

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege

(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)



Berlin, den 29.11.2023

die Diakonie Deutschland und der DEKV setzen sich seit Jahren für die Entwicklung und Einführung eines modernen und wissenschaftlich fundierten Pflegebedarfsbemessungsinstruments unter Einbeziehung der besonderen Kompetenzen der akademisch qualifizierten Pflegefachkräfte ein.

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit daher für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf zur Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV) eine Stellungnahme abzugeben.

Die PPR 2.0 ist in der vorliegenden Form aus unserer Sicht kein Instrument, um die Pflege auf lange Sicht weiterzuentwickeln. Insbesondere sehen wir folgende Punkte in der PPR 2.0 und dem vorliegenden Verordnungsentwurf nicht abgebildet:

1. Die Einführung der PPR 2.0 wird die Bürokratiebelastung für die Pflege erheblich erhöhen. Durch parallele Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt eine Doppelerfassung. Zusätzlich sind bereichsweise die Personalanforderungen der G-BA-Qualitätsrichtlinien zu erfüllen. Wichtigster Schritt ist daher die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V auszusetzen, zu verschlanken oder abzuschaffen, sobald die PPR 2.0 die Patientensicherheit und den Schutz der Pflegekräfte vor Überlastung sicherstellt.
2. Mit der PPR 2.0 ist es nicht möglich, aus dem Pflegebedarf der Patient:innen die notwendige Zusammensetzung der Qualifikationen im Pflegeteam abzuleiten. Die PPR 2.0 ohne Qualifikationsmix reduziert den komplexen Pflegevorgang auf die Erfassung der Zeit und auf Personalzahlen. Das hat eine negative Signalwirkung für die professionell Pflegenden, denn gute, qualifizierte Pflege ist mehr als die Minutenanzahl. Ein moderner Qualifikationsmix umfasst neben der Pflegefachkraft mit 3-jähriger Ausbildung auch Fachkräfte mit Fort- und Weiterbildungen (z.B. für Wundmanagement), akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte und Pflegeassistenzkräfte. Der Qualifikationsmix ist essentiell für eine qualifizierte, effiziente, wirtschaftliche und auf die Sicherheit der Patient:innen ausgerichtete Pflege. Ein höheres Kompetenzniveau der

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

T: +49 30 65211-1653
Mail: politische.kommunikation@diakonie.de
Web: www.diakonie.de

**Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e. V.**

Reinhardtstraße 34
10117 Berlin

T: +49 30 200 514 19-0
Mail: office@dekv.de
Web: www.dekv.de

Pflegekräfte führt nachweislich zu geringeren Quoten an Pflegefehlern und unerwünschten Ereignissen.

3. Die PPR 2.0 fokussiert ausschließlich auf physische Pflegebedarfe und -handlungen. Es fehlen Einstufungskriterien aufgrund eines besonderen Kommunikationsbedarfs der Patient:innen, für die Begleitung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen bis hin zur 1:1 Betreuung und die Begleitung Sterbender. Insbesondere für Menschen mit Demenz und Menschen mit kognitiven Einschränkungen wird der tatsächliche Pflegepersonalbedarf unterschätzt.

Die PPR 2.0 und die Kinder PPR 2.0 müssen zwingend wissenschaftlich weiterentwickelt, standardisiert und zusammengeführt werden. Der Auftrag an die Selbstverwaltungspartner nach § 137I SGB V ist ein erster wichtiger Schritt dafür. Es muss aber die kontinuierliche, wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbedarfsbemessung über das Jahr 2025 hinaus gesetzlich verankert werden.

Die Diakonie Deutschland und der DEKV bringen sich gerne in diesen Prozess zur Weiterentwicklung und Etablierung eines modernen und wissenschaftlich fundierten Pflegebedarfsbemessungsinstruments und damit der Stärkung der Pflege in Deutschland ein.

Folgende Änderungsbedarfe am Verordnungsentwurf sehen wir:

Zu §1 Absatz 3: Besondere Einrichtungen

Die Diakonie Deutschland und der DEKV begrüßen es, dass die besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG von der Verpflichtung der Anwendung der Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Besondere Einrichtungen übernehmen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Menschen mit schweren und/oder chronischen Erkrankung, schweren Behinderungen oder Brandverletzungen sowie in der Palliativmedizin. Das führt zu Bedarfen wie besonderen Therapiekonzepten sowie einer aufwändigen pflegerischen Betreuung und Versorgung im multiprofessionellen Team. Eine Personalbedarfsbemessung, die für die Versorgung auf Normalstationen entwickelt wurde, kann diese Pflege- und Personalbedarfe nicht ausreichend abbilden. Daher ist es richtig und wichtig, diese besonderen Versorgungsformen von der Pflegepersonalbedarfsbemessung auszunehmen und die dort etablierten pflegerischen Konzepte nicht wie in der sonstigen Versorgung zu bemessen.

Wir möchten im Sinne der Klarheit der Regelung für die Praxis darum bitten, in der Gesetzesbegründung zu § 1 Absatz 3 klarzustellen, dass besondere Einrichtungen sowohl Kinder und Jugendliche als auch erwachsene Patient:innen mit entsprechenden Bedarfen versorgen.

Zu § 3 Absatz 4 Satz 1: Klarstellung zur Personalbedarfsermittlung durch Ausfallzeiten

Die Einberechnung von Ausfallzeiten nach § 3 Absatz 4 beim Personalbedarf halten wir für richtig. Der Verordnungsentwurf führt aber nicht aus, in welcher Höhe der Personalbedarf angerechnet werden kann bzw. muss.

Als Ausfallzeiten sind in der Gesetzesbegründung Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen genannt. Bei Tätigkeit im Personalrat, Betriebsrat oder in der Mitarbeitervertretung, der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragter oder Sicherheitsbeauftragte, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter könnte eine mögliche Regelung analog zu § 3 Absatz 4 Satz 2 erfolgen bzw. an die Regelungen nach § 113c SGB XI angelehnt sein, die ein Verhältnis auf Basis der Mitarbeitenden vorgeben. Für Hygienebeauftragte werden beispielsweise im Rahmen von § 113c SGB XI in NRW 0,25-0,5 VK pro 160 Mitarbeitenden veranschlagt.

Wir schlagen vor, die Regelungen zur Anrechnung von Ausfallzeiten auf den Personalbedarf durch die Selbstverwaltungspartner konkretisieren zu lassen.

Formulierungsvorschlag:

Nach § 3 Absatz 4 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung entwickeln bis 31. Mai 2024 eine Vereinbarung zur näheren Ausgestaltung der Anrechnung von Ausfallzeiten nach Satz 1 auf die Berechnung der Personalstellen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht fristgemäß zustande, so trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 2 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.“

Wir bitten in der Gesetzesbegründung außerdem, die Praxisanleitung für Pflegeausbildung und -studium zu ergänzen, sodass diese im Personalbedarf berücksichtigt wird.

Zu § 3 Absatz 4 Satz 2: Leitende Pflegekraft oberhalb der Stationsebene

Der vorliegende Referentenentwurf sieht vor, dass das Krankenhaus anteilig für jeweils 50 Pflegekräfte einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene erhält.

Die Regelung ist aus dem Gesundheits-Strukturgesetz vom 29.12.1992, also aus der PPR 1.0, übernommen. Sowohl aufgrund einer weiterentwickelten, kontemporären Organisation des Pflegedienstes als auch wegen der unterschiedlichen Zielsetzung von PPR 2.0 und PPR 1.0 bedarf diese Regelung einer dringenden Konkretisierung.

In der PPR 1.0 wurde aus dem Personalbedarf lediglich ein Anrecht auf Refinanzierung der Pflegestellen abgeleitet. Eine Erfüllung des ermittelten Personalbedarfs war nicht vorgesehen. Perspektivisches Ziel der PPR 2.0 ist es, die Krankenhäuser zur Umsetzung des Personalbedarfs, der durch PPR 2.0 ermittelt wird, zu verpflichten. Nicht-Erfüllung des Personalbedarfs soll sanktioniert werden.

In der Formulierung von § 3 Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 3 Absatz 1 Satz 1 bleibt unklar, ob es sich um eine verpflichtende Personalvorgabe oder einen Anspruch auf Refinanzierung der leitenden Pflegekraft über das Pflegebudget handelt.

Der Einsatz zusätzlicher Leitungskräfte oberhalb der Stationsebene kann beispielsweise sinnvoll sein für die Umsetzung von Projekten zur Verbesserung der Arbeits- und Pflegeprozesse, Planung von Fort- und Weiterbildungsstrategien sowie ein berufsgruppenspezifisches Personalmanagement.

Vor dem Hintergrund des Personalmangels und dem Ziel über die PPR 2.0 mehr Pflegekräfte für die direkte Patientenversorgung zu gewinnen, sollte die Vorgabe für eine leitende Pflegekraft pro 50 Mitarbeitenden nicht als verpflichtende Personalvorgabe gestaltet werden.

Ebenfalls bitten wir darum, den Begriff „leitende Krankenpflegekraft“ zu ersetzen durch „leitende Pflegefachkraft gemäß § 2 Absatz 1, Satz 1 Nummer 1“, damit die Verordnung die Berufsbezeichnungen des Pflegeberufgesetzes umfasst.

Formulierungsvorschlag:

§ 3 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

(4) Die Höhe der Ausfallzeiten ist bei der Berechnung der Personalstellen nach den Absätzen 2 und 3 zu berücksichtigen.

(5) Darüber hinaus erhält das Krankenhaus anteilig für jeweils 50 Pflegekräfte einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine **leitende Pflegefachkraft** oberhalb der Stationsebene. **Die Personalkosten für leitende Pflegekräfte nach Satz 1 werden über das Pflegebudget nach § 17b Absatz 4 KHG refinanziert. Für den nach Satz 1 ermittelten Personalbedarf wird kein verpflichtender Erfüllungsgrad festgelegt.**

Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 6.

Zu § 5 Absatz 3 iVm. § 2 Absatz 2: Anrechenbare Pflegekräfte in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen können nach § 5 Absatz 3 nur Kinderkrankenpflegekräfte nach § 2 Absatz 2 für die Erfüllung der Soll-Personalbesetzung angerechnet werden. Das heißt, es können lediglich Pflegekräfte mit einem Abschluss nach § 58ff. Pflegeberufgesetz vom 24.07.2017, bzw. Pflegefachfrauen/-männer mit Vertiefungseinsatz Pädiatrie oder mit Fachweiterbildung zur pädiatrischen Intensivpflege eingesetzt werden. Generalistisch ausgebildete Pflegefachkräfte ohne entsprechenden Vertiefungseinsatz können in diesem Bereich nicht angerechnet werden.

Die Regelungen des § 5 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 stehen dem Gedanken einer generalistischen Pflegeausbildung fundamental entgegen. Darüber hinaus werden sie zu einem massiven Personalmangel in der pädiatrischen Pflege führen.

Die Diakonie Deutschland und der DEKV fordern, dass alle generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte für die Erfüllung des Soll-Personalbedarfs in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen angerechnet werden können.

Mit dem Pflegeberufgesetz vom 24.07.2017 hat der Deutsche Bundestag entschieden, die Pflegeausbildung in Deutschland zu modernisieren und international anschlussfähig zu gestalten. Die drei getrennten Ausbildungen zur Altenpflege, Gesundheits- und

Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wurden in einer generalistischen Pflegeausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann zusammengeführt. Die Ausbildung befähigt die Pflegefachfrauen und -männer zur kompetenten Pflege von Menschen aller Altersstufen. Die als Übergangsregelung vorgesehenen, gesonderten Abschlüsse nach § 58, § 59 PflBG zur Altenpflege und zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sollen bis 31.12.2025 evaluiert und abhängig vom Evaluationsergebnis angepasst werden. Die Ausbildungszahlen zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gehen seit dem Start der Pflegeausbildung nach Pflegeberufegesetz kontinuierlich zurück. Aus pflegefachlicher Sicht können auch Pflegefachfrauen und -männer die Versorgung von Kindern und Jugendlichen kompetent durchführen, auch im Rahmen der Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann ohne Vertiefungseinsatz Pädiatrie werden theoretische und praktische Kompetenzen zur pädiatrischen Pflege vermittelt. Dies zeigt sich aus der Erfahrung im internationalen Kontext. In keinem anderen Land gibt es eine getrennte Pflegeausbildung für die Kinderkrankenpflege, die Ausbildung ist generalistisch, eine sichere und qualitative Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist auch dort gewährleistet.

Mit der Umsetzung der Kinder-PPR 2.0 mit einem auf Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausgerichteten Team wird der Gedanke der generalistischen Ausbildung konterkariert, bevor sie richtig umgesetzt ist. Die vom Pflegeberufegesetz § 62 PflBG vorgesehene Evaluation des Wahlrechts zum Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 59 Absatz 2 PflBG zum 31. 12.2025 durch das BMFSFJ, das BMG und den Deutschen Bundestag wird von vorneherein hinfällig. Die gesetzlich vorgesehene Entscheidungskompetenz des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der generalistischen Pflegeausbildung, insbesondere zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, wird dadurch faktisch aufgehoben. Dies gilt auch für den Anreiz zur Ausbildung von Kinderkrankenpflegekräften nach § 5 Absatz 5 Satz 2.

Über die berufspolitische Bedeutung hinaus würde die Regelung einen erheblichen Personalmangel für die pädiatrische Versorgung bedeuten.

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte und Pflegefachfrauen/-männer mit Vertiefungseinsatz Pädiatrie und Pflegefachfrauen/-männern mit Fachweiterbildung pädiatrische Intensivpflege sind auf dem Arbeitsmarkt schwer zu finden. Sie werden darüber hinaus auch in den durch den G-BA regulierten Bereiche der Frühgeborenenversorgung (QFR-RL), Kinderherzchirurgie (KiHe-RL), Kinderonkologie (KiOn-RL) und in der pädiatrischen Versorgung mit innovativen Arzneimitteln (ATMP-RL) stark nachgefragt. Bei Umsetzung des vorliegenden Entwurfs wären alle pädiatrischen Bereiche nur noch auf diese kleine Subgruppe an Pflegekräften angewiesen.

Weiterhin bedeutet dies, dass Krankenschwestern und -pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Pflegefachfrauen/-männer ohne pädiatrischen Vertiefungseinsatz nicht mehr im Bereich der Pädiatrie eingesetzt werden könnten, auch wenn diese langjährig Berufserfahrung in der pädiatrischen Versorgung vorweisen können.

Dies betrifft auch Pflegekräfte aus dem Ausland. Diese werden als Pflegefachfrauen/-männer ohne Ausweis eines Vertiefungseinsatzes anerkannt (bzw. Anerkennung der Gesundheits- und Krankenpflege vor 2020) und wären daher nicht in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen anrechenbar.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich für die Weiterbildung pädiatrische Intensivpflege. Für die Weiterbildung ist praktische Erfahrung in der Pädiatrie notwendig. Wenn Pflegefachfrauen/-männer ohne Vertiefungseinsatz bzw. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in der Pädiatrie nicht mehr angerechnet werden können, so ist ihnen

der Weg zur Fachweiterbildung ebenfalls verwehrt. „Kinderpflegefachkräfte“ nach § 2 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 würden somit nicht mehr neu ausgebildet.

Für gemischte Stationen, die neben erwachsenen Patient:innen auch Jugendliche, ggf. auch Kinder, versorgen, ergibt sich ein organisatorisches Problem. Sie können diese jungen Patient:innen nicht durch das reguläre Team pflegen. Perspektivisch könnte dies zu einer Einschränkung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Fläche führen, wenn keine dedizierte, pädiatrische Station vor Ort ist und eine Mischversorgung aufgrund der Personalbedarfsbemessung organisatorisch und ökonomisch nicht mehr abbildbar ist.

Formulierungsvorschlag:

§ 2 Absatz 2 entfällt. In den §§ 4, 5, 13, 17 ist der Begriff „Kinderkrankenpflegekraft“ durch den Begriff „Pflegefachkraft“ zu ersetzen.

§5 Absatz 5 ist folgendermaßen zu fassen:

„Im Bereich der Krankenpflege für Kinder dürfen Pflegehilfskräfte zu 5 % auf die Pflegefachkräfte angerechnet werden.“

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass die im Referentenentwurf § 5 Absatz 5 Satz 2 vorgesehene Anrechnung von Auszubildenden in Höhe von 10 % insbesondere im ersten Ausbildungsjahr dem Geist des Pflegeberufgesetzes widerspricht: Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr wird kein Wertschöpfungsanteil zugerechnet, damit diese nicht durch den Einsatz als reguläre Pflegekräfte überfordert werden. Wir bitten inständig darum, die Regelung § 5 Absatz 5 Satz 2 in jedem Fall zu streichen.

§ 6 Absatz 1 Vermeidung einer Doppelerfassung von Daten

Die Krankenhäuser sind innerhalb von 30 Tagen nach Inkrafttreten der Verordnung zur Übermittlung der Fachabteilungen und der dazugehörigen Stationen unter Nennung der jeweiligen Bettenanzahl in den Bereichen nach § 1 Absatz 2 Satz 1 verpflichtet. Die Diakonie Deutschland und der DEKV weisen darauf hin, dass diese Datenmeldungen annähernd identisch zur Datenmeldung nach § 5 Absatz 3 PpUG-V sind, die ebenfalls an das InEK zum 15. Dezember erfolgen muss. Wir bitten das BMG im Sinne der Bürokratieentlastung zu prüfen, ob eine Doppelmeldung zu vermeiden ist, indem das InEK auf die Daten der PpUG-V-Meldung zurückgreift. Für Krankenhäuser bedarf es dann lediglich einer Meldung zu den nicht-pflegesensitiven Bereichen. Eine Meldung der Bettenzahl ist zur Auswertung des Ist-Soll-Personalbedarfsverhältnisses unserer Einschätzung nach nicht zwingend notwendig und kann ebenfalls im Sinne der Bürokratieentlastung entfallen.

Formulierungsvorschlag:

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen nach Inkrafttreten dieser Verordnung die verwendeten Namen der Fachabteilungen sowie sämtliche dazugehörige Stationen **unter Nennung der jeweiligen Bettenanzahl in den Bereichen** nach § 1 Absatz 2 Satz 1 mitzuteilen. **Dies gilt nicht für Fachabteilungen und Stationen die bereits zum 15.12.2023 im Rahmen von § 5 Absatz 3 der „Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 3. November 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 297) geändert worden ist“ an das InEK gemeldet wurden.** Sollten zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen der übermittelten Angaben nach Satz 1 erfolgen, sind diese dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen.

§ 6 Absätze 2, 3: Bürokratieaufwand und Zeithorizont der Einführung

Mit dem Referentenentwurf zur Verordnung ist vorgesehen, die Erhebung des Soll-Personalbedarfs und der Ist-Personalausstattung ab 1.01.2024 zu starten. Die erste Datenlieferung muss bereits zum 15.04.2024 erfolgen. Durch den Auftrag aus dem Krankenhaustransparenzgesetz an die Selbstverwaltungspartner eine Sanktionsvereinbarung vorzulegen, könnte bereits die Datenerhebung des 2. Quartals 2024 sanktionsbewert sein. Zusätzlich ist nach § 6 Abs. Absatz 3 zum 30.6.2025 eine testierte Jahresmeldung zum Jahr 2024 vorzulegen.

Die Einführung der PPR 2.0 und insbesondere der Kinder PPR 2.0 bedeutet für die Krankenhäuser einen erheblichen Schulungsaufwand. Nur mit einer digitalen Erfassung der Daten für die Personalbedarfsbemessung kommt es nicht zu einem erheblichen Aufwuchs des Dokumentationsaufwandes.

Beide Aspekte wurden durch die Evaluation nach § 137k Absatz 2 SGB V bestätigt.

Um den Krankenhäusern den notwendigen Zeitrahmen für Schulung und Vorbereitung der Pflegepersonalbedarfsbemessung einzuräumen, muss der Start der Personalbedarfsbemessung auf das 3. Quartal 2024 verschoben werden.

Eine elektronische Erfassung und Ausleitung der PPR 2.0 sowie der Kinder PPR 2.0 wird flächendeckend erst im Laufe des Jahre 2024 möglich sein, wenn die notwendige Software verfügbar und eingespielt sind. Bis dahin ist die Einstufung der Patient:innen durch die Pflegefachkräfte separat und zumeist händisch durchzuführen. Eine automatisierte Ausleitung aus der Patientenakte oder aus digitalen Systemen zur Leistungserfassung wird ebenfalls erst später zur Verfügung stehen. Daher würde die Einführung der Personalbedarfsbemessung zum 1.01.2024 für die Pflegekräfte aufgrund der Einstufung, Erfassung und Dokumentation der PPR 2.0/Kinder PPR 2.0 einen erheblichen Zusatzaufwand bedeuten.

Die sehr kurze Frist für die Schulung der Personalbedarfsbemessung bis zum 1.01.2024 fällt nicht nur in die Weihnachtszeit mit erhöhter Zahl an Feiertagen und Urlaubswünschen, sondern auch in eine Zeit mit vermehrten erkrankungsbedingten Personalausfällen. Die Kinder PPR 2.0 wurde im Rahmen der Erprobung mit einem höheren Schulungsaufwand bewertet als die PPR 2.0. Durch hohe, saisonbedingte Patient:innenzahlen, insbesondere in Verbindung mit dem RS-Virus, ist vor allem die Pflege in der Pädiatrie hoch belastet.

Die Einführung der PPR 2.0 ist gesetzt und markiert eine Zäsur und ein Signal für die Pflegekräfte für bessere Arbeitsbedingungen und mehr Zeit für die Patient:innenversorgung. Dies darf aber nicht zum Bumerang werden, indem die durch PPR 2.0 versprochene Entlastung zur bürokratischen Superbelastung wird. Der Einführungszeitpunkt der Personalbemessung muss daher verschoben werden.

Formulierungsvorschlag:

§ 6 Absatz 2 wird folgendermaßen geändert:

(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. Oktober 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.

§ 6 Absatz 3 wird folgendermaßen geändert:

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, jährlich bis zum 30. Juni, erstmals zum **30. Juni 2026**, die nach Absatz 2 übermittelten Angaben in eine Gesamtmeldung für das vorangegangene Jahr zusammenzufassen und samt einer Bestätigung der Richtigkeit der Angaben durch einen Wirtschaftsprüfer, eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, einen vereidigten Buchprüfer oder eine Buchprüfungsgesellschaft auf elektronischem Wege an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln. **Zum 30. Juni 2025 hat die Gesamtmeldung nur zum 3. und 4. Quartal 2024 zu erfolgen.**

Diakonie 
Deutschland


Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Die Diakonie ist die soziale Arbeit der evangelischen Kirchen. Bundesweit sind 599.700 hauptamtliche Mitarbeitende in rund 33.031 ambulanten und stationären Diensten der Diakonie wie Pflegeheimen und Krankenhäusern, Beratungsstellen und Sozialstationen mit 1,2 Millionen Betten/Plätzen beschäftigt. Der evangelische Wohlfahrtsverband betreut und unterstützt jährlich mehr als zehn Million Menschen. Etwa 700.000 freiwillig Engagierte sind bundesweit in der Diakonie aktiv.

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) vertritt mit 199 evangelischen Kliniken an 273 Standorten jedes neunte deutsche Krankenhaus. Die evangelischen Krankenhäuser versorgen jährlich mehr als 2 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,5 Mio. ambulant. Das ist bundesweit mehr als jeder 10. vollstationäre Patient. Mit über 123.000 Beschäftigten und einem Umsatz von mehr als 10 Mrd. € sind sie ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der DEKV ist Branchenverband der evangelischen Krankenhäuser und Mitglied im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. wie auch im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und für eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung ein.