

bvitg-Stellungnahme

Zur Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die
Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege
(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

Kontakt:
Martin Saß

Referent Digitale Gesundheitsversorgung
martin.sass@bvitg.de
www.bvitg.de



Als Vertretung der führenden IT-Anbieter im Gesundheitswesen bedankt sich der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. für die Gelegenheit zur Kommentierung der Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV) und nimmt wie folgt Stellung:

Als Interessenvertretung der Gesundheits-IT-Branche begrüßt der bvitg die Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV) des Bundesministeriums für Gesundheit. Es war dringend notwendig, ein Instrument zu einer qualitätsgesteuerten Personalbemessung in der Pflege zu schaffen und zum Einsatz zu bringen. Die Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV ist ein wichtiger erster Schritt in die richtige Richtung. Dennoch sehen wir in einigen Punkten große Hürden, die auch ein dynamisch wachsendes System und somit das Personal selbst überfordern könnten.

Allgemein:

Die in der Verordnung enthaltene zeitliche Abfolge ist äußerst kritisch zu betrachten. Die Kommentierungsphase des Entwurfs endet am 29. November 2023 – die Verordnung soll dagegen schon zum 1. Januar 2024 in Kraft treten. Hier sehen wir die Umsetzung innerhalb des vorgegebenen Zeitraums für nicht realistisch an.

Neben unzureichenden Definitionen (wie z. B. bei „Verabreichung hochwirksamer Medikamente) und unklaren Anwendungsregeln (z. B. bei Aufnahme und Isolation) wurden nach der Erprobung keinerlei Informationen über ggf. notwendige Anpassungen kommuniziert und auch die Festlegungen für die Kinder-Pflegepersonalregelung (PPR) lagen nicht vor. Des Weiteren fehlen die notwendigen Spezifikationen, um eine technische Umsetzung angehen zu können.

Auch die Betrachtung der Personalzahlen bei der Erwachsenen und Kinder ist nicht nachvollziehbar. Während die Betrachtung der Personalzahlen bei der Erwachsenen-PPR am Tag der Einstufung erfolgen kann, soll dies bei der Kinder-PPR und der Kinder-Intensiv-PPR retrospektiv geschehen. Diese Unterscheidung erhöht den Aufwand für Krankenhäuser, die die von dieser Regelung betroffenen Abteilungen aufweisen.

Unklar ist auch, was in der Erwachsene-PPR erfasst werden soll: Die geplante oder die durchgeführte Maßnahme? Dies geht nicht eindeutig aus der Verordnung hervor. Nachmessungen bei z. B. Blutzucker- oder Blutdruck-Werten sind üblich, teilweise lehnen Patient:innen Leistungen auch ab. Dies kann zu Abweichungen von geplanten Maßnahmen führen.

Im nachfolgenden nehmen wir zu einzelnen Punkten der Verordnung Stellung:

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Berechnung des Erfüllungsaufwands für die Wirtschaft ist nicht nachzuvollziehen. Der Verweis auf die Erprobungsphase im Zusammenhang mit dem Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft führt in die Irre und ist nicht sachbezogen. Hier wurde der Aufwand für Herstellung und Bereitstellung (z. B. die Algorithmen der Kinder-PPR) sowie Schulung etc. nicht berücksichtigt.

Bisher standen nur die Bestimmungen zur Pflegepersonalregelung für Erwachsene zur Verfügung. Diese wurden über den Deutschen Pflegerat, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. und ver:di bereits frühzeitig und lizenzfrei zur angeboten. Die näheren Bestimmungen für Kinder und Kinder-Intensivpflege dagegen wurden vor der Veröffentlichung des Referentenentwurfs der PPBV am 17. November 2023 nicht lizenzfrei bereitgestellt.

Die Ergebnisse der Erprobungsphase zur PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 in der Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung bestätigten ebenfalls, dass die Einführung des Instruments für Einrichtungen ohne digitale Pflegedokumentation als besonders herausfordernd eingestuft wird. Dies gilt sowohl für den von den Pflegenden täglich zu durchdenkenden Einstufungsprozess als auch für die Zusammenführung und Ausleitung der Daten für die Systemhersteller. Die Erfassung des Personalbedarfs mithilfe einer digitalen Pflegedokumentation auf der Basis von fall- und tagesbezogenen Daten darf keine zusätzlichen (Dokumentations-)Aufwände verursachen, sondern muss im Sinne einer Sekundärnutzung der Routinedaten als Nebenprodukt entstehen.

Es ist somit zu befürchten, dass durch die enge zeitliche Abfolge die vorausgesetzte softwaretechnische Unterstützung bis dahin nicht umgesetzt bzw. den Nutzer:innen nicht zur Verfügung stehen wird. Dies führt unweigerlich zu Doppeldokumentationen und zur Mehrbelastung des Personals.

Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften

§ 6 Abs. 2 Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Um den Krankenhäusern und Softwareherstellern genügend Zeit zur Umsetzung bereitzustellen, empfehlen wir, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bis spätestens zum 31. Januar 2024 Näheres zur technischen Umsetzung der Datenübermittlung festlegt. Die Verpflichtung der Krankenhäuser, die nach §§ 3, 4 und 5 ermittelten Angaben monatsbezogen jeweils bis zum 15. Tag des auf ein Quartal folgenden Monats zu übermitteln, sollten erst neun Monate nachdem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Näheres zur technischen Umsetzung der Datenübermittlung festgelegt hat, erfolgen.

Referentenentwurf PPBV	Änderungsvorschlag bvitg
<p>(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach §§ 3, 4 und 5 ermittelten Angaben monatsbezogen jeweils bis zum 15. Tag des auf ein Quartal folgenden Monats, erstmals bis zum 15. April 2024, für das jeweils vorhergehende Quartal für die jeweilige Station und Schicht auf elektronischem Wege an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln. Zeigt das Krankenhaus vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber dem Institut für das Entgelt im Krankenhaus an, dass die Frist nicht eingehalten werden kann, verlängert sich die Frist um 14 Tage. Die Krankenhäuser können die von ihnen gemeldeten Angaben bis zum Ablauf der Frist nach Satz 1 oder der verlängerten Frist nach Satz 2 korrigieren.</p>	<p>(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach §§ 3, 4 und 5 ermittelten Angaben monatsbezogen jeweils bis zum 15. Tag des auf ein Quartal folgenden Monats, erstmals bis zum 15. April neun Monate nachdem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Näheres zur technischen Umsetzung der Datenübermittlung festgelegt hat, für das jeweils vorhergehende Quartal für die jeweilige Station und Schicht auf elektronischem Wege an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln. Zeigt das Krankenhaus vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber dem Institut für das Entgelt im Krankenhaus an, dass die Frist nicht eingehalten werden kann, verlängert sich die Frist um 14 Tage. Die Krankenhäuser können die von ihnen gemeldeten Angaben bis zum Ablauf der Frist nach Satz 1 oder der verlängerten Frist nach Satz 2 korrigieren.</p>

§ 6 Abs. 5 Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Referentenentwurf PPBV	Änderungsvorschlag bvitg
(5) Für die Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 2 und 3 ist das in der Anlage 7 festgelegte Datenformat zu nutzen. Das Nähere zur technischen Umsetzung der Datenübermittlung legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Januar 2024 fest.	(5) Für die Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 2 und 3 ist das in der Anlage 7 festgelegte Datenformat zu nutzen. Das Nähere zur technischen Umsetzung der Datenübermittlung legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis <i>spätestens</i> zum 31. Januar 2024 fest.

Zusätzlich ist eine Befreiung von Sanktionen für die Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2024 zu empfehlen. Erst mit der zum 31. Januar 2024 vom InEK vorliegenden Information zur näheren technischen Umsetzung werden die Softwarehersteller in die Lage versetzt, diese umzusetzen und erst im Anschluss hieran können die Krankenhäuser ihre Implementierung starten.

§ 12 Abs 2. Tabelle Minutenwerte

Wir empfehlen eine deutlichere Formulierung der zusätzlichen Minutenwerte.

Referentenentwurf PPBV	Änderungsvorschlag bvitg
„Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zugrunde gelegt.“	„Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten <i>zusätzlich auf die bereits bestehenden Minutenwerte</i> je Tag zugrunde gelegt.“

Zusätzlich ist unklar, ob sich das Wort „Minutenwert“ in § 12 Abs. 3 Satz 4 ausschließlich auf § 12 Abs. 2 bezieht oder ob das Wort „Minutenwert“ auch den Minutenwert gemäß § 12 Abs. 2 „Pflegegrundwert“ gemäß § 12 Abs. 1 betrifft.

Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass der erhöhte Pflegegrundwert für in Isolation befindliche Patient:innen am Vortag oder am Tag der Entlassung einen nicht unerheblichen Summanden darstellt. Eine ausdifferenzierte Benennung bzw. eine eindeutige Bezugsherstellung ist hier zu empfehlen.

§ 12 Abs. 2 Tabelle Minutenwerte

„Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 9 Absatz 2 sind je Patienten und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Hier wurde unter der Zusammenfassung Patientengruppe/Minutenwerte A4/S4 **472** angegeben. Für ein Minutenwert der Allgemeinen Pflege A4 „Hochaufwendige Leistungen“ wird ein Minutenwert von 296 Minuten hinterlegt und für ein Minutenwert Spezielle Pflege S4 „Hochaufwendige Leistungen“ besteht ein Minutenwert von 131 Minuten. Somit wäre der korrekte Minutenwert **427**.

Kapitel 3 Abschnitt 1

Personalbemessung auf Normalstationen

§ 13 Abs. 2 Leistungsstufen und Patientengruppen

In Kapitel 3 § 13 Abs. 2 heißt es, „wenn in Ausnahmefällen die Behandlung von Erwachsenen in einer Abteilung oder in einem Krankenhaus für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist, werden Sie der Gruppe der Schulkinder und Jugendlichen zugeordnet.“

Hier ist unklar, wie oder wer diese Ausnahme definiert. Grundsätzlich ist das Alter der Faktor der Zuordnung. Hier ist eine Klärung des Sachverhaltes und eine eindeutige Formulierung zu empfehlen.

§ 14

Minutenwerte (Tabelle)

Hier wurde unter der Zusammenfassung Patientengruppe/Minutenwerte für Kinder in der Altersgruppe F für die Kategorie A3/S2 ein Minutenwert von **486** angegeben. Für die Altersgruppe F für die Kategorie A3/S2 ist jedoch ein Minutenwert von **468** korrekt.

Kapitel 3 Abschnitt 2

Personalbemessung in der Krankenpflege für Kinder

§ 17 Abs. 3 Pflegekategorien und Patientengruppen

In Kapitel 3 § 17 Abs. 3 heißt es, „Sollte in Ausnahmefällen die Behandlung von Erwachsenen auf einer Kinder-Intensivstation notwendig sein, sind diese der pädiatrischen Intensivmedizin (PICU) zuzuordnen.“

Hier ist unklar, wie oder wer diese Ausnahme definiert. Grundsätzlich ist das Alter der Faktor der Zuordnung. Hier ist eine Klärung des Sachverhaltes und eine eindeutige Formulierung zu empfehlen.