

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

zur

**Verordnung zur Änderung der Verordnung
zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen
in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern
für das Jahr 2021
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung)**

Stand: 30. September 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	5
Artikel 1	5
Zu Artikel 1 § 1 Abs. 3 PpUGV Anwendungsbereich der PpUGV	5
Zu Artikel 1 § 3 PpUGV Ermittlung der neuen pflegesensitiven Bereiche	7
Zu Artikel 1 § 6 PpUGV Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen	9

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf werden die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) um die neuen pflegesensitiven Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Orthopädie erweitert. Der pflegesensitive Bereich Pädiatrie wird weiter ausdifferenziert, indem neben der (allgemeinen) Pädiatrie und der pädiatrischen Intensivpflege nunmehr auch die Bereiche der speziellen Pädiatrie sowie der neonatologischen Pädiatrie geschaffen werden.

Die Krankenhäuser lehnen den vorliegenden Entwurf zur Ausweitung der PpUG sowohl aus grundsätzlichen Erwägungen heraus als auch aus fachlichen Gründen ab. Die PpUG sind in dieser Form ein rückwärtsgewandtes und bürokratisches Steuerungsinstrument. Die Corona-Pandemie hat deutlich aufgezeigt, dass die PpUG mit ihren starren Vorgaben nicht mehr zeitgemäß sind und vielmehr dazu führen, dass die Sicherstellung der Patientenversorgung – insbesondere in hochsensiblen Bereichen, wie den Intensivstationen – gefährdet ist. Die PpUG haben sich seit ihrer Einführung als wahres „Bürokratiemonster“ erwiesen und führen zu erheblichem personellen Mehraufwand für die Dokumentation und das Controlling. Auch der Hinweis im Referentenentwurf, dass die Kosten für zusätzliches Personal von den Kostenträgern übernommen werden, läuft an dieser Stelle ins Leere. 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.

Daher hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammen mit dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di im Auftrag der Konzentrierten Aktion Pflege die PPR 2.0 entwickelt und eine zeitnahe Einführung gefordert. Mit der PPR 2.0 liegt ein wissenschaftlich evaluiertes und praktisch erprobtes Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument vor, das sofort anstelle der PpUG eingeführt werden kann. Insofern liegt – entgegen der Ausführungen im Referentenentwurf – durchaus eine Alternative zur vorgesehenen Ausweitung der PpUG vor, der zudem nunmehr auch die Pädiatrie und die Intensivmedizin abdeckt. Auch auf Grundlage der PPR 2.0 wäre es ohne weiteres möglich, entsprechende Untergrenzen auf Basis des anfallenden Pflegebedarfs festzulegen.

Die nunmehr geplante Ausweitung der PpUG führt mit ihrer kleinteiligen Regelungssystematik zu einer weiteren Zuspitzung der mit der bereits bestehenden PpUGV vorhandenen Probleme. So werden insbesondere in der Pädiatrie zusätzliche Abgrenzungsprobleme zwischen den pflegesensitiven Bereichen entstehen. Aus dem Referentenentwurf geht beispielsweise nicht hervor, nach welchen Kriterien die neonatologische Pädiatrie identifiziert wird und wie sich dieser Bereich gegenüber der neonatologischen Versorgung im Geltungsbereich der QFR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgrenzt.

Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass die Indikatoren-DRG-Liste im Referentenentwurf 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 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 DKG ist es völlig inakzeptabel, dass der Selbstverwaltung als Träger des InEK diese Daten vorenthalten werden.

Im Folgenden nehmen die Krankenhäuser ungeachtet der grundsätzlichen Ablehnung der PpUGV zu einzelnen Änderungen Stellung.

Besonderer Teil

Artikel 1

Zu Artikel 1 § 1 Abs. 3 PpUGV Anwendungsbereich der PpUGV

Beabsichtigte Neuregelung

Die pflegesensitiven Bereiche Gynäkologie, Geburtshilfe, Orthopädie, spezielle Pädiatrie und neonatologische Pädiatrie werden in den Anwendungsbereich der PpUGV aufgenommen.

Stellungnahme

Auch wenn es sich hier lediglich um eine redaktionelle Anpassung des Anwendungsbereichs im Hinblick auf die neuen pflegesensitiven Bereiche handelt, ist auf die weiterhin ungelöste Abgrenzungsproblematik zur QFR-RL des G-BA hinzuweisen. Gemäß § 1 Absatz 3 PpUGV (alt und neu) gelten die Pflegepersonaluntergrenzen nicht in den Bereichen, in denen die Mindestvorgaben der QFR-RL erfüllt werden. Bereits heute kommt es jedoch zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Regelungen der QFR-RL und den PpUG für die pädiatrische Intensivmedizin, da unter die Mindestvorgaben der QFR-RL für neonatologische Intensiveinheiten auch Kinder fallen, für die keine Pflegepersonalschlüssel nach Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 bzw. Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 QFR-RL gelten. Auch aus den Klarstellungen zur PpUGV auf den Internetseiten des InEK kann hierzu keine eindeutige Auslegung entnommen werden. Die DKG-Geschäftsstelle hat den betroffenen Krankenhäusern daher in der Vergangenheit aus Gründen der Rechtssicherheit dazu geraten, für diese Kinder im Zweifelsfall die PpUG für die pädiatrische Intensivpflege anzuwenden. Dies führt jedoch im Ergebnis dazu, dass auf einer Station zwei unterschiedliche Personalvorgaben gelten – sowohl in Hinblick auf die Höhe der Personalschlüssel als auch auf die Dokumentationsvorgaben.

Sofern mit der Regelung in § 1 Absatz 3 PpUGV intendiert ist, dass die PpUG lediglich in den QFR-RL-Bereichen mit konkreten Pflegepersonalschlüsseln keine Anwendung findet, sollte dies auch so klargestellt werden. Völlig unklar ist nunmehr, in welchem Zusammenhang der neue pflegesensitive Bereich neonatologische Pädiatrie zu sehen ist und für welche Patientengruppe diese PpUG gelten soll. Dies wird weder im Verordnungsentwurf noch in der Begründung deutlich. Zudem besteht die Gefahr, dass es auch zu Überschneidungen zwischen der allgemeinen Pädiatrie und der neonatologischen Pädiatrie kommt und damit die deutlich strengeren Pflegepersonaluntergrenzen der neonatologischen Pädiatrie zur Anwendung kommen. In interdisziplinär organisierten Kinderkliniken sind die Übergänge zwischen pädiatrischer

Intensivmedizin – neonatologischer Intensivpflege – „neonatologischer Pädiatrie“ – „spezieller Pädiatrie“ und „allgemeiner Pädiatrie“ fließend und machen nicht an Stationsgrenzen oder Patientenzimmern halt. Konsequenz aus der Umsetzung des BMG-Verordnungsentwurfs wäre somit ein weiterer, sehr hoher bürokratischer Zusatzaufwand für die betroffenen Kliniken und der Einsatz eines Pflegecontrollers in der Krankenhauspraxis, um das Monitoring der neuen PpUG ab dem 01.01.2022 gewährleisten zu können.

Des Weiteren ist nicht ersichtlich, ob es sich bei Gynäkologie und Geburtshilfe um zwei separate pflegesensitive Bereiche oder nur um einen Bereich handeln soll. So liegt die entsprechende Indikatoren-DRG-Liste nicht vor und für beide Bereiche gelten identische Untergrenzen und Pflegehilfskraftanteile. Dies erscheint erklärungsbedürftig, zumal es auch zwischen der Gynäkologie und der Geburtshilfe erhebliche Unterschiede geben dürfte (siehe Stellungnahme zu § 6). Klargestellt werden muss zudem, dass in der Geburtshilfe der Kreißsaal nicht in den Anwendungsbereich der PpUGV fällt.

Darüber hinaus sind aus Sicht der Krankenhäuser die besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 2 KHG aus dem Anwendungsbereich der PpUGV herauszunehmen. Die besonderen Einrichtungen können aufgrund ihrer Besonderheit nicht mit anderen Einrichtungen verglichen werden und sind nicht umsonst aus dem DRG-System ausgenommen.

Abschließend ist für die neuen pflegesensitiven Bereiche zwingend eine Übergangsfrist bis mindestens 31.03.2022 notwendig, in der keine Vergütungsabschläge erhoben werden. Die Krankenhäuser schlagen daher eine entsprechende Regelung in § 7 PpUGV (Ausnahmetatbestände) vor.

Änderungsvorschlag

Klarstellung des Anwendungsbereichs der PpUGV im Hinblick auf die Anwendung der PpUG im Geltungsbereich der QFR-RL

In § 1 PpUGV werden folgende Absätze 4 und 5 neu angefügt:

(4) Die Pflegepersonaluntergrenzen finden in besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 2 KHG keine Anwendung.

(5) Die Pflegepersonaluntergrenzen im pflegesensitiven Bereich der Geburtshilfe finden in Entbindungsstationen keine Anwendung.

Folgeänderung in § 7 PpUGV:

In § 7 PpUGV werden folgende Sätze 3 und 4 neu angefügt:

Bis zum 31.03.2022 werden Vergütungsabschläge gemäß § 137i Abs. 5 SGB V für die in § 6 Abs. 1 Nummer 11 bis 13 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen nicht erhoben. Dies gilt entsprechend für die in § 6 Abs.1 Nr. 4 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für den pflegesensitiven Bereich der Orthopädie.

Zu Artikel 1 § 3 PpUGV

Ermittlung der neuen pflegesensitiven Bereiche

Beabsichtigte Neuregelung

Mit Ausnahme des pflegesensitiven Bereichs der speziellen Pädiatrie sollen die neuen pflegesensitiven Bereiche analog zu den bisherigen pflegesensitiven Bereichen über den Fachabteilungsschlüssel, den Anteil der Indikatoren-DRG-Fälle oder die Anzahl der entsprechenden Belegungstage ermittelt werden. Die Anzahl der Belegungstage soll mit der Begründung der Corona-bedingten Fallzahlreduzierung im für die Ermittlung maßgeblichen Datenjahr 2020 von 5.000 auf 4.500 heruntersetzt werden.

Stellungnahme

Aus Sicht der Krankenhäuser ist die Reduzierung der maßgeblichen Belegungstage nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 PpUGV – ungeachtet einer möglichen Corona-bedingten Fallzahlreduzierung – nicht sachgerecht. Schon die bisherige Grenze von 5.000 Belegungstagen war willkürlich festgelegt und führte dazu, dass Fachabteilungen mit nur wenig einschlägigen Fällen plötzlich ein ggf. fachfremder pflegesensitiver Bereich oder sogar mehrere pflegesensitive Bereiche gleichzeitig wurden. Die Krankenhäuser hatten daher zu Beginn der Diskussion um dieses Identifikationsmerkmal einen adäquaten Wert von mindestens 8.000 Belegungstagen vorgeschlagen.

Die für die **spezielle Pädiatrie** in § 3 Absatz 3 Nummer 6 PpUGV vorgesehene Ermittlungssystematik ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Zum einen wird aus dem Verordnungstext nicht ersichtlich, ob das Vorhandensein des pflegesensitiven Bereiches allgemeine Pädiatrie immer als Voraussetzung für die Identifikation der speziellen Pädiatrie gilt oder ob sich dies nur auf den Fall bezieht, wenn eine Fachabteilung der speziellen Pädiatrie ausgewiesen wird. Die Begründung lässt auf Letzteres schließen, d.h. die Identifikation über die Belegungstage soll ein eigenständiger Ermittlungsweg sein. Zumindest der Verordnungstext ließe aber auch die alternative Sichtweise zu.

Zum anderen ist für den Fall, dass eine allgemeine Pädiatrie vorhanden ist und über die Ausweisung der Fachabteilung der speziellen Pädiatrie auch dieser pflegesensitive Bereich ermittelt wird, auf Folgendes hinzuweisen: Gemäß § 6 Absatz 4 PpUGV gilt bei

der Anwendbarkeit mehrerer Untergrenzen die strengere Untergrenze. Dies sind in diesem Fall die PpUG für die allgemeine Pädiatrie. Es ist nach Einschätzung der Krankenhäuser davon auszugehen, dass vielerorts die betroffenen Fachabteilungen bzw. Stationen nicht „sortenrein“ belegt sind. Damit käme die neue PpUG der speziellen Pädiatrie faktisch so gut wie kaum zur Anwendung.

Nicht schlüssig erscheint zudem die Festsetzung der Belegungstage in den Indikatoren-DRGs von 5.000 in der Neuro- und Sozialpädiatrie bzw. 1.500 in der Diabetologie, Rheumatologie und Dermatologie. So ist nicht weiter begründet, warum die Anzahl der Belegungstage in den letztgenannten Bereichen nur 1.500 betragen soll. Offen bleibt zudem, ob 1.500 Belegungstage in jedem der drei Bereiche erreicht werden müssen oder ob es ausreicht, wenn die Belegungstage schon in allen drei Bereichen zusammen erreicht werden.

Im Hinblick auf den neuen pflegesensitiven Bereich der **Orthopädie** ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das Behandlungsspektrum von konservativer bis operativer Orthopädie sehr groß ist und mit einem unterschiedlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten einhergeht. Bei der Behandlung im Rahmen der konservativen Orthopädie, z. B. multimodalen Komplexverfahren am Bewegungssystem, stehen nicht-operative Therapieverfahren, wie z. B. Physiotherapie, sowie die direkte Verabreichung von Schmerzmedikamenten (Schmerztherapie) im Vordergrund. Die Patientinnen und Patienten sind mobil und können sich mehrheitlich selbst versorgen. Ab 2022 soll es für den Bereich der Orthopädie eine eigene Untergrenze geben. Es muss bei den Vorgaben zwingend genauer differenziert werden. Patientinnen und Patienten der konservativen Akut-Orthopädie benötigen im Gegensatz zur operativen Orthopädie deutlich weniger pflegerische Betreuung. Es sollten daher bei der Festlegung der Indikatoren-DRGs die einschlägigen DRGs der konservativen Behandlung (I42A, I42B, I68D) nicht berücksichtigt werden.

Zudem legt der Referentenentwurf nahe, dass auch die pädiatrisch-psychosomatische Pädiatrie durch den Bereich der speziellen Pädiatrie miterfasst werden soll. Der einschlägige OPS 9-403: „Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psycho-somatische Therapie“ umfasst auch diesen Bereich. Dies wäre aus Sicht der Krankenhäuser jedoch systemwidrig, da die Landeskrankenhausplanung auch eine Abrechnung über das PEPP-System zulässt, was z. B. in Hessen entsprechend gehandhabt wird.

Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Reduzierung der Belegungstage in § 3 Absatz Nummer 3 PpUGV.

Klarstellung, dass die pädiatrisch-psychosomatische Pädiatrie nicht von den PpUG erfasst wird (Nichtberücksichtigung des Indikatoren-DRG U41Z mit der OPS 9-403 in der Indikatoren-DRG-Liste).

Klarstellung im Hinblick auf die konservative Orthopädie in der Indikatoren-DRG-Liste.

§ 3 Absatz 3 Nummer 6 PpUGV wird wie folgt gefasst:

Einen pflegesensitiven Bereich der speziellen Pädiatrie, wenn ein pflegesensitiver Bereich der allgemeinen Pädiatrie nach Nummer 5 ermittelt und **entweder** eine Fachabteilung der speziellen Pädiatrie ausgewiesen wurde oder in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres die Anzahl der Belegungstage in den jeweiligen Indikatoren-DRGs der Neuro- und Sozialpädiatrie **mindestens 5000** ~~oder~~, der Diabetologie, Rheumatologie, **oder** Dermatologie mindestens **~~1.500~~ 5.000** beträgt.

Zu Artikel 1 § 6 PpUGV

Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Pflegepersonaluntergrenzen sowie die dazu gehörigen maximalen Pflegehilfskraftanteile normiert, die sich aus der InEK-Datenerhebung ergeben haben sollen.

Stellungnahme

Mangels Kenntnis der Ergebnisse der InEK-Datenerhebung können die Krankenhäuser nicht bewerten, inwiefern die festgelegten PpUG und Pflegehilfskraftanteile korrekt und sachgerecht sind.

Die Festlegung der Besetzung für die **Gynäkologie und Geburtshilfe** von 8:1 bzw. 18:1 ist nicht sachgerecht und unter Berücksichtigung der Vorgaben für die sonstigen operativen Fachdisziplinen mit niedrigeren Vorgaben nicht nachvollziehbar. Gerade in der Geburtshilfe werden in der Regel junge, ansonsten gesunde Patientinnen mit einem geringen Pflegeaufwand behandelt. Warum hier ein höherer Pflegepersonaleinsatz als z. B. in der Chirurgie geplant werden muss, ist nicht plausibel. Vergleicht man die PpUGV-Vorgaben in den pflegesensitiven Bereichen Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie (Tagschicht 10:1, Nachtschicht 20:1) und Herzchirurgie (Tagschicht 7:1, Nachtschicht 15:1), dann sind die Vorgaben für die Gynäkologie und Geburtshilfe nicht nachvollziehbar. So werden in der Allgemein Chirurgie i. d. R. deutlich ältere Patientinnen und Patienten mit einem deutlich höheren durchschnittlichen patientenbezogenen Gesamtschweregrad und einer deutlich höheren durchschnittlichen Verweildauer behandelt. Aus den drei Faktoren Alter, Pflegebedarf und Verweildauer kann geschlossen werden, dass der Pflegeaufwand für die Patientinnen und Patienten in der Allgemein Chirurgie voraussichtlich höher sein wird als in der Gynäkologie und Geburtshilfe. In der Herzchirurgie werden ebenfalls deutlich ältere Patienten mit einem noch viel höheren durchschnittlichen Gesamtschweregrad und einer nochmals höheren durchschnittlichen Verweildauer als in der Gynäkologie und Geburtshilfe behandelt, was sich in einer strengen PpUGV-Quote widerspiegelt. Es bleibt vor diesem Hintergrund

jedoch offen, warum die PpUGV-Quote der Gynäkologie und Geburtshilfe mit der der Herzchirurgie vergleichbar ist.

Klargestellt werden muss in der Verordnung zudem, dass gesunde Neugeborene nicht als Patientinnen und Patienten gezählt werden. Auch der Pflegehilfskraftanteil von 0 % in der Nachtschicht erscheint insbesondere für die Gynäkologie wenig plausibel. Für den neuen pflegesensitiven Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe müssen aus Sicht der DKG zudem die anzurechnenden Pflegefachkräfte um die Hebammen und Entbindungspfleger ergänzt werden, da diese auf bettenführenden geburtshilflichen Stationen auch in der direkten Patientenversorgung (entbindungs-)pflegerische Tätigkeiten ausführen.

Des Weiteren sind aus Krankenhaussicht die Pflegehilfskräfte um die Berufsgruppen der Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen zu ergänzen. Diese Berufsgruppen werden insbesondere in den neurologischen Bereichen in der Patientenversorgung zielführend eingesetzt. Eine Grundlage hierfür bildet die aktuelle Anpassung der „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) des G-BA.

Änderungsvorschlag

Folgeänderung in § 2 Absatz 1 PpUGV

In § 2 Absatz 1 PpUGV wird folgender Satz 3 neu angefügt:

Für den pflegesensitiven Bereich der Geburtshilfe gelten auch Hebammen und Entbindungspfleger nach dem Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 oder Hebammen nach dem Hebammengesetz vom 22. November 2019 als Pflegefachkräfte gemäß Satz 1.

In § 2 Absatz 1 Satz 4 PpUGV wird folgende Nummer 4 neu angefügt:

4. Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sowie Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.