

# ***Aktionismus vermeiden – Zukunftsfähiges und bedarfsgerechtes Instrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung statt teurer und bürokratischer Übergangslösungen***

**Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)**

17. August 2022

## ***Zusammenfassung***

Von der Einführung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) sollte Abstand genommen werden, da sie die Pflegequalität und die unterschiedliche Qualifikation der Pflegenden nicht in die Messung einbezieht und somit nicht dazu beiträgt, die Qualität der Pflege im Krankenhaus zu verbessern. Statt die Pflegenden unnötig mit mehr Bürokratie zu belasten, sollte ein automatisiertes, bürokratiearmes und digitalanwendbares Instrument nach § 137k SGB V zur Messung des Pflegebedarfs entwickelt werden und dafür endlich das Benehmen durch das Bundesgesundheitsministerium mit dem bereits seit Ende des letzten Jahres vorliegenden konsentierten Entwicklungskonzept der Selbstverwaltungspartner hergestellt werden. Das geplante Gesetzgebungsvorhaben darf zudem nicht dazu genutzt werden, durch die Hintertür eine Ausweitung der Mitwirkungsrechte des Betriebsrats vorzunehmen.

Darüber hinaus müssen endlich auch im Krankenhausbereich dringend notwendige Strukturformen angegangen werden. Durch eine Konzentration auf notwendige Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten lassen sich auch die begrenzten Personalressourcen schonen und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Ärzte und Pflegekräfte ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen können. So zeigt sich im internationalen Vergleich, dass Deutschland im OECD-Vergleich die vierthöchste Dichte an Pflegefachpersonen (13,95 Pflegefachpersonen je 1.000 Einwohner) hat, mit einer „Nurse-to-bed-ratio“ von nur 0,88 jedoch auf den hinteren Plätzen rangiert. In den Niederlanden oder Dänemark hingegen beträgt das Verhältnis 1,44 oder sogar 2,74 Pflegefachpersonen je Krankenhausbett.

Obwohl der Gesetzentwurf stark auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens abzielt, bleibt das Verfahren der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) leider vollständig ausgespart. Es muss sichergestellt werden, dass die Vertragsarztpraxen ihrer bereits seit dem 1. Juli 2022 bestehenden Pflicht zur elektronischen Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die Krankenkassen bis spätestens zum Start des obligatorischen Arbeitgeber-Abrufverfahrens am 1. Januar 2023 auch tatsächlich flächendeckend und vollständig nachkommen. Um dies sicherzustellen, sollten entsprechende Sanktionen (z. B. Honorarabzug) im



SGB V vorgesehen werden. Andernfalls werden hohe Fehlerquoten und Mehraufwände sowie Zeitverzögerungen sowohl bei den Krankenkassen als auch in der Folge bei den Arbeitgebern erzeugt.

### **Im Einzelnen**

#### **PPR 2.0 – keine untauglichen, bürokratischen Instrumente einführen**

Ziel des Gesetzentwurfs ist die zeitnahe Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken. Um eine richtige Verteilung der Personalkapazitäten zu gewährleisten und Mindeststandards in der Versorgung sicherzustellen, kann ein Personalbemessungsinstrument hilfreich sein. Dieses Ziel wird durch den Gesetzentwurf jedoch nicht erreicht. Statt sich auf ein zukunftsfähiges und bedarfsgerechtes Instrument zu konzentrieren, soll das bisher als Übergangslösung gedachte Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 unbefristet aufgebaut werden. Dieses Instrument – welches in den 1990er Jahren schon einmal gescheitert ist – ist aber höchstens dazu geeignet, das Ausmaß des Pflegekräftemangels transparent zu machen. Es ist nicht in der Lage, dem im Koalitionsvertrag vereinbarten Pflegemix zu ermitteln ebenso wenig wie die Pflegequalität. Das Instrument ist daher nicht dazu geeignet, eine qualitativ gute und bedarfsgerechte Pflege sicherzustellen.

Zudem besteht die Gefahr, dass die Einführung und Nutzung des Instruments vor allem täglich mehr Bürokratie für das Pflegepersonal bringt anstatt den Bürokratieabbau im Alltag der Pflegenden voranzutreiben. Eine Umsetzung der PPR 2.0 auf digitaler Basis ist nicht vorgesehen, viele Krankenhäuser werden vermutlich auch nicht über die notwendige digitale Infrastruktur verfügen. Daher ist in vielen Fällen von einer aufwändigen händischen Erfassung der Daten auszugehen. Dies geht zu Lasten der unmittelbaren Zeit in der Patientenversorgung, bindet Ressourcen, kostet Geld und trägt gerade nicht dazu bei, die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern.

Zudem ist zu erwarten, dass die Einführung von PPR 2.0 in der Gesetzlichen Krankenversicherung für zusätzliche Mehrausgaben in unkalkulierbarer Höhe sorgt, ohne gleichzeitig eine Qualitätsverbesserung oder eine Entlastung des Pflegepersonals zu bewirken. Denn es besteht das Risiko, dass die ermittelten Kapazitäten voll vergütet werden müssen, auch wenn die Krankenhäuser gar kein weiteres Personal gewinnen und einstellen können.

Vor diesem Hintergrund ist der gewählte Ansatz abzulehnen. Auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes sei insoweit verwiesen. Deutlich zielführender ist es, auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen ein Instrument zu entwickeln, das automatisch und bürokratiearm den notwendigen Pflegebedarf aufgrund von digital erfassten Diagnosen und Pflegemaßnahmen ermittelt und dabei auch die Pflegequalität und den Pflegemix berücksichtigt. Die Selbstverwaltungspartner haben ein Entwicklungskonzept nach § 137k SGB V gemeinsam erarbeitet und fristgerecht bereits im letzten Jahr dem Bundesgesundheitsministerium vorgelegt. Gemäß diesem konsentierten Konzept soll die Pflegepersonalbemessung unter Verwendung von Informationen aus der digitalen Pflegedokumentation und anderen digital erfassten Daten erfolgen. Für Pflegekräfte soll keinerlei Zusatzdokumentation aufgrund der Personalbemessung entstehen. Zudem werden Vorgaben für die Berücksichtigung des Qualifikationsmix des Pflegepersonals gemacht und die Pflegepersonalbedarfsermittlung auf Ebene der Station und des Krankenhausstandortes festgelegt. Anstatt wie mit dem Gesetzentwurf vorgesehen, ein untaugliches und bürokratisches Instrument wie PPR 2.0, das zudem auch immer nur als Übergangslösung gedacht war, gesetzlich dauerhaft zu etablieren, sollte besser endlich das Benehmen durch das BMG mit dem schon vorliegenden Entwicklungskonzept der Selbstverwaltungspartner hergestellt werden.



## Keine Ausweitung der Rechte des Betriebsrates durch die Hintertür

Aus der Begründung des Gesetzentwurfs geht hervor, dass das Bundesgesundheitsministerium nach § 137 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V per Rechtsverordnung vorsehen könnte, dass z. B. dem Betriebsrat die zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erhebenden und zu übermittelnden Daten zur Verfügung zu stellen sind.

Ein solches Recht des Betriebsrats kann auf eine Ausweitung der Beteiligungsrechte des Betriebsrats durch die Hintertür hinauslaufen. In der Rechtsverordnung sollte deshalb der vorgesehene Punkt ersatzlos gestrichen werden.

## Dringend notwendige Strukturreformen angehen

Auch der vorliegende Entwurf zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz lässt, wie das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz leider auch, echten Reformwillen vermissen. Notwendige und nachhaltige Strukturreformen, die dafür sorgen, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch zukünftig finanzierbar bleibt, sind ausgespart.

Deutschland hat das teuerste Gesundheitssystem der EU, ohne dafür auch eine Spitzengesundheitsversorgung zu haben. Oder wie es der heutige Bundesgesundheitsminister in seiner Zeit als Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit treffend ausgedrückt hat: „Wir bezahlen einen Mercedes und bekommen einen Golf“. Dass große Effizienzpotenziale in der GKV schlummern und auch Überversorgung stattfindet, ist häufig genug nachgewiesen worden. Was jedoch nach wie vor fehlt, sind gesetzgeberische Konsequenzen. Dabei besteht bezüglich der notwendigen Maßnahmen kein Erkenntnisproblem. Wissenschaftler und der Sachverständigenrat Gesundheit machen seit Jahrzehnten Vorschläge für mehr Wettbewerb in der Versorgung, für eine Krankenhausreform, für die Überwindung der Sektorengrenzen sowie für die Digitalisierung im Gesundheitswesen, um so die Versorgung zu verbessern und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern.

Deshalb ist jetzt das Bundesgesundheitsministerium gefordert, auch im Krankenhausbereich echte Strukturreformen auf den Weg zu bringen, um die vorhandenen Einsparpotenziale auszuschöpfen. Die Bertelsmann-Stiftung stellt in einer Studie zur zukunftsfähigen Krankenhausversorgung fest (Albrecht et al. 2019), dass in Deutschland eine Halbierung der Klinikanzahl möglich sei, wodurch die Qualität der Versorgung für Patienten verbessert und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal gemildert würden. Diese Feststellung bleibt grundsätzlich auch nach den Erfahrungen in der Corona-Pandemie aktuell. Gerade hier fand die stationäre und intensivmedizinische Versorgung überwiegend in großen und spezialisierten Krankenhäusern statt. Durch eine solche Konzentration auf notwendige Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten lassen sich auch die begrenzten Personalressourcen schonen und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Ärzte und Pflegekräfte ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen können. So zeigt sich im internationalen Vergleich, dass Deutschland im OECD-Vergleich die vierthöchste Dichte an Pflegefachpersonen (13,95 Pflegefachpersonen je 1.000 Einwohner) hat, mit einer „Nurse-to-bed-ratio“ von nur 0,88 jedoch auf den hinteren Plätzen rangiert. In den Niederlanden oder Dänemark hingegen beträgt das Verhältnis 1,44 oder sogar 2,74 Pflegefachpersonen je Krankenhausbett. Mit einem Abbau des Krankenhausbettenüberschusses würde der Pflegepersonalmangel deutlich reduziert.



## Reibungsloses eAU-Verfahren sicherstellen

Der vorliegende Gesetzentwurf zielt stark auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens ab. Das Verfahren der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) wird dabei jedoch leider vollständig ausgespart. Es muss sichergestellt werden, dass die Vertragsarztpraxen ihrer seit dem 1. Juli 2022 bestehenden Pflicht zur elektronischen Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die gesetzlichen Krankenkassen bis spätestens zum Start des obligatorischen Arbeitgeber-Abrufverfahrens am 1. Januar 2023 auch tatsächlich flächendeckend und vollständig nachkommen. Nur so kann ein reibungsloses Verfahren gewährleistet werden. Um dies sicherzustellen, sollten entsprechende Sanktionen (z. B. Honorarabzug) im SGB V vorgesehen werden, wenn Vertragsarztpraxen die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht erfüllen (z. B. fehlende KIM-Anbindung) oder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht wie vorgesehen elektronisch übertragen.

Aktuell wird trotz einer seit dem 1. Juli 2022 bestehenden entsprechenden Pflicht nur jede dritte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die gesetzlichen Krankenkassen übermittelt und nur knapp über 50 % der Vertragsarztpraxen (Betriebsstätten) verfügen überhaupt über eine für die Übertragung notwendige KIM-Adresse (Stand 7. August 2022). Dies erzeugt, da in diesen Fällen Papierbescheinigungen auf dem Postweg versandt werden und bei den Krankenkassen eingelesen werden müssen, hohe Fehlerquoten und Mehraufwände sowie Zeitverzögerungen sowohl bei den Krankenkassen als auch in der Folge bei den Arbeitgebern. Mit jährlich etwa 77 Mio. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unter Beteiligung von rund 100 Krankenkassen handelt es sich um ein für die Arbeitgeber sehr relevantes Massenverfahren, dessen fehlerfreies Funktionieren angesichts seiner Bedeutung für die Berechnung von Leistungen der Einkommenssicherung (Entgeltfortzahlung, Krankengeld) sehr wichtig ist. Ein reibungsloser Start des ab dem 1. Januar 2023 obligatorischen Arbeitgeber-Abrufverfahrens ist daher für Arbeitgeber und Beschäftigte essenziell.

### Ansprechpartner:

#### **BDA | DIE ARBEITGEBER**

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

#### **Soziale Sicherung**

T +49 30 2033-1600

[soziale.sicherung@arbeitgeber.de](mailto:soziale.sicherung@arbeitgeber.de)

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.