

# Stellungnahme

Deutsches Netzwerk  
Evidenzbasierte Medizin e.V.



Berlin, den 18.08.2022

---

## **Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)**

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat einen Referentenentwurf für ein **Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, KHPfIEG)**, vorgelegt. Dieses Artikelgesetz beinhaltet Anpassungen und Ergänzungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) sowie in weiteren Gesetzen und Verordnungen bezogen auf die Gesundheitsversorgung, um auf aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in der Gewährleistung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung, vor allem in der stationären Akutversorgung, zu reagieren. Einen Schwerpunkt bilden hierbei Regelungen zur Pflegepersonalkapazität in bettenführenden somatischen Krankenhausstationen, einschließlich der Pädiatrie, aber exklusive der intensivmedizinischen Versorgung.

Bereits mit einer jüngeren Anpassung des SGB V wurden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft dazu verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2024 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern zu entwickeln und zu erproben (§ 137k Absatz 1 SGB V). Hierfür sollten die Selbstverwaltungsorgane bis 30. Juni 2022 dieses Jahres fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige entsprechend beauftragen. Wird diese Frist nicht eingehalten, obliegt es dem BMG, bis zum 31. August 2022 einen solchen Auftrag zu vergeben (§ 137k Absätze 3 und 4 SGB V).

Der Referentenentwurf für das KHPfIEG beinhaltet zum einen eine Verschiebung der im § 137k SGB V genannten Fristen für die Entwicklung und die Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Pflegepersonalbemessungsverfahrens unter Beauftragung durch die Selbstverwaltungsorgane oder alternativ das BMG um jeweils ein Jahr. Zum anderen soll ein zusätzlicher § 137l aufgenommen werden, der es dem BMG ermöglicht, bereits kurzfristig im Wege einer nicht Bundesrat-zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung bis zum 30. November 2023 Vorgaben für die Pflegepersonalbemessung zu erlassen. Diese Vorgaben nach § 137l Absätze 1 und 2 SGB V sollen u.a. näher definieren, (i) wie der Pflegeaufwand pro Patientin bzw. Patient zu erfassen ist, (ii) welche Soll-Personalbesetzung sich daraus ergibt, differenziert nach der Qualifikation der beruflich Pflegenden, (iii) wie die Krankenhäuser die Ist-Personalbesetzung (Anzahl und Qualifikation der beruflich Pflegenden) und die Soll-Personalbesetzung zu erfassen und zu dokumentieren haben sowie (iv) welche Konsequenzen ein Unterschreiten der personellen Vorgaben haben.

Das EbM-Netzwerk begrüßt grundsätzlich das politische Vorhaben, die Pflegepersonalausstattung in Akutkrankenhäusern bedarfsgerecht auszurichten und entsprechende Vorgaben wissenschaftlich begründet zu entwickeln und zu erproben. Dennoch bergen die geplanten Anpassungen im SGB V Unschärfen, die im weiteren Gesetzgebungsprozess und in den konsekutiven Rechtsverordnungen des BMG berücksichtigt werden sollten:

## **1. Referenzrahmen für die Vorgaben zur Soll-Personalausstattung**

Laut der Begründung für das KHPfIEG soll mit dem § 137I SGB V ein Ziel der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung umgesetzt werden, das die kurzfristige Einführung der sogenannten Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0 als „Übergangsinstrument“ für die Personalbemessung in der Krankenhauspflege vorsieht (1). Die PPR 2.0 stellt eine Adaption einer früheren PPR dar, die in den 90er Jahren mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt, jedoch 1997 bereits wieder außer Kraft gesetzt wurde. Im Kern beinhaltet die PPR 2.0 eine tägliche Einstufung des Pflegeaufwands pro Patientin bzw. Patient, basierend auf erforderlichen allgemeinen pflegerischen Unterstützungsleistungen (z. B. in den Bereichen Körperpflege und Ernährung) und speziellen pflegerischen Maßnahmen im Zusammenhang mit medizinischer Diagnostik und Therapie (z. B. Überwachung, Wundversorgung). Den einzelnen Kategorien des Unterstützungsbedarfes sind Minutenwerte pflegerischen Arbeitsaufwandes zugeordnet. Die PPR 2.0 wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di erarbeitet und bereits in 44 Krankenhäusern getestet (2). Sie hat sich hierbei als technisch umsetzbar erwiesen und einen deutlichen Zusammenhang mit anderen standardisierten Werten zum pflegerischen Unterstützungsbedarf (Barthel-Index) gezeigt. Auch wurden theoretisch plausible Unterschiede je nach Fachrichtung ermittelt.

Trotz dieser grundsätzlich bestätigenden empirischen Ergebnisse ist unklar, auf welche theoretischen Annahmen oder gar empirischen Daten sich die zugrunde gelegten Minutenwerte pro Aufwandskategorie stützen: Nach welchen Kriterien wurden bestimmte Bereiche der pflegerischen Unterstützung ausgewählt, andere aber nicht? Beispielsweise fällt auf, dass pflegerische Kernaufgaben im Bereich der Information von Patientinnen und Patienten, der gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie der Anleitung und Beratung nicht berücksichtigt sind, ebenso nicht spezielle, nach den Kriterien der evidenzbasierten Pflege zentrale pflegerische Interventionen (z. B. Angehörigeneinbindung) bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Insbesondere diese Aufgaben sind aus Sicht der Pflegenden jedoch zeitgemäß, wissenschaftlich begründet und relevant für eine angemessene Personalausstattung (3). Unklar ist darüber hinaus, wie die postulierten Zeitwerte mit der Qualität des Versorgungsergebnisses in Verbindung stehen. Aktuelle Übersichtsarbeiten zeigen, dass zwar international bereits zahlreiche Personalbemessungsverfahren vorliegen, aber gerade der Effekt auf patientenrelevante Versorgungsergebnisse unzureichend untersucht ist (4, 5). Ohne diese Erkenntnisse können evidenzbasierte Entscheidungen für oder gegen ein bestimmtes Bemessungsverfahren nicht getroffen werden. Unabhängig davon, ob kurz- und mittelfristig die PPR 2.0 oder ein anderes Verfahren verwendet wird, essenziell ist eine wissenschaftliche Begründung der berücksichtigten Domänen des Pflegeaufwands und der Referenzwerte für die Aufwandsbemessung. Diese müssen relevante Effekte auf Patientenergebnisse und das Arbeits- und Beanspruchungserleben berücksichtigen.

## **2. Berücksichtigung eines bedarfsgerechten Qualifikationsmix**

Die in Minuten bemessenen Pflegeaufwände gemäß der PPR 2.0 treffen keine Aussagen über erforderliche Kompetenzen bzw. Qualifikationsniveaus der Pflegenden. Die künftige Rechtsvorschrift des BMG nach § 137I SGB V soll auch Vorgaben zur Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals (Soll) und zur Erfassung und Meldung der Qualifikationen des tatsächlich eingesetzten Pflegepersonals (Ist) umfassen. In der Begründung für den Referentenentwurf wird hierbei lediglich zwischen Pflegefachpersonen (also mindestens dreijährig ausgebildete beruflich Pflegenden) und Pflegehilfskräften unterschieden. Dies spiegelt die tatsächlich erforderliche und eingesetzte Vielfalt an pflegefachlichen Kompetenzen unzureichend wider. Mit dem aktuellen Wandel der Aufgabenverteilung in den Gesundheitsberufen ist eine stärkere Ausdifferenzierung der Rollen, Aufgaben und Qualifikationsanforderungen im Pflegeberuf verbunden, insbesondere in Richtung einer Advanced Nursing Practice (6). Infolge des Inkrafttretens des Pflegeberufgesetzes 2020 ist in den nächsten Jahren mit einer wachsenden Anzahl akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen auf Bachelor- und höherem Niveau zu rechnen. Zusätzlich umfasst das Pflegepersonal einer Station Pflegefachpersonen mit einer Fachweiterbildung oder einer Weiterbildung für die Praxisanleitung. Um den Pflegepersonalbedarf valide abzu-

bilden, müssen sowohl die Soll-Vorgaben als auch die Dokumentationsanforderungen an den Pflegepersonaleinsatz alle Qualifikationsniveaus im Pflegeberuf sowie Zusatzqualifikationen für typische Aufgaben, wie z. B. Praxisanleitung, differenziert berücksichtigen.

### **3. Bereitstellung von Daten für die Versorgungsforschung**

Die geplante Rechtsverordnung des BMG nach § 137I SGB V soll die Krankenhäuser darüber hinaus dazu verpflichten, die qua Verordnung zu erfassenden Daten zum Pflegeaufwand der Patientinnen und Patienten und zur Anzahl und Qualifikation des eingesetzten Pflegepersonals an eine noch zu definierende Stelle zu übermitteln. Das EbM-Netzwerk befürwortet Vorgaben für eine systematische krankenhäusübergreifende Erfassung dieser wichtigen Strukturdaten. Um die Umsetzung und die Auswirkungen rechtlicher Vorgaben zum Pflegepersonaleinsatz zu evaluieren, hält es das EbM-Netzwerk für unabdingbar, dass diese Daten unabhängigen Dritten auf Antrag für versorgungswissenschaftliche Untersuchungen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sind diese Daten so zu erfassen und zu speichern, dass sie Analysen der Effekte auf pflegesensitive Qualitätsindikatoren ermöglichen. Dies spricht für eine Verknüpfung mit der Datenerfassung für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung nach § 135a SGB V und insbesondere mit den Aufgaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137a SGB V. Eine verpflichtende Weiterentwicklung des Spektrums der Qualitätsindikatoren zur Abbildung der pflegerischen Versorgungsqualität in Krankenhäusern – über den aktuellen einzigen Indikator Dekubitusprophylaxe hinaus – erscheint hierfür als zwingend geboten.

### **4. Zeitlich realistische Erprobung**

Nach § 137I Absatz 3 SGB V sollen die Vorgaben der geplanten Rechtsverordnung zunächst kurzfristig im ersten Halbjahr 2023 in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern über drei Monate erprobt werden. Hierfür soll bis 31. Januar 2023 vom BMG ein entsprechender Auftrag an eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder eine Sachverständige bzw. einen Sachverständigen erteilt werden. Die Erprobung soll eine Datenerfassung über drei Monate beinhalten und bis 31. August 2023 abgeschlossen sein. Aus Sicht des EbM-Netzwerks stellt es sich als fraglich dar, inwieweit innerhalb eines rund sechsmonatigen Zeitraums die Planung, Durchführung und Auswertung einer wissenschaftlich robusten Erprobung, inkl. Organisation der geplanten Datenströme zu der zu benennenden Stelle, gewährleistet werden kann. Anstelle einer derart eng befristeten Erprobung wäre eine längerfristige, wissenschaftlich begleitete Evaluation von Vorgaben für die Pflegepersonalebemessung zunächst in Modellregionen – im Sinne von § 137k Absatz 3 SGB V – vermutlich geeigneter, um eine solide wissenschaftliche Basis für ein spätestens zum 1. Januar 2026 bundesweit greifenden Personalbemessungsverfahren zu generieren. Mit der PPR 2.0 steht bereits ein Verfahren zur Verfügung, das im Rahmen eines solchen längerfristigen Projektes weiterentwickelt und evaluiert werden könnte.

### **Zusammenfassung**

Damit das Bemessungsverfahren eine bedarfsgerechte Versorgung unterstützen kann, plädiert das EbM-Netzwerk zusammenfassend dafür, dass dieses Verfahren

- klinisch relevante Kernaufgaben des Pflegeberufs in der gesamten aktuellen Bandbreite der pflegerischen evidenzbasierten Unterstützung kranker Menschen unterschiedlicher Lebensalter in der stationären Akutversorgung berücksichtigt,
- zwischen den hierfür erforderlichen Kompetenzen gemäß aller Qualifikationsniveaus bis hin zum Niveau 8 des Deutschen Qualifikationsrahmens unter Berücksichtigung verbreiteter Zusatzqualifikationen (Fachweiterbildung, Praxisanleitung) differenziert und
- die Evaluation der Effekte einer entsprechend gesteuerten Personalbesetzung auf patientenrelevante Versorgungsergebnisse verpflichtend beinhaltet und ermöglicht.

Für eine kontinuierliche Überwachung und wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung des zu etablierenden Personalbemessungsverfahrens fordert das EbM-Netzwerk, dass die von den Krankenhäusern

zu erhebenden Daten zu Pflegeaufwand und eingesetztem Personal so erfasst und gespeichert werden, dass sie niedrigschwellig für versorgungswissenschaftliche Analysen durch unabhängige Dritte zu Verfügung stehen und mit Daten zu pflegesensitiven Qualitätsindikatoren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung verknüpft werden können. Eine Integration der Überwachung dieses Strukturmerkmals der Krankenhäuser in die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung nach § 135a SGB V und in den Aufgabenbereich des IQTIG, inklusive Erweiterung um weitere pflegesensitive Qualitätsindikatoren, ist zu prüfen.

Vor einer bundesweit gültigen Verpflichtung der Krankenhäuser zur Umsetzung sollte das in Deutschland bereits existierende Personalbemessungsverfahren PPR 2.0 zunächst wissenschaftlich fundiert angepasst und mit einer mindestens einjährigen Laufzeit und empirisch beweiskräftigen Methoden in Modellregionen erprobt werden.

## **Ansprechpartnerin**

Prof. Dr. Katrin Balzer

Sprecherin des Fachbereiches Gesundheitsfachberufe

E-Mail: [kontakt@ebm-netzwerk.de](mailto:kontakt@ebm-netzwerk.de)

## **Referenzen**

- (1) SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP. Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 202–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Koalitionsvertrag der 20. Legislaturperiode vom 07.12.2021, Berlin, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800> (16.08.2022).
- (2) Fleischer S. Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene. PPR 2.0. Abschlussbericht. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), 2020, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.5.\\_Personal\\_und\\_Weiterbildung/2.5.0.\\_PPR\\_2.0/Abschlussbericht\\_DKG\\_Pre-Test\\_PPR2.0\\_final.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf) (16.08.2022).
- (3) van der Mark CJEM, Kraan J, Hendriks PHJ, Vermeulen H, Oostveen CJV. Defining adequacy of staffing in general hospital wards: a Delphi study. *BMJ Open*. 2022; 12(8):e058403. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058403.
- (4) Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T; Safer Nursing Care Study Group. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud*. 2020; 103:103487. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103487.
- (5) Olley R, Edwards I, Avery M, Cooper H. Systematic review of the evidence related to mandated nurse staffing ratios in acute hospitals. *Aust Health Rev*. 2019 Jul;43(3):288-293. doi: 10.1071/AH16252.
- (6) Maier CB, Köppen J, Busse R; MUNROS team. Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Hum Resour Health*. 2018;16(1):24. doi: 10.1186/s12960-018-0285-9.