

Stellungnahme

— **der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

zum

Referentenentwurf

— **einer**

**Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonalunter-
grenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen
für das Jahr 2019**

(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)

vom 12. September 2018

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	6
Zu § 2 Abs. 2	6
Zu § 3 Abs. 2	6
Zu § 5 Abs. 2	7
Zu § 5 Abs. 3	8
Zu § 5 Abs. 7	9
Zu § 6 Abs. 1	9
Zu § 6 Abs. 2	10
Zu § 6 Abs. 3	11
Zu § 7 Abs. 1	12
Zu § 7 Abs. 2	12
Zu § 8 Abs. 1	13
Zu § 8 Abs. 2	13

Allgemeiner Teil

Mit der Verordnung wird die in der letzten Legislaturperiode den Selbstverwaltungspartnern übertragene Aufgabe, pflegesensitive Bereiche in der stationären Versorgung zu identifizieren und dort Pflegeuntergrenzen einzuführen, auf dem Wege der ministeriellen Ersatzvornahme zum 01.01.2019 in Kraft gesetzt. Die in der Verordnung vorgesehenen Untergrenzen sind insbesondere in der Intensivmedizin flächendeckend nicht realisierbar und zwingen die Krankenhäuser zur Verknappung von Aufnahmekapazitäten für Notfälle und zur Verkürzung der Intensivmedizinischen Versorgungsphase. Dies dient nicht der Verbesserung der Patientensicherheit.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bekennt sich grundsätzlich zu Personalvorgaben als Qualitätssicherungsinstrument. Sie werden in vielfältiger Weise unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Form von Strukturqualitätsparametern für einzelne Leistungen (Kinderherzchirurgie, Neonatologie, ASV), in Form von DRG-Abrechnungsbestimmungen (OPS-Codes), zur Personalbedarfsermittlung in der psychiatrischen Versorgung und weiteren Bereichen eingesetzt. Mit der Entscheidung des Gesetzgebers zur Einführung von Mindestbesetzungen in pflegesensitiven Bereichen wird das Instrument der Personalvorgaben allerdings nicht als Bedarfsbemessungsinstrument und zur Definition von Regelversorgungsmerkmalen eingesetzt. Mit einer sehr kurz vorgegebenen Vorlaufzeit von nur einem Jahr hatten die Selbstverwaltungspartner die höchst anspruchsvolle Aufgabe zur Festlegung der Untergrenzen. Dies erfolgte von Anfang an im fachpolitischen Umfeld gesetzlich einzubeziehender Beteiligter, die die gesetzliche Vorgabe dezidiert ablehnen und bedarfsorientierte Anhaltswahlen fordern.

Demgegenüber hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft den gesetzlichen Auftrag konstruktiv angenommen und die Methodik zur Entwicklung der Untergrenzen entscheidend geprägt. Das gilt insbesondere für die gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband festgelegte Vorgehensweise zur empirischen Erfassung der Schichtbesetzungen und der Zahl der zu versorgenden Patienten in den sechs identifizierten pflegesensitiven Bereichen. Aufgrund der engen Zeitvorgabe und der erheblichen methodischen Herausforderungen konnte nur eine limitierte empirische Erhebung in Auftrag gegeben werden. Deshalb hat die DKG immer deutlich gemacht, dass die Verwertbarkeit der Daten nur in Abhängigkeit der Qualität der Daten erfolgen kann und dass die Selbstverwaltungspartner (und auch der Gesetzgeber im Falle einer Ersatzvornahme) immer die Möglichkeit haben müssten, plausible abweichende Festlegungen vorzunehmen. Auch hat die DKG den Perzentilansatz als Methodik zur Festlegung der Quoten grundsätzlich anerkannt, nicht aber die Festlegung einer schematischen und unabdingbaren Grenzziehung bei 25%. Des Weiteren galt es, die vom Gesetzgeber vorgegebenen Ausnahmeregelungen konstruktiv umzusetzen.

Das Ergebnis der Datenlieferung erweist sich letztlich als nicht ausreichend repräsentativ und bildet die tatsächliche Personalausstattung in den Krankenhäusern insbesondere im hochsensiblen Bereich der Intensivmedizin in keinster Weise sachgerecht ab. Alle Pflegeexperten sind einhellig der Auffassung, dass eine 2 zu 1 Ausstattung der

Intensivstationen in der Tagesschicht von der Realität weit entfernt ist. Selbst herausragende Kliniken der Maximalversorgung verfügen nicht über eine so hohe Personalausstattung. Der Realitätscheck der DKG für den Monat Februar 2018 in einer Stichprobe von 24 zufällig ausgewählten Kliniken zeigt, dass 87,5 Prozent dieser Kliniken die Vorgaben der Verordnung für Intensivstationen (Tagschicht: 2 Patienten pro Pflegekraft, Nachtschicht: 3 Patienten pro Pflegekraft) im Monatsdurchschnitt nicht hätten einhalten können und sanktioniert worden wären. Keine der Intensivstationen mit mehr als 15 Betten hätte die Vorgaben der Verordnung erfüllt.

Die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaft bezeichnen 2 zu 1 als Ideal-Besetzung. Im Landeskrankenhausplan Nordrhein-Westfalen wird 2 zu 1 in der Intensivmedizin als unverbindliche Orientierungsgröße für die Regelausstattung genannt. Durch diese Verordnung würde 2 zu 1 als bundesrechtlich sanktionsauslösende verbindliche Besetzungsnorm vorgegeben. Die Auswertung von nur 2520 Tagesschichten in nur 45 Krankenhäusern kann die Realität in den fast 150.000 Tagesschichten der 409 Krankenhäuser mit großen Intensivabteilungen (1,7%-ige Stichprobe) nicht ausreichend realitätskonform abbilden. Zudem werden die höchst unterschiedlichen möglichen Versorgungsbedarfe nicht erfasst. Bei den weiteren drei im Verordnungsentwurf aufgenommenen Fachabteilungen wurden in der Unfallchirurgie mit 16 Prozent, in der Kardiologie mit 17 Prozent und in der Geriatrie mit 23 Prozent nur Bruchteile der ursprünglich geplanten Stichprobe für die Berechnungen ausgeschöpft. In der Umfrageforschung werden in der Regel Ausschöpfungsquoten von 60 bis 70 Prozent vorausgesetzt, um belastbare Ergebnisse zu erhalten.

Wenn in der Begründung zum Referentenentwurf zur Verordnung konstatiert wird, dass z. B. in der Geriatrie an einem Wochenende in der Nachtschicht und im Bereich der Kardiologie an einem Wochentag in der Frühschicht in der Stichprobe die Anzahl der gemeldeten Patienten pro Pflegekraft eine extrem hohe Streuung aufweisen, muss berücksichtigt werden, dass auf der Grundlage von nur 28 Krankenhäusern in der Geriatrie und 17 in der Kardiologie die errechneten Grenzwerte mit hohen Schätzfehlern verbunden sind. Von einer repräsentativen Datenbasis kann auch in diesen Bereichen in keinem Fall gesprochen werden. Vielmehr ist auch hier zwingend davon auszugehen, dass die ermittelten Werte nicht die Realität in der Versorgung abbilden.

Vor diesem Hintergrund hat die DKG vorgeschlagen, für die pflegesensitiven Bereiche zum 1. Januar 2019 auf der Grundlage des bisherigen Vereinbarungsstandes mit dem GKV-Spitzenverband zunächst die Datenerhebungen in allen Kliniken durchzuführen, um dann auf gefestigten empirischen Erkenntnissen die Entscheidungen über die Einführung im Jahr 2020 auf der Grundlage einer 10%-igen Grenzziehung zu treffen.

Angesichts der Knappheit des Pflegepersonals darf ein so tief greifender Eingriff in die Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser nur auf der Grundlage gut abgesicherter Daten erfolgen. Die Versorgungssicherheit in den Krankenhäusern in Deutschland wird in keinsten Weise gefährdet, wenn zunächst umfassend Daten erhoben werden und die Untergrenzen erst ein Jahr später eingeführt werden. Dass die Verordnung das erste Quartal 2019 von finanziellen Sanktionen freistellt, macht deutlich, dass der gesetzliche Rahmen den Handlungsfreiraum für eine gänzliche Freistellung im ersten Jahr durchaus ermöglicht. Auch die in der Verordnung vorgesehenen Ausnahmen werden nicht in

dem gesetzlich möglichen Rahmen genutzt. Wenn Krankenhäuser geltend machen, dass Stellen aufgrund der Arbeitsmarktlage vorübergehend nicht besetzt werden können, oder wenn pflegesensitive Bereiche bei den Rettungsleitstellen ansonsten abzumelden wären, sollte dies Berücksichtigung finden können. Auch müssten nachgewiesene pflegeentlastende Maßnahmen der Krankenhäuser Anerkennung finden. Schließlich erscheint der Anteil von Pflegehilfspersonal angesichts der arbeitsteiligen Teamarbeit in den Krankenhäusern als zu niedrig eingeschätzt.

Besonderer Teil

Zu § 2 Abs. 2

Beabsichtigte Neuregelung

Definition der Pflegekräfte in examinierte und nicht-examiniert im Anwendungsbereich der Verordnung.

Stellungnahme

Grundsätzlich entspricht die in § 2 Abs. 2 verwendete Definition von examinierten Pflegekräften mit mindestens dreijähriger Ausbildung und Pflegehilfskräften dem bisherigen Beratungsstand der Selbstverwaltungspartner. Allerdings ist die Definition der Pflegehilfskräfte als nicht-examinierte Pflegekräfte in Satz 3 missverständlich. In der Gesetzesbegründung werden Krankenpflegehelfer, Pflegeassistenten und Altenpflegehelfer bzw. Altenpflegeassistenten genannt. Dies sind jedoch allesamt Berufe, die ebenfalls mit einem Examen abschließen. Die in der Gesetzesbegründung aufgeführten nicht-examinierten Pflegekräfte (DRK-Schwesternhelferinnen) sollen hingegen nicht zu den Pflegehilfskräften im Sinne der Verordnung zählen, was aus Sicht der DKG nicht sachgerecht ist. Auch diese Pflegehilfskräfte leisten einen nicht unerheblichen Beitrag in der Patientenversorgung und sind in den entsprechenden Stationsdienstplänen miteingepplant. Die DKG hatte hierauf bereits mehrfach in den Verhandlungen mit dem GKV-SV hingewiesen. Die Auswertungen von KPMG zeigen zudem, dass diese in nicht unerheblichem Maße auch tatsächlich in der pflegerischen Patientenversorgung eingesetzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Folgende Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung werden berücksichtigt:

- a. Examinierte Pflegekräfte (Personal mit mindestens dreijähriger Ausbildung, d. h. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie sonstiges Pflegepersonal (insbesondere Altenpfleger))
- b. Pflegehilfspersonal (Krankenpflegehelfer/Pflegeassistenten) sowie nicht-examinierte Pflegekräfte“

Zu § 3 Abs. 2

Beabsichtigte Neuregelung

Definition der pflegesensitiven Bereiche als Fachabteilungen mit ihren Stationen.

Stellungnahme

Aus Sicht der DKG ist es grundsätzlich ausreichend, die Fachabteilungsebene für die Definition und Identifikation der pflegesensitiven Bereiche festzulegen. Eine weitere Untergliederung auf Stationsebene ist entbehrlich, zumal auch keine Legaldefinition der Station existiert.

Die DKG weist im Übrigen darauf hin, dass die vom BMG vorgenommene Festlegung in Verbindung mit § 2 Abs. 3 Nr. 2 und § 5 Abs. 3 dazu führt, dass sämtliche Stationen einer Fachabteilung von den jeweiligen Personaluntergrenzen betroffen wären, auch wenn hier keine Patienten aus pflegesensitiven Bereichen versorgt werden. Dies wird insbesondere Innere Abteilungen betreffen, die entsprechend der Indikatoren-DRGs als Kardiologie oder Geriatrie mit einem 40 prozentigen Fallanteil identifiziert werden, aber im Rahmen ihres Versorgungsauftrages z.B. auch in erheblichem Umfang noch gastroenterologische Patienten auf eigenen Stationen versorgen. Ähnliche Konstellationen werden bei der Unfallchirurgie auftreten.

Änderungsvorschlag

§ 3 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Ein pflegesensitiver Bereich eines Krankenhauses umfasst 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Hilfsweise sollten Stationen nur dann als pflegesensitiv eingestuft werden, wenn sie ebenfalls mindestens einen Anteil von 40 Prozent der Fälle gemäß Indikator-DRG-Liste haben. Dies festzustellen obliegt dem Krankenhaus. Es muss jedoch mindestens eine Station benannt werden.

Zu § 5 Abs. 2

Beabsichtigte Neuregelung

Regelung zur Berücksichtigung von Einwänden der Krankenhäuser gegen die Feststellung von pflegesensitiven Bereichen durch das InEK.

Stellungnahme

Die DKG merkt kritisch an, dass dem InEK mit der Verordnung de facto behördliche Aufgaben zugeordnet werden, indem das InEK verbindlich das Vorhandensein von pflegesensitiven Bereichen gemäß § 5 Abs. 1 feststellt. Dies wird unweigerlich zu Konflikten zwischen Krankenhäusern und dem InEK führen. Gemäß § 5 Abs. 2 können die Krankenhäuser Einwände gegen die Entscheidung des InEK geltend machen. Am Ende obliegt es aber alleine dem InEK, ob es diese Einwände berücksichtigt. Dies ist für die

Krankenhäuser kein akzeptabler Konfliktlösungsmechanismus. Es bedarf daher einer Clearingstelle analog zur Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Die DKG erkennt an, dass dies im Rahmen dieser Verordnung nicht geregelt werden kann und schlägt daher eine ergänzende Regelung der Selbstverwaltungspartner vor.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu § 5 Abs. 3

Beabsichtigte Neuregelung

Verpflichtung der Krankenhäuser zur Meldung der verwendeten Namen der pflegesensitiven der Fachabteilungen sowie sämtlicher zugehörigen Stationen an das InEK.

Stellungnahme

Die DKG spricht sich gegen die Meldung der zugehörigen Stationen aus (siehe Stellungnahme zu § 3 Abs. 2). Die pflegerische Organisationsstruktur der Krankenhäuser stellt hinsichtlich Differenzierungsgrad und Größe von pflegerischen Organisationseinheiten (z.B. Stationen) höchst unterschiedlich dar. Insofern besteht kein Mehrwert in einer Meldung der einzelnen Stationen, da diese nicht vergleichbar sind.

Im Übrigen werden auf die Ausführungen zu § 3 Abs. 2 hinsichtlich des Geltungsbereiches auf alle Stationen verwiesen.

Änderungsvorschlag

§ 5 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes bis zum 15. Dezember 2018 die vom Krankenhaus verwendeten Namen der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Fachabteilungen **sowie sämtliche zugehörigen Stationen** unter Angabe des Standortes gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennen. Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder der Herzchirurgie zugeordnet werden.“

Zu § 5 Abs. 7

Beabsichtigte Neuregelung

Das InEK kann Bestimmungen zur einheitlichen Durchführung des Mitteilungsverfahrens nach den Absätzen 2 bis 4 treffen.

Stellungnahme

Auch hier kommt dem InEK letztlich eine autonome, quasi-behördliche Entscheidungsbefugnis zu. Dies widerspricht dem Grundsatz, dass das InEK eine gemeinsame Institution der Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-SV ist und entsprechende Regelungen mit diesen abstimmt.

Änderungsvorschlag

§ 5 Abs. 7 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann Bestimmungen zur einheitlichen Durchführung Mitteilungsverfahrens nach den Absätzen 2 bis 4 **treffen vorschlagen**.“

Zu § 6 Abs. 1

Beabsichtigte Neuregelung

Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie.

Stellungnahme

Aus Sicht der DKG ist die Festlegung der Untergrenzen auf Basis der von KPMG ermittelten Quartilswerte nicht sachgerecht und insbesondere für die Intensivmedizin für die Krankenhäuser auch nicht umsetzbar. Es ist nicht einzusehen, warum 25 Prozent der Krankenhäuser per se als Nichterfüller gelten sollen, obwohl sie sich mit ihrer Personalausstattung weitgehend an die Empfehlungen der Fachgesellschaften halten. Eine kurzfristige Abfrage der DKG in 24 Mitgliedskrankenhäusern hat ergeben, dass 87,5% der befragten Häuser die Vorgaben des Verordnungsentwurfs für die Intensivmedizin in der Tagschicht nicht einhalten können. Dies bestätigt die grundsätzliche Kritik der DKG, dass die Ergebnisse des KPMG-Gutachtens weder repräsentativ noch plausibel sind. Eine vollständige, unreflektierte Übernahme der KPMG-Werte, die lediglich auf einer sehr geringen Studienteilnehmerzahl von teilweise weit unter 20 beruhen, führt zu unplausiblen Ergebnissen. So ist z.B. auch in der Kardiologie zu hinterfragen, inwiefern die Nachtdienstbesetzung wochentags (1:24) noch unter der des Wochenendes (1:23) liegen soll. Hier dürfte es sich um eine statistische Zufälligkeit bzw. ein Artefakt handeln.

Änderungsvorschlag

§ 6 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„Für die folgenden pflegesensitiven Krankenhausbereiche werden ~~stations-~~ **und** schichtbezogen folgende Pflegepersonaluntergrenzen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft unter Berücksichtigung der in Absatz 2 genannten Höchstanteils von Pflegehilfskräfte festgelegt:

1. Intensivmedizin ...“

Zu § 6 Abs. 2

Beabsichtigte Neuregelung

Bereichsspezifische Vorgabe des maximalen Anteils an Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte.

Stellungnahme

Die DKG befürwortet grundsätzlich die Berücksichtigung eines adäquaten Anteils von Pflegehilfskräften zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen, hält die 1:1-Übernahme der KPMG-Werte bis auf die erste Stelle nach dem Komma mit einer bereichs- und schichtspezifischen Ausdifferenzierung jedoch für den falschen Weg. Insbesondere differenzierte Vorgaben für verschiedene Schichten führen zu einem erhöhten Bürokratieaufwand. Zudem sind die ermittelten Werte aus Sicht der DKG realitätsfern und aufgrund der geringen Studienteilnehmerzahl letztendlich zufällig. Eine Übernahme dieser Werte würde dazu führen, dass Krankenhäuser Pflegeassistenzpersonal aus diesen Bereichen abziehen würden. Dies ist vor dem Hintergrund der Diskussion um eine bessere Aufgabenverteilung in der Pflege sowohl arbeitsmarkt- als auch bildungspolitisch kontraproduktiv. Die DKG daher schlägt vor, für die Intensivmedizin einen maximalen Anteil von 10 Prozent für alle Schichten festzulegen und für die anderen Bereiche einen maximalen Anteil von mindestens 30 Prozent festzulegen.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Formulierung in Satz 1 missverständlich ist. Die gewählte Formulierung würde dazu führen, dass eine Fachkraftquote für das gesamte Pflegepersonal analog zu den G-BA-Strukturqualitätsrichtlinien eingeführt würde. Dies kann aber nicht intendiert gewesen sein. Es kann lediglich darum gehen, dass ein maximaler Anteil von Pflegehilfspersonal zur Erfüllung der Untergrenze angerechnet werden darf. Erfüllt beispielsweise ein Krankenhaus die Untergrenze schon alleine durch die Anzahl der examinieren Pflegekräfte, ist es unerheblich, wieviel Pflegehilfspersonal zusätzlich eingesetzt wird.

Die DKG weist zudem darauf hin, dass auch die Erfüllung dieser Vorgabe nur im Monatsdurchschnitt sanktionsbewehrt sein kann (siehe Stellungnahme zu § 7 Abs. 1).

Änderungsvorschlag

§ 6 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Anteil von Pflegehilfskräften an der **für die Einhaltung der Untergrenzen notwendigen** Gesamtzahl der Pflegekräfte darf die folgenden bereichsspezifischen Grenzwerte nicht überschreiten:

1. Intensivmedizin: 10 Prozent,
2. Geriatrie: 35 Prozent,
3. Unfallchirurgie: 30 Prozent,
4. Kardiologie: 30 Prozent,“

Zu § 6 Abs. 3

Beabsichtigte Neuregelung

Regelung im Falle konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen; es gilt die strengere Untergrenze.

Stellungnahme

Hier bedarf es auch Sicht der DKG eine Präzisierung dahingehend, dass diese Regelung nur für den Fall gilt, wenn bei einer Anwendung der Indikatoren-DRG-Liste zwei pflegesensitive Bereiche mit jeweils mindestens 40 Prozent der Fälle innerhalb derselben Fachabteilung identifiziert werden (z.B. eine Innere Abteilung mit Geriatrie und Kardiologie). Dies sollte dann aber bereits im InEK-Verfahren gemäß § 3 und § 5 abschließend festgelegt werden.

Änderungsvorschlag

§ 6 Abs. 3 wird gestrichen.

Einfügen eines neuen § 3 Abs. 4:

„Werden nach dem Verfahren gemäß Abs. 3 Nr. 2 zwei pflegesensitive Bereiche innerhalb einer Fachabteilung jeweils mit einem Fallanteil von mindestens 40 Prozent festgestellt, so gilt grundsätzlich die Pflegepersonaluntergrenze gemäß § 6 Abs. 1 mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft.“

Zu § 7 Abs. 1

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgabe, dass die Personaluntergrenzen als monatsbezogener Durchschnittswert einzuhalten sind sowie Bezugnahme auf das Nachweisverfahren gemäß § 137i Absatz 4 Satz 2 SGB V.

Stellungnahme

Aus Sicht der DKG bedarf es hier einer Klarstellung, sich dass die Einhaltung der Untergrenzen als monatsbezogener Durchschnittswert selbstverständlich auch auf die Vorgaben zum Einsatz von Pflegehilfspersonal bezieht.

Kritisch ist Satz 3 zu bewerten, dass Krankenhäuser neben den Nachweis gemäß § 137i Absatz 4 Satz 2 SGB V zusätzlich auch noch einen Nachweis zur Richtigkeit der Angaben nach § 5 Abs. 3 zu führen haben. Dies wird im Rahmen des Nachweisverfahrens wie im Gesetz vorgesehen durch die Bestätigung des Wirtschaftsprüfers gewährleistet. Ein weitergehender Nachweis der Richtigkeit ist vom Gesetz nicht vorgesehen und daher aus Sicht der DKG nicht notwendig.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

“Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen **gemäß § 6** anhand monatsbezogener Durchschnittswerte fest. Der Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 137i Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. ~~Gleiches gilt für den Nachweis der Richtigkeit der Angaben nach § 5 Absatz 3.~~”

Zu § 7 Abs. 2

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgabe, dass die Anzahl der nicht eingehaltenen Schichten an das InEK und die Kostenträger quartalsweise zur übermitteln sind.

Stellungnahme

Die DKG weist darauf hin, dass die vorgesehene Frist von zwei Wochen nach dem Beginn des nachfolgenden Quartals für die Übermittlung der Anzahl der nicht eingehaltenen Schichten viel zu kurz bemessen ist. Rückmeldungen aus Krankenhäusern haben gezeigt, dass dies größtenteils manuell erfasst und ausgewertet werden muss. Die DKG schlägt daher vor, dass die Rückmeldefrist sechs Wochen nach Beginn des folgenden Quartals beträgt.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenhäuser teilen den **jeweils** anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal, spätestens bis zum Ablauf von **zwei sechs** Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach Art der Schicht, die Anzahl der Schichten **mit**, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 nicht eingehalten worden sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 1.“

Zu § 8 Abs. 1

Beabsichtigte Neuregelung

Übergangsregelung, dass bis zum 31. März 2019 keine Vergütungsabschläge erhoben werden.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt grundsätzlich die vorgesehene sanktionsfreie Einführungsphase für die Krankenhäuser, schlägt jedoch vor, diese auf das gesamte Jahr 2019 auszudehnen. Vor dem Hintergrund der unzureichenden Datenlage und der weitreichenden Konsequenzen für die Krankenhäuser sollte das Jahr 2019 als abschlagsfreies Erprobungsjahr gelten. Die DKG regt an, dass nach Auswertung der ersten beiden Quartalsmeldungen an das InEK die Pflegepersonaluntergrenzen überprüft, ggf. angepasst und dann für das Jahr 2020 sanktionsbewehrt scharfgeschaltet werden.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

“Für die Zeit bis zum 31. **März** ~~Dezember~~ 2019 werden Vergütungsabschläge gemäß § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erhoben.“

Zu § 8 Abs. 2

Beabsichtigte Neuregelung

Definition der Ausnahmetatbestände.

Stellungnahme

Nach Auffassung der DKG sind die im Verordnungsentwurf festgelegten Ausnahmetatbestände zu restriktiv und müssen um weitere Tatbestände erweitert werden.

Dies ist insbesondere der Fachkräftemangel in der Pflege, der von den Einrichtungen nicht unmittelbar beeinflusst werden kann. Die Gesetzesbegründung zu § 137i SGB V weist zudem ausdrücklich darauf hin, dass dies ein Umsetzungshindernis ist, welches im Zuge der Übergangs- und Ausnahmeregelungen zu berücksichtigen ist.

Zudem bedarf es der Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen. Viele Krankenhäuser haben sich in den vergangenen Jahren auf den Weg gemacht, ihr qualifiziertes Pflegepersonal zu entlasten, damit sich das Pflegepersonal um ihre originäre Aufgabe, die pflegerische Versorgung der Patienten, kümmern kann. Beispiele hierfür sind die Einrichtung von zentralen Patiententransportdiensten, Hol- und Bringendiensten, Menüservices etc. Es besteht aus Sicht der Krankenhäuser die Gefahr, dass diese für die Pflege positive Entwicklung wieder zurückgedreht wird und diese Tätigkeiten wieder auf die Pflege zurückübertragen werden.

Des Weiteren bedarf es Ausnahmeregelungen für den Fall, dass beispielsweise durch Schließungen von Abteilungen in Nachbarkrankenhäusern Patientenströme umgeleitet werden, ohne dass im gleichen Zeitraum das Personal entsprechend aufgestockt werden kann. Auch für solche krankenhauplanerischen Umstände bedarf es Ausnahmeregelungen. Das gleiche gilt für Fälle, in denen die pflegesensitiven Bereiche eines Krankenhauses bei der Leitstelle abgemeldet sind, aber trotzdem eintreffende lebensbedrohliche Notfälle behandeln müssen.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Gleiches gilt bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Fällen

1. kurzfristiger unverschuldeter und unvorhersehbarer Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen **oder,**
2. starker Erhöhungen der Patientenzahlen durch unverschuldete und unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse, -
3. **eines in der Region des Krankenhauses vorhandenen Fachkräftemangels in der Pflege,**
4. **des Vorliegens von pflegeentlastenden Maßnahmen, die das Pflegepersonal in der Patientenversorgung deutlich entlastet,**
5. **krankenhauplanerischer bzw. struktureller Tatbestände, die zu einer Erhöhung des Patientenaufkommens führen,**

6. der Versorgung lebensbedrohlicher Notfälle bei fehlender Behandlungskapazität (pflegesensitiver Bereich ist bei der Leitstelle abgemeldet).

Das Krankenhaus ist verpflichtet, den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmestatbestandes nach Satz 1 nachzuweisen.”