die Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden zeitgerecht auf einem angemessenen Niveau zu sichern. Die Konsequenz bei Verletzung von staatlichen Vorgaben zur Pflegepersonalbesetzung muss die Anpassung der Leistung an die Leistungsfähigkeit sein. Deutschland muss darauf hinarbeiten, dass es zukünftig nicht mehr vom Glück abhängig ist, ob ein Mensch in einem deutschen Krankenhaus gut und sicher versorgt und nicht mit zusätzlichen Schäden entlassen wird.

- zu Absatz 5

In Absatz 5 sind Ausnahmetatbestände formuliert. Krankenhäuser, z.B. solche mit einem Tarifvertrag Entlastung (TV-E), dürfen nicht von der PPR-Anwendung ausgenommen werden. Die PPR 2.0 zielt unter anderem darauf ab, ambitionierte Zielerreichungsgrade bis zur Erfüllung von 100 Prozent Zielerreichung auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. Das kann nur funktionieren, wenn alle Krankenhäuser die PPR 2.0 verpflichtend anwenden müssen.

Insgesamt sieht der DPR den dringenden Bedarf an Nachbesserung bei den Formulierungen im Gesetzestext zum „Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus (...)“ (mit Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Insbesondere zu folgenden Punkten besteht der Bedarf an Klarstellung und Ergänzung:

- Klarstellung, dass die Einführung der von DKG, DPR und ver.di entwickelten PPR 2.0 für den Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen auf

bettenführenden Stationen („Normalstationen“) gemeint ist und für Kinder und Jugendliche die Kinder PPR 2.0.

- Ergänzung um die zeitgleiche Einführung von Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung für die Intensivstationen. Hierfür steht das Instrument INPULS® zur Verfügung.
- Klarstellung, dass die bundesweite Einführung der PPR 2.0 tatsächlich kommt. Die „Kann-Regelung“ muss gestrichen werden.
- Streichung der Notwendigkeit, Einführung und Ausgestaltung des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung, inklusive der staatlichen Vorgaben zur Pflegepersonalbesetzung, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu treffen.
- Klarstellung, dass jedwede Festlegungen für Vorgaben zu einem Qualifikationsmix der Pflegepersonalbesetzung zwingend unter Beteiligung von Pflegewissenschaft und Pflegemanagement zu treffen sind und dies unbedingt in den Bereich der mittel- und langfristigen Weiterentwicklung der PPR 2.0 fällt.
- Klarstellung, dass die PPR 2.0 und die mit ihr assoziierten Instrumente (Kinder PPR 2.0 und INPULS®) als Startpunkt verstanden werden: Mit ihrer flächendeckenden Einführung sollen konkrete Schritte hin zu einer bedarfsoorientierten Pflegepersonalausstattung gegangen und eine Datengrundlage geschaffen werden, die Basis für den notwendigen breiten Konsens zwischen Pflegewissenschaft und -management, gewerkschaftlicher Vertretung und Arbeitgeber hinsichtlich der langfristigen Entwicklung eines Instrumentariums der Pflegepersonalbedarfsermittlung ist, z.B. für einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix.
 - Damit muss der § 137k so umgestaltet werden, dass er nach Einführung der PPR 2.0 dafür genutzt werden kann, die Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung des Instrumentariums der Pflegepersonalbedarfsermittlung in sämtlichen Krankenhausbereichen zu fördern.
 - Es ist ein Institut für die Personalbemessung in der Pflege („InPeP“) einzurichten und auch langfristig mit entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten, dass notwendige Verbesserungen und Weiterentwicklungen des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung in sämtlichen Krankenhausbereichen, nicht nur kurz- und mittel-, sondern langfristig verantwortet.
 - Für die Weiterentwicklung der PPR 2.0 hin zu einem Instrument der Pflegepersonalbedarfsermittlung, das z.B. einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix abbilden kann, wird eine mehrjährige Forschungs- und Entwicklungsphase notwendig sein, die das einzurichtende Institut für die Personalbemessung in der Pflege („InPeP“) leisten muss.
- Klarstellung, dass die PPR 2.0 unter anderem darauf abzielt, ambitionierte Zielerreichungsgrade bis zur Erfüllung von 100% Zielerreichung auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. Hierfür ist es zwingend erforderlich, die Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung vollständig sicherzustellen, wenn nachgewiesen wird, dass auch tatsächlich das Personal eingesetzt wurde.

- Eine Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufungen der Patient*innen in die Pflegekategorien der PPR 2.0 muss zwingend mit pflegewissenschaftlicher Expertise erfolgen. Mittelfristig müssen solche Prüfungen von dem einzurichtenden Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) durchgeführt werden. Prüfungen der Einstufungen dürfen nur in absoluten Ausnahmensituationen durch den MD erfolgen, um ein „Bürokratiemonster“ zu verhindern.
- Klarstellung, dass es keine Ausnahmeregelung für Krankenhäuser geben darf, die bundesweit verbindlichen Instrumente zur Pflegepersonalbedarfsermittlung anzuwenden. Ausnahmen würden hier keine einheitliche Qualität sicherstellen – weder für die Patient*innen, noch für das Pflegepersonal.
- Klarstellung, dass die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in der Einführungs- und Konvergenzphase der PPR 2.0 beibehalten wird. Für die sukzessive Abschaffung der PpUGs müssen für die PPR 2.0 Korridore vereinbart sein, die nicht unterschritten werden dürfen und Maßnahmen definiert werden, die der Entlastung des Pflegepersonals und der Sicherheit der Patient*innen dienen.

Berlin, 07. November 2022

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de