

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

Der DHV begrüßt die Absicht ausdrücklich, ein verbindliches Pflegepersonalbemessungsinstrument einzuführen, damit sichergestellt werden kann, dass Krankenhäuser mit einer ausreichenden Zahl an Pflegekräften arbeiten. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Stellungnahme des DPR. **Die gleiche Notwendigkeit zur Einführung eines verbindlichen Pflegepersonalbemessungsinstrumentes besteht für den Bereich der klinischen Geburtshilfe und der prä- und postpartalen Stationen, die im vorliegenden Modell jedoch nicht sinnvoll abgebildet werden.**

In der Betreuung, Pflege und Überwachung von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen muss eine andere Berechnungslogik angewendet werden, da es sich in der Regel um gesunde Menschen handelt, die anders behandelt werden müssen als kranke Personen. Der Pflegeaufwand ist deutlich geringer, der Betreuungs- und Überwachungsaufwand hingegen sehr hoch. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, ist eine andere Bemessungslogik als die Minutenabrechnung von Pflegeaufwänden notwendig.

Die für diese Aufgaben primär zuständige Berufsgruppe der Hebammen ist in der vorliegenden Verordnung nicht ausreichend berücksichtigt. Die vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebammen werden vollständig ausgespart, was zu einer qualitativen und quantitativen Unterversorgung der Frauen führen würde, da die Vergütung dieser Leistungen bislang auch an keiner anderen Stelle geregelt wird. Es besteht also dringender Handlungsbedarf.

Die ersten 72 Stunden nach der Geburt sind für das Outcome von Mutter und Kind entscheidend und brauchen eine intensive hebammenhilfliche Betreuung und Überwachung auf der postpartalen Station. Das muss sich in der Personalbemessung klar widerspiegeln und speziell für diesen Aufgabenbereich und die beteiligten Berufsgruppen festgelegt werden.

Geburten sind nicht planbar und erfolgen 24/7 zu unterschiedlichen Tages- und Nachtzeiten, weswegen die Betreuungs- und Pflegeleistung in der Nachtschicht gleichwertig zur Tagschicht geleistet werden muss. Im Gegensatz zur in der Verordnung und der PPUGV angewendeten Unterscheidung nach Tag- und Nachtdiensten muss für die gesamte Geburtshilfe festgestellt werden, dass der Betreuungsaufwand tageszeitunabhängig über die gesamten 72 Stunden nach der Geburt gleichbleibend hoch ist.

Auf präpartalen Stationen werden Risikoschwangere sowie Frauen kurz vor der Geburt betreut, die eine engmaschige Überwachung rund um die Uhr benötigen. Auch hier kann kein signifikanter Unterschied des Leistungsbedarfs zwischen Tag- und Nachtschicht festgestellt werden. Es werden auch häufig verwaiste Mütter auf der Präpartalstation im Wochenbett betreut, da für diese Patientinnengruppe ein Aufenthalt auf der Wöchnerinnenstation eine zu hohe Belastung bedeutet. Hier ist neben der Überwachung des Wochenbettsverlaufs der ersten 72 Stunden eine intensive psychosoziale Begleitung unerlässlich, die in der Regel durch Hebammen erfolgt. Die Betreuungsbedarfe von Prä- und Postpartalstation weisen große Schnittmengen auf.

Angesichts des unterschiedlichen Aufgabenprofils, der weiter reichenden Kompetenzen im geburtshilflichen Bereich im Vergleich zur Pflege sowie der für die Pflegelogik atypischen Bedarfe der Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen ist die Berücksichtigung der Hebammentätigkeit innerhalb der Verordnung nicht einfach umzusetzen und nicht zielführend. Hier bedarf es einer anderen Bemessungsgrundlage, die sich aus der Betreuungsrelation von Hebamme zu Frau und Kind ergibt.

Für den vorliegenden Entwurf der PPBV bedeutet dies, dass geprüft werden muss, an welchen Stellen die Versorgung in der Geburtshilfe Berufsgruppen-übergreifend geregelt werden muss und wie die

über den Aufgabenbereich der Pflege hinausgehenden vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebammen abgebildet werden können. Es kann nicht sein, dass Hebammenleistungen ab 2025 zwar vollständig über das Pflegebudget abgerechnet werden, aber keine spezifischen Regelungen dazu getroffen werden.

Der DHV betont ausdrücklich: Es bleibt zwingend notwendig, schnellstmöglich ein verbindliches Personalbemessungsinstrument für den Funktionsbereich der Geburtshilfe einzuführen und in einer eigenen Verordnung zu regeln. Nur so kann den unterschiedlichen Leistungsparametern, Bedarfen sowie dem passgenauen Einsatz der beteiligten Berufsgruppen Rechnung getragen werden.

Bis zum Inkrafttreten einer Regelung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Geburtshilfe ist zwangsläufig die PPBV entsprechend auch für diesen Bereich anzuwenden. Hebammenleistungen müssen dabei ergänzend erhoben und refinanziert werden.

Im einzelnen nimmt der DHV zum vorliegenden Entwurf der Verordnung wie folgt Stellung:

Kapitel 1, Allgemeine Vorschriften

§ 1 Ziel und Anwendungsbereich

Der Ziel- und Anwendungsbereich dieser Verordnung geht am Anwendungsbereich der Geburtshilfe vorbei. Da für die prä- und postpartalen Stationen das vorliegende Personalbemessungsinstrument der PPBV nicht geeignet ist, ist es dringend notwendig im Paragraphen 1 zu definieren, dass für diese Bereiche andere, mindestens jedoch ergänzende Regelungen gelten müssen, welche auf die speziellen Bedarfe der Frauen und Neugeborenen eingehen und primär Hebammenleistungen, aber auch die Pflegeleistungen umfassen. Die Personalbemessung muss der Spezifität dieser Betreuungsgruppe gerecht werden, die per se keine hohe Pathologie aufweist, aber dennoch einen enormen Betreuungsaufwand erfordert.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Hebammenleistungen gehen in der Klinik über die Pflege von Patientinnen hinaus. Wie auch in der Begründung der Verordnung vermerkt, dürfen und sollen Hebammen auf prä- und postpartalen Stationen die Pflegeaufgaben mit übernehmen. Die Herausforderung im Sinne dieser Verordnung ist jedoch, dass originäre *Pflegeaufgaben* bei der Betreuung dieser spezifischen Gruppe kaum anfallen. Im Vordergrund stehen geburtshilfliche Fragestellungen, für die spezifische Hebammenhilfe für Mutter und Kindern benötigt werden und für die Pflegefachkräften nicht qualifiziert sind. Diese können daher die Leistungen von Hebammen nicht in vollem Umfang ersetzen. Bislang konnten Hebammen von den Kliniken oft nur unter "Sonstige Pflegekräfte" oder sogar nur unter "Pflegehilfskraft" abgerechnet werden. Sehr oft haben Kliniken Schwierigkeiten Hebammen korrekt abrechnen zu können, da die Begriffsbestimmung und Abgrenzung in den relevanten Verordnungen nicht eindeutig definiert wurden. Der DHV sieht daher die Notwendigkeit, im Rahmen der vorliegenden Verordnung diesen Fehler zu beheben.

Absatz 1, Punkt 1:

1. Pflegefachkraft ist eine Person, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach §§ 1 Absatz 1, 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes verfügt, oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung, nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach § 64 des Pflegeberufgesetzes fortgilt,

Neu Absatz 2. Auf post- und präpartalen Stationen sind bei der Berechnung nach dieser Verordnung Personen, die über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5

HebG verfügen, vollumfänglich gleich den Pflegefachkräften nach Abs. 1 und Abs. 2 zu berücksichtigen

Neu 3. Pflegehilfskraft ist eine Person...

§ 3 Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normalstationen für Erwachsene

Der DHV schlägt vor, im ersten Schritt für die klinische Geburtshilfe die notwendige Betreuungsrelation von sechs Mutter-Kind-Einheiten auf eine Hebamme pro Schicht als Richtwert anzulegen. Im Rahmen der Evaluation nach der Pilotphase muss daher sowohl die Definition der Pflege- und Betreuungsbedarfe als auch die praxisnahe Anrechnung von Hebammenhilfe kritisch überprüft und angepasst werden. Dies muss, wie beschrieben, in Verbindung mit dem berufsgruppenübergreifenden Personalbemessungsmodell für die klinische Geburtshilfe erfolgen. Die PpUGV legt bislang eine Betreuungsrelation von 7,5 zu 1 für die Tagschicht und 15 zu 1 für die Nachtschicht fest, was für die ersten 72 h nach der Geburt nicht ausreichend ist. Zudem wird dabei nicht abschließend geregelt, dass es sich um Mutter-Kind-Einheiten handeln muss. Der DHV schlägt folgende Ergänzung vor:

(3) Die Ermittlung der Personalstellen für die Nachtschicht richtet sich nach den für die jeweilige Station geltenden Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 15. Dezember 2022 (BAnz AT 16.12.2022 V2) geändert worden ist. Für diejenigen Stationen, die nicht Teil eines pflegesensitiven Bereichs im Sinne des § 6 Absatz 1 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sind, gilt das Verhältnis von 1 Pflegekraft zu 20 Patienten als Soll-Personalbesetzung in der Nachtschicht.

Neu (4) Die Ermittlung der Personalstellen für die Tag- und Nachtschicht richtet sich auf den prä- und postpartalen Stationen, anders als bei den für die jeweilige Station geltenden Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 15. Dezember 2022 (BAnz AT 16.12.2022 V2) geändert worden ist, nach dem Verhältnis von einer Hebamme zu 6 Mutter-Kind-Einheiten in den ersten 72 h nach der Geburt.

Neu (5) Die Höhe der Ausfallzeiten ist bei der Berechnung der Personalstellen nach den Absätzen 2 und 3 zu berücksichtigen. Darüber hinaus erhält das Krankenhaus anteilig für jeweils 50 Pflegekräfte einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene. Auf prä- und postnatalen Stationen erhält das Krankenhaus anteilig für jeweils 30 Hebammen einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Hebamme oberhalb der Stationsebene.

§ 4 Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder

Der DHV sieht in den hier ausgeführten Regelungen eine Lücke. Im Bereich der Perinatalmedizin ist zu beachten, dass derzeit der Betreuungsbedarf der Mütter von erkrankten Neugeborenen nicht ausreichend gewährleistet wird und somit auch wichtige physiologische Prozesse, wie das Bonding unter schwierigen Bedingungen, Stillanleitung oder Hilfe beim Abpumpen, Stressbewältigung uvm. nicht angemessen begleitet werden, obwohl die Frau einen Anspruch auf Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme hat und das Kind davon in gleichem Ausmaß profitiert. Gerade in diesen

schwierigen Umständen muss die Möglichkeit der Hebammenhilfe für Mutter und Kind abgesichert werden und Hebammen auf diesen Stationen einsetzbar und abrechenbar sein.

§ 5 Ermittlung der Ist-Personalbesetzung

Im Rahmen der Modernisierung der klinischen Geburtshilfe, der Stärkung der Physiologie und einer besseren Qualität setzen immer mehr Kliniken auf hauptsächlich oder sogar ausschließlich mit Hebammen besetzte prä- und postpartale Stationen. Dies hat den Vorteil, dass damit gleichzeitig die spezifischen Bedarfe der Frauen und Neugeborenen abgesichert und innovative Rotationsmodelle mit dem Kreißsaaldienst abgesichert werden können. Der tatsächliche Pflegeanteil ist gering und wird von Hebammen mit ausgeführt (vgl. Referentenentwurf, S. 83). Notwendige Kinderkrankenpflege bleibt davon selbstverständlich unberührt. Pflegefachkräfte können in diesen Modellen in anderen sensiblen Bereichen eingesetzt werden. Um diese zeitgemäßen Versorgungsmodelle innerhalb der vorliegenden Verordnung abbilden zu können, schlägt der DHV folgende Ergänzung vor:

(4) Im Bereich der Krankenpflege für Erwachsene dürfen Pflegehilfskräfte zu 10% auf die Pflegefachkräfte angerechnet werden. Im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen zur Anrechnung auf die Pflegefachkräfte Hebammen **zu 100 %** berücksichtigt **und Schichten ausschließlich mit Hebammen besetzt werden.**

§ 6 Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Der DHV bezweifelt stark, dass eine Umsetzung der entstehenden Dokumentationspflichten sowie die Einführung geeigneter Software bis zum 01.01.2024 flächendeckend umsetzbar ist. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die Stellungnahme des Verbandes der PflegedirektorInnen der Unikliniken.

Der DHV bemängelt, dass in der Anlage 7 „Format für die Datenübermittlung an das InEK“ bislang nur Pflegefachkräfte gem. § 3 der PPBV und Kinderpflegefachkräfte gem. § 4 PPBV abgebildet werden. Hebammen werden hier nicht berücksichtigt, was dringend behoben werden muss, um den Regelungen der vorliegenden Verordnung genüge zu tun.

Hebammen nicht gesondert zu erfassen, führt zu Datenlücken und Fehlannahmen bei der Bedarfsermittlung, die dringend vermieden werden müssen.

Kapitel 2, Personalbemessung in der Krankenpflege für Erwachsene

Wie eingangs beschrieben, sind für die Personalbemessung auf prä- und postpartalen Stationen grundlegend andere Parameter notwendig, als für die Pflege in anderen Bereichen.

§ 9 Leistungsstufen und Patientengruppen und § 10 Zuordnungsregeln allgemeine Pflege

Zu beachten ist hierbei ganz besonders, dass die anfallenden Bedarfe nicht nach Mutter und Kind getrennt betrachtet werden können. Insbesondere in den ersten 72 Stunden nach der Geburt sind Mutter und Kind als Einheit zu betrachten, da essentielle Vorgänge wie die Unterstützung des Mutter-Kind-Bondings, die Anleitung und Begleitung des Stillens, die Überwachung des Pflege des Kindes inklusive der Anleitung der Mutter zum Umgang und Pflege des Kindes nicht getrennt voneinander berechnet werden können. Die getrennte Betrachtung der Betreuungsaufwände ist nur in dem Fall sinnvoll, wenn das Neugeborene auf eine Perinatalstation verlegt wird oder zusätzliche Pflege durch eine Kinderpflegefachkraft bedarf, des weiteren wenn die Mutter einen komplikationsreichen Geburtsverlauf hatte und sich hieraus ein erhöhter Pflegebedarf ergibt.

Ein Teil der regulären Tätigkeiten auf den prä- und postpartalen Stationen ist Hebammen vorbehalten. Andere können auch durch Pflegefachkräfte oder Kinderkrankenpflegefachkräfte ausgeführt werden.

Die vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebammen fehlen jedoch bislang komplett in der vorliegenden Leistungstabelle. Dies ist auch insofern wichtig, als die Betreuung von Fehlgeburten vorbehaltenen Tätigkeiten von Hebammen sind und diese Betreuung auf Präpartalstationen häufig vorkommt. Im Betreuungsfall ist hier von einer Eins- zu Eins Betreuung auszugehen.

Der DHV gibt eindringlich zu bedenken, dass die angenommenen Grundwerte des Pflegebedarfs für den Bereich der Geburtshilfe nicht zielführend sind. Darüber hinaus handelt es sich bei den vorliegenden Werten um über alle Bereiche der Pflege gebildeten Durchschnittssätze, die der Homogenität der Zielgruppe (Schwangere Frauen, Gebärende, Wöchnerinnen sowie Neugeborene) und der notwendigen Berücksichtigung der Frauengesundheit, also dem hier notwendigen Geschlechterbias, nicht gerecht wird.

Für den Bereich der Geburtshilfe ist es absolut notwendig, anstelle von Durchschnittswerten von Pflegeminuten zurück auf die Betreuungsrelation, ähnlich der PpUGV, zu gehen. Dies muss über ein berufsgruppenübergreifendes Personalbemessungsinstrument organisiert werden, das den Gesamtbereich der klinischen Geburtshilfe mit seinen besonderen Bedarfen abbildet.

Der DHV fordert, wie oben ausgeführt, für prä- und postpartale Stationen einen Betreuungsschlüssel von maximal sechs Mutter-Kind-Einheiten auf eine Hebamme pro Schicht. In dieser Betreuungsrelation sind pflegerische Leistungen bereits enthalten. Eine Umrechnung auf Minutensätze im Sinne dieser Verordnung ist nicht sinnvoll, da nicht alle Leistungen von Pflegefachkräften oder Kinderpflegefachkräften übernommen werden können.

Für die Anwendung der vorliegenden Verordnung bedeutet dies, dass die angenommenen Werte nur als vorläufige Annahme gewertet werden können und im Rahmen der Datenerhebung die tatsächlichen Betreuungs-, Überwachungs- und Pflegebedarfe in der klinischen Geburtshilfe erhoben werden müssen. Das Grundproblem, dass vorbehaltenen Hebammentätigkeiten hier nicht eingerechnet wurden, bleibt bestehen.

Der DHV rät ausdrücklich davon ab, die besonderen Bedarfe der klinischen Geburtshilfe über eine eigene Kategorie nach Absatz 2 definieren zu wollen, da die notwendigen Parameter und Annahmen die Systematik der PPR 2.0 durchbrechen würden. Ein Lösungsweg wäre, wie eingangs beschrieben, zeitnah eine eigenständige Verordnung zur Personalbemessung zu erlassen, die die vorliegende PPBV ergänzt.

§ 12 Minutenwerte

Wie oben beschrieben, ist die Ermittlung von Minutenwerten für die Betreuung eines Mutter-Kind-Einheits auf postpartalen Stationen nicht sinnvoll. Ebenso wenig ist es zielführend, die Bedarfe von Mutter und Kind getrennt voneinander zu betrachten. Dieses Vorgehen eignet sich bedingt für Perinatalstationen, nicht jedoch für die Ermittlung der Versorgungsbedarfe von Mutter und Kind in den ersten 72 Stunden nach der Geburt. Die ersten 72 Stunden nach der Geburt sind von einer konstant hohen Betreuungsintensität mit unterschiedlich intensiven Amplituden geprägt. Hier wird die Grundlage für den weiteren Wochenbettverlauf gelegt. Eine intensive Begleitung dieser Phase ist wegweisend für die Gesundheit von Mutter und Kind. Zur Betreuung durch eine Hebamme gehören Leistungen wie die Unterstützung des Stillens und des Bondings, die Beurteilung des Verlaufs des Frühwochenbetts der Mutter, z.B. durch Beurteilung des Fundusstands, der Blutungs- und der Rückbildungsvorgänge, sowie die Beurteilung und Unterstützung der Adaption des Neugeborenen. Defizite aus dieser Phase können zu einem späteren Zeitpunkt nicht aufgeholt werden.

Wenn der Grundwert für die Frau mit 33 Minuten und der Wert für das gesunde Kind mit 110 Minuten pro Tag angerechnet wird, sind die resultierenden 142 Minuten pro Tag für die betreuungsintensiven ersten 72 h nicht ausreichend.

Dieser Wert enthält nach Logik der vorliegenden Verordnung die pflegerischen Tätigkeiten, die vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebammen sind somit nicht abgedeckt.

Zudem ist nicht geregelt, ob nach Absatz 3 das Aufnahmegespräch von 75 Minuten dem Kreißaal, der prä- oder der postpartalen Station angerechnet wird. In der Regel muss dieses Gespräch durch eine Hebamme durchgeführt werden, unabhängig von der Untersuchung durch eine Ärztin.

Notwendige Aufwände für ein Nachgeburtsgespräch werden mit den angenommenen 37,5 Minuten für ein Entlassungsgespräch ebenso wenig abgedeckt. Auch dies ist eine Tätigkeit, die sinnvollerweise durch eine Hebamme ausgeführt werden sollte.

Der DHV schlägt vor, im ersten Schritt für die klinische Geburtshilfe die notwendige Betreuungsrelation von sechs Mutter-Kind-Einheiten auf eine Hebamme pro Schicht als Richtwert anzulegen. Dies lässt sich mit den in der PPBV angelegten 142 Minuten nicht abbilden. Im Rahmen der Evaluation nach der Pilotphase muss daher sowohl die Definition der Pflege- und Betreuungsbedarfe als auch die praxisnahe Anrechnung von Hebammenhilfe kritisch überprüft und angepasst werden. Dies muss, wie beschrieben, in Verbindung mit dem berufsgruppenübergreifenden Personalbemessungsmodell für die klinische Geburtshilfe erfolgen.

Der DHV betont, dass durch die Überführung der Hebammen inklusive der im Kreißaal tätigen Hebammen in das Pflegebudget zum 01.01.2025 großer Handlungsdruck besteht. Die Definition eines verbindlichen Personalbemessungsmodells für die Geburtshilfe ist unabhängig von der PPBV dringend geboten.

Berlin, den 29.11.2023

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebamenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T. 030-39406770

info@hebammenverband.de
www.hebammenverband.de