

- Stellungnahme -

Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) Gesetzentwurf der Bundesregierung 10.10.2022

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG). Der DBfK beteiligt sich an diesem Stellungnahmeverfahren, wengleich von unserer Seite hervorgehoben werden muss, dass die Frist zur Abgabe von nur zwei Werktagen als unangemessen empfunden wird und nicht darauf schließen lässt, dass die Bundesregierung ein wirkliches Interesse an einer Beteiligung der Verbände hat.

Der DBfK teilt die Auffassung der Bundesregierung, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar ist. Zuletzt ist – bereits vor der Corona-Pandemie – kaum noch bestritten worden, dass die Sicherheit und Qualität der Versorgung von Patient:innen in Krankenhäusern maßgeblich auch von der Anzahl gut ausgebildeter Pflegefachpersonen abhängig ist und politisches Handeln erforderlich ist. Zahlreiche empirische Studien belegen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und gesundheitsgefährdenden Komplikationen bei Patient:innen. Daneben belegen inzwischen viele Untersuchungen, dass der Hauptgrund von beruflich Pflegenden, ihre Arbeitszeit zu reduzieren oder aus dem Beruf auszusteigen, die prekäre bis schlechte Pflegepersonalausstattung ist und zugleich eine ausreichende Personalausstattung Anreiz wäre, zurück in den Beruf zu kehren. Ursache und Wirkung des Pflegepersonalmangels bedingen sich also gegenseitig.

In ihrem Koalitionsvertrag hat deshalb die aktuelle Bundesregierung vereinbart, zur verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) kurzfristig als Übergangsinstrument einzuführen. Der nun vorliegende Referentenentwurf nimmt diese Intention allerdings vollkommen unzureichend auf und der DBfK sieht erheblichen Nachbesserungs- und Klarstellungsbedarf. Die PPR 2.0 muss als Startpunkt verstanden werden. Mit ihrer flächendeckenden Einführung würden konkrete Schritte hin zu einer bedarfsorientierten Pflegepersonalausstattung gegangen. Zudem würde eine Datengrundlage geschaffen, die Basis für den notwendigen breiten Konsens zwischen Pflegewissenschaft und -management hinsichtlich der Weiterentwicklungen ist, z.B. für einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix.

Woraus sich die Soll-Personalbesetzung berechnet, ist der zentrale Punkt bei Instrumenten zur Pflegepersonalbedarfsermittlung. Bei der PPR 2.0 und mit ihr assoziierten Instrumenten (Kinder PPR 2.0, INPULS) geht es um den Bedarf an Pflegepersonal als Grundlage.

Der DBfK begrüßt die geplanten Neuregelungen in § 11 KHEntgG zum Pflegebudget. Insbesondere die Vorgabe, dass die Budgetvereinbarung bis spätestens zum Ablauf des Jahres zu schließen ist und ansonsten die Schiedsstelle entscheidet, erscheint sehr hilfreich. Hier sind Strukturvoraussetzungen zu schaffen, damit das Ziel, die Budgets tatsächlich prospektiv abzuschließen, erreicht werden kann.

In Bezug auf die Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) regt der DBfK an, auf eine paritätische Besetzung im Verwaltungsrat zu achten und mit Blick auf die Erwartung, dass in Zukunft deutlich mehr Qualitätssicherungsrichtlinien für Pflegeleistungen etabliert werden, die Vertretung und Beteiligung der professionellen Pflege mehr als bisher sicherzustellen.

Der DBfK weist in Bezug auf die Telematik darauf hin, dass auch Leistungserbringern in der (teil-)stationären und ambulanten pflegerischen Versorgung Leserechte zu verordneten verschreibungspflichtigen Medikamenten eingeräumt werden müssen.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Stellungnahme zu Nr. 2 (Änderung § 137k)

Nach Einführung der PPR 2.0 erscheint die Implementierung eines vollkommen neuen Instruments mit gänzlich neuer Systematik und neuen Erprobungs-, Einführungs- und Konvergenzphasen wenig zielführend. Stattdessen sollte § 137k dafür genutzt werden, die Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung des Instrumentariums der Pflegepersonalbedarfsermittlung in sämtlichen Krankenhausbereichen zu fördern. Eine Anschlussfähigkeit an die jetzt geplante Einführung der PPR 2.0 muss daher sichergestellt werden.

Änderungsvorschlag:

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

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

Stellungnahme zu Nr. 3

§ 137I – Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

- zu Absatz 1

In 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 allerdings 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.

In Satz 2 wird festgelegt, dass die Krankenhäuser nach den Nummern 1 bis 3 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.

Das Instrument für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen auf bettenführenden Stationen („Normalstationen“) ist die von DKG, DPR und ver.di entwickelte PPR 2.0 und das für Kinder und Jugendliche die Kinder PPR 2.0. Zusätzlich müssen auch Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung für die Intensivstationen und Intermediate Care Stationen festgelegt werden. Hierfür steht das Instrument INPULS® zur

Verfügung. Ziel muss es sein, dass im ersten Umsetzungsschritt alle bettenführenden Stationen eine Personalbedarfsermittlung durchführen. In einem zweiten Schritt muss die Personalbedarfsermittlung um alle Bereiche erweitert werden, in denen üblicherweise Pflegefachpersonen arbeiten, z.B. die Funktionsbereiche, Notaufnahmen und Dialyseabteilungen.

Änderungsvorschläge:

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind **gemeinsam mit den Kostenträgern und dem Gesetzgeber** verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. **Dazu wird der Gesetzgeber Rahmenbedingungen herstellen, die eine ausreichende Pflegepersonalausstattung ermöglichen.**

Zu diesem Zweck haben sie **mittels der Instrumente PPR 2.0 für Erwachsene und Kinder sowie INPULS für die Intensivstationen und Intermediate Care Stationen** nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 Folgendes zu ermitteln und **in der Einführungsphase** an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der ~~nichtintensivmedizinischen~~ somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,
2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der ~~nichtintensivmedizinischen~~ somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und
3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der ~~nichtintensivmedizinischen~~ somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.

Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen **mit dem Ziel, mittelfristig eine Personalausstattung zu schaffen, die dem ermittelten Pflegebedarf entspricht.**

Ein neuer Absatz 2 ist zu schaffen:

(2) Ein Institut für die Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus (InPeP) ist zu gründen, das mit pflegewissenschaftlicher Expertise ausgestattet, finanziell unabhängig ist und vom Bundesministerium für Gesundheit mit den notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet wird. Die Datenerhebung wird nach der Einführungsphase durch das InPeP übernommen.

- 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 ist nicht klar, warum eigentlich eine Erprobungsphase stattfinden muss. Die PPR 2.0 als Interimsinstrument soll kurzfristig eingeführt werden. Der Zeitplan des Gesetzes entspricht in keiner Weise dieser Zielsetzung. 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. Neben der Konzeption gibt es auch detaillierte Anwendungsvorschriften. Zudem gibt es bereits vielfältige Erfahrungen mit dem Einsatz der PPR 2.0 in Krankenhäusern, z.B. hat das Uniklinikum Mainz die PPR 2.0 bereits vollumfänglich eingeführt inklusive der digitalen Anwendung. In vielen Krankenhäusern wird zudem seit 1993 kontinuierlich die PPR angewendet. Der Umstellungsschritt auf die PPR 2.0 ist sehr gering. Diese Erfahrungswerte können bei der Festlegung einer Verordnung berücksichtigt werden.

Durch die aktuelle Formulierung im Gesetz bleibt bis zum 30. November 2023 völlig unklar, welche Regelungen eingeführt werden sollen, sodass sich die Krankenhäuser und ihr Pflegepersonal nicht darauf einstellen können. Dadurch wird dringend notwendiger Regulierungsbedarf in die Zukunft verschoben.

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. Das Instrument muss auch für die Intermediate Care Stationen gelten.

Änderungsvorschläge:

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum **30. Juni 2023** ~~31. Januar 2023~~ eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung **mit der Begleitung der Einführungsphase der PPR 2.0 für Erwachsene und Kinder sowie INPULS für die Intensivstationen und Intermediate Care Stationen.** ~~oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:~~

1. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der ~~nichtintensivmedizinischen~~ somatischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte und
2. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der ~~nichtmedizinischen~~ somatischen Versorgung auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. ~~Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen.~~ Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum **31. Januar 2024** ~~31. August 2023~~ einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der **Einführung** ~~Erprobung~~ vorzulegen. **Der Abschlussbericht ist zu veröffentlichen und dem Deutschen Pflegerat, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft sowie weiteren maßgeblichen Organisationen die Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen.** ~~Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 zu berücksichtigen.~~

- zu Absatz 3

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 DBfK 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 (...)“ mit einer „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 Pflegepersonalausstattung 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.

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 Pflegepersonalbedarfes 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 sowie INPULS für die Intensivstationen und Intermediate Care Stationen. 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. 3 geht es um die zu erfassende Ist- bzw. Soll-Personalbesetzung. Hier muss in der Rechtsverordnung deutlich gemacht werden, dass die Ist-Personalbesetzung nur auf Basis der tatsächlichen Arbeitszeit der Dienstplandaten erfolgen kann. Die Stellenpläne der Krankenhäuser sind in keinem Fall eine ausreichende Datenbasis. Die Soll-Personalbesetzung muss der in der PPR 2.0 und den assoziierten Instrumenten erhobene Pflegebedarf sein.

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 der Einführungsphase kann übergangsweise das InEK einbezogen werden.

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 Ausnahmesituationen 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.

In Nr. 6 geht es um die Auswertung der Daten durch das InEK. Es muss klargestellt werden, dass die Auswertung mit pflegewissenschaftlichen Methoden erfolgen muss.

Änderungsvorschläge:

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit ~~kann~~ **wird** durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates ~~im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bis zum 30. November 2023~~ **30. April 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. In der Rechtsverordnung ~~kann~~ **wird** das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen.

1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs, durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient **entsprechend der Vorgaben der PPR 2.0 für Erwachsene und Kinder sowie INPULS für die Intensivstationen und Intermediate Care Stationen,**
2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals **unter Berücksichtigung der geeinigten Eckpunkte zwischen Deutschen Pflegerat, Deutscher Krankenhausgesellschaft und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft sowie unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der Pflegewissenschaft und des Pflegemanagements,**
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden
 - a) Anzahl der in der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte **auf Basis der tatsächlichen Arbeitszeit der Dienstplandaten,** umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist Personalbesetzung) und
 - b) Anzahl der in der jeweiligen Station auf Grundlage des **in der PPR 2.0 und den assoziierten Instrumenten erhobenen** Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),
4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus **während der Einführungsphase,** einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten sowie
6. zur **pflegewissenschaftlichen** Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

- 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.

Die PPR 2.0 und die mit ihr assoziierten Instrumenten können kurzfristig bereits zum 1. Juli 2023 in einer Einführungsphase umgesetzt werden und weitere Regelungen zur verbindlichen Umsetzung können bereits ab dem 01. Januar 2024 gelten. Diese Regelungen zur verbindlichen Einführung müssen mindestens 2 Monate im Voraus den Krankenhäusern bekannt sein, um die Dienstplanung entsprechend anpassen zu können.

In 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.

In Nr. 2 geht es um Regelungen zum Nachweis gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, 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. Das InEK als Institut der Datenerfassung muss aus dem Gesetzestext gestrichen werden.

In 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 DBfK 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. Leistungseinschränkungen helfen dem Pflegepersonal zur Entlastung, Vergütungsabschläge verschlechtern die Situation für das Pflegepersonal. 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. Deshalb dürfen nur so viele Leistungen erbracht werden, wie auch mit den personellen Kapazitäten durchführbar sind.

Im Gesetzestext muss eine Nr. 4 eingefügt werden. Denn die Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung muss vollständig sichergestellt werden. 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“).

Änderungsvorschläge:

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt aufgrund der in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ohne Zustimmung des Bundesrates ~~und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen~~ Regelungen **bis zum 31. Oktober 2023** zu treffen

1. zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus **mit dem Ziel, mittelfristig eine an den Pflegebedarf orientierte Soll-Personalausstattung zu erreichen,**
2. zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung ~~gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und~~
3. zu **Leistungseinschränkungen** ~~Vergütungsabschlägen~~, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,
 - a) die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder
 - b) die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen.
4. **Zur auskömmlichen Finanzierung der tatsächlich entstandenen Personalkosten von 100 Prozent Pflegefachpersonen und bis zu 105 Prozent des PPR 2.0 Sollwertes im zulässigen Qualifikationsmix des errechneten Pflegebedarfs.**

- 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.

Änderungsvorschläge:

Absatz 5 ist zu streichen.

~~(5) Sofern für ein Krankenhaus in einem Tarifvertrag oder einer sonstigen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden und diese Vereinbarung nach dem übereinstimmenden schriftlich oder elektronisch erklärten Willen der Tarifvertragsparteien der Anwendung der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 vorzuziehen ist, entfallen für das Krankenhaus die sich aus der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 ergebenden Verpflichtungen. Die Erklärung sowie der Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.~~

Stellungnahme zu Nr. 9 (Änderung § 283)

Das MDK-Reformgesetz hat durch die Neuaufstellung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) aus Mitgliedern der Gruppen der Kranken- und Pflegeversicherung, Betroffenenvertretungen und Berufsvertretungen die Beschlüsse des Verwaltungsrats in ihrer Transparenz und hinsichtlich der demokratischen Legitimation gestärkt. Die Mitglieder des Verwaltungsrats repräsentieren wichtige, von den Richtlinien potenziell betroffene Gruppen. Dem Verwaltungsrat sollten deshalb gesetzlich verankert maßgebliche Beteiligungsrechte beim Beschluss und Erlass von Richtlinien für die Medizinischen Dienste gewährt werden. Eine Benehmensregelung reicht aus Sicht des DBfK nicht aus. Vielmehr muss beim Erlass von Richtlinien ein Einvernehmen zwischen Vorstand und Verwaltungsrat hergestellt sein. Der DBfK regt an, auf eine paritätische Besetzung hinsichtlich des Verhältnisses im Verwaltungsrat (Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherung auf der einen und Vertreter:innen aus Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherorganisationen sowie aus Ärzteschaft und den Pflegeberufen auf der anderen Seite) hinzuwirken und mit Blick auf die Erwartung, dass in Zukunft deutlich mehr Qualitätssicherungsrichtlinien für Pflegeleistungen etabliert werden, die Vertretung der professionellen Pflege mehr als bisher sicherzustellen und entsprechend auch mit Stimmrecht auszustatten.

Stellungnahme zu Nr. 28 (Einfügung § 361a)

Unbedingt sind auch (teil-)stationären und ambulanten Pflegediensten Daten aus elektronischen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu übermitteln (Leserechte einzuräumen), wenn diese an die Telematikinfrastruktur angeschlossen und mit den Mitteln der Telematikinfrastruktur authentifiziert sind.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Stellungnahme zu Nr. 4 (Änderung § 11)

Die geplanten Neuregelungen in § 11 KHEntgG zum Pflegebudget erscheinen hilfreich, insbesondere die Vorgabe, dass die Budgetvereinbarung bis zum Ablauf des Jahres zu schließen ist und ansonsten die Schiedsstelle entscheidet. Hier sind Strukturvoraussetzungen zu schaffen (Ausstattung der Schiedsstellen), damit das Ziel, die Budgets prospektiv abzuschließen, erreicht werden kann.

Berlin, 08.11.2022

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Literatur

- Ahlstedt, C.; Lindvall, C.E.; Holmström, I.K.; Athlin, A.M. (2018): What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. In: International Journal of Nursing Studies. Online unter: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008> (14.08.2022).
- Aiken, L. H.; Sloane, D.; Griffiths, P.; Rafferty, A. M.; Bruyneel, L.; McHugh, M.; Maier, C. B.; Moreno-Casbas, T.; Ball, J. E.; Ausserhofer, D.; Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. Online unter: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/7/559> (14.08.2022).
- Auffenberg, J.; Heß, M. (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Online unter: https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4712/1/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (14.08.2022).
- Auffenberg, J.; Becka, D.; Evans, M.; Kokott, N.; Schleicher, S.; Braun, E. (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“. Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Online unter: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (14.08.2022).
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S. (Hrsg.) (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. Bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R unipress, S. 133-154.
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2021): Gut geschützt bei der Arbeit? Zur konkreten Situation beruflich Pflegenden in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschuere_Pflege-im-2-Lockdown_Auswertung_Feb2021.pdf (14.08.2022).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020a): Positionspapier. Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V). Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Pflegepersonalquotient_Final.pdf (14.08.2022).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020b): Positionspapier Pflegebudget. Online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Pflegebudget_Final.pdf (14.08.2022).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft; DPR, Deutscher Pflegerat; Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di (2022): Ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (PPR 2.0). Konzeption und Eckpunkte für einen Gesetzesauftrag zur Umsetzung. Online unter: <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/> (14.08.2022).
- DGIIN, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (2021): Umfrage der DGIIN zum Belastungserleben der Mitarbeitenden während der dritten Welle der Corona Pandemie in der Intensiv- und Notfallmedizin. Online unter: https://www.dgiin.de/files/dgiin/aktuelles/2021/20210422_Onlinebefragung-Belastungserleben-Corona-Pandemie.pdf (14.08.2022).
- Simon, M. (2021a): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Simon, M. (2021b): Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik. Online unter: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder/UEber_uns/Personen/Simon_2021_Pflegepersonal_in_Krankenhaeusern_-_neuerer_Entwicklungen.pdf (14.08.2022).
- Simon, M.; Sharma, N.; Gerfin, M. (2020): Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitalern: Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik. Online unter: https://www.sbk.ch/files/sbk/politik/Volksinitiative/Factsheets/2020_01_13_V2_Pubvers_Datenanalyse_Pflegeinitiative_SBK_01.pdf (14.08.2022).
- Simon, M. (2019): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Dieterich, A.; Braun B.; Gerlinger, Th.; Simon, M. (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer-VS, S. 219-251.
- Simon, M. (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Online unter: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006992 (14.08.2022).
- Simon, M.; Mehmecke, S. (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Stemmer, R.; Böhme, H. (2008): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 13, Heft-Nr. 3; S. 197-215. Online unter: <https://dgpflgewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2008-Stemmer.pdf> (14.08.2022).
- Thomas, D.; Reifferscheid, A.; Pomorin, N.; Wasem, J. (2014): Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. IBES Diskussionsbeitrag, Nr. 204. Online unter: https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/Forschung/IBES_Diskussionbeitraege/IBES_2014_nr204.pdf (14.08.2022).
- Wynendaale H; Willems R; Trybou J. (2019): Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. In: Journal of Nursing Management. Jg. 27, Nr. 5, S. 896-917.