

17.08.2022

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung

(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) vom 01.08.2022

Die folgende Stellungnahme wurde gemeinsam mit dem Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD), der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) und dem Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e. V. (VLKKD) erstellt.

Allgemeines

Zum Thema PPR: Grundsätzlich ist es sehr erfreulich und wichtig, dass das Thema Pflegepersonalbemessung nun „kurzfristig“ durch eine gesetzliche Verordnungsermächtigung angegangen werden soll. Wir hätten uns unter „kurzfristig“ einen deutlich kürzeren zeitlichen Rahmen bis zur verbindlichen Einführung –zunächst ohne Sanktionen – gewünscht.

Die Kinder-PPR 2.0 ist berücksichtigt und der neu eingefügte § 137I SGB V ist schlüssig aufgebaut. Allerdings soll sich die Verordnungsermächtigung auf „bettenführende Stationen der Somatik“ beschränken. Bei der Kinder-PPR muss die kinderintensivmedizinische Versorgung ausdrücklich mit einbezogen werden. Die Kinder PPR 2.0 bildet auch die Personalvorgaben des G-BA nach der QFR-RL für die pflegerische Versorgung von Frühgeborenen <1.500g bereits deckungsgleich ab (orientiert an der AWMF-LL 087-001).

Kritisch sehen wir die beabsichtigte Regelung in Absatz 4 des §137I SGB V, wonach ein Krankenhaus sich von den Verpflichtungen aus der vorgesehenen Rechtsverordnung zum Pflegepersonal befreien könnte, wenn "hausintern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden". Das widerspricht einem bundesweit einheitlichen Vorgehen und muss mindestens für die Statuserhebung nach Abs. 1 angepasst werden.

Zum Thema Strukturmerkmale in OPS-Kodes: Wir begrüßen die neu eingefügte Ausnahmeregelung für neue OPS-Kodes, hier konkret für die teilstationäre Erbringung von Leistungen bei Kindern, nach der Krankenhäuser in bestimmten Fällen Leistungen abrechnen können, bevor der MD die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen OPS nach § 301 Abs. 2 SGB V begutachtet hat. Wir würden allerdings auch begrüßen, wenn die gemeinsam mit dem GKV und der DKG definierten teilstationären Strukturen in ihrer Bedeutung aufgewertet werden.“

Konkrete Anmerkungen und Änderungsvorschläge

A. Allgemeiner Teil

Text Referentenentwurf	Anmerkungen, Änderungsvorschläge
Artikel 1 (Änderung des SGB V) Nummer 3 Absatz (1) (Seite 9/10)	

<p>(1) Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates <u>bis zum 30. November 2023</u> Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen</u> somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern.</p>	<p>Eine schnellere Umsetzung von Absatz (1) wäre zu begrüßen, es handelt sich doch um ein lernendes System.</p> <p>Es ist klarzustellen, dass bei der Kinder-PPR 2.0 die Kinderintensivstationen einschl. der neonatologischen Intensivstationen eingeschlossen sind.:</p> <p>Formulierungsvorschlag: (1) Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen, in Stationen für Kinder zusätzlich auch der kinderintensivmedizinischen</u> Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern.</p>
<p>Artikel 1 (Änderung des SGB V) Nummer 3 Absatz (4) (Seite 10) (4) Sofern für ein Krankenhaus in einem Tarifvertrag oder einer sonstigen Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden und diese Vereinbarung nach dem übereinstimmenden schriftlich erklärten Willen der Vertragsparteien der Anwendung der <u>Rechtsverordnung nach Absatz 1 und Absatz 2 vorzuziehen ist, entfallen für das Krankenhaus die sich aus der Rechtsverordnung nach Absatz 1 und Absatz 2 ergebenden Verpflichtungen</u>. Die schriftliche Erklärung sowie der Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung sind der vom Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu bestimmenden Stelle zu übermitteln.“</p>	<p>Krankenhäuser mit den angeführten Individualvereinbarungen sollten sich keinesfalls komplett aus der „Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs“ und damit auch einer Überprüfbarkeit durch ein Benchmark mit anderen Krankenhäusern mit einheitlichen Regeln herausziehen dürfen. Anwendung und Erfassung der Strukturdaten nach der PPR 2.0 / Kinder-PPR 2.0 müssen auch für diese Krankenhäuser gelten.</p> <p>Formulierungsvorschlag: <u>Streichen von „Absatz 4“</u></p>

B. Besonderer Teil

Text Referentenentwurf	Anmerkungen, Änderungsvorschläge
------------------------	----------------------------------



DGKJ

Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 2 (Seite 39)</p> <p>..... Bei der Entwicklung des wissenschaftlichen Verfahrens nach 137k <u>können</u> erste Erfahrungen mit dem Interimsinstrument PPR 2.0 einbezogen werden.</p>	<p>Erfahrungen aus dem Interimsinstrument PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 sollten oder besser müssen bei dem Wissenschaftlichen Instrument nach §137k SGB V einbezogen werden, anderenfalls nutzt man die Chance von Erkenntnisgewinn in einer Übergangsphase nicht.</p> <p>Formulierungsvorschlag: Bei der Entwicklung des wissenschaftlichen Verfahrens nach 137k <u>müssen</u> erste Erfahrungen mit dem Interimsinstrument PPR 2.0 einbezogen werden.</p>
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 3 (Seite 40)</p> <p>.... <u>Ein Krankenhaus soll allerdings nicht an die in der Rechtsverordnung festgelegten Vorgaben gebunden sein, wenn</u> für das Krankenhaus in einer (tarif-)vertraglichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber(n) und Beschäftigten verbindliche Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen getroffen wurden.</p>	<p>Mit dieser Ausnahme könnte das bundesweit einheitliche Instrument unterlaufen werden. Daher sollte klargestellt werden, dass auch diese Krankenhäuser die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 anwenden müssen, aber durch die hausinterne vertragliche Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten nur die Sanktionsregelungen der Rechtsverordnung umgehen dürfen.</p>
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 3 Zu Absatz 1 (Seite 40)</p>	
<p>Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt gemäß Satz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates als Übergangsinstrument Vorgaben zur Ermittlung und Festlegung des Pflegepersonalbedarfs in der unmittelbaren Patientenversorgung <u>von Erwachsenen (> 18 Jahren) und Kindern (< 18 Jahre) auf den bettenführenden, somatischen Stationen der zugelassenen Krankenhäuser.</u></p>	<p>Hier ist zu präzisieren (redaktionell):</p> <p>Formulierungsvorschlag: <u>...von Erwachsenen (> = 18 Jahren) und Kindern (< 18 Jahre)</u> oder <u>von Erwachsenen (ab 18. Geburtstag) und Kindern (bis Ende des 18. Lebensjahres)</u></p> <p>Darüber hinaus hat die PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 einen konkreten Stationsbezug für die Versorgung, daher folgender</p> <p>Anpassungsvorschlag:</p>

	<p>... von Erwachsenen (≥ 18 Jahren) und Kindern (< 18 Jahre) auf den bettenführenden, somatischen Stationen für Erwachsene oder Kinder und Jugendliche der zugelassenen Krankenhäuser.</p>
<p>Die Vorgaben sollen sich nicht auf die Pflege im Operationsdienst, in Dialyseeinheiten, in der Anästhesie, in der Endoskopie, in der Funktionsdiagnostik, in der Ambulanz und in der <u>Notaufnahme</u> eines Krankenhauses erstrecken, da diese Bereiche regelmäßig keine bettenführenden Stationen darstellen.</p>	<p>Es gibt auch bettenführende Notaufnahmen, daher sollten die dort erbrachten Leistungen auch bei der PPR 2.0 berücksichtigt werden können.</p> <p>Formulierungsvorschlag: Die Vorgaben sollen sich nicht auf die Pflege im Operationsdienst, in Dialyseeinheiten, in der Anästhesie, in der Endoskopie, in der Funktionsdiagnostik, in der Ambulanz und in der <u>Notaufnahme</u>, soweit nicht bettenführend, eines Krankenhauses erstrecken, da diese Bereiche regelmäßig keine bettenführenden Stationen darstellen.</p>
<p>Auch die Pflege auf Intensivstationen für Erwachsene <u>oder Kinder</u> soll aufgrund der Besonderheiten dieser Bereiche nicht von den Vorgaben erfasst werden.</p>	<p>Die Kinder-PPR 2.0 schließt die Kinderintensivstation mit ein. Daher ist „oder Kinder“ hier zu streichen oder zu präzisieren, dass im Unterschied zu einer Intensivstation für Erwachsene (OPS-Kode 8-980, 8-98f) in einer Intensivstation für Kinder (NICU/PICU) die Kinder-PPR 2.0 zur Anwendung kommt. Die Besonderheiten der Intensivstationen für Kinder, auch hinsichtlich der G-BA-Vorgaben zur Einstufung von Früh- und Reifgeborenen, werden von der Kinder-PPR 2.0 berücksichtigt.</p>
	<p><u>Bei der Kinder-PPR 2.0 sind weitere Ausnahmen folgendermaßen zu ergänzen:</u></p> <p>Ausgenommen sind weiterhin Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderem therapeutischem Konzept und multiprofessionellen Teams (vgl. OPS 9.403.xx).</p> <p>Dies sind eigenständige Stationen für Kinder- und Jugendpsychosomatik sowie spezialisierte eigenständige stationäre Einrichtungen für Neuro- oder Sozialpädiatrie, Kinderrheumatologie, Kinderdermatologie, Kinderdiabetologie, die in der Regel als besondere Einrichtungen gem. § 17b KHG betrieben werden.</p>
<p>Zu Absatz 4 (Seite 43)</p>	



DGKJ

Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Nach Absatz 4 ist ein Krankenhaus daher nicht an die in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 und Absatz 2 festgelegten Vorgaben gebunden, wenn für das Krankenhaus in einer (tarif-) vertraglichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber(n) und Beschäftigten verbindliche Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen getroffen wurden. Liegen derartige Vereinbarungen vor, haben Arbeitgeber und Arbeitnehmer in schriftlicher Form ihrem übereinstimmenden Willen Ausdruck zu verleihen, dass die zwischen ihnen geschlossene Vereinbarung zum Personaleinsatz anstatt der in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 festgelegten Vorgaben anzuwenden ist. Die schriftliche Erklärung ist der vom Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu bestimmenden Stelle gemeinsam mit dem entsprechenden Tarifvertrag oder der sonstigen Vereinbarung zur Kenntnis zu geben.

Die Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 1 müssen auch für diese Krankenhäuser gelten. Auch diese Häuser müssen sich an der Stichprobe für die repräsentative Erhebung beteiligen und die PPR 2.0 / Kinder-PPR 2.0 anwenden. Ausnahmen sollte es hier zunächst nur für die Regelungen zur Sanktionierung geben.

Kontaktdaten:

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD):

██████████, E-Mail: bv-kinderkrankenpflege@t-online.de, www.bekd.de.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ):

██████████, E-Mail: politik@dgkj.de, www.dgkj.de.

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKind):

██████████, E-Mail: ██████████, www.gkind.de.

Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e. V. (VLKKD):

██████████, E-Mail: ██████████, www.vlkkd.de.