

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zur Anhörung des BMG  
am 17.09.2018**

**Zum Referentenentwurf des Bundesministeriums  
für Gesundheit**

**Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in  
pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019  
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)**

**Stand 23.08.2018**

Stand 13.09.2018

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299  
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



## Inhaltsverzeichnis:

<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>II. Stellungnahme zu den Regelungen des Referentenentwurfs .....</b>	<b>- 5 -</b>
§ 1 Anwendungsbereich.....	- 5 -
§ 2 Begriffsbestimmung.....	- 6 -
§ 3 Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche .....	- 8 -
§ 4 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands .....	- 10 -
§ 5 Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten.....	- 11 -
§ 6 Pflegepersonaluntergrenzen.....	- 13 -
§ 7 Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen.....	- 14 -
§ 8 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen.....	- 15 -
§ 9 Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	- 16 -

## Zusammenfassung

Das Bundeskabinett hat 2017 die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist, auf den Weg gebracht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wurden beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Pflegepersonaluntergrenzen in zuvor von ihnen festgelegten pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 01. Januar 2019 verbindlich zu vereinbaren. Sollten die DKG und der GKV-Spitzenverband keine Vereinbarung treffen, setzt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Pflegepersonaluntergrenzen per Rechtsverordnung mit Wirkung zum 1. Januar 2019 fest.

Die DKG hat im Juli 2018 trotz eines Kompromisses durch das BMG das Scheitern der Verhandlungen erklärt. Damit ist die Vereinbarung nicht fristgerecht zwischen den Vertragspartnern zustande gekommen. Das BMG hat am 23. August 2018 das Verordnungsverfahren für die Ersatzvornahme zu Personaluntergrenzen eingeleitet. Die Untergrenzen, diese sind als Verhältnis zwischen der Patientenzahl pro Pflegekraft festgelegt, gelten für die pflegesensitive Bereiche - Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie sowie Unfallchirurgie. Die Inhalte entsprechen in vielen Teilen dem bisherigen Verhandlungsstand und den Vorschlägen der GKV. Die Rechtsverordnung gilt bis zum 31.12.2019. Für die Jahre ab 2020 wird eine Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene unterstellt.

Der Verordnungsentwurf stellt einen richtigen Schritt zur Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern dar. Zur Sicherstellung einer gezielten Mittelverwendung und der Nachhaltigkeit der Maßnahmen sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes im weiteren Verordnungsgebungsverfahren insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Um eine gute Qualität der Pflege am Patienten weiterhin zu garantieren, ist eine praktikable Definition der Pflegehilfskräfte erforderlich. Dadurch kann ein gewisser Mindestqualitätsstandard für fachlich qualifizierte Pflege durch Pflegekräfte gewährleistet werden.
- Dazu ergänzend ist mittelfristig „unter Einbeziehung aller an der Pflege Beteiligten (examinierte Pflegekräfte, akademische Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte und ggf. weitere), eine Definition für „gute Pflegequalität“ zu erarbeiten und daran anknüpfend sind entsprechende Messinstrumente für die „gute Pflegequalität“ zu entwickeln.
- Für die Sicherstellung des erforderlichen Personaleinsatzes ist eine genauere Definition der Tagesschichten notwendig.
- Problematisch bleiben darüber hinaus die ungelösten definitorischen Fragen hinsichtlich des Stations-, Bereichs- bzw. Abteilungsbegriffs und die völlig unzureichenden Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Selbstangaben der Krankenhäuser bzgl. der Einhaltung von Personaluntergrenzen.

- Die im Rahmen der Notfalleinstufungen gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Abteilungsstrukturen der Krankenhäuser sind beim Ermittlungsverfahren durch das InEK zugrunde zu legen.
- Da der Verordnungsentwurf hinsichtlich der vom Krankenhaus gemachten Angaben keinerlei Kontrollmechanismen vorsieht, sollten entsprechende Nachweise von der Arbeitnehmervertretung schriftlich bestätigt werden.
- Darüber hinaus sind geeignete Maßnahmen oder Instrumente zur Vermeidung von Personalverlagerungen zu entwickeln. Die Ausdehnung der Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen erscheint hier als eine Möglichkeit um Personalverlagerungen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen einzuschränken. Positiv zu bewerten ist in diesem Zusammenhang auch, dass mit dem Vorschlag zu einem neuen § 137j SGB V durch den Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) erstmals ein Pflegepersonalquotient als Instrument zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung auf Gesamthausebene eingeführt wird. Dadurch wird Transparenz über die Personalausstattung und den entsprechenden Pflegeaufwand hergestellt und im Sinne des Patientenschutzes eine Mindestausstattung mit Pflegepersonal gewährleistet. Die beiden parallelen Instrumente stellen derzeit jedoch noch nicht sicher, dass es nicht zu Personalverlagerungen innerhalb des Krankenhauses zwischen pflegesensitiven und nicht-pflegesensitiven Bereichen kommt.
- Es sind klare Arbeitsaufträge an die Selbstverwaltungspartner für den Zeitraum ab 01.01.2020 zu formulieren und für den Bedarfsfall die Weitergeltung der Rechtsverordnung bis zu einer Vereinbarung auf Bundesebene vorzusehen, um eine Regelungslücke zu vermeiden.

## II. Stellungnahme zu den Regelungen des Referentenentwurfs

### § 1 Anwendungsbereich

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Verordnung wird die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen mit Wirkung zum 1. Januar 2019 beschrieben. Die Verordnung gilt nicht für Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.

#### B Stellungnahme

Das Bundeskabinett hat 2017 die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist, auf den Weg gebracht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wurden beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Pflegepersonaluntergrenzen in zuvor von ihnen festgelegten pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 01. Januar 2019 verbindlich zu vereinbaren. Sollten die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband keine Vereinbarung treffen, setzt das Bundesministerium für Gesundheit die Pflegepersonaluntergrenzen per Rechtsverordnung mit Wirkung zum 1. Januar 2019 fest.

Die DKG hat im Juli 2018 trotz eines Kompromisses durch das BMG das Scheitern der Verhandlungen erklärt. Damit ist die Vereinbarung nicht fristgerecht zwischen den Vertragspartnern zustande gekommen.

#### C Änderungsvorschlag

Keiner

## § 2 Begriffsbestimmung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Begriffe pflegesensitiver Krankenhausbereich, Pflegekräfte und Schichten näher beschrieben. In Abs. 1 werden folgenden sechs Bereiche in Krankenhäusern als pflegesensitiv identifiziert: Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie und Neurologie. In Absatz 2 wird festgelegt, dass Pflegekräfte, examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte sind. Dabei sind examinierte Pflegekräfte, Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung wie Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen sowie weiteres Pflegepersonal mit vergleichbarer Berufsausbildung, insbesondere Altenpfleger und -pflegerinnen. Absatz 3 beschreibt die Schichten, für die Personaluntergrenzen zukünftig anzuwenden sind. Als Tagschicht wird der Zeitraum von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr und als Nachtschicht der Zeitraum von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr bestimmt.

### B Stellungnahme

Auf Basis eines Gutachtens des Hamburg Center for Health Economics im Jahr 2016 wurden vom GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung sechs Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie und Neurologie) in Krankenhäusern als pflegesensitiv identifiziert. Diese Bereiche wurden durch eine Expertenbefragung in Krankenhäusern durch das IGES Institut und eine Auswertung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen bestätigt. In einem aktuellen Gutachten der KMPG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft wurden diese sechs Bereiche zusätzlich empirisch in Bezug auf die tatsächliche Personalausstattung ausgewertet.

In Absatz 2 werden ergänzend zu den examinierten Pflegekräften Pflegehelfer und Pflegehelferinnen berücksichtigt, die als nicht-examinierte Pflegekräfte erfasst werden. Es ist nicht sinnvoll oder notwendig im Rahmen der Einführung der Personaluntergrenzen einen neuen Rechtsbegriff der „examinierten Pflegekräfte“ zu beschreiben. Hier hat sich der Begriff „Pflegefachkraft“ bereits etabliert und verweist auf die Fachkraftausbildungen nach den Berufsgesetzen für Krankenpflege oder Altenpflege bzw. zukünftige auf die Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz.

Die Normierung des Begriffs „Pflegehilfskräfte“ bleibt deutlich unbestimmt. Entsprechend der Begründung sind dies Krankenpflegehelfer und -helferinnen, Pflegeassistenten und -assistentinnen sowie weitere nicht-examinierte Pflegekräfte wie Altenpflegehelfer und -helferinnen und Altenpflegeassistenten und -assistentinnen. Nicht zu den Pflegekräften gehören die Auszubildenden und Hilfskräfte wie Studentische Hilfskräfte und DRK-Schwesternhelferinnen. Trotz der Aufzählung bleibt der Begriff interpretierbar und unkonkret. Es gibt verschiedene Ausbildungsformen, die sich in Art und Umfang der Ausbildung und entsprechend dem individuellen Landesrecht deutlich unterscheiden (z.B. 200 Stunden Qualifikationskurse, ein- oder zweijährige Ausbildung etc.). Daneben könnten als nicht-examinierte Pflegekräfte im weiteren Sinne auch andere Berufsgruppen, die an der Pflege beteiligt sind, verstanden werden z.B. Dokumentationskräfte sowie Hol- und Bringdienste. Es ist zu empfehlen, die Begriffsbestimmung für Pflegehilfskräfte eindeutig und im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung klar abzu-

grenzen. Wir schlagen vor, im Sinne des Patientenschutzes die höchstmögliche Qualifikationsanforderung für Assistenzberufe mit zweijähriger Berufsausbildung nach Landesrecht festzulegen.

In Absatz 3 wird auf eine weitere Untergliederung der Tagschicht in eine Früh- und Spätschicht verzichtet, was den Krankenhäusern die nötige Flexibilität bei der Arbeitsorganisation ermöglichen soll, da sich die Uhrzeiten der Früh- und Spätschicht je nach Krankenhaus unterscheiden können. Die Tagschicht umfasst in der Praxis mindestens zwei Schichten, gegebenenfalls auch mehr (Zwischenschichten). Der Referentenentwurf definiert eine neue Tagschicht, in der die Personaluntergrenzen einzuhalten sind. Damit wird zukünftig in der Nachschicht eine höhere Personalbesetzung gefordert als in der Tagschicht. An folgendem Beispiel für Intensivabteilung wird die Problematik dargestellt.

Für die Tagesschicht der Intensivmedizin wird eine Personaluntergrenze von zwei Patienten je Vollkraft vorgesehen (§ 6 Abs. Satz 1 Nr. 1). Um den Tagdienst abzudecken, sind danach eine Vollkraft für die Frühschicht und eine für die Spätschicht nötig. Im Durchschnitt der Tagschicht (6-22 Uhr) wären damit die Personaluntergrenzen von 2:1 erfüllt, was einer effektiven Patient-Pflegekraft-Relation von 4:1 je Früh-/ Spätschicht entspricht. Die Nachtschicht wird i.d.R. nicht unterteilt. Hier darf eine Vollkraft jedoch nur drei Patienten versorgen. Die Regelungen für die Nachtschicht sind somit strenger geregelt, als für die Tagschicht, was aus der Versorgungsrealität nicht nachvollziehbar ist.

Aus diesem Grund ist eine Klarstellung des Schichtbegriffs für die Tagschicht von 6-22 Uhr erforderlich. Alternativ würde die Anpassung der Patient-Pflegekraft-Relation notwendig.

### **C Änderungsvorschlag**

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Pflegerkräfte sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind. Pflegefachkräfte sind Personen mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege nach dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegegesetz oder mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/ Pflegefachmann nach dem Pflegeberufgesetz. Pflegehilfskräfte sind Assistenzberufe in der Pflege mit mindestens zweijähriger Berufsausbildung nach Landesrecht.“

Zu Abs. 3 Neufassung

„Schichten, für die Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen ausgewiesen werden, sind die Tagesschichten und die Nachtschicht. Die Tagesschichten (Früh- und Spätschicht oder Zwischenschichten) umfassen den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr. Die Nachtschicht umfasst den Zeitraum von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr. Die Personaluntergrenzen sind in jeder Teilschicht der Tagesschichten und der Nachtschicht vorzuhalten.“

## § 3 Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Paragraph enthält die Aufgabenzuweisung an das InEK, dass die pflegesensitiven Krankenhausbereiche auf Fachabteilungsebene bis zum 31.10.2018 ermitteln muss. Es wird klargestellt, dass bei pflegesensitiven Bereichen eines Krankenhauses auf die Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Krankenhausstandort abgestellt wird. Folgende benannte Fachabteilungen gelten als pflegesensitiv: Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie. Für die Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie ermöglicht die vorhandene Datenlage allerdings bislang keine umfassende Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen; diese Bereiche sind aber bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG einzubeziehen. Ausgenommen sind auch Fachabteilungen der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt Pädiatrie.

Darüber hinaus wird eine Fachabteilung als pflegesensitiv klassifiziert, wenn der Anteil der für eine Abteilung im Jahr abgerechneten Fälle, die auf einen der pflegesensitiven Bereiche der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder Herzchirurgie hindeuten, mindestens 40 Prozent beträgt. Zu diesem Zweck werden sogenannte Indikatoren-DRGs herangezogen (vgl. Referentenentwurf). Bei diesem Berechnungsschema wird der Intensivbereich nicht berücksichtigt.

### B Stellungnahme

Die Einbindung zur Berechnung bzw. Identifizierung der pflegesensitiven Bereiche auf Fachabteilungsebene durch das InEK ist nachvollziehbar, da dies auch die Datenstelle trägt, an die die Daten nach § 21 KHEntgG von den Krankenhäusern übermittelt werden. Zur Identifikation werden die Struktur- und Leistungsdaten des Jahres 2017 und der in der Anlage zu Verordnung enthaltenen Indikatoren-DRGs verwendet. Die Verwendung vergangenheitsbasierter Struktur- und Leistungsdaten stellt sicher, dass keine nachträgliche Beeinflussung erfolgen kann. Sie trägt aber auch das Risiko, dass nicht alle aktuellen Entwicklungen berücksichtigt werden.

Das InEK soll bei der Analyse der pflegesensitiven Bereiche die jeweilige Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Standort des Krankenhauses gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des KHG verwenden. Ob eine sachgerechte Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche gelingt, kann aktuell abschließend nicht beurteilt werden, da das Krankenhausstandortverzeichnis mit der verbindlichen Nutzung der Krankenhausstandortdefinition erst am 01. Januar 2020 veröffentlicht wird.

Das zweistufige Verfahren zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche ist zu begrüßen, da hierdurch der heterogenen Krankenhausplanung der Bundesländern Rechnung getragen wird.

Es werden zunächst solche Fachabteilungen angesehen, die in den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten als Fachabteilung eines der pflegesensitiven Bereiche ausgewiesen sind. Als Ermittlungsinstrument werden die entsprechenden Fachabteilungsschlüssel herangezogen. Dieses Vorgehen birgt einige Schwächen, da es in den § 21-Daten keine eindeutige Fachabteilungsdefinition gibt. Auch sind die zweistelligen Fachabteilungsschlüssel kein zwingender Regelungsbestandteil der Entgeltvereinbarung nach § 11 KHEntgG. Eine erste Identifizierung der Fachabteilungen ist somit zwar gegeben, aufgrund der Gestaltungsmöglichkeiten könnte es zu Abweichungen zur tatsächlichen Abteilungsstruktur kommen.



Sollte in der Zukunft die Nutzung der § 21-Daten zur Identifikation der pflegesensitiven Krankenhausbereiche weiterverfolgt werden, ist hier eine verbindliche und modernisierte Fachabteilungsstruktur zu definieren.

Im zweiten Schritt wird eine Fachabteilung als pflegesensitiv klassifiziert, wenn der Anteil der für eine Abteilung im Jahr abgerechneten Fälle, die auf einen der pflegesensitiven Bereiche der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder Herzchirurgie hindeuten, mindestens 40 Prozent beträgt. Durch dieses Vorgehen wird eine Lösung vorgesehen, mit der Fragestellung der interdisziplinären Fachbereiche umzugehen. Ungeklärt in diesem Kontext ist die Problematik, dass die in § 3 Abs. 3 Nr. 2 genannte Liste der Indikatoren-DRGs (Anlage zu § 3) nicht die Intensivversorgung einbezieht. Im Ergebnis werden damit eingestreuten Intensivbetten, die nicht unter dem Fachabteilungsschlüssel für Intensivmedizin (36xx) dokumentiert sind, nicht berücksichtigt. Somit bleibt auch die Verlagerungsproblematik bestehen. Eine genaue Abgrenzbarkeit der Intensivversorgung durch Indikatoren-DRGs ist gegenwärtig nicht möglich. Langfristig sollte die Weiterentwicklung der Fachabteilungsdefinition und Dokumentation eine Anwendung in der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V finden.

Durch die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, werden neben intensivmedizinischen Bettenkapazitäten auch die Vorhaltung der Versorgungsbereiche Kardiologie, Neurologie, Herzchirurgie usw. erfasst. Zum Beispiel muss ein Krankenhausstandort der Basisnotfallversorgung über mindestens 6 Intensivbetten verfügen. Wird während der Verhandlungen über Notfalleinstufung eines Krankenhausstandortes festgestellt, dass pflegesensitive Bereiche im Krankenhausstandort vorgehalten werden, so muss die entsprechende Fachabteilung unabhängig von der § 21 Daten aus 2017 auch als pflegesensitiver Bereich eines Krankenhauses klassifiziert werden (Vgl. Änderungsvorschlag).

### **C Änderungsvorschlag**

In Paragraph 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

Wird im Rahmen der Verhandlungen der Notfallzu- und abschläge festgestellt, dass die Kriterien der Notfallstufen erfüllt sind (Basisstufe, Erweiterte und Umfassende Notfallversorgung), sind die Erkenntnisse durch das InEK bei der Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche nach Abs.1 zu berücksichtigen.

## § 4 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands

### A Beabsichtigte Neuregelung

Für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche ist der jeweils anfallende Pflegeaufwand standortbezogen zu bestimmen. Dieser wird vom InEK auf der Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 ermittelt.

### B Stellungnahme

Die Ermittlung des Pflegeaufwandes je Krankenhausstandort schafft für die zukünftige Weiterentwicklung der Personaluntergrenzen eine valide Datengrundlage. Durch die Ermittlung und anschließende Veröffentlichung wird Transparenz über den anfallenden Pflegeaufwand, der von dem dort vorgehaltenen Personal zu bewältigen ist, geschaffen. Es wurde für die pflegesensitiven Bereiche Neurologie und Herzchirurgie aufgrund einer unzureichenden Datengrundlage vorerst keine Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt. Die Verordnung wird auch über den 31.12.2019 hinaus teilweise in Kraft bleiben und die zukünftige Weiterentwicklung begleiten. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum der Verordnungsgeber die pflegesensitiven Bereich Neurologie und Herzchirurgie bei der Ermittlung des Pflegeaufwandes ausschließt. Dies würde die Datengrundlage in diesen Bereichen verbessern. Die Verwertbarkeit des InEK-Kataloges zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes für die beiden Bereiche können die Vertragsparteien jährlich neu einschätzen.

### C Änderungsvorschlag

Satz 2 streichen

## **§ 5 Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Paragraph regelt das Verfahren zur Identifikation der pflegesensitiven Bereiche zugehörigen Fachabteilungen und Stationen je Krankenhausstandort.

Die Ermittlung, wie viele pflegesensitive Abteilungen an einem Krankenhausstandort vorhanden sind, erfolgt durch das InEK. Dieses soll den Krankenhäusern auf der Basis der nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten bis zum 15. November 2018 mitteilen, welche und wie viele pflegesensitive Krankenhausbereiche festgestellt wurden. Einwände eines Krankenhauses gegen die Ermittlung können bis zum 30. November erhoben werden. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem InEK und den Vertragsparteien bis zum 15. Dezember 2018 die vom Krankenhaus verwendeten Namen der vom InEK ermittelten Fachabteilungen sowie sämtliche zugehörige Stationen je Krankenhausstandort zu übermitteln. Eventuelle Streichungen oder Umbenennungen sind anzuzeigen. Sollte ein Krankenhaus den Mitteilungspflichten nicht nachkommen, können Vergütungsabschläge erhoben werden.

### **B Stellungnahme**

Durch die Ermittlung und anschließende Veröffentlichung der pflegesensitiven Bereiche wird Transparenz über den anfallenden Pflegeaufwand, der von dem dort vorgehaltenen Personal zu bewältigen ist, geschaffen. Wie unter Paragraph 4 erläutert, ist es nicht nachvollziehbar, weshalb eine Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwandes in der Neurologie und Herzchirurgie ausgeschlossen ist. Auch wenn keine verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen für diese Krankenhausbereiche gelten, schafft die Ermittlung und Ausweisung Transparenz über den anfallenden Pflegeaufwand und bildet eine bessere Datengrundlage zur Weiterentwicklung. Aus diesem Grund ist Satz 2 in Abs. 3 zu streichen.

Die Rückmeldung und Angabe der Namen sämtlicher Fachabteilungen zu den Fachabteilungsschlüsseln sowie zugehöriger Stationen je Krankenhausstandort um den Anwendungsbereich der Pflegepersonaluntergrenzen zu konkretisieren, ist zu begrüßen. Sollte ein Krankenhaus den Meldepflichten nicht nachkommen, können – wie bei der Nichteinhaltung von Personaluntergrenzen - Vergütungsabschläge erhoben werden. Positiv ist, dass die Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten der Krankenhäuser im Hinblick auf ihre Sanktionierung der Nichteinhaltung der Personaluntergrenzen gleichgestellt wird.

Um sicherzustellen, dass es nicht zu missverständlichen Auslegungen der Veröffentlichungspflichten nach Abs. 5 kommt, ist in der durch das InEK zu veröffentlichenden Angaben auch der Standort verbindlich aufzuführen ist. Die entsprechende Regelung sollte in Abs. 5 klargestellt werden. Konsequenterweise sollte bei dieser Veröffentlichung dann auch gelistet werden, welche Krankenhäuser ihrer Pflicht zur Veröffentlichung nicht nachgekommen sind.

Im Sinne der Verwaltungsökonomie sind die umfangreichen Daten als Grundlage für die Prüfung der Personaluntergrenzen und für weitere statistische Erhebungen für die Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz sowie für Bundes- und Landesbehörden in maschinenlesbarer Form zu veröffentlichen oder diesen entsprechend zur Verfügung zu stellen.

Der Zeitpunkt und die Dauer für Vergütungsabschläge bei Nichterfüllung der Mitteilungspflichten sollte in der Verordnung klar benannt werden.

### **C     Änderungsvorschlag**

Paragraph 5 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Streichung des 2. Satzes: „Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder Herzchirurgie zugeordnet werden.“

Paragraph 5 Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die in Absatz 3 und 4 genannten Angaben einschließlich der jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 unter Nennung der Namen der Krankenhäuser, deren Krankenhausstandortnamen und der jeweiligen Institutionskennzeichen sowie den nach § 4 ermittelten Pflegeaufwand bis zum 15. Februar 2019 auf seiner Internetseite in maschinenlesbarer Form. Die Veröffentlichung umfasst auch diejenigen Krankenhäuser, die ihrer Mitteilungspflicht nach Absatz 3 nicht oder nicht vollständig nachgekommen sind.“

Absatz 6 wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Vergütungsabschläge werden ab dem 01.01.2019 bis zur vollständigen Erfüllung der Mitteilungspflichten erhoben.“

## § 6 Pflegepersonaluntergrenzen

### A Beabsichtigte Neuregelung

§ 6 legt die Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 fest, die ein Krankenhaus mit einem pflegesensitiven Bereich in der jeweiligen Schicht auf den entsprechenden Stationen einzuhalten hat. Dabei werden die Pflegepersonaluntergrenzen jeweils als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft differenziert vorgegeben und gesondert festgelegt für die Tagschicht und die Nachtschicht an Wochentagen und die Tagschicht und die Nachtschicht an Wochenenden sowie an Feiertagen. Daneben wird der Anteil von anrechenbaren Pflegehilfskräften festgelegt und der Fall von konkurrierenden Pflegepersonaluntergrenzen gelöst.

Für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche der Neurologie und der Herzchirurgie werden zunächst keine Personaluntergrenzen festgelegt.

### B Stellungnahme

Der Gesetzgeber gibt erstmals definierte Personaluntergrenzen für die oben genannten Fachgebiete für das Jahr 2019 vor. Die Ermittlung der Werte basiert auf der gutachterlichen Tätigkeit der KMPG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, da Zahlen über schichtgenau Pflegepersonalbesetzungen in Abteilungen von Krankenhäusern bundesweit und in aggregierter Form nicht vorlagen. Ob eine ausreichende empirische Evidenz vorliegt, kann gegenwärtig nicht abschließend beurteilt werden. Für eine aufwandsarme Einführung der Personaluntergrenzen wurde die Unterscheidungen nach dem Pflegeaufwand bzw. Schweregrad eines Patienten zurückgestellt. Positiv zu bewerten ist, dass der untere 25-Prozent-Perzentil-Ansatz als Bezugsgröße für die Festlegung der Personaluntergrenzen Anwendung findet. Eine teilweise Einbeziehung der Pflegehilfskräfte erscheint mit Blick auf die Versorgungssituation und die Arbeitsmarktrealität notwendig. Es ist im Sinne einer Stärkung der Pflege und der Sicherung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung jedoch dringend darauf zu achten, dass der Begriff der Pflegehilfskraft eindeutig gefasst ist und es nicht zu einem Aufweichen der Regelungen kommt. Die Begrenzung der Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften ist daher zu begrüßen. Insgesamt befremdlich ist die Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften in der Intensivmedizin. Hier werden für die Personaluntergrenzen niedrigere Qualitätsstandards vorgesehen, als sie bisher in der Intensivpflege (SGB XI) vorgesehen sind, für deren Versorgung der Einsatz von Pflegehilfskräften strikt ausgeschlossen ist.

Es wird auf die Ausführungen zum Schichtbezug in der Tagschicht zu § 2 Abs. 2 und Abs. 3 verwiesen.

### C Änderungsvorschlag

Keiner. Es wird auf die Ausführungen zu den Qualifikationsanforderungen der Pflegekräfte zu § 2 Abs. 2 und zum Schichtbezug in der Tagschicht zu Abs. 3 verwiesen.

## § 7 Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 legt fest, dass die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen für jeden pflegesensitiven Bereich von den Krankenhäusern schichtbezogen sowie differenziert nach Wochentagen und Wochenenden -bzw. Feiertagen anhand der monatlichen Durchschnittswerte nachzuweisen ist. Die jeweiligen Durchschnittswerte bilden die Grundlage für den Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. Es wird klargestellt, dass sich der Nachweis im Einzelnen nach der nach § 137i Absatz 4 SGB V zu treffenden Vereinbarung richtet, die auch zu bestimmen hat, wie die Angaben der Krankenhäuser zu den Fachabteilungen nach § 5 Absatz 3 nachzuweisen sind.

Absatz 2 regelt, dass die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, einmal je Quartal, aufgeschlüsselt nach Monaten gegenüber den Krankenkassen und dem InEK mitzuteilen sind. Ausgehend von Absatz 1, in dem vorgegeben wird, die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als Durchschnittswert zu ermitteln, wird den Krankenhäusern in Absatz 2 die Mitteilungspflicht aufgegeben, die Anzahl der verletzten Schichten monatsbezogen auszuweisen. Die Informationen leitet das InEK an den GKV-Spitzenverband und die DKG weiter.

### B Stellungnahme

Die Regelung sieht keinerlei Kontrollmechanismen vor (z.B. Stichprobenprüfung durch den MDK). Wie sichergestellt bzw. überprüft wird, ob die Anzahl der durch das Krankenhaus übermittelten Schichten, in denen das Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten hat, der Realität entspricht, bleibt offen. Durch die monatliche Durchschnittsbetrachtung können Unterschreitungen mit einer möglichen Übererfüllung ausgeglichen werden. Es handelt sich bei dem Regelungsvorschlag lediglich um eine Selbstanzeige ohne jegliche Kontrollmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund wäre ein Einbezug der Arbeitnehmervertretung sinnvoll, um die Angaben des Krankenhauses zu bestätigen (z.B. analog Pflegesonderprogramm: „aufgrund schriftlicher Bestätigung der Arbeitnehmervertretung“).

### C Änderungsvorschlag

Ergänzung eines neuen Abs. 3 mit folgendem Wortlaut:

„Die Nachweise nach Abs. 1 und die Mitteilung nach Abs. 2 sind von der Arbeitnehmervertretung schriftlich zu bestätigen.“

## § 8 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 8 sieht vor, dass Vergütungsabschläge für die Nichteinhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen unter bestimmten Voraussetzungen nicht erhoben werden. Zunächst wird für die Monate Januar bis März 2019 eine Übergangsregelung getroffen, wonach Vergütungsabschläge aufgrund der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen für diesen Zeitraum nicht erhoben werden dürfen. Darüber hinaus sind folgende Ausnahmetatbestände vorgesehen: Vergütungsabschläge wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen werden nicht erhoben (1) in den Fällen kurzfristiger unverschuldeter und unvorhersehbarer Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen, oder (2) wegen starker Erhöhungen der Patientenzahlen durch unverschuldete und unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse. Das Krankenhaus ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nachzuweisen.

### B Stellungnahme

Aus der Begründung ist zu entnehmen, dass die Vorschrift aufgrund ihres Ausnahmecharakters restriktiv auszulegen ist und auf Ausreißer sowie Großschadensereignisse beschränkt sein soll. Positiv ist zu bewerten, dass das Krankenhaus eine Nachweispflicht hat und somit die Beweislast trägt. Vor diesem Hintergrund bestehen ausreichend hohe Hürden, um einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme vorzubeugen. Über die hier genannten Ausnahmetatbestände ist nicht hinauszugehen. Dies ist in der Rechtsverordnung besonders hervorzuheben. Für eine sachgerechte Einführung und Umsetzung von Personaluntergrenzen sind Ausnahmetatbestände restriktiv anzuwenden.

### C Änderungsvorschlag

In § 8 Abs. 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Ausnahmetatbestände sind abschließend und restriktiv anzuwenden.“

## § 9 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt, um die Vorbereitungsarbeiten des InEK zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche frühzeitig zu ermöglichen. Damit wird gewährleistet, dass die Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar 2019 wirksam werden können.

Für die Jahre ab 2020 soll die Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene erfolgen. Vor diesem Hintergrund tritt die Verordnung mit Ausnahme des § 4 Satz 3 (Auftrag zur jährlichen Aktualisierung des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands) mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.

### B Stellungnahme

§ 137i SGB V sieht derzeit kein Gebot der Weiterverhandlung sowie einen dazugehörigen Konfliktlösungsmechanismus für den Zeitraum nach Außerkrafttreten der Rechtsverordnung vor (§ 137i Abs. 1 S.1 und Abs. 2). Damit besteht die Gefahr, dass nach dem 31.12.2019 ein rechtsfreier Raum entsteht, wenn die Vertragsparteien keine Einigung erzielen können. Offen wäre dann, welche Personaluntergrenzen ab dem 01.01.2020 Anwendung finden. Sinnvoll wäre daher eine Ergänzung, dass die Rechtsverordnung mit Ablauf des Vormonats des Inkrafttretens einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Abs. 1 SGB V außer Kraft tritt.

Darüber hinaus ist eine Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner zur Weiterentwicklung der Personaluntergrenzen in der Rechtsverordnung anzulegen und § 137i des Fünften Sozialgesetzbuches zukunftsorientiert anzupassen.

### C Änderungsvorschlag

Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Sie tritt mit Ausnahme des § 4 Satz 3 mit Ablauf des Vormonats des Inkrafttretens einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Abs. 1 SGB V außer Kraft.“

Folgender Absatz 3 wird angefügt

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft werden beauftragt, bis zum 30.06.2020 die Regelung zu verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 01.01.2021 weiterzuentwickeln und zu vereinbaren. § 137i Abs. 1 Satz 2 bis Satz 6 und Satz 8 SGB V gelten entsprechend.“

Ergänzender Änderungsbedarf in § 137i SGB V.