

---

**Stellungnahme  
des Bundesverbandes Geriatrie e. V.**

**zum Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit**

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

**29. November 2023**

Der Bundesverband Geriatrie e. V. beteiligt sich insbesondere aufgrund der besonderen Bedeutung einer Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus für den Versorgungsbereich Geriatrie an diesem Stellungnahmeverfahren. Aufgrund der Multimorbidität und der hohen Vulnerabilität haben geriatrische Patient:innen einen komplexeren Behandlungsbedarf und damit einhergehend ergibt sich ein erhöhter Personalbedarf. Ein zentrales Kernelement des geriatrischen Behandlungskonzeptes ist u. a. die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G). Ziel der ATP-G ist es, die individuell optimal erreichbare Mobilität des Menschen, die Selbstständigkeit und Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder zu erreichen. Zwangsläufig resultieren aus den Zielen und Maßnahmen insbesondere für das Pflegepersonal hohe Zeit- und Personalaufwände, welche durch das Pflegepersonalbemessungsinstrument abbildbar sein müssen.

Mit dem aktuell vorgelegten Referentenentwurf der Pflegepersonalbemessungsverordnung wird u.a. das Ziel verfolgt, die Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern zeitnah zu verbessern. Angesichts des sich kontinuierlich zuspitzenden Pflegepersonalmangels und den daraus resultierenden hohen Belastungen für die Pflegekräfte begrüßt der Bundesverband Geriatrie e. V. ausdrücklich die geplante Einführung eines Instruments zur Pflegepersonalbedarfsermittlung. Dies insbesondere deshalb, da die gegenwärtig festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen angesichts des niedrigen Personalansatzes nicht zur Verbesserung der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung sowie zur angestrebten spürbaren Entlastung der Pflegekräfte beitragen können. Starre Pflegepersonaluntergrenzen sind nicht geeignet, den tatsächlichen Pflegebedarf angemessen zu berücksichtigen, insbesondere angesichts regelmäßig von Patient:innen zu Patient:innen variierender Pflegeaufwände.

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. muss ein Pflegepersonalbemessungsinstrument die Indikatoren für die zentralen aufwandstreibenden Größen für den Pflege-, Unterstützungs- und Behandlungsbedarf auf der Grundlage des aktuellen Gesundheitszustandes der Patient:innen abbilden, darf aber kein Abbild eines individuellen „Pflegeplans“ sein. Eine fallbezogene Einzelleistungserfassung ist angesichts des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes grundsätzlich abzulehnen. Zudem müssen die Inhalte des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes digital aus der primären Patientendokumentation abgeleitet werden können und einen Ganzhausansatz unterstützen. Die bisher bestehenden administrierten Pflegeeinsatzvorgaben und der Sanktionierung auf der Stations- bzw. Fachbereichsebene können häufig nur durch Personalverschiebungen zu Lasten anderer Fachbereiche eingehalten werden. Dabei zeichnet sich

deutlich der Trend ab, dass diese „Umverteilung von Pflegefachkräften“ in den einzelnen Krankenhäusern vermehrt ausschließlich nach wirtschaftlichen Erwägungen erfolgt. Das heißt, dass Leistungsbereiche mit einem hohen wirtschaftlichen Benefit Pflegepersonal zu Lasten von Versorgungsbereichen, die wirtschaftlich keine vergleichbaren Erlöse erbringen, erhalten. Damit wird der „indirekte Effekt“ der Pflegepersonaluntergrenzen insbesondere für die Geriatrie unmittelbar versorgungsrelevant. Nur durch einen krankenhausindividuellen Verteilungsschlüssel auf Ganzhausebene kann diesem Effekt kurzfristig entgegengewirkt werden.

Mit Einführung der PPR 2.0 müssen die Pflegepersonaluntergrenzen kurzfristig wegfallen. Das Nebeneinander von verschiedenen Dokumentationsregelungen führt zu weiter verschärfter Bürokratie in den Krankenhäusern und ist strikt abzulehnen. Dies bindet Ressourcen, kostet Geld und trägt nicht dazu bei, die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern. Zudem muss der festgestellte Personaleinsatz inkl. Ausfallzeiten etc. in vollem Umfang refinanziert werden.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. nimmt zu ausgewählten Inhalten der Pflegepersonalbemessungsverordnung wie folgt Stellung:

### **Sachgerechte Abbildung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie**

Gemäß § 10 Absatz 3 erfolgt eine Zuordnung zur Leistungsstufe A3, wenn in zwei verschiedenen Leistungsbereichen je ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe A3 zutrifft.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Zuordnungsregeln der allgemeinen Pflege an dieser Stelle von den Anwendungsvorschriften der PPR 2.0 (DKG, DPR, ver.di, Stand: 04.04.2023) abweichen. Hier heißt es: „In mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen muss je ein Einordnungsmerkmal aus A3 zutreffen. Patienten benötigen die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt, damit einer Zuordnung der Patientin / des Patienten in A3 erfolgt.“ Der Hinweis auf die aktivierende Pflege innerhalb des § 10 ist zur sachgerechten Einstufung geriatrischer Patient:innen an dieser Stelle unabdingbar.

Die erforderliche medizinische Betreuung geriatrischer Patient:innen orientiert sich stets an der individuellen Erkrankungs- und Lebenssituation. Somit ist es das Ziel des geriatrischen Behandlungskonzeptes, die Patient:innen bei der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit in einem weitgehend selbstbestimmten Alltag aktiv zu unterstützen. Für die erfolgreiche Umsetzung dieses Behandlungskonzeptes bedarf es einer ganzheitlichen Betreuung und Versorgung dieser Patientengruppe. Dies erfordert eine prozessorientierte multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Fachberufe in einem therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung. Einen wesentlichen Bestandteil des multiprofessionellen Teams bildet der pflegerische Dienst. Die Maßnahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) sind unabdingbarer Bestandteil und Grundlage des individuellen Behandlungskonzeptes, da durch diese eine Vielzahl von Patient:innen erst in die Lage versetzt wird, weitergehende Therapieangebote erfahren und wahrnehmen zu können.

Die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie bezieht sich auf Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf, geht über die Grundpflege hinaus und ist mit der Behandlungspflege nicht zu vergleichen. Unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen stehen insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt.

---

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

Bundesverband Geriatrie e. V.  
Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin

Aufgrund der Besonderheiten der Aktivierend-therapeutischen Pflege ermöglichen die Zuordnungsmerkmale der Leistungsstufen keine sachgerechte Einstufung geriatrischer Patient:innen. Die alleinige Erwähnung der aktivierenden Pflege in der Anlage 1 bzw. der Begründung reicht an dieser Stelle nicht aus.

Der Bundesverband Geriatrie regt an, den § 10 Absatz 3 wie folgt zu ändern:

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe A3 erfolgt, wenn in zwei verschiedenen Leistungsbereichen je ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe A3 zutrifft. Patienten benötigen die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt, damit eine Zuordnung der Patientin in A3 erfolgt.

### **Fachspezifische Pflegehilfskraftquoten / Angemessener Qualifikationsmix**

§ 5 Absatz 4 regelt die Anrechnung anderer Berufsgruppen als Pflegefachkräfte auf die ermittelte Ist-Personalbesetzung. Konkret sieht die Verordnung eine Anrechnung der Tätigkeit von Pflegehilfskräften auf die Tätigkeit der Pflegefachkräfte von höchstens 10 Prozent vor.

In diesem Zusammenhang ist grundsätzlich darauf hinzuweisen, dass die heute geltenden Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V fachspezifische Pflegehilfskraftquoten vorsehen. Für die Geriatrie darf der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte in der Tagschicht demnach 15 Prozent nicht überschreiten. Es ist daher nicht ersichtlich, warum in der PPBV nun anderweitige Regelungen getroffen werden. Auch die von DKG, DPR und ver.di zur PPR 2.0 publizierten Anwendungsvorschriften (Stand: 04.04.2023) sehen in § 2 Absatz 6 ausdrücklich eine Orientierung an der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vor.

Auch fachlich-inhaltlich sind einheitliche Pflegehilfskraftquoten abzulehnen. Aufgrund der überdurchschnittlich hohen Zeit- und Personalaufwände ist ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix in der Geriatrie unabdingbar. Nur durch das Zusammenspiel von Pflegehilfs- und Pflegefachkräften können die hohen Pflegebedarfe in der Praxis abgebildet und dem Pflegepersonalmangel adäquat begegnet werden. Die Personalbemessung muss perspektivisch einen flexiblen Personaleinsatz im Rahmen eines Grade-Skill-Mixes ermöglichen. Daher begrüßt der Bundesverband Geriatrie ausdrücklich die bereits gesetzlich verankerte Weiterentwicklung der PPR 2.0 nach § 137i SGB V sowie die bereits vergebene Ausschreibung.

Der Bundesverband Geriatrie regt an, den § 5 Absatz 4 wie folgt zu ändern:

(4) Die maximale Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften und Hebammen orientiert sich an den Verhältnisgrößen der Pflegepersonaluntergrenzen gem. 137i SGB V. Im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen zur Anrechnung auf die Pflegefachkräfte Hebammen berücksichtigt werden.

## Dokumentations- und Berichtspflicht auf Ganzhausbene

Gemäß § 6 Absatz 2 sind die Krankenhäuser verpflichtet, die 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 InEK zu übermitteln.

An dieser Stelle ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die von DKG, DPR und ver.di entwickelte PPR 2.0 einen Ganzhausansatz verfolgt (vgl. u.a. DPR Rahmenkonzept – Grundsätze PPR 2.0 für Erwachsene), welcher sich insbesondere auf die externe Dokumentations- und Berichtspflicht bezieht. Es ist nicht nachvollziehbar, warum in der vorliegenden Verordnung von diesem Ansatz abgewichen wird. Stattdessen wird durch einen starren Stationsbezug – wie bereits bei der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes im Krankenhaus einschränkt.

Der Ganzhausansatz der PPR 2.0 berücksichtigt grundsätzlich die unterschiedlichen Ausgangslagen der Häuser und darf nicht auf einen kleinteiligen Stationsbezug heruntergebrochen werden. Der Ganzhausansatz bedeutet, dass alle Krankenhäuser, die eine Personalausstattung von X Prozent des Niveaus der PPR 2.0 bereits erfüllen, von den Pflegepersonaluntergrenzen freigestellt werden. Der Ganzhausansatz stärkt die Entscheidungsautonomie der Krankenhäuser zur Personalallokation, wodurch kurzfristige Personalverlagerungen zukünftig vermieden werden. Das Ziel muss es sein, Bürokratie und doppelte Dokumentations- sowie Sanktionsstrukturen abzubauen.

Der Bundesverband Geriatrie regt an, den § 6 Absatz 2 wie folgt zu ändern:

(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 im Sinne des Ganzhausansatzes summiert für alle Stationen auf elektronischem Wege an das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus zu übermitteln.

## Pflegewissenschaftliche Begleitung im Prozess der Weiterentwicklung sowie der Einführungs- und Konvergenzphase

Gemäß § 7 Absatz 1 wertet das InEK die erhobenen Daten im Hinblick auf den Erfüllungsgrad der Ist-Personalausstattung im Vergleich zur ermittelten Soll-Personalausstattung aus. Zudem übermittelt das InEK gemäß § 7 Absatz 3 dem Bundesministerium für Gesundheit und den für das jeweilige Krankenhaus zuständigen Landesbehörden jährlich bis zum 31. Juli, erstmals bis zum 31. Juli 2025, eine Auswertung der im Rahmen der Jahresmeldung erhobenen Daten.

Es ist von großer Notwendigkeit, dass die Einführungs- und Konvergenzphase durch pflegewissenschaftliche Expertise unterstützt wird. Dies bezieht sich u.a. auf pflegefachliche Fragen zur Anwendbarkeit und Umsetzung der PPR 2.0. Derzeit ist alleinig das InEK als Ansprechpartner der Einführung und Datenübermittlung der PPR 2.0 in der Verordnung benannt. Hier können jedoch keine pflegefachlichen Fragen beantwortet und der flächendeckende Prozess der Einführung und Konvergenz nicht in fachlicher Hinsicht begleitet werden.

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

Bundesverband Geriatrie e. V.  
Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin

Der Bundesverband Geriatrie regt an, den § 7 Absatz 3 wie folgt zu ändern:

(3) Darüber hinaus übermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem Bundesministerium für Gesundheit und den für das jeweilige Krankenhaus zuständigen Landesbehörden gemäß § 137k Absatz 1 Satz 4 jährlich bis zum 31. Juli, erstmals bis zum 31. Juli 2025, eine Auswertung der im Rahmen der Jahresmeldung nach § 6 Absatz 3 erhobenen Daten. Die Auswertung der Jahresmeldung erfolgt unter fachlicher Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und der vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

### **Angemessene Einführungs- und Konvergenzphase**

Gemäß § 20 tritt die Verordnung am 1. Januar 2024 in Kraft. Gleichzeitig soll gemäß § 6 Absatz 5 das Nähere zur technischen Umsetzung der Datenübermittlung erst bis zum 31. Januar 2024 festgelegt werden.

An dieser Stelle ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der Pflegepersonalverordnung besonders zu Beginn den besonderen Einsatz der Mitarbeitenden der Krankenhäuser sowie den Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen fordert. Sicherlich stellt die Einführung der PPR 2.0 für viele Kliniken eine Herausforderung dar. Vor diesem Hintergrund fordert der Bundesverband Geriatrie eine angemessene Konvergenzphase. Den Kliniken muss genügend Zeit für die Implementierung des Instruments und sich daraus ergebender struktureller und prozessualer Veränderungen, wie z.B. die Einführung von digitalen Systemen eingeräumt werden. Ebenso müssen die Mitarbeitenden in der Anwendung der PPR 2.0 geschult werden, was eines nicht unwesentlichen Zeitaufwandes bedarf. Aus diesen und weiteren Gründen wird die Datenerhebung und -qualität zu Beginn nicht ihre vollständige Güte erreichen können. Dahingehend dürfen im Einführungsprozess keinesfalls Sanktionen verhängt werden. Angesichts der derzeitigen finanziellen Situation der Kliniken kann eine Unterstützung im Ausbau digitaler Strukturen zur besseren Erfassung und Übermittlung der PPR 2.0 im Rahmen monetärer Hilfen und einem unbürokratischen Zugang zu diesen angezeigt sein, was den Einführungsprozess sowie den damit verbundenen Ressourceneinsatz, die Datenqualität und Akzeptanz maßgeblich unterstützen kann. Aber auch im Anschluss an die Einführungsphase benötigt es eine ausreichend lange Dauer zur Anpassung der Bedingungen, der Aspekte der Weiterentwicklung nach § 137l SGB V, aber auch der Anpassung der Personalausstattung im Rahmen der Konvergenzphase.