



30. September 2021

**Gemeinsame Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021
(Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)**

Die nachfolgende Stellungnahme wurde gemeinsam mit verschiedenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die sich im Konvent für fachliche Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) zusammenfinden, erarbeitet. Sie ist darüber hinaus mit der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), dem Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen (VLKKD) und dem Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) abgestimmt.

Wir begrüßen die Intention des BMG, die pflegerische Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in der stationären Behandlung zu stärken. Insbesondere sehen wir die Notwendigkeit, die spezifische Kinderkrankenpflege am Bett zu stärken, vor allem in den ureigensten pädiatrischen Bereichen wie der Neonatologie. Hierzu gibt es bereits mehrere gesetzliche Vorgaben, u. a. die QFR-RL, in der detaillierte Vorgaben für die pflegerische Besetzung auf neonatologischen Intensivstationen definiert sind; diese Vorgaben sind unseres Wissens den Regelungen der PpUGV übergeordnet, also unabhängig von dieser zwingend zu beachten. Die GBA-Vereinbarungen in der QFR-RL, der KiOn und der KiHerz sind auf dem Boden der vorhandenen wissenschaftlicher Literatur und interdisziplinären Leitlinien entstanden und konsentiert, die PpUGV hingegen mathematisch aus einem bestimmten Perzentil der momentanen pflegerischen Besetzung hergeleitet; damit gibt es für diese keine inhaltliche Begründung, lediglich eine mathematische.

Die Pädiatrie (einschließlich der Kinderchirurgie) ist eines der ersten Fachgebiete, die in der PpUGV bereits jetzt Berücksichtigung finden. Mit der von Ihnen avisierten Änderung der PpUGV im Rahmen des vorliegenden Referentenentwurfs ist die Kinder- und Jugendmedizin aber auch das erste Fach, in dem verschiedene Regelungen umfassend und z.T. gleichzeitig zur Anwendung kommen. Dieses

ist insbesondere für Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin, die in der Regel Stationen gemischt belegen, ein nicht lösbares Problem. Insofern stellt sich für uns zunächst die Frage, aus welchem Anlass nun eine weiterführende und stärker ausdifferenzierte Regelung der PpUGV für die Pädiatrie angedacht worden ist und auf Basis welcher wissenschaftlichen Evidenz die nun vorgeschlagenen Regelungen entwickelt worden sind.

Wir haben zuletzt in einer **S2k-Leitlinie** unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland erarbeitet. Es ist zu erwarten, dass diese Leitlinie in künftige GBA-Regelungen eingehen wird. Darin wird anders als in der QFR-RL auch für „größere“ Frühgeborene (> 1.500g) und kranke Reifgeborene differenziert und unter Berücksichtigung internationaler Literatur Stellung genommen. Die Regelungen dieser Leitlinie greifen auch für Neugeborene außerhalb der Intensivstationen und damit auch für die Bereiche, die jetzt mit der PpUGV adressiert werden.

Als weiteren allgemeinen Kritikpunkt an dem Referentenentwurf möchten wir bemerken, dass eine ausdifferenzierte Stellungnahme **ohne Vorliegen der Indikatoren-DRGs** nur sehr eingeschränkt möglich ist. Wir bedauern an dieser Stelle ausdrücklich, dass auch die Datengrundlage des jetzt vorliegenden Referentenentwurfs inkl. der Auswertung des InEK, die diesem zugrunde liegt, nicht transparent und daher für uns nicht nachvollziehbar ist.

Daher bitten wir Sie um Zusendung der für die Regelungen relevanten Indikatoren-DRGs. Aus unserer Sicht ist für eine sinnvolle Kalkulation von Pflegepersonaluntergrenzen eine kinderspezifische **Erhebung des Pflegebedarfs und –aufwands** unumgänglich. Im Laufe einer Behandlung eines Kindes mit einer Haupt-DRG kann sich der Pflegeaufwand im Verlauf erheblich verändern. Eine Orientierung ausschließlich an der DRG bildet damit die Versorgungsrealität im Behandlungsverlauf keinesfalls ab. Ein solches Tool müsste daher aus unserer Sicht unbedingt entwickelt werden. Wie wir bereits 2020 auf der Ministerialebene des BMG vorgetragen haben, sind die Vorbereitungen der pädiatrischen Fachgesellschaften, Verbände und Partner (DGKJ, GNPI, GKiND, BeKD, VLKKD) hier bereits sehr weit gediehen. Der von uns vorgeschlagene Pflegebedarfs- und Pflegemaßnahmen Score könnte zeitnah implementiert werden und verspricht eine transparente Abbildung bedarfsgerechter Pflege bei kranken Kindern und Jugendlichen. Hier sind wir als Fachgesellschaften gemeinsam mit unseren Partnern z. B. GKiND und BeKD im engen Austausch.

Im Folgenden wollen wir auf die verschiedenen im Referenten-Entwurf genannten Punkte konkret eingehen.

Neonatologische Pädiatrie:

Hier verwenden Sie eine neue Terminologie, deren Bedeutung aus dem Referenten-Entwurf nicht eindeutig klar wird. Wir vermuten, dass letztlich das Fachgebiet Neonatologie insgesamt gemeint ist und sich diese Regelungen für neonatologische Patienten greifen sollen. auch wenn der Pflegebedarf für Kinder mit einem Geburtsgewicht über 1.500 g noch nicht ausdefiniert ist. Insofern ergibt sich hier eine **unscharfe Grenzziehung der PpUGV zur QFR-RL**. Wir schlagen vor, dass diese Definition – sollte die vorgeschlagene Regelung mit dieser Terminologie Bestand haben - durch den G-BA erfolgen sollte.

In der klinischen Versorgungsrealität stellt sich die Situation so dar, dass viele Stationen gemischt belegt sind, so dass festzulegen ist, welche Regelungen für diese Stationen planerisch zu berücksichtigen sind. Andernfalls wird sich in der Praxis ergeben, dass für einen Organisationsbereich, mitunter **für eine einzige Station, drei verschiedene Pflegebedarfsfestlegungen** berücksichtigt werden müssten. Das wäre in der Praxis nicht abzubilden und letztlich sinnlos. Daher ist dieser Vorschlag ohne eine solche Festlegung abzulehnen.

Insbesondere ist eine Abstimmung mit der QFR-RL mit einer eindeutigen Grenzziehung zwingend notwendig. Gerne unterstützen wir Sie bei der Entwicklung einer hierfür sinnvollen Regelung, die aus unserer Sicht letztlich den Empfehlungen der S2k-Leitlinie entsprechen muss.

In der neonatologischen Pflege muss aus unserer Sicht sichergestellt sein, dass **ausschließlich qualifizierte Kinderkrankenpflege am Bett** eingesetzt wird; Hilfspersonal kann nur für z.B. Zuarbeiten eingesetzt werden.

Spezielle Pädiatrie:

Auch hier ist uns die Begründung und der Anlass für diese neue Regelung unklar. Zudem ist die Terminologie unpräzise, da sie nicht deckungsgleich mit der Aufgliederung unseres Fachgebietes im klinischen Kontext und in der Weiterbildungsordnung ist. Es ist daher zu vermuten, dass sich diese Regelungen ausschließlich auf besondere Einrichtungen beziehen sollen, die nur Patienten mit den genannten Erkrankungsgruppen behandeln. Wenn dem so ist, dann sollte es auch so benannt werden. In allen anderen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin werden hingegen Patienten mit diesen Krankheitsbildern auf gemeinsamen gemischten Stationen, meistens nach Alter getrennt behandelt, so dass hier diese Regelungen nicht sinnvoll zur Anwendung kommen können.

Aus Sicht einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft möchten wir betonen, dass in dem Entwurf teilweise Fachgebiete genannt worden sind, die noch nicht einmal in der Weiterbildungsordnung als Facharzt- oder Schwerpunkt-Bezeichnung geführt sind, z. B. die Kinderdermatologie. Daher fordern wir, dass sich solche Regelungen an den Strukturen der wissenschaftlichen und klinischen Fachgebiete orientieren müssen.

Bezüglich der **pädiatrischen Psychosomatik** ist aus unserer Sicht eine gesonderte Regelung zu treffen. In der pädiatrischen Psychosomatik werden Patienten mit somatischen und psychosozialen Symptomen und Erkrankungen behandelt. Dies macht den Einsatz eines multiprofessionellen Behandlungsteams erforderlich. Dabei ist zu beachten:

1. Der Referentenentwurf sieht die Verwendung von Indikatoren-DRGs vor. Diese müssen benannt und deren Anwendbarkeit für die Abbildung der pädiatrischen Psychosomatik überprüft werden.
2. Es gibt nur wenige psychosomatische Abteilungen, die über einen eigenen Abteilungsschlüssel abrechnen. Hier sind die Regelungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich.
3. Für die Versorgung der Patienten in der Nachtschicht ist ein verbindlicher und zuverlässiger Zugriff auf eine Pflegekraft notwendig. In einzelnen Abteilungen sollte der zusätzliche Einsatz von pädagogischen und therapeutischen Kräften in Ergänzung zur Pflegekraft anrechenbar sein.
4. Wir geben zu bedenken, dass die pädiatrische Psychosomatik für die moderne Pädiatrie essenziell, für die Patienten erforderlich und von einer angemessenen Regelung mit Augenmaß der PpUGV existenziell abhängig ist.

Zusammenfassend erkennen wir in dem Referentenentwurf das Bemühen, durch weiterführende Regelungen eine differenzierte und pflegerische Mindestbesetzung in der Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen. Wir kritisieren allerdings, dass die Grenzziehung zu anderen Regelungen in der Pädiatrie nicht ausreichend klar definiert ist. So kommt es insbesondere bei gemischt belegten Stationen zu **gleichzeitigen Anwendungen von diskordanten Regelungen**. Darüber hinaus widersprechen die vorgeschlagenen Regelungen insbesondere in der Neonatologie den in einem wissenschaftlichen Konsensus-Prozess entwickelten Empfehlungen für die pflegerische Besetzung, wie sie in der S2k-Leitlinie zusammengefasst worden sind.

Es ergibt sich daher ein erheblicher Überarbeitungs- und Ausformulierungsbedarf bei diesem Referentenentwurf. In der vorliegenden Version können wir ihm nicht zustimmen. Gerne stehen wir für die weitere Entwicklung und Beratung zur Verfügung.

Kontaktdaten:

- **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)**
Prof. Dr. Jörg Dötsch, www.dgkj.de
- **Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie e. V. (API)**
Prof. Dr. Stephan Ehl, www.kinderimmunologie.de
- **Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)**
Dr. Udo Rolle, www.dgkch.de
- **Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e. V. (DGKED)**
Dr. Dirk Schnabel, www.dgked.de
- **Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI)**
Prof. Dr. Tobias Tenenbaum, www.dgpi.de
- **Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK)**
Prof. Dr. Nikolaus Haas, www.dgpk.org
- **Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik e. V. (DGPPS)**
Guido Bürk, www.agpps.de
- **Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e. V. (DGPM)**
Prof. Dr. Rolf Schlößer, www.dgpm-online.org
- **Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)**
Prof. Dr. Ulrike Schara-Schmidt, gesellschaft-fuer-neuropaediatrie.org
- **Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI)**
Prof. Dr. Christoph Bühner, www.gnpi.de
- **Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. (GPA)**
Prof. Dr. Christian Vogelberg, www.gpau.de
- **Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE)**
Prof. Dr. Carsten Posovszky, www.gpge.eu
- **Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie e. V. (GPN)**
Prof. Dr. Peter Hoyer, www.gpn.de
- **Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e. V. (GPOH)**
Prof. Dr. Martin Schrappe, www.gpoh.de
- **Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP)**
Prof. Dr. Matthias Kopp, www.paediatische-pneumologie.eu
- **Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e. V. (GPR)**
Prof. Dr. Hans-Joachim Mentzel, www.kinder-radiologie.org

Unterstützt wird die Stellungnahme von folgenden weiteren Fachgesellschaften und Verbänden:

- [Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. \(BeKD\)](#)
- [Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. \(GKind\)](#)
- [Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e.V. \(VLKKD\).](#)