



30.09.2021

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

A. Vorbemerkung

Seit 2018 wird den Krankenhäusern eine Mindestpersonalausstattung in sogenannten „pflegesensitiven“ Bereichen vorgegeben. Mit den Pflegepersonaluntergrenzen sollen die Qualität der Pflege verbessert und das Personal entlastet werden. Diese Ziele werden mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung nicht erreicht. Stattdessen erschweren die Vorgaben eine gute Versorgung:

- **Fachkräftemangel wird verschärft**

In der Pflege besteht seit Jahren ein erheblicher Fachkräftemangel. Nahezu jedes Krankenhaus hat offene Stellen in der Pflege, die sich wegen fehlendem Personal auf dem Arbeitsmarkt nicht besetzen lassen. Pflegepersonaluntergrenzen helfen hier nicht, sondern verschärfen die Situation: Um eine Untergrenze einzuhalten, müssen Pflegekräfte in Bereichen eingesetzt, dokumentiert und nachgewiesen werden, in denen sie nicht benötigt werden. Dafür fehlen sie dann an anderer Stelle.

Zudem führen die Untergrenzen dazu, dass das Berufsbild der Pflege unattraktiv wird: Pflegekräfte sind wieder damit beschäftigt, Betten zu reinigen, Patiententransporte durchzuführen und Tätigkeiten der Küche zu erledigen. Dadurch konterkarieren die Untergrenzen eine über die Jahre sehr erfolgreiche Struktur des Skillmixes in der Pflege, unter anderem bestehend aus Pflegefachpersonen, Pflegehilfskräften sowie weiteren Gesundheitsfachberufen.

- **Mehr Bürokratie statt mehr Qualität**

Die Untergrenzen bedeuten vor allem Zählen und Dokumentieren. Doch das bloße Zählen von Köpfen verbessert nicht die pflegerische Versorgung und entlastet auch nicht die Pflegekräfte. Dass die Untergrenzen nichts gebracht haben, bestätigen auch die Pflegekräfte selbst. Laut einer Umfrage des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe bewerten zwei Drittel die Personaluntergrenzen als „keinesfalls hilfreich“¹. Hauptkritikpunkt: zu viel Bürokratie.

¹ <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Bericht-Umfrage-Pflegepersonaluntergrenzen-2020-05-19.pdf>



- **Unsachgerechte Anrechnung von Pflegehilfskräften, Auszubildenden und weiteren Berufsgruppen**

Pflegehilfskräfte und weitere Berufsgruppen, wie z. B. Physio- und Ergotherapeuten werden in den Pflegepersonaluntergrenzen nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl sie Pflegefachkräfte in ihrer Arbeit spürbar entlasten. Auch eine sachgerechte Anrechnung von Auszubildenden in den Pflegeberufen fehlt, obwohl diese den Kliniken im Rahmen der Ausbildungsfinanzierung mit einem Schlüssel vom 1:9,5 angerechnet werden. Die Anrechnung von Auszubildenden würde weitere Anreize zur Ausbildung in den Pflegeberufen setzen und entspräche auch den Erfahrungen der Praxis beim Einsatz der Auszubildenden. Diese sind ab einem bestimmten Ausbildungsgrad eine Entlastung und Hilfe auf den Stationen und sollten auch eine entsprechende Anerkennung bei den Pflegepersonaluntergrenzen erfahren. Sinnvoll wäre eine gestaffelte Anerkennung, z. B. 25 % im ersten Ausbildungsjahr, 50 % in zweitem Ausbildungsjahr und 75 % im dritten Ausbildungsjahr.

- **Beseitigung von gar nicht bestehenden Fehlanreizen**

Befürworter der Pflegepersonaluntergrenzen betonen, diese seien wegen Fehlanreizen des DRG-Systems notwendig, denn es würde auf Kosten der Pflegekräfte gespart. Doch das Argument greift nicht: Spätestens seit der Rückkehr zur Selbstkostendeckung in der Pflege (Pflegebudget) werden Pflegekosten voll refinanziert und müssen genauestens dokumentiert werden. Es gibt keinerlei Anreize, an Pflegepersonal zu sparen.

- **Undifferenziert und schädlich für Spezialversorger**

Besonders kritisch ist die Wirkung von Untergrenzen in speziellen Versorgungssituationen:

Beispiel Konservative Akut-Orthopädie: Die Orthopädie beinhaltet zwei grundlegend verschiedene Versorgungsformen: die operative Orthopädie und die konservative (nicht-operative) Orthopädie. Bei der Behandlung im Rahmen der konservativen Orthopädie z. B. multimodalen Komplexverfahren am Bewegungssystem, stehen nicht-operative Therapieverfahren wie z. B. Physiotherapie und Schmerztherapie, d. h. die direkte Verabreichung von Schmerzmedikamenten im Vordergrund. Die Patient:innen sind mobil und können sich mehrheitlich selbst versorgen. Für beide Bereiche gelten derzeit die Pflegepersonaluntergrenzen der allgemeinen Chirurgie. Der Referentenentwurf sieht ab dem Jahr 2022 für den Bereich der Orthopädie eine eigene Untergrenze vor. Es muss bei den Vorgaben unbedingt differenziert werden. Patient:innen der konservativen Akut-Orthopädie benötigen im Gegensatz zur operativen Orthopädie deutlich weniger pflegerische Betreuung.

Beispiel Neurologische Frührehabilitation und Stroke Units: Der einseitige Bezug auf Pflege wird der wesentlichen Bedeutung von interdisziplinären Pflege- und Therapeutenteams

sowohl auf Stroke Units als auch auf Abteilungen der Neurologischen Frührehabilitation nicht gerecht. In der Neurologischen Frührehabilitation haben Leistungen der therapeutisch-aktivierenden Pflege einen großen Anteil. Diese werden von therapeutischen Spezialisten außerhalb der Pflege übernommen, wie z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Sprachtherapeuten. Pflegepersonaluntergrenzen sind hier zu eindimensional und gefährden etablierte Versorgungskonzepte.

Beispiel Diabetologie: Auch im Bereich der Diabetologie zeigt sich im Vergleich zu anderen internistischen Einheiten ein erhöhter Bedarf an Fachpersonal neben der examinieren Pflege. Die Patient:innen benötigen ein spezialisiertes Team von Fachärzten sowie qualifizierten Diabetes- und Ernährungsberatern z. B. zur individuellen Blutzuckereinstellung. Die undifferenzierte Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen aus dem Bereich der inneren Medizin ist hier nicht sinnvoll.

Beispiel Gynäkologie und Geburtshilfe: Eine undifferenzierte Anwendung derselben Pflegepersonaluntergrenzen auf die beiden Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe ist aufgrund völlig unterschiedlicher Patientenstrukturen, Pflegekonzepte und Versorgungsformen nicht sachgerecht. Im Bereich der Gynäkologie wird eine hohe Fallzahl onkologischer Patient:innen behandelt, die einen deutlich höheren Pflegebedarf aufweisen als Mütter mit gesunden Neugeborenen in der Geburtshilfe.

- **Übergangsfristen notwendig**

Die Anpassung der Pflegepersonaluntergrenzen und die Einführung weiterer Pflegepersonaluntergrenzen nur knapp vier Monate vor deren Inkrafttreten überfordert Krankenhäuser, die erstmals von Untergrenzen betroffen sind. Muss eine Klinik zur Erfüllung der Untergrenzen Personal aufbauen, so ist dies zeitlich und organisatorisch kaum zu leisten, denn der Recruiting- und Besetzungsprozess für Pflegefachkräfte dauert im Durchschnitt bis zu sechs Monate. Kann zur Erfüllung der Untergrenzen notwendiges Personal nicht gefunden werden, bliebe in letzter Konsequenz eine Reduktion der Bettenkapazitäten. Insbesondere bei der Einführung neuer Pflegepersonaluntergrenzen müssen Übergangsvorschriften für die Häuser vorgesehen werden, die Untergrenzen erstmalig erfüllen müssen.



B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Artikel 1, Nr. 1 a) und Nr. 2 a) der Änderungsverordnung, § 1 Absatz 2 und § 3 Absatz 2 PpUGV: Erweiterung des Anwendungsbereichs der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung auf den Bereich Orthopädie

Inhalt

Ab 2022 soll die Orthopädie als neuer pflegesensitiver Bereich in die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung aufgenommen werden. Es sollen Untergrenzen von 10:1 am Tag und 20:1 in der Nacht gelten.

Bewertung

Die Orthopädie kann nicht als ein Bereich gesehen werden, da er zwei grundlegend verschiedene Versorgungsformen beinhaltet: die operative Orthopädie und die konservative (nicht-operative) Orthopädie. Bei der Behandlung im Rahmen der konservativen Orthopädie stehen nicht-operative Therapieverfahren, wie z. B. Schmerztherapie, Physiotherapie und auch psychologische Therapie im Vordergrund. Die Mehrheit der Patient:innen der konservativen Akut-Orthopädie ist mobil, kann sich selbst versorgen und benötigt im Gegensatz zur operativen Orthopädie deutlich weniger pflegerische Betreuung.

Im Anwendungsbereich der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung muss daher eine Ausdifferenzierung zwischen operativer und konservativer Orthopädie mit unterschiedlichen Pflegepersonaluntergrenzen erfolgen. Zudem sollte eine Fachabteilung nur dann als pflegesensitiv eingestuft werden, wenn innerhalb der Fachabteilung eine Mindestanzahl der Fälle in die jeweiligen Indikatoren-DRGs einzugruppiert sind.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 3 Abs. 2 PpUGV:

(2) Ein Krankenhaus verfügt über einen pflegesensitiven Bereich, wenn gemäß den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres

1. eine Fachabteilung der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie, **der Orthopädie** oder der Herzchirurgie oder eine Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist, **und**

2. mindestens 40 Prozent der Fälle einer Fachabteilung in die jeweiligen Indikatoren-DRGs entweder der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren

Medizin, der allgemeinen Chirurgie, **der Orthopädie** oder der Herzchirurgie einzugruppieren sind oder

3. die Anzahl an Belegungstagen in den jeweiligen Indikatoren-DRGs der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie, **der Orthopädie** oder der Herzchirurgie mindestens 4.500 beträgt.

Insbesondere die folgenden DRGs sind Bestandteil der konservativen Behandlung und dürfen nicht in die Liste der Indikatoren-DRGs der Orthopädie aufgeführt werden:

I42A, I42B, I68C, I68D.



II. Artikel 1, Nr. 1 a) und Nr. 4 der Änderungsverordnung, § 1 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 und 2 PpUGV: Festlegung der Untergrenzen im Bereich Pädiatrie

Inhalt

Der Referentenentwurf sieht vor, dass ab dem Jahr 2022 Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche allgemeine Pädiatrie, spezielle Pädiatrie und neonatologische Pädiatrie gelten sollen.

Bewertung

Die Festlegung der konkreten Untergrenzen in den Teilbereichen der Pädiatrie kann nicht nachvollzogen werden. Die Bewertung des Verhältnisses von Patienten zu Pflegekräften wird erheblich dadurch erschwert, dass die Indikatoren-DRG-Liste nicht vorliegt. Aus fachpflegerischer Sicht erschließt sich nicht, dass der Unterschied zwischen der allgemeinen und der speziellen Pädiatrie in der Tagschicht einen Patienten umfasst, in der Nachtschicht dagegen fünf Patienten (allgemeine Pädiatrie: 5:1 am Tag und 9:1 in der Nacht; spezielle Pädiatrie: 6:1 am Tag und 14:1 in der Nacht).

Im Bereich der neonatologischen Pädiatrie existieren bereits differenzierte Regelungen durch den G-BA (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene). Aufgrund dieser detaillierten Vorgaben sind Pflegepersonaluntergrenzen hier überflüssig.

Änderungsvorschlag

Streichung.

III. Artikel 1, Nr. 1 a) und Nr. 4 der Änderungsverordnung, § 1 Absatz 2 und § 3 Absatz 1 und 2 PpUGV: Festlegung gemeinsamer Untergrenzen für die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe

Inhalt

Der Referentenentwurf sieht die Einführung gemeinsamer Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe ab dem Jahr 2022 vor.

Bewertung

Gemeinsame Untergrenzen für die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe sind nicht sachgerecht, da in diesen Bereichen völlig unterschiedliche Patientenstrukturen, Pflegekonzepte und Versorgungsformen vorliegen. Im Bereich der Gynäkologie wird eine hohe Fallzahl onkologischer Patient:innen behandelt, die einen deutlich höheren Pflegebedarf aufweisen als Mütter mit gesunden Neugeborenen in der Geburtshilfe.

Aus fachpflegerischer Sicht ist es auch nicht nachvollziehbar, dass für die Gynäkologie und Geburtshilfe in der Nacht ein Verhältnis von 18:1 gelten soll, in der Inneren Medizin sowie der Neurologie dagegen ein Verhältnis von 22:1 bzw. 20:1.

Änderungsvorschlag

Streichung.



IV. Artikel 1, Nr. 2 a) cc) der Änderungsverordnung, § 3 Absatz 2 Nr. 3 PpUGV: Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in den Krankenhäusern Inhalt

Inhalt

Die Mindestanzahl von Belegungstagen zur Ermittlung von pflegesensitiven Bereichen soll von 5.000 auf 4.500 abgesenkt werden.

Bewertung

Diese Reduktion wird damit begründet, dass aufgrund der SARS-CoV2-Pandemie für das Jahr 2020 rückläufige Fallzahlen in den Krankenhäusern zu verzeichnen sind, sodass einige Krankenhäuser bei der Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche das Kriterium der 5.000-Belegungstage temporär nicht mehr erfüllen.

Die Frage, ob Untergrenzen greifen, sollte nicht von Fallzahlschwankungen abhängig gemacht werden, sondern davon, ob eine Einrichtung einen nennenswerten Teil ihrer Leistungen im entsprechenden Bereich erbringt. Hier kurzfristig einzugreifen ist nicht sachgerecht. Zudem führt eine solche Änderung bei den betroffenen Häusern äußerst kurzfristig zu hohem Anpassungsbedarf und Mehraufwand.

Änderungsvorschlag

Streichung.



C. Weiterer Anpassungsbedarf

I. § 1 Absatz 2 PPUGV: Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen im Bereich der Inneren Medizin auf die Diabetologie

Inhalt

In der aktuellen Fassung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung werden alle akut-stationären Versorgungseinrichtungen im Bereich der Inneren Medizin nach den gleichen Kriterien beurteilt.

Bewertung

Patient:innen, die akut-stationär wegen Diabetes behandelt werden, haben andere Versorgungsbedürfnisse als Patient:innen anderer internistischer Einheiten. Sie benötigen ein spezialisiertes Team von Fachärzten sowie qualifizierten Diabetes- und Ernährungsberatern, z. B. zur individuellen Blutzuckereinstellung. Die undifferenzierte Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen aus dem Bereich der inneren Medizin ist hier nicht sinnvoll.

Änderungsvorschlag

Streichung der Diabetes DRGs K60E, K60F und K62C aus der Liste der Indikatoren DRGs.



II. § 6 Absatz 1 Nr. 8 und Nr. 9 PpUGV: Bestehende Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Bereichen neurologische Schlaganfallereinheit und neurologische Frührehabilitation

Inhalt

Für die Bereiche neurologische Schlaganfallereinheit und neurologische Frührehabilitation existieren seit dem Jahr 2020 eigene Untergrenzen.

Bewertung

Die Pflegepersonaluntergrenzen in diesen Bereichen verkennen die wesentliche Bedeutung der speziellen, interdisziplinären Pflege- und Therapeutenteams sowohl auf Stroke Units als auch in der neurologischen Frührehabilitation. In diesen Bereichen erfolgt eine therapeutisch-aktivierende Pflege (Pflegetherapie), welche in hohem Maße von therapeutischen Spezialisten außerhalb der Pflege übernommen werden. Hier arbeiten z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten oder Neuropsychologen in festen Teams zusammen und sind den bettenführenden Stationen zugeordnet. Durch sie erfolgen pflegetherapeutische Anwendungen, wie z. B. Wasch- und Anziehtraining oder die Essensbegleitung.

In der neurologischen Frührehabilitation gehören die Leistungen der therapeutisch-aktivierenden Pflege auch in den Gesamtumfang der gemäß OPS 8-552 täglich abzuleistenden 300 Minuten Therapie. Aufgrund dieser detaillierten Vorgaben sind Pflegepersonaluntergrenzen hier überflüssig und gefährden gut funktionierende, etablierte Versorgungskonzepte.

Änderungsvorschlag

Therapeutisch-aktivierende Pflege z. B. durch Physio- und Ergotherapeuten muss zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen anrechenbar gemacht werden.

III. InEK-Daten, Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen, Evaluation

Die statistische Herleitung der Pflegepersonaluntergrenzen deckt sich häufig nicht mit fachlichen Einschätzung von Pflegekräften. Zudem werden die Berechnungen, Datenerhebungen und -auswertungen nicht veröffentlicht, sodass die erlassenen Untergrenzen, die Anrechnungsschlüssel der Pflegehilfskräfte und auch die Indikatoren-DRG-Liste nicht nachvollziehbar sind.

Mit dem Ziel der Nachvollziehbarkeit und Transparenz müssen die Datenanalysen des InEK veröffentlicht werden. Zudem sollte das Instrument der Pflegepersonaluntergrenzen auch insgesamt daraufhin evaluiert werden, ob die Ziele, die Versorgung der Patient:innen und die Arbeit in der Pflege zu verbessern, tatsächlich erreicht wurden.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.