

30.09.2019

**Stellungnahme zum Referentenentwurf einer  
Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen  
in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern  
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)**

**A. Vorbemerkung**

Die Verschärfung der bereits festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen ist grundsätzlich kein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Zur Vermeidung eventueller Fehlanreize des Vergütungssystems sind Untergrößen spätestens seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen überflüssig geworden. Im neuen Pflegebudget können die Kosten für Pflege am Bett voll geltend gemacht werden. Es bestehen deshalb sicher keine Anreize, an Pflege zu sparen. Werden Untergrößen nicht erreicht, liegt dies ausschließlich am existierenden Fachkräftemangel. Gerade dann brauchen Krankenhäuser die Flexibilität, ihren Personaleinsatz auch kurzfristig am Patientenbedarf ausrichten zu können. Nur so lässt sich bestmögliche Verfügbarkeit einer guten Patientenversorgung aufrechterhalten. Wird an Untergrößen festgehalten, wird das zu unregelmäßigen Abmeldungen und Schließungen von Krankenhausbetten und Krankenhausabteilungen führen. Besonders betroffen davon sind die Intensivbetten und zukünftig die neurologischen Betten. Bei den aktuell geltenden Untergrößen mussten bereits 37 Prozent der Kliniken zeitweise Intensivbetten schließen.<sup>1</sup> Die vorgesehene Änderung vollzieht sich dabei ohne nachvollziehbare und veröffentlichte Datengrundlage und wirkt wie der Versuch, Versorgungskapazitäten durch beliebige Vorgaben zu reduzieren.

Mit der vorgesehenen Änderung werden etablierte Versorgungsstrukturen und Arbeitsteilungen in den Kliniken negiert. Pflegehilfskräfte drohen zu den Leitragenden der Neuregelung zu werden. Obwohl ihr Einsatz und ihre Ausbildung in der Vergangenheit gefördert wurde und eine wichtige Verstärkung im Organisationsmix des Krankenhauses ist, lässt sich ihr Einsatz nur noch mit einem Bruchteil bei der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrößen berücksichtigen. Die anteilige Berücksichtigung von Pflegehilfskräften wird gegenüber der aktuell geltenden Verordnung sogar noch verschärft (Intensivmedizin ab 2020 ohne Berücksichtigung, Geriatrie tagsüber von 20 % auf 15 %, nachts von 40 % auf 20 %, Kardiologie nachts von 15 % auf 10 %).

Besonders kritisch sehen wir die angedachten Regelungen zur Neurologie und dass es in dieser als einzigem Bereich zu einer weiteren Aufspaltung der Untergrößen für Stroke Units und für die Neurologische Frührehabilitation kommen soll. Der einseitige Bezug auf Pflege

---

<sup>1</sup> Zwischenergebnisse DKI-Krankenhausbarometer abrufbar [hier](#)

wird der wesentlichen Bedeutung der interdisziplinären Pflege- und Therapeutenteams sowohl auf Stroke Units als auch auf Abteilungen der Neurologischen Frührehabilitation nicht gerecht. Diese Interdisziplinarität aus examinierter Pflege und therapeutischer Pflege ist auch in den entsprechenden Komplexkodes abgebildet, deren qualitative und quantitative Mindestanforderungen in jedem Einzelfall und an jedem Tag einen Personaleinsatz dokumentieren, der weit über die angedachten Personaluntergrenzen hinausgeht. Patientenversorgung wird hier häufig von therapeutischen Spezialisten außerhalb der Pflege übernommen (z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten), die meist in festen Teams ebenfalls den bettenführenden Stationen zugeordnet sind und die pflegetherapeutische Anwendungen (z. B. Waschtraining, Anziehtraining, Essensbegleitung, Vertikalisierung) bei Bedarf vor oder neben die eigentliche Spezialtherapie der Berufsgruppe stellen. In der Neurologischen Frührehabilitation gehören die Leistungen der therapeutisch-aktivierenden Pflege auch in den Gesamtumfang der gemäß OPS 8-552 täglich zu leistenden und zu dokumentierenden 300 Minuten Therapie. Die Spezialbereiche der Neurologischen Frührehabilitation sowie der Stroke Units sollten aufgrund dieser interdisziplinären Bedürfnisse und Notwendigkeiten sowie der ohnehin schon umfangreich geregelten Strukturvorgaben von der Regelung ausgenommen werden.

Der Personalbedarf in der neurologischen Versorgung ist sehr unterschiedlich. Für die Parkinsonversorgung sind die vorgesehenen Untergrenzen in der Neurologie nicht realistisch. An Parkinson erkrankte Patienten bewegen sich tagsüber viel, können in der Nacht aber in aller Regel durchschlafen. Gemäß den aktuellen Vorgaben, müssten in der Versorgung von Parkinsonpatienten die allgemeinen Vorgaben der Neurologie erfüllt werden. Es müssen Ausnahmen für elektive neurologische Abteilungen und Häuser geschaffen werden. Die Unfallchirurgie als separaten pflegesensitiven Bereich zu betrachten ergibt keinen Sinn. In vielen Häusern sind die Unfallchirurgie und die Orthopädie in einer Abteilung zusammengefasst.

Dringend notwendig ist, dass für die neu geregelten Bereiche Übergangsregelungen vorgesehen werden. Viele Häuser werden zum 01.01.2020 erstmalig und mit sehr kurzer Vorbereitungszeit vor der Herausforderung stehen, Personaleinsatz zu erheben, zu dokumentieren und Untergrenzen nachweisen zu müssen. In der Neurologie werden viele kleine Fach- und Mischkliniken betroffen sein. Es muss für die neu geregelten pflegesensitiven Bereiche deshalb, wie in der PpUGV a. F., ein Übergangszeitraum bis zum 31.03.2020 vorgesehen werden.

## B. Stellungnahme im Einzelnen

### I. Begriffsbestimmung Station

§ 2 Abs. 4 PpUGV (Neufassung)

#### **Regelung**

Der Begriff Station wird als kleinste bettenführende organisatorische Einheit in der Patientenversorgung am Standort des Krankenhauses definiert. Auf einer Station werden entweder nur Patientinnen und Patienten eines medizinischen Fachgebietes behandelt oder Patientinnen und Patienten, die verschiedenen medizinischen Fachgebieten (interdisziplinär) zugeordnet sind. Eine Station ist räumlich ausgewiesen, entsprechend für Dritte gekennzeichnet. Ihr ist Personal mit einer ausgewiesenen Leitungsstruktur zugeordnet, was aus dem Dienstplan hervorgeht.

#### **Bewertung**

Es ist sinnvoll den Stationsbegriff als kleinste organisatorisch abgrenzbare Einheit zu definieren. Nicht immer verfügen Stationen über eine eigenständige Leitung. Die Definition muss deshalb auf das Hauptmerkmal einer für sie bestehenden gesonderten Personalplanung beschränkt werden. Auch die Gesetzesbegründung geht vom Hauptmerkmal gesonderte Personalplanung aus.

#### **Änderungsvorschlag**

Anpassung § 2 Abs. 4 PpUGV (Neufassung)

(4) [...] Eine Station ist räumlich ausgewiesen und entsprechend für Dritte gekennzeichnet. ~~Ihr ist Personal mit einer ausgewiesenen Leitungsstruktur zugeordnet, was aus dem Dienstplan hervorgeht.~~ **Für sie besteht eine gesonderte Personalplanung, welche aus dem Dienstplan hervorgeht.**

## **II. Ermittlung pflegesensitiver Bereiche – Standortdifferenzierung und Meldung**

§ 3 Abs. 2 Nr. 3 PpUGV (Neufassung)

§ 3 Abs. 4 PpUGV (Neufassung)

### **Regelung**

Die Identifikation der pflegesensitiven Bereiche in Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder Herzchirurgie wurde mit § 3 Absatz 2 Nr. 3 erweitert. Pflegesensitivität soll auch bei mindestens 5.000 Belegungstagen in den Indikatoren DRGs auf Ebene des Krankenhauses gelten.

Nach § 3 Abs. 4 umfasst ein ermittelter pflegesensitiver Bereich in den Krankenhäusern sämtliche Stationen, auf denen entsprechende Leistungen erbracht oder Fälle dokumentiert worden sind, für jeden Standort gesondert.

### **Bewertung**

Die neue Regelung wonach eine Abteilung unter die PpUGV fällt, wenn mehr als 5.000 Belegungstage in den Bereichen Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder Herzchirurgie auf die Indikator-DRGs entfallen, muss ersatzlos gestrichen werden. Stattdessen sollte die bisherige Regelung, die vorsieht dass Bereiche pflegesensitiv sind, wenn mehr als 40 % der DRGs auf die Indikator-DRGs entfallen, beibehalten werden. Mit der Neuregelung fallen auch Abteilungen unter die PpUGV, die nur einen geringen relativen Anteil an pflegesensitiven DRGs aufweisen aber aufgrund ihrer Größe mehr als 5.000 Belegungstage erbringen. Insbesondere Fachkliniken, die über entsprechend große Fachabteilungen verfügen (häufig verfügt die gesamte Fachklinik über ein oder zwei Fachabteilungen), werden damit systematisch benachteiligt. Das Ziel, medizinische Leistungen in Zentren zu zentralisieren, wird damit konterkariert und mit zusätzlichen Bürokratieaufwand sogar bestraft. Zudem setzt die Regelung Fehlanreize, die Liegedauer der Patienten zu verkürzen um nicht oberhalb von 5.000 Belegungstagen zu geraten.

Die Identifikation pflegesensitiver Bereiche erfolgt ohne eine Differenzierung nach Standorten, was erheblich zu kritisieren ist, da die Leistungen v. a. der Unfallchirurgie, Neurologie und Kardiologie, an jedem Standort vorkommen. Somit würden auch kleine Standorte automatisch miterfasst, wenn Leistungen am großen Standort identifiziert werden. Sollte § 3 Abs. 2 Nr. 3 beibehalten werden, muss eine Klarstellung erfolgen, dass eine Identifikation allein auf Standortebene erfolgen muss. Kleine Standorte wären sonst massiv benachteiligt.

Die Regelung in § 3 Abs. 4 bedeutet faktisch die Einführung der PpUG für das Gesamthaus über die Hintertür und ist zugleich eine erhebliche Schlechterstellung gegenüber der Identifikation über die Fachabteilung. Es wird begründet, da die über Belegungstage oder

die Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-981.\* und 9-98b.\* (Schlaganfallereinheit) ermittelten pflegesensitiven Bereiche dadurch gekennzeichnet seien, dass ihnen der Fachabteilungsbezug fehlt, erstrecken sie sich über sämtliche Stationen, auf denen die Leistungen in den für die Belegungstage maßgeblichen DRGs bzw. in den Operationen- und Prozedurenschlüsseln 8-981.\* und 9-98b.\* erbracht werden.

**Beispiel einer Klinik mit 2 Standorten:**

Gesamthaus ca. 9.500 Tage für die Kardiologie, davon 6.800 in Standort A und 2.700 in Standort B. Das InEK müsste gemäß dem Entwurf zuerst das Gesamthaus für die Kardiologie über die 5.000-Tage-Regelung identifizieren. Auch wenn Standort B unter den 5.000 Tagen liegt, werden die „entsprechenden“ Leistungen auch dort erbracht. Die Formulierung mit der Meldung in § 3 Absatz 4 (für jeden Standort gesondert) ist nicht eindeutig und kann dahin ausgelegt werden, dass auch die Stationen am kleinen Standort B zu melden sind.

In diesem Haus werden die Indikator-DRGs der Kardiologie in 8 verschiedenen Stationen am Standort A erbracht und in 7 verschiedenen Stationen an Standort B, darunter HNO, Gynäkologie etc. (teils mit 10 Tagen pro Jahr). Diese müssten somit nach dem jetzigen Verordnungstext und der Begründung alle gemeldet werden und ab 2020 wäre praktisch das Gesamthaus als pflegesensitiv anzusehen.

**Änderungsvorschlag**

Streichung § 3 Abs. 2 Nr. 3, hilfsweise Anpassung in § 3 Abs. 2 Nr. 3, dass eine Identifikation allein auf Standortebene erfolgen muss, um nicht kleine Standorte massiv zu benachteiligen.

Ergänzung von § 3 Absatz 4 Satz 3 um den Text: „[...] umfasst sämtliche Stationen, auf denen die **den pflegesensitiven Bereichen** entsprechenden **wesentlichen** Leistungen erbracht oder Fälle dokumentiert worden sind, für jeden Standort gesondert.“

Zur Vermeidung von Extremfällen sollte für die Identifikation über Abteilungen bzw. 40 %-Indikatoren-DRGs zusätzlich eine Mindestzahl an Belegungstagen in Höhe von 500 vorgegeben werden.

### **III. Ermittlung pflegesensitiver Bereiche – Neurologie und Intensivmedizin**

§ 3 Abs. 3 PpUGV (Neufassung)

#### **Regelung**

Innerhalb des pflegesensitiven Bereichs Neurologie, der erstmals für das Jahr 2020 geregelt wird, sollen neben der allgemeinen Neurologie auch die spezialisierten Bereiche Schlaganfalleinheit und neurologische Frührehabilitation mit jeweils eigenen Pflegepersonaluntergrenzen belegt werden. Von einem pflegesensitiven Bereich neurologische Frührehabilitation soll ausgegangen werden, wenn der pflegesensitive Bereich der Neurologie ermittelt wurde und die Anzahl an Pflgetagen in den Indikatoren-DRGs der neurologischen Frührehabilitation mindesten 3.000 beträgt.

Die Definition als pflegesensitiver Bereich Intensivmedizin soll erfolgen, wenn fünf Fälle der OPS intensivmedizinische Komplexbehandlung oder aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung erbracht werden (8-980 oder 8-98f).

#### **Bewertung**

Es ist absolut unverständlich, wieso ausgerechnet in der Neurologischen Frührehabilitation Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollen und damit innerhalb der Neurologie als einzigem Bereich eine weitere Differenzierung der anzuwendenden Untergrenzen vorgenommen werden soll.

Die pflegerisch aktivierenden Leistungen innerhalb der Neurologischen Frührehabilitation sind in den OPS 8-552.0 mit 300 Minuten Frührehabilitation täglich festgeschrieben. Damit bestehen in diesem Leistungsbereich weitgehende Strukturanforderungen und eine hohe Transparenz über die Leistungserbringung. Medizinische Versorgung innerhalb der Neurologischen Frührehabilitation erfolgt im hohen Maße interdisziplinär. Werden notwendige Leistungen der therapeutisch aktivierenden Pflege z. B. durch Ergotherapeuten erbracht, dann finden diese durch den Bezug der Untergrenzen ausschließlich auf Pflege- und Pflegehilfskräfte keine Berücksichtigung. Pflegepersonaluntergrenzen würden den interdisziplinären Ansatz gefährden und die medizinische Versorgung in diesem Versorgungsbereich verschlechtern.

Die Einstufung als pflegesensitiver Bereich Intensivmedizin soll bereits bei fünf, statt bisher 400 Fällen in den einschlägigen OPS-Kodes erfolgen. Dies ist eine erhebliche Verschärfung, durch die die Anzahl der beregelten Intensivstationen deutlich ansteigen wird.

Es ist nicht ersichtlich, wieso im Fall der neurologischen Frührehabilitation eine Festlegung als pflegesensitiver Bereich bereits bei mindestens 3.000 Belegungstagen erfolgt. Im Fall der

weiteren pflegesensitiven Bereiche der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie erfolgt diese bei mindestens 5.000 Belegungstagen.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der pflegesensitiven Bereiche Neurologische Frührehabilitation und Stroke Unit.

Einstufung des pflegesensitiven Bereichs Intensivmedizin bei wie bisher 400 Fällen in den einschlägigen OPS-Kodes.

#### **IV. Mitteilungspflichten**

§ 5 PpUGV (Neufassung)

##### **Regelung**

§ 5 Abs. 3 sieht die Meldung sämtlicher Stationen, auf die sich die ermittelnden pflegesensitiven Bereiche erstrecken, vor. Die Mitteilung soll standortbezogen, unter Angabe der Anzahl der auf jeder Station aufgestellten Betten sowie bei fachabteilungsbezogener Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche unter Benennung der Fachabteilung erfolgen.

Für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin sollen alle Stationen benannt werden, auf denen die Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung verschlüsselt werden können, unabhängig ob dies im Einzelfall erfolgt oder erfolgen kann, in wie vielen Fällen dies erfolgt oder nicht erfolgt und ob dies auf bestimmten Teilen der Station üblicherweise nicht erfolgt.

Es gibt auch weiterhin kein geregeltes Verfahren für nicht absehbare, kurzfristige strukturelle Änderungen. Sofern diese nicht bis zum 15. Dezember 2019 gemeldet werden, ist ein Krankenhaus trotz komplett abweichender Leistungsinhalte an Personalvorhaltungen gebunden, die dem Zweck der Untergrenzen widersprechen. Aufgrund des existierenden Personalmangels wird dies künftig immer häufiger vorkommen, sinnvolle Anpassungen werden infolge dieser Unsicherheit verschoben.

##### **Bewertung**

Die Mitteilungspflichten gehen erheblich weiter, als die bislang geltende Verordnung. Um bürokratischen Mehraufwand zu vermeiden, sollte auf die Erfassung an bereits anderer Stelle erhobener Daten (z. B. Bettenmeldung im Qualitätsbericht) verzichtet werden.

Die Meldung von OPS-Strukturvoraussetzungen würde der im MDK-Reformgesetz vorgesehenen Strukturprüfung vorweggreifen und sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

##### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung

Ergänzung § 5 Abs. 4 um folgenden Satz: „Beabsichtigte Änderungen der Leistungsstruktur, die zu einem Entfall bereits gemeldeter pflegesensitiver Bereiche oder Stationen führen, und nach dem 15. Dezember 2019 eintreten, sind beim InEK zu übermitteln und von diesem innerhalb von einer Kalenderwoche zu beantworten. Aus der Antwort muss hervorgehen,



ob die vom Krankenhaus gemeldete Station weiterhin als pflegesensitiver Bereich der Mitteilungspflicht nach § 7 unterliegt“

## **V. Ausnahmetatbestände**

§ 8 PpUGV (Neufassung)

### **Regelung**

Die Verordnung sieht zur Umsetzung keine Übergangszeiträume vor.

### **Bewertung**

Durch die Festlegung der neuen pflegesensitiven Bereiche werden viele Häuser zum 01.01.2020 erstmalig Personaleinsatz erheben, dokumentieren und Untergrenzen nachweisen müssen. In der Neurologie werden viele kleine Fach- und Mischkliniken betroffen sein. Es muss für die neu geregelten pflegesensitiven Bereiche sowie in den erstmals von den Pflegepersonaluntergrenzen betroffenen Einrichtungen deshalb, wie in der PpUGV a. F., ein Übergangszeitraum bis zum 31.03.2020 vorgesehen werden, in dem Vergütungsabschläge nicht erhoben werden.

### **Änderungsvorschlag**

Neufassung § 8 Abs. 1 PpUGV (Neufassung)

- (1) Bis zum 31. März 2020 werden in den neu geregelten pflegesensitiven Bereichen Herzchirurgie und Neurologie sowie in den erstmals von den Pflegepersonaluntergrenzen betroffenen Einrichtungen Vergütungsabschläge gemäß § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erhoben.

## **VI. Personalverlagerungen**

§ 9 PpUGV (Neufassung)

### **Regelung**

Die Regelung erweitert die bestehenden Bestimmungen zu Personalverlagerungen. Personalverlagerungen in pflegesensitive Bereiche sind hiernach unzulässig, wenn damit eine Verschlechterung der Versorgung in den nicht pflegesensitiv festgelegten Bereichen einhergeht. Von einer Personalverlagerung wird ausgegangen, wenn sich die Anzahl der Pflegekräfte in Vollkräften im Jahresdurchschnitt in den anderen Bereichen im Vergleich zum Vorjahr um mehr als drei Prozent reduziert hat. Ob unzulässige Personalverlagerungen stattgefunden haben, wird vom InEK festgestellt und an die Vertragsparteien auf Ortsebene übermittelt. Diese haben Maßnahmen zu vereinbaren, um unzulässige Personalverlagerungen abzustellen. Die betroffenen Krankenhäuser können nachweisen, dass die Personalverlagerungen im Einzelfall nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung in anderen Krankenhausbereichen geführt haben.

### **Bewertung**

Das der Regelung zu Grunde liegende Organisationsverständnis von Krankenhausabteilungen mit unverrückbarem Personalkörper geht weit hinter die heute gelebte abteilungsübergreifende Personaleinsatzplanung zurück.

Es ist inhaltlich nicht nachvollziehbar, wieso gerade bei einer um drei Prozent reduzierten Anzahl von Vollkräften von Personalverlagerungen in pflegesensitive Bereiche auszugehen ist. Je nach Größe des betroffenen Hauses und der Zahl der beschäftigten Pflegekräfte in anderen Bereichen kann dieser Prozentwert bereits bei weniger als einem Vollzeitäquivalent erreicht werden. Kleine Häuser werden durch die Regelung benachteiligt.

Die Möglichkeit betroffener Krankenhäuser, nachzuweisen, dass es im Einzelfall nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung in anderen Krankenhausbereichen gekommen ist, wird kaum praktische Relevanz haben. Ein solcher Nachweis bürdet die Beweislast ausschließlich der Krankenseite auf.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung