

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)61(3)
gel. ESV zur öffent. Anh am
09.11.2022 - KHPfIEG
07.11.2022

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus
sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der
Digitalisierung**

(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Bundestagsdrucksache 20/3878

Vorgelegt zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
am 9. November 2022

Prof. Dr. Michael Simon
Einzelsachverständiger

Korrespondenzadresse:
michael.simon@hs-hannover.de

Inhalt

Vorbemerkungen	3
Zur Vorgeschichte	3
Zur Frage des Handlungsbedarfes.....	6
Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 3: § 137I SGB V	9
Zusammenfassung	9
§ 137I SGB V: Überschrift	12
§ 137I Abs. 1 Satz 1 SGB V	12
§ 137I Abs. 1 Satz 2 SGB V	14
§ 137I Abs. 1 Satz 3 SGB V	15
§ 137I Abs. 2 SGB V	15
§ 137I Abs. 3 SGB V	19
§ 137I Abs. 4 SGB V	22
§ 137I Abs. 5 SGB V	24
§ 137I Abs. 6 SGB V	25
Stellungnahme zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	26
Nr. 4: Änderung § 11 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG.....	26
Literatur	27

Vorbemerkungen

Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzentwurfes (Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung) und Artikel 2. Mit der in Artikel 1 Nr. 3 vorgesehenen Neuregelung soll laut Begründung des Gesetzentwurfes die im Koalitionsvertrag vom 24. November 2021 enthaltene Ankündigung umgesetzt werden, die vom Deutschen Pflegerat (DPR), der Gewerkschaft ver.di und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entwickelte Pflege-Personalregelung (PPR 2.0) als Instrument der Personalbemessung kurzfristig einzuführen. Dies ist angesichts der schwierigen Lage in weiten Bereichen des Pflegedienstes der Krankenhäuser zu begrüßen.

Bevor zu den beabsichtigten Neuregelungen durch einen § 137I SGB V Stellung genommen wird, soll zunächst kurz an die Vorgeschichte des aktuellen Gesetzesvorhabens erinnert und auf die Frage des Handlungsbedarfes eingegangen werden. Einige Akteure der Gesundheitspolitik vertreten die Auffassung, es bestehe keine Notwendigkeit für die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals in Krankenhäusern, da es in Deutschland pro Kopf der Bevölkerung im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Pflegekräfte gebe. Das Problem sei nicht ein Zuwenig an Pflegepersonal, sondern ein Zuviel an Krankenhausbetten und Fällen. Darauf einzugehen erscheint insofern angebracht, als es für die Frage der Einführung einer PPR 2.0 von Relevanz ist, und auch für das geplante neue Instrument nach § 137k SGB V. Wenn es in Deutschland in Krankenhäusern im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Pflegekräfte gäbe, wäre die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals nicht notwendig. In Gegen teil: Statt die Zahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern zu erhöhen, könnte sie vielmehr reduziert werden.

Die Beweisführung für die angesprochene Behauptung bedient sich jedoch einer falschen Kennzahl. Der Blick auf sachgerechte Kennzahlen zeigt, dass die deutschen Krankenhäuser im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, die über ein vergleichbares Wohlstandsniveau und ein ähnlich leistungsfähiges Gesundheitssystem verfügen, mit deutlich weniger Pflegepersonal ausgestattet sind.

Zur Vorgeschichte

Angesichts eines erheblichen Stellenabbaus infolge der Einführung des DRG-Systems wurde bereits 2007 von einem Bündnis aus Pflegeberufsverbänden und der Gewerkschaft ver.di die Forderung nach gesetzlichen Vorschriften für ein von allen Krankenhäusern verbindlich anzuwendendes Verfahren der Personalbemessung erhoben (DBfK/ver.di 2007). Die Forderung wurde 2007/2008 in einer bundesweiten Unterschriftensammlung von insgesamt 185.000 Personen unterstützt (DBfK/ver.di 2008). Am 25. September 2008 fand in Berlin eine Demonstration von mehr als 100.000 Krankenhausbeschäftigen statt, zu deren Forderungen auch die nach einem Stopp des Stellenabbaus und gesetzlichen Vorgaben für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung gehörte.

Als Reaktion auf die Unterschriftensammlung und Demonstration wurde 2008 ein erstes Pflegeförderprogramm zur Finanzierung zusätzlicher Stellen in Pflegedienst und einige Jahre später auch ein zweites Förderprogramm beschlossen. Beide Programme waren aufgrund ihres geringen Volumens und Mängeln in ihrer Konstruktion jedoch nicht in der Lage, eine durchgreifende und nachhaltige Verbesserung der Personalbesetzung in Pflegedienst zu bewirken. Ein wesentlicher Konstruktionsmangel war, dass die zur Verfügung gestellten Mittel nach dem Auslaufen der jeweils dreijährigen Programme

nicht mehr an die Krankenhäuser flossen, die zusätzliche Stellen geschaffen hatten, sondern in die Landessbasisfallwerte eingerechnet wurden. Dies hatte zur Folge, dass alle Kliniken Fördermittel erhielten, auch solche, die keine zusätzlichen Stellen geschaffen hatten, und sogar auch solche, die Stellen abgebaut hatten. Kliniken, die zusätzliche Stellen aus Mitteln des Programms finanziert hatten, erhielten nach Auslaufen der Programme nur noch einen kleinen Teil der vorherigen Mittel.

Anfang 2018 einigte sich die erneut gebildete Große Koalition darauf, die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen auszugliedern und ab 2020 über ein gesondertes Pflegebudget auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalkosten finanziert zu lassen. Diese Maßnahme schafft die Voraussetzungen für die Finanzierung eines Personalzuwachses, wie dies innerhalb der DRG-Systematik nicht möglich ist. Voraussetzung für einen Personalzuwachs ist allerdings, dass sich Krankenhaus und Krankenkassen zeitnah und möglichst vor Beginn des nächsten Jahres auf ein Pflegebudget für das folgende Jahr einigen. Dies gestaltet sich bislang offensichtlich sehr schwierig. Wesentlichen Anteil daran hat sicherlich auch, dass es keine durch Rechtsvorschriften vorgegebene Grundlage für die Ermittlung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in Pflegedienst gibt. Dass nun für eine zügigere und zeitnahe Vereinbarung von Pflegebudgets gesorgt werden soll, ist insofern sehr zu begrüßen.

Mitte 2017 und damit kurz vor dem Ende der Legislaturperiode beschloss die damalige Große Koalition die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen, die eine Mindestbesetzung im Pflegedienst definieren und durchsetzen sollten (§ 137i SGB V). Mit der Entwicklung solcher Untergrenzen wurden der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt. Sie verhandelten ein Jahr, ohne dass eine abschließende Einigung erzielt werden konnte. Nachdem die Verhandlungen Mitte 2018 gescheitert waren, stand das BMG in der Pflicht, die vom Gesetz geforderten Regelungen durch Rechtsverordnung vorzunehmen. Die daraufhin erlassene Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) trat zum 1. Januar 2019 in Kraft.

So begrüßenswert die Vorgabe von Mindestbesetzungen auch ist, die konkrete Umsetzung kann nicht überzeugen, vor allem weil die vorgegebenen Mindestbesetzungen weit überwiegend zu niedrig sind. Das BMG folgte bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen einem sogenannten „Perzentilansatz“, auf den sich GKV-SV und DKG zu Beginn ihrer Verhandlungen geeinigt hatten. Die Einigung sah vor, dass die Untergrenzen auf der Höhe des unteren Quartils der durchschnittlichen gegenwärtigen Ist-Besetzung festgelegt werden sollten. Die Begriffe „Perzentil“ und „Quartil“ sind der Sprache der Statistik entnommen. Als Quartil wird der Wert bezeichnet, der die Grenze zu den unteren 25 Prozent einer Gesamtheit von Werten markiert. Im Fall der Pflegepersonaluntergrenzen bedeutet dieser Perzentilansatz, dass sich die Untergrenzen an der Grenze zu den 25 Prozent am schlechtesten besetzten Krankenhäusern ausrichten. Dies ist vollkommen unbefriedigend und nicht geeignet, eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu gewährleisten, die sowohl das GKV-Recht als auch das KHG verlangen.

Die Systematik der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung folgt zwar dem international vor allem im angloamerikanischen Raum anzutreffenden Modell sogenannter „Nurse-to-Patient Ratios“ (NtPR), die in der PpUGV vorgegebenen Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen erlauben jedoch in weiten Bereichen eine erheblich höhere Belastung des Pflegepersonals. Während beispielsweise in Australien oder Bundesstaaten den USA für Normalstationen pro Schicht die Einhaltung einer Verhältniszahl von einer Pflegekraft für vier oder fünf Patienten in allen Schichten, also auch der Nachschicht (1:4 oder 1:5) verlangt wird, erlaubt die deutsche PpUGV in weiten Bereichen eine Verhältniszahl von 1:10 oder

mehr in Tagdienst und 1:20 oder noch höher im Nachtdienst (zu den Regelungen in Australien oder den USA vgl. Simon/Mehmecke 2017).

Angesichts der insgesamt unbefriedigenden Situation in der pflegerischen Versorgung beauftragte die von der Bundesregierung einberufende „Konzertierte Aktion Pflege“ den DPR, die DKG und ver.di Mitte 2019, bis Ende 2019 einen „Interims-Vorschlag für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren“ zu entwickeln und dem BMG zu präsentieren (KAP 2019: 47). Die drei Organisationen erfüllten diesen Auftrag und legten ein Konzept für eine modernisierte und überarbeitete Pflege-Personalregelung (PPR 2.0) vor, das sie im Januar 2020 dem damaligen Gesundheitsminister Spahn vorstellten (DKG et al. 2020). Bei der PPR 2.0 handelt es sich um eine Weiterentwicklung der 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Pflege-Personalregelung, die jedoch aus finanzpolitischen Gründen 1996 bereits wieder ausgesetzt und 1997 vollständig aufgehoben wurde.

Obwohl die PPR ab 1997 nicht mehr für die Budgetverhandlungen anzuwenden war, wurde sie in den folgenden Jahren von einem Großteil, vermutlich dem weit überwiegenden Teil der Kliniken, weiter für interne Zwecke angewendet. In der Pflegepraxis und im Pflegemanagement genoss die PPR damals breite Anerkennung und Unterstützung. Die Aufhebung der PPR als Rechtsvorschrift des Bundes stieß dementprechend auf entschiedene Ablehnung und Proteste von Seiten der damaligen Pflegerverbände.¹ Als die Absicht der Bundesregierung bekannt wurde, die PPR als Rechtsvorschrift auszusetzen und schließlich ganz aufzuheben, protestierten beispielsweise ca. 1.500 Pflegekräfte anlässlich der Medica '95 vor dem Kongress-Centrum Düsseldorf und wandten sich führende Vertreter der Pflegerverbände gegen die geplante Aufhebung der PPR.² Auch der Verband der leitenden Pflegekräfte (BALK), Vorläufer des heutigen Bundesverbandes Pflegemanagement, kritisierte die Aufhebung der PPR und stellte fest, dass „der vorschnelle Rückzug aus dem sinnvollen und bewährten Verfahren im Sinne der Patientenversorgung nicht akzeptiert werden kann“ (BALK zit. n. Gerster 1995).

Wenn in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion versucht wird, den Eindruck zu vermitteln, die Einführung der PPR sei nachteilig für die Pflegepraxis, steht dies in deutlichen Widerspruch zu den Erfahrungen und Positionen der Pflegepraxis während der Zeit der Anwendung der PPR als bundesweit verbindlicher Rechtsvorschrift.

Auch die Kritik, die PPR sei mit einem hohen administrativen und bürokratischen Aufwand für die Pflege verbunden, steht im Widerspruch zu den Erfahrungen der Pflegepraxis aus den Jahren der flächendeckenden Anwendung der PPR. Die täglichen Patienteneinstufungen waren nur mit einem sehr geringen zeitlichen Aufwand verbunden. Wenn die Kritik von Seiten des GKV-SV und der Krankenkasen vorgebracht wird, ist dies zudem insofern bemerkenswert, als den Kalkulationskrankenhäusern die Anwendung der PPR für die Kalkulation der Pflegepersonalkosten auf Normalstationen durch das Kalkulationshandbuch seit Beginn der DRG-Kalkulationen verbindlich vorgegeben ist (InEK 2002, 2016). Das Kalkulationshandbuch erhält seine Verbindlichkeit dadurch, dass es von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbart wird. Somit verpflichtet der GKV-SV, bzw. sein Vorläuferkonstrukt, die Kalkulationskrankenhäuser seit mittlerweile fast 20 Jahren zur Anwendung der PPR.

¹ Damals gab es noch keinen Deutschen Pflegerat als Dachverband. Er wurde erst 1998 gegründet.

² vgl. dazu u.a. Berichte in den beiden auflagenstärksten Pflegefachzeitschriften (Die Schwester Der Pfleger 12/1995: 1055; Pflegezeitschrift 11/1995: 660).

Zur Frage des Handlungsbedarfes

Obwohl es mittlerweile eine Vielzahl von Medienberichten über chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung in weiten Bereichen des Pflegedienstes der Krankenhäuser gibt, wird von einigen Akteuren der Gesundheitspolitik in Zweifel gezogen, dass die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals in Krankenhäusern notwendig und richtig ist. Die Zweifel werden insbesondere auf die Behauptung gestützt, es gebe in Deutschland im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern überdurchschnittlich viele Pflegekräfte im Verhältnis zur Bevölkerungszahl (vgl. u.a. Busse 2018; Busse 2020, 2021; Busse et al. 2016: 14; GKV-SV 2018; Leber 2019: 25; Stoff-Ahnis/Leber 2021: 6).

Das Problem sei nicht ein Mangel an Pflegepersonal in deutschen Krankenhäusern, sondern ein Zuviel an Krankenhäusern, Krankenhausbetten und stationären Krankenhausfällen. Würde man die Zahl der Betten und Fälle auf das Niveau des EU-Durchschnitts oder beispielsweise Dänemarks reduzieren, das in den letzten Jahren vielfach als Vorbild für einen Umbau der deutschen Krankenhausversorgung diskutiert wird, so hätten wir ausreichend Pflegepersonal in Krankenhäusern. Notwendig sei folglich nicht eine Erhöhung der Zahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern, sondern eine Reduzierung der Zahl der Betten und stationären Fälle. Es wurde sogar so weit gegangen, vor einer Erhöhung der Zahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern zu warnen, da dies zu einer Überausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal führen könnte.

„Und wir müssen aufpassen, dass wir der Überausstattung an Krankenhausbetten nicht noch eine Überausstattung an Pflegepersonal folgen lassen“ (Busse 2018).

Die angesprochene Argumentation wird – wenn eine Quelle oder konkrete Zahlen genannt werden – üblicherweise auf die in der OECD-Gesundheitsstatistik ausgewiesene Zahl der „practising nurses“ pro Kopf der Bevölkerung gestützt. Bei der Zahl der practising nurses handelt es sich jedoch nicht um die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern, sondern um die Gesamtzahl aller berufstätigen Pflegekräfte eines Landes, die in der direkten Pflege tätig sind. Die Zahl schließt somit auch die Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten Pflegeeinrichtungen, Pflegeheimen etc. ein.

Bei dieser Kennzahl liegt Deutschland in der Tat über dem EU-Durchschnitt. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Teilzeitquote des Pflegepersonals in Deutschland sehr hoch ist. Sie liegt im Pflegedienst der Krankenhäuser mittlerweile über 50 Prozent und in der ambulanten Pflege sowie in Pflegeheimen sogar bei 70 Prozent. Da sich die Teilzeitquoten international zum Teil deutlich unterscheiden, ist die Zahl der Beschäftigten (Kopfzahl) für internationale Vergleiche nicht geeignet, um sich ein Bild über die effektive Personalbesetzung zu verschaffen. Aussagekräftiger und in der Fachdiskussion üblicherweise als Kennzahl verwendet ist die Zahl der Vollzeitäquivalente (Vollkräfte).

Da aus der Gesamtzahl der berufstätigen Pflegekräfte eines Landes nicht auf die Personalbesetzung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal geschlossen werden kann, bedarf es für einen seriösen internationalen Vergleich der Verwendung von Kennzahlen zur Zahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern. Diese bieten die Datenbanken der online zugänglichen OECD Health Statistics sowohl in Form der Kopfzahl als auch in Form der Kennzahl „Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner“. Beide Kennzahlen werden für „professional nurses“ und für „associated nurses“ ausgewiesen. Der ersten Gruppe werden für Deutschland die mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte zugeordnet, der zweiten Gruppe Pflegehilfskräfte mit einer mindestens einjährigen Pflegehilfeausbildung. Aus der Addition beider Gruppen ergibt sich die Summe der in den OECD-Datenbanken ausgewiesenen Zahl an Pflegekräften in Krankenhäusern.

Aus den genannten Gründen sollte für einen seriösen Vergleich die Zahl der Vollzeitäquivalente pro Kopf der Bevölkerung verwendet werden. Da diese Kennzahl nur für einen Teil der europäischen Staaten verfügbar ist, muss sich ein Vergleich auf einige Länder beschränken. Zudem sollten grundsätzlich nur Staaten miteinander verglichen werden, die über ein ähnliches Wohlstandsniveau und ein ähnlich gut funktionierendes Gesundheitssystem verfügen.

Betrachtet man das Ergebnis einer Zusammenstellung neuerer in den OECD-Daten verfügbarer Angaben, so ergibt dies ein vollkommen anderes Bild, als es die Verwendung der irreführenden Kennzahl „practising nurses“ zeigt. Während die OECD-Gesundheitsstatistik für Dänemark 2020 die Zahl von 6,43 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) pro 1.000 Einwohner ausweist, für die Schweiz 7,02 VZÄ, für Großbritannien 7,59 VZÄ und für Norwegen 8,26 VZÄ, sind es für Deutschland lediglich 4,85 VZÄ.

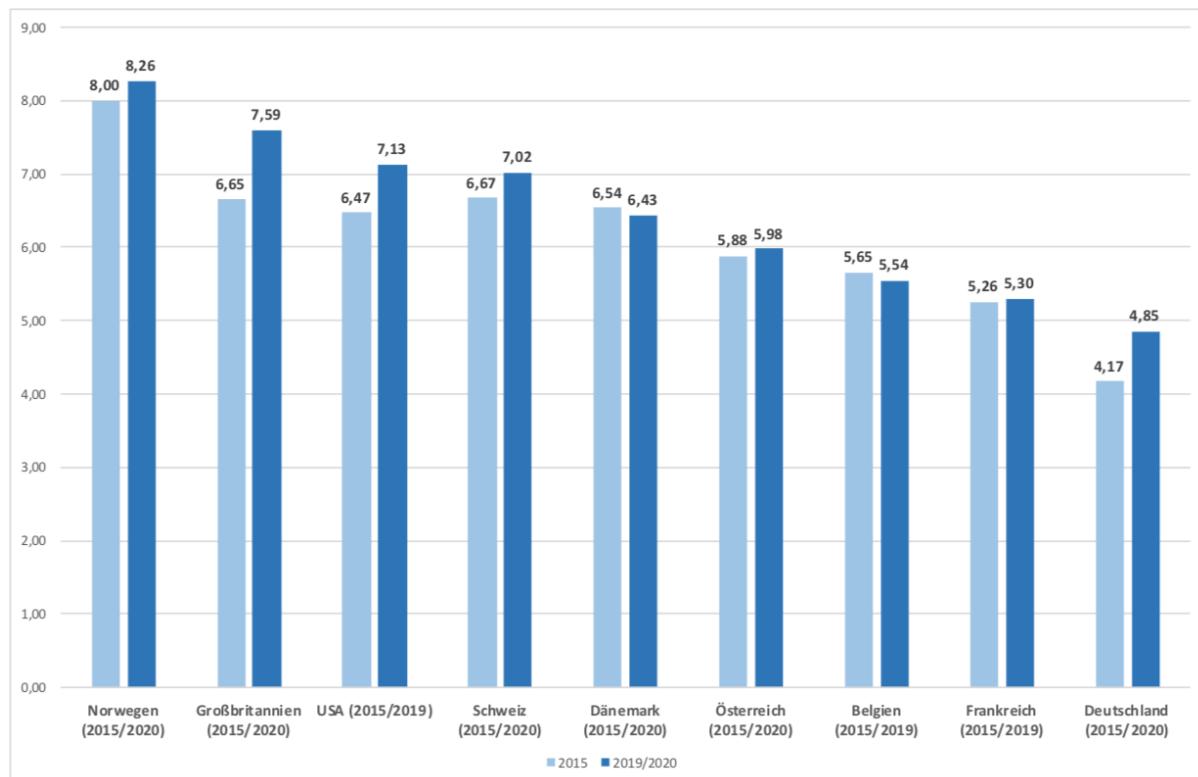


Abbildung 1: Professional nurses und associate nurses in Krankenhäusern. Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner. Quelle: OECD Health Statistics.

Die Kennzahl „Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner“ ist insofern für die Frage der Personalausstattung der deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich von besonderer Bedeutung, als sie von der Zahl der Krankenhausbetten und Krankenhausfälle vollkommen unabhängig ist. Selbst wenn die Zahl der Betten und Fälle in Deutschland massiv reduziert würde, beispielsweise auf die Hälfte, würde sich nichts daran ändern, dass die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal pro Kopf der Bevölkerung deutlich unter der Ausstattung anderer vergleichbarer europäischer Länder oder der USA liegt.

Das Ausmaß des Unterschiedes wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, wie viel zusätzliches Pflegepersonal (VZÄ) notwendig wäre, um die Personalausstattung deutscher Krankenhäuser an das Niveau einzelner anderer in den Vergleich einbezogener Länder anzugeleichen. Die deutsche Krankenhausstatistik weist für den Pflegedienst 2020 insgesamt ca. 363.000 Vollkräfte aus. Wollte man die

Personalausstattung des Pflegedienstes in deutschen Krankenhäusern auf das Niveau Dänemarks anheben, wäre eine Erhöhung um ca. 33 Prozent oder ca. 120.000 Vollkräfte erforderlich. Eine Anhebung auf das Niveau der Schweiz oder der USA würde eine Erhöhung um ca. 45 Prozent oder ca. 160.000 Vollkräfte erfordern, eine Anhebung auf das Niveau Großbritanniens eine Erhöhung um a. 55 Prozent oder ca. 200.000 Vollkräfte und eine Anhebung auf das Niveau Norwegens eine Erhöhung um ca. 70 Prozent oder ca. 250.000 Vollkräfte.

Diese Zahlen sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren, da die OECD-Statistik eine Reihe ernsthafter Probleme aufweist, die die Nutzbarkeit ihrer Daten für einen seriösen internationalen Vergleich einschränken. Dies gilt nicht nur für die Kennzahl „Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner“, sondern auch die die Kennzahl „practising nurses“. Die Probleme resultieren vor allem aus der teilweise sehr unterschiedlichen Qualität und Validität der Datenlieferungen der Mitgliedsstaaten und dem letztlich nicht befriedigend zu lösenden Problem, unterschiedliche Gesundheitssysteme und – in diesem Fall von besonderer Relevanz – teilweise sehr unterschiedliche Strukturen der beruflichen Qualifizierung und Qualifikation unter einheitlichen Bezeichnungen zusammenzufassen.

Trotz dieser Einschränkungen dürften die hier zusammengestellten Daten aber dennoch hinreichend genug deutlich machen, dass die Ausstattung deutscher Krankenhäuser mit Pflegepersonal zum Teil deutlich unter der anderer vergleichbarer europäischer Länder.

Sollte die Personalbesetzung im Pflegedienst nicht deutlich verbessert werden, kann der Blick auf andere europäische Länder zunehmend auch sehr praktische Relevanz gewinnen. Die bereits existierende Abwanderung von Pflegefachkräften in europäische Länder, die ihnen deutlich bessere Arbeitsbedingungen bieten, könnte immer weiter zunehmen.

Bereits heute haben wir die absurde Situation, dass Pflegefachkräfte, die in Deutschland ausgebildet wurden, aufgrund der hier herrschenden schlechten Arbeitsbedingungen in andere europäische Länder abwandern, und ausländische Pflegekräfte aus Osteuropa, Spanien, Mexiko etc. angeworben werden, um die Lücke zwischen dem vorhandenen und verfügbaren Pflegepersonal in Deutschland zu füllen.

Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 3: § 137I SGB V

In der Stellungnahme werden im Interesse einer leichteren Nachvollziehbarkeit jeweils zuerst die beabsichtigten Neuregelungen aus dem Gesetzentwurf zitiert. Änderungen von Formulierungen sind hervorgehoben, Entfernungen von Wörtern mit Durchstreichungen kenntlich gemacht.

Zusammenfassung

Laut Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfes soll § 137I SGB V dazu dienen, die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung der PPR 2.0 umzusetzen. Wenn dies tatsächlich von der Regierungskoalition beabsichtigt ist, bedarf der vorgelegte Entwurf eines § 137I SGB V der vollständigen Überarbeitung und zahlreicher Änderungen. So wie er im vorliegenden Gesetzentwurf formuliert ist, kann er diesen Zweck nicht erfüllen.

Der vorgeschlagene § 137I SGB V enthält keine Verpflichtung des BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung. Er stellt es in das Ermessen des Ministeriums, ob es überhaupt eine Rechtsverordnung erlässt. Dies ist nicht ausreichend, um den Erlass einer Verordnung sicherzustellen, die der Einführung der PPR 2.0 dienen soll. Das Konzept für die PPR 2.0 liegt dem BMG seit über zwei Jahren vor, ohne dass das BMG eine Initiative zur Einführung der PPR 2.0 unternommen hat. Obwohl der Koalitionsvertrag vom 24. November 2021 die Feststellung enthält, die neue Regierungskoalition wolle die PPR 2.0 „kurzfristig“ als Übergangsinstrument einführen, erklärte der Staatssekretär im BMG, Edgar Franke (SPD), am 16. März 2022 auf dem Krankenhausgipfel der DKG, das BMG eruiere, „ob“ es „überhaupt“ die PPR 2.0 „übergangsweise einsetze“ (Franke 2022). Angesichts der bisherigen Politik des BMG und der erwähnten Äußerung des Staatssekretärs erscheinen Zweifel angebracht, ob das BMG die PPR 2.0 überhaupt einführen will. Dass im Regierungsentwurf keine Verpflichtung des BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung enthalten ist, sondern nur eine Ermächtigung, von der das BMG keinen Gebrauch machen muss, bestärkt diese Zweifel.

Wenn das BMG dennoch eine Rechtsverordnung erlassen würde, wäre es nach dem vorgelegten Gesetzentwurf dem Ministerium überlassen, welches Konzept zur Personalbedarfsermittlung es vorgibt. Der Gesetzentwurf enthält an keiner Stelle die Vorgabe, dass Gegenstand der Rechtsverordnung die Einführung der „Pflege-Personalregelung 2.0“ (PPR 2.0) zu sein hat.

§ 137I Abs. 2 SGB V sieht die Erprobung eines „Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung“. Es fehlt somit die ausdrückliche Erwähnung der PPR 2.0. Der Gesetzentwurf lässt offen, welches Konzept erprobt werden soll.

Sollte die Erprobung der PPR 2.0 geplant sein, so erstaunt die Durchführung einer Erprobung, denn 2020 erfolgte bereits eine Erprobung des Konzepts der PPR 2.0 durch eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung im Rahmen eines Pre-Tests. Der Pre-Test wurde vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universität Halle-Wittenberg durchgeführt und hatte zum Ergebnis, dass „von einer guten bis sehr guten Anwendbarkeit“ der PPR 2.0 ausgegangen werden kann (Fleischer 2020: 27). Dass es sich bei dem genannten Institut um eine „fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung“ handelt, wie im Gesetzentwurf gefordert, dürfte wohl nicht bestreitbar sein. Infofern ist für die PPR 2.0 die in § 137I SGB V geforderte Erprobung bereits erfolgt. Sollte geplant sein, die PPR 2.0 einzuführen, wäre keine erneute Erprobung notwendig.

Sollte dennoch eine Erprobung vorgesehen werden, so wäre vorher klarzustellen, welches Konzept erprobt werden soll. Denn nur so kann eine sachgerechte Erprobung ausgeschrieben und/oder in Auftrag gegeben werden. Ohne diese vorherige Festlegung bliebe des dem Auftragnehmer der Erprobung überlassen zu entscheiden, welches Konzept erprobt wird.

Auch wenn über die Auswahl des Konzeptes Einvernehmen mit dem BMG herzustellen ist, löst dies das Problem nicht. Wenn vor oder in der Auftragserteilung keine Festlegung des zu erprobenden Konzeptes erfolgt, kann das BMG im Nachhinein sein Einvernehmen zu der vom Auftragnehmer vorgenommenen Entscheidung für ein Konzept nicht verweigern. Die Ausschreibung oder Auftragserteilung braucht die vorherige Festlegung, was für ein Konzept erprobt werden soll. Insofern sollte der geplante § 137I SGB V vorgeben, was für ein Konzept erprobt werden soll, wenn denn überhaupt eine Erprobung erfolgen soll (die für die Einführung der PPR 2.0 aus den oben genannten Gründen nicht erforderlich wäre).

Der zu empfehlende Verzicht auf eine erneute Erprobung des Konzepts der PPR 2.0 könnte nicht nur Ressourcen sparen, sondern auch die Zeit bis zum Erlass der geplanten Rechtsverordnung deutlich verkürzen. Eine Verkürzung der Zeit bis zum Erlass einer Rechtsverordnung erscheint wiederum notwendig. Denn würde die Rechtsverordnung erst Ende November 2023 erlassen, wäre es nicht verantwortbar, sie bereits zum 1. Januar 2024 in Kraft treten zu lassen. In einem solchen Fall würden den Krankenhäusern nur vier Wochen Zeit bleiben, um die notwendigen organisatorischen Vorbereitungen für die Anwendung der neuen Rechtsvorschriften zu treffen. Dieser Zeitraum wäre zu kurz für eine ausreichende Vorbereitung. Es müssten nicht nur technische Vorbereitungen für die tägliche Erfassung und Dokumentation des Pflege- und Personalbedarfs erfolgen, es müssten vor allem auch die Pflegekräfte auf den Stationen mit der PPR 2.0 vertraut und in ihrer Anwendung geschult werden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass dies bereits vor Erlass der Rechtsverordnung geschehen kann, denn sollte der § 137I SGB V so wie vorgelegt beschlossen werden, können die Kliniken nicht sicher sein, ob es überhaupt eine Rechtsverordnung geben wird und ob die PPR 2.0 eingeführt wird oder nicht irgendein anderes Instrument.

Laut Gesetzentwurf soll die Erprobung in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erfolgen. Dies wirft die Frage auf, welcher Zweck mit der geplanten Erprobung verfolgt werden soll. Zweck der Erprobung eines Messinstrumentes wie der PPR 2.0 ist üblicherweise die Prüfung der Anwendbarkeit oder Praktikabilität sowie der Reliabilität, in diesem Fall vor allem die Untersuchung der Frage, ob die Anwendung des Instruments durch unterschiedliche Anwenderinnen zu gleichen Ergebnissen führt (hier: zu gleichen Patienteneinstufungen). Für eine solche Erprobung ist es nicht notwendig, eine repräsentative Stichprobe zu ziehen. Insofern ist nicht nachvollziehbar, warum der Regierungsentwurf für die Erprobung eine repräsentative Auswahl an Krankenhäusern verlangt. Zudem sollen die ausgewählten Krankenhäuser laut Gesetzentwurf nur die Daten der Ist-Personalbesetzung und die Zahl der „auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte“ übermitteln. Für eine Erprobung der Praktikabilität eines Messinstrumentes wären jedoch andere Daten erforderlich, beispielsweise die Ergebnisse einer Befragung derjenigen Pflegekräfte, die das neue Instrument während der Erprobung angewendet haben, ob sie das Instrument auf Grundlage ihrer Erfahrungen als praktikabel und hilfreich einschätzen.

Wenn nur die Daten der Ist-Personalbesetzung und der ermittelten Soll-Personalbesetzung gemeldet werden sollen, vermittelt dies den Eindruck, dass das BMG allein an der Frage interessiert ist, ob

und in welcher Höhe mit einem Personalmehrbedarf zu rechnen ist. Für die Beantwortung dieser Frage wäre in der Tat eine repräsentative Stichprobe erforderlich. Die Organisation einer repräsentativen Stichprobe ist jedoch erheblich aufwändiger als die einer kleineren Gelegenheitsstichprobe, wie sie für die Erprobung der Handhabbarkeit ausreicht. Zudem wäre es illusorisch anzunehmen, bereits im ersten Quartal 2023 sei es möglich, aufgrund einer repräsentativen Stichprobe den voraussichtlichen Personalmehrbedarf zu ermitteln. Bei Ziehung einer repräsentativen Stichprobe muss damit gerechnet werden, dass ein erheblicher Teil der ausgewählten Kliniken weder die alte PPR anwendet noch die PPR 2.0 kennt und intern anwendet. Es wären folglich umfangreiche Fortbildungen und Schulungen des Pflegepersonals in einem Großteil der ausgewählten Kliniken erforderlich. Zudem ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den bisherigen Versuchen der Ziehung einer repräsentativen Stichprobe für die DRG-Kalkulation höchst zweifelhaft, ob es überhaupt möglich ist, eine echte repräsentative Stichprobe zu realisieren. Zuverlässige Zahlen über einen Personalmehrbedarf werden erst auf Grundlage einer Vollerhebung möglich sein, die erst erfolgen kann, wenn alle Krankenhäuser aufgrund einer geltenden Rechtsvorschrift mittels eines bundesweit einheitlich anzuwendenden Instrumentes den Pflege- und Personalbedarf erheben und an das InEK oder die Kostenträger übermitteln müssen. So wie es 1993 nach Einführung der alten PPR der Fall war.

Einbeziehung der Intensivstationen

Der vorliegende Entwurf sieht ausdrücklich keine Einbeziehung der Intensivstationen vor. Der Koalitionsvertrag enthält die Ankündigung, die PPR 2.0 einzuführen. Da die PPR 2.0 nur Regelungen nur für die Pflege von Erwachsenen auf Normalstationen vorsieht, steht diese Einschränkung im Einklang mit dem Koalitionsvertrag. Die Regierungscoalition ist jedoch frei in der Entscheidung, Vorgaben auch für weitere Bereiche zu erlassen. Im Fall der pflegerischen Versorgung von Kindern sieht dies der vorliegende Entwurf für einen § 137I SGB V auch vor, nicht jedoch für die Intensivstationen. Eine Begründung dafür findet sich im Gesetzentwurf nicht. Da das Gebot der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung und einer bedarfsgerechten Pflege auch für die Versorgung auf Intensivstationen gilt, ist kein überzeugender Grund ersichtlich, warum nicht auch für die Intensivstationen die Anwendung eines Instrumentes zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs vorgegeben werden soll. Dafür ist die PPR 2.0 zwar nicht geeignet, der vorliegende Vorschlag von DKG, DPR und ver.di schließt jedoch die Empfehlung ein, das bereits seit längerem in der Intensivpflege etablierte Instrument INPULS für die bundesweite Anwendung vorzugeben. Dieser Empfehlung sollte gefolgt werden.

Fazit

Insgesamt enthält der vorgelegte Entwurf eines § 137I SGB V eine Vielzahl von Unklarheiten, Formulierungsmängeln und sachlogischen Inkonsistenzen. Aus meiner Sicht ist eine grundlegende und vollständige Neufassung erforderlich.

In der nachfolgenden Stellungnahme zu einzelnen Absätzen oder Passagen wird näher auf die Problemzpunkte eingegangen und werden – für den Fall, dass keine grundlegende Überarbeitung und Neufassung erfolgt – eine Reihe von einzelnen Änderungsvorschlägen gemacht.

§ 137I SGB V: Überschrift

Beabsichtigte Neuregelung

„§ 137I Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung“

Stellungnahme

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Überschrift ist nicht sachgerecht, da die geplanten Regelungen nicht die gesamte Pflege im Krankenhaus betreffen sollen, sondern nur die bettenführenden Abteilungen (Stationen). Es soll keine Vorgaben zur Besetzung anderer Bereiche des Krankenhauses geben, in denen ebenfalls Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung tätig ist, wie dem sogenannten Funktionsdienst (Ambulanz, OP, Anästhesie etc.). Für den Bereich der bettenführenden Abteilungen ist in der Fachliteratur und in der amtlichen Krankenhausstatistik die aus der Krankenhaus-Buchführungsverordnung stammende Bezeichnung „Pflegedienst“ gebräuchlich. Dieser Begriff ist für eine Rechtsvorschrift hinreichend eindeutig.

Änderungsvorschlag

„§ 137I Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung“

§ 137I Abs. 1 Satz 1 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen.

Stellungnahme

„Angemessene“ Personalausstattung

Satz 1 verpflichtet die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, eine „angemessene Personalausstattung vorzuhalten“. Was eine „angemessene“ Personalausstattung ist, wird weder in § 137I SGB V noch in der Begründung definiert, in der der Begriff ebenfalls an mehreren Stellen verwendet wird. Das GKV-Recht kennt bislang keine „angemessene“ Versorgung oder „angemessene“ Leistungen. Wenn das Adjektiv „angemessen“ im SGB V benutzt wird, dann im Zusammenhang mit Vergütungen oder Fristen, nicht jedoch zur Qualifizierung von Leistungen. Hinsichtlich der Leistungen ist das GKV-Recht sehr eindeutig. Es verpflichtet die Leistungserbringer zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung:

„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“ (§ 70 Abs. 1 SGB V).

Das KHG verlangt ebenfalls keine „angemessene“, sondern vielmehr eine „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung“ (§ 1 Abs. 1 KHG).

Eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung kann nur gewährleistet werden kann, wenn auch die pflegerische Versorgung im Krankenhaus bedarfsgerecht ist. Eine bedarfsgerechte Pflege im

Krankenhaus wiederum erfordert als Grundvoraussetzung eine bedarfsgerechte Personalausstattung mit ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal.

Insofern sollte auch in einem neu eingeführten § 137I SGB V nicht von einer „angemessenen“ Pflege oder Personalausstattung die Rede sein, sondern von *bedarfsgerechter* Pflege und Personalausstattung. Es sei denn, der Gesetzgeber will mit einem anderen Begriff zum Ausdruck bringen, dass die Pflege im Krankenhaus nicht bedarfsgerecht sein braucht. Dann wäre es allerdings begründungsbedürftig, warum in diesem Leistungsbereich von dem zentralen und elementaren Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit der GKV-Leistungen abgewichen werden soll.

Personal „sicherstellen“

Die Formulierung, dass Krankenhäuser das für eine bedarfsgerechte Personalausstattung erforderliche Personal „sicherzustellen“ haben, kann nur als verunglückt bezeichnet werden. Was soll die „Sicherstellung“ von Personal sein? Soll es wie ein Gegenstand im Rahmen polizeilicher Ermittlungen „sichergestellt“ werden oder soll es gar in Sicherungsverwahrung genommen werden? Der Begriff „Sicherstellung“ wird im Gesundheitswesen in der Regel im Zusammenhang mit einem sogenannten „Sicherstellungsauftrag“ benutzt, sei es der Sicherstellungsauftrag der Länder für die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung oder der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Leistungserbringer haben keinen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, sondern eine bedarfsgerechte Versorgung zu „gewährleisten“, und Krankenhäuser haben das für eine bedarfsgerechte Pflege erforderliche Personal „vorzuhalten“.

„Pflege am Bett“

Die Verwendung der Formulierung „Pflege am Bett“ entspricht bereits seit langem nicht dem Stand der Pflegefachsprache. Nicht das Bett wird gepflegt, sondern Patientinnen und Patienten werden gepflegt. Aber auch die Formulierung „Pflege am Patienten“ wäre hier unangebracht, denn die Ermittlung des Pflegebedarfes und Personalbedarfes muss auch pflegerische Leistungen erfassen und berücksichtigen, die nicht „am Patienten“ erbracht werden, beispielsweise Leitungsaufgaben, Dienstbesprechungen, Fortbildungen etc. (so wie es bei der PPR und PPR 2.0 der Fall ist).

Einbeziehung der Intensivstationen

Wenn die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet werden sollen, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung in Pflegedienst zu gewährleisten, wie in Satz 1 vorgesehen, dann schließt diese Formulierung auch die Intensivstationen ein. Aus Satz 1 ergibt sich folglich, dass die geplante Rechtsverordnung auch Vorgaben für den Pflegedienst auf Intensivstationen enthalten müsste. Soll die Intensivpflege ausdrücklich nicht eingeschlossen werden, wie an anderen Stellen des Gesetzentwurfes festgestellt, kann dafür kein sachlich überzeugender Grund angeführt werden. Es wäre zudem ein Verstoß gegen ein zentrales Gebot des GKV-Rechts und des KHG. Das Gebot der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung gilt ohne Einschränkungen für alle Leistungserbringer und Leistungen und somit auch für die pflegerische Versorgung auf Intensivstationen.

Ein möglicher Verweis darauf, dass es für die Intensivstationen bereits Vorgaben durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung gibt, kann nicht überzeugen. Zum einen wäre eine solche Argumentation auch auf Normalstationen anwendbar und würde nicht nur Neuregelungen nach dem

geplanten § 137I SGB V hinfällig werden lassen, sondern auch die bestehenden Regelungen nach § 137k SGB V.

Zum anderen ist Ziel der PpUGV ausdrücklich keine bedarfsgerechte Personalbesetzung, sondern nur eine Minimalbesetzung. Zwar sind die Anforderungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) an die Besetzung der Intensivstationen mit Pflegepersonal – verglichen mit den Vorgaben für Normalstationen – relativ anspruchsvoll, sie genügen aber dennoch weder den fachlichen Anforderungen, die sich aus den Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften ergeben (DIVI 2017a), noch den Empfehlungen der Fachvereinigung für Intensivpflege (DGF 2015).

Pflegenotstand herrscht seit langem nicht nur auf Normalstationen, sondern in besonderem Maße auch auf einem Großteil der Intensivstationen. Insofern sind auch für die Intensivpflege verbindliche Vorgaben dringend notwendig. Dies gilt in gleichem Maße auch für sogenannte Intermediate-Care Stationen (IMC). Auch für sie liegen Empfehlungen der DIVI vor (DIVI 2017b).

Änderungsvorschlag

Satz 1 sollte wie folgt geändert werden:

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine **bedarfsgerechte Pflege der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten** und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal **vorzuhalten**.

§ 137I Abs. 1 Satz 2 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,
2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und
3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.

Stellungnahme

Satz 2 ist überflüssig. Die betreffenden Vorgaben sollen, wie auch in Satz 2 ausgeführt, durch die Rechtsverordnung nach Absatz 3 erfolgen. Insofern stellt sich die Frage, welchen Sinn und Nutzen es haben soll, bereits jetzt und an dieser Stelle des § 137I SGB V solche Vorgaben zu machen, die erst nach Erlass der genannten Rechtsverordnung wirksam werden können und zudem in der Rechtsverordnung auch erscheinen werden.

Änderungsvorschlag

Streichung des Satzes.

§ 137I Abs. 1 Satz 3 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen.

Stellungnahme

Der letzte Satz des Absatz 1 ist in diesem Absatz deplatziert und zudem insgesamt überflüssig. Die Vorschriften zur schrittweisen Anpassung sollen erst noch durch eine Rechtsverordnung erlassen werden. Dass es solche Vorschriften geben soll, wird an anderer Stelle des § 137I angesprochen. Zudem vermittelt die Verwendung des Wortes „außerdem“ den Eindruck einer gewissen Beliebigkeit.

Änderungsvorschlag

Streichung des Satzes.

§ 137I Abs. 2 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

(2) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. ²Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. ³Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte und
2. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

⁴Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. ⁵Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen. ⁶Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. ⁷Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 zu berücksichtigen.

Stellungnahme

Dreimonatige Erprobung

Die vorgelegte Fassung eines § 137I SGB V enthält an keiner Stelle die Erwähnung der PPR 2.0. Lediglich in der Gesetzesbegründung wird zum Ausdruck gebracht, dass der neue § 137I SGB V dazu dienen soll, die PPR 2.0 einzuführen und damit die im Koalitionsvertrag enthaltene Ankündigung umzusetzen.

Maßgeblich für das Handeln des BMG ist jedoch der verabschiedete Gesetzestext. Dieser Hinweis ist in Bezug auf den Absatz 2 insofern von Bedeutung, als in Absatz 2 Satz 1 zwar von einem „Konzept zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung“ die Rede ist, der Gesetzestext jedoch an keiner Stelle klarstellt, um welches Konzept es sich dabei handeln soll.

Wenn geplant ist, die PPR 2.0 einzuführen, stellt sich allerdings die Frage, warum überhaupt noch eine Erprobung erfolgen soll. Es gab bereits einen Pre-Test für die PPR 2.0, in dem auch die Anwendbarkeit der PPR 2.0 erprobt wurde. Er wurde 2020 von einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung durchgeführt, dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Der Ergebnisbericht liegt seit 2020 vor (Fleischer 2020). An dem Pre-Test beteiligten sich 44 Krankenhäuser mit insgesamt 206 Stationen. Der Pre-Test ergab, dass „von einer guten bis sehr guten Anwendbarkeit“ der PPR 2.0 ausgegangen werden kann (ebd. 27).

Da es bereits eine Erprobung der PPR 2.0 durch eine fachlich unabhängige Einrichtung im Rahmen eines Pre-Tests gab, ist nicht nachvollziehbar, warum es eine erneute Erprobung geben soll. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält keine Begründung für die Notwendigkeit einer erneuten Erprobung. Weder werden Zweifel an der fachlichen Eignung des Instituts der Universität Halle-Wittenberg geäußert, noch werden Mängel oder Fehler im methodischen Vorgehen bei der Durchführung des Pre-Tests nachgewiesen. Insofern ist kein überzeugender Grund ersichtlich, warum es eine erneute Erprobung geben sollte. Dies gilt allerdings nur, sofern die PPR 2.0 erprobt und eingeführt werden soll. Sollte das BMG planen, ein anderes Instrument einzuführen, dann wäre allerdings eine Erprobung erforderlich.

Soll die PPR 2.0 eingeführt werden und würde auf eine erneute Erprobung verzichtet, könnte dies nicht nur Finanzmittel (Kosten der Erprobung) sowie Arbeits- und Zeitaufwand in Erprobungskrankenhäusern und dem InEK einsparen, sondern auch die Zeit bis zum Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 3 deutlich verkürzen.

Es erscheint angebracht, an dieser Stelle kurz aufzuzeigen, welche Probleme sich stellen und gelöst werden müssen, wenn die Erprobung eines anderen Instruments als der PPR 2.0 geplant sein sollte.

- Zunächst einmal müsste es ein bereits vorhandenes, konzeptionell ausgereiftes und praxistaugliches Instrument sein.
- Alle in die Auswahl aufgenommene Krankenhäuser müssen in der Lage sein, dieses Instrument anzuwenden. Folglich muss das Pflegepersonal auf den Stationen, die die geforderten Daten über die Soll-Personalbesetzung erheben sollen, in der Lage sein, das Instrument sachgerecht anzuwenden. Sofern das Instrument nicht bereits auf den ausgewählten Stationen angewendet wird, erfordert dies die Durchführung von Schulungen, um das Pflegepersonal zu befähigen, das Instrument anzuwenden und die geforderten Daten in der erforderlichen Validität zu erheben.

Für die Erprobung kommt somit kein Instrument infrage, das erst noch entwickelt werden müsste, da der vorgesehene Zeitplan dies nicht zulässt. Eine Erprobung kann folglich nur für ein bereits existierendes Konzept erfolgen. Außer der PPR 2.0 gibt es m.W. im deutschsprachigen Raum gegenwärtig nur das Schweizer Modell „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP), das als hinreichend ausgereift und praxistauglich gelten kann. LEP ist allerdings ein kommerzielles Produkt und scheidet deshalb für die geplante Anwendung eines gemeinfrei verfügbaren Instrumentes aus.

Zur Frage der Notwendigkeit einer repräsentativen Auswahl

Laut Gesetzentwurf soll die Erprobung in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erfolgen. Dies wirft die Frage auf, welcher Zweck mit der geplanten Erprobung verfolgt werden soll. Zweck der Erprobung eines Messinstrumentes wie der PPR 2.0 ist üblicherweise die Prüfung der Anwendbarkeit oder Praktikabilität sowie der Reliabilität, in diesem Fall vor allem die Untersuchung der Frage, ob die Anwendung des Instruments durch unterschiedliche Anwenderinnen zu gleichen Ergebnissen führt

(hier: zu gleichen Patienteneinstufungen). Für eine solche Erprobung ist es nicht notwendig, eine repräsentative Stichprobe zu ziehen. Insofern ist nicht nachvollziehbar, warum der Regierungsentwurf für die Erprobung eine repräsentative Auswahl an Krankenhäusern verlangt. Zudem sollen die ausgewählten Krankenhäuser nur die Daten der Ist-Personalbesetzung und die Zahl der „auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte“ übermitteln. Für eine Erprobung der Praktikabilität eines Messinstrumentes wären jedoch andere Daten erforderlich, beispielsweise die Ergebnisse einer Befragung derjenigen Pflegekräfte, die das neue Instrument während der Erprobung angewendet haben, ob sie das Instrument auf Grundlage ihrer Erfahrungen als praktikabel und hilfreich einschätzen.

Wenn nur die Daten der Ist-Personalbesetzung und der ermittelten Soll-Personalbesetzung gemeldet werden sollen, vermittelt dies den Eindruck, dass das BMG allein an der Frage interessiert ist, ob und in welcher Höhe mit einem Personalmehrbedarf zu rechnen ist. Für die Beantwortung dieser Frage wäre in der Tat eine repräsentative Stichprobe erforderlich. Die Organisation einer repräsentativen Stichprobe ist jedoch erheblich aufwändiger als die einer kleineren Gelegenheitsstichprobe, wie sie für die Erprobung der Handhabbarkeit ausreichen würde. Zudem wäre es illusorisch anzunehmen, bereits im ersten Quartal 2023 sei es möglich, aufgrund einer repräsentativen Stichprobe den voraussichtlichen Personalmehrbedarf zu ermitteln. Bei Ziehung einer repräsentativen Stichprobe muss damit gerechnet werden, dass ein erheblicher Teil der ausgewählten Kliniken weder die alte PPR anwendet noch die PPR 2.0 kennt und intern anwendet. Es wären folglich umfangreiche Fortbildungen und Schulungen des Pflegepersonals in einem Großteil der ausgewählten Kliniken erforderlich. Zudem ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den bisherigen Versuchen der Ziehung einer repräsentativen Stichprobe für die DRG-Kalkulation höchst zweifelhaft, ob es überhaupt möglich ist, eine echte repräsentative Stichprobe zu realisieren. Zuverlässige Zahlen über einen Personalmehrbedarf werden erst auf Grundlage einer Vollerhebung möglich sein, die erst erfolgen kann, wenn alle Krankenhäuser aufgrund einer geltenden Rechtsvorschrift mittels eines bundesweit einheitlich anzuwendenden Instrumentes den Pflege- und Personalbedarf erheben und an das InEK oder die Kostenträger übermitteln müssen. So wie es 1993 nach Einführung der alten PPR der Fall war.

Wie bereits dargelegt, ist für die Durchführung der Erprobung eines Instrumentes zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes keine Repräsentativität der ausgewählten Kliniken erforderlich. Wenn in § 137I SGB V aber dennoch eine repräsentative Auswahl gefordert würde, hätte dies eine Reihe von Problemen zur Folge.

Eine Stichprobe kann dann als „repräsentativ“ gelten, wenn alle Einheiten der Grundgesamtheit, in diesem Fall alle zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die gleiche Chance haben, in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Die Ziehung der Stichprobe hat per Zufallsverfahren zu erfolgen. Würden über die per Zufall hinaus ausgewählten Krankenhäuser weitere Kliniken in die Stichprobe aufgenommen, könnte dies zu systematischen Verzerrungen der Stichprobe führen. Es wäre keine repräsentative Stichprobe mehr. Deshalb darf es über die Zufallsauswahl hinaus keine Aufnahme weiterer Krankenhäuser in die Stichprobe geben.

Angesichts der bisherigen Praxis der Kalkulation von DRG-Fallpauschalen erscheint es angebracht darauf hinzuweisen, dass eine seriöse repräsentative Stichprobe in diesem Fall nicht nach der sogenannten „Ein-Haus-Methode“ erfolgen dürfte, wie sie leider immer noch bei der DRG-Kalkulation zur Anwendung kommt. Dabei wird lediglich aus der Gesamtheit aller Krankenhäuser eine Stichprobe gezogen. Der Begriff „Ein-Haus-Methode“ macht dabei deutlich, dass diese Art der Stichprobe implizit

von der – vollkommen unrealistischen – Annahme ausgeht, alle DRGs würden in allen Krankenhäusern in gleichem Maße und gleicher Verteilung angeboten.

Eine seriöse repräsentative Stichprobe müsste eine sogenannte geschichtete oder stratifizierte Stichprobe sein, bei der die Gesamtheit aller Krankenhäuser nach Strukturmerkmalen wie Krankenhausgröße, Versorgungsauftrag, Trägerschaft und regionale Verteilung in Gruppen aufgeteilt wird und aus jeder Gruppe eine Zufallsauswahl gezogen wird. Angesichts dieser Anforderungen an die Repräsentativität einer Auswahl erscheint es sehr zweifelhaft, dass eine echte repräsentative Stichprobe überhaupt realisierbar ist. Zu verweisen ist hier zudem auf die erheblichen, im Grunde immer noch nicht gelösten Probleme der Ziehung einer repräsentativen Stichprobe für die DRG-Kalkulation.

Entscheidung über das zu erprobende Konzept

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Entscheidung darüber, welches Konzept erprobt werden soll, der mit der Erprobung beauftragten Einrichtung oder dem/der Sachverständigen überlassen werden soll. Der Auftragnehmer hat darüber lediglich Einvernehmen mit den BMG herzustellen. Wird § 137I SGB V so beschlossen wie im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen, könnten BMG und beauftragte Sachverständige darüber entscheiden, welche Art von Konzept erprobt wird. Beide Akteure wären nicht an die Erprobung des vorliegenden Konzepts für eine PPR 2.0 gebunden, sie könnten auch ein anderes Konzept für die Erprobung auswählen. Sollte es Intention der vorgelegten Formulierung sein, ein anderes Konzept als die PPR 2.0 zu erproben, würden allerdings die oben aufgezeigten Probleme der Erprobung eines noch nicht im praktischen Einsatz befindlichen Instrumentes greifen. Zudem ist gegenwärtig nicht erkennbar, welches andere gemeinfrei verfügbare Konzept als die PPR 2.0 hinreichend ausgereift und praxiserprobt ist, so dass es für die vorgesehene Erprobung infrage käme.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass die Regierungskoalition – sollte sie den § 137I SGB V so beschließen wie vorgelegt – die Entscheidung über die Verwirklichung ihres Versprechens, die PPR 2.0 einzuführen, aus der Hand geben und es dem BMG überlassen würde, ob die PPR 2.0 oder ein anderes Konzept erprobt und eingeführt wird. Sollte das BMG nicht die PPR 2.0, sondern ein anderes Instrument erproben lassen und einführen, bliebe dem Bundestag nur die Option einer kurzfristigen Änderung des dann geltenden § 137I SGB V. Eine möglicherweise bereits laufende Erprobung eines anderen Instrumentes müsste gestoppt und eine neue Beauftragung müsste ausgeschrieben und vorgenommen werden, die durch Änderung des § 137I SGB V dann ausdrücklich auf das Konzept der PPR 2.0 festgelegt werden müsste. Der vorgesehene Zeitplan wäre so nicht einzuhalten.

Der weitaus größere Schaden wäre jedoch ein politischer, ein nicht unerheblicher Ansehensverlust der drei Koalitionsparteien in der Pflege und – bei entsprechender medialer Berichterstattung – auch in der Öffentlichkeit.

Beauftragung eines/einer einzelnen Sachverständigen

Absatz 2 Satz 1 sieht vor, dass nicht zwingend eine wissenschaftliche Einrichtung muss, sondern auch ein Sachverständiger/eine Sachverständige mit der Erprobung beauftragt werden kann. Die Entscheidung wird dem BMG überlassen. Die anstehende Aufgabe ist jedoch so anspruchsvoll und komplex, dass es nicht nachvollziehbar ist, wie eine einzelne Person in der Lage sein soll, sie in der erforderlichen Zuverlässigkeit und Qualität zu leisten.

Verschärfend kommt hinzu, dass der vorliegende Gesetzentwurf vorsieht, die Entscheidung über das zu erprobende Konzept der beauftragten wissenschaftlichen Einrichtung oder der Einzelsachverständigen über überlassen. Darauf wurde oben bereits hingewiesen. Würde eine einzelne Sachverständige beauftragt, läge die Entscheidung über das zu erprobende Konzept bei einer einzelnen Person. Zwar wäre Einvernehmen mit dem BMG herzustellen, ohne die Vorgabe eines Konzeptes in § 137I SGB V ist es aber nicht vorstellbar, wie das BMG eine hinreichend pflegefachlich fundierte Entscheidung darüber treffen will, welches Konzept erprobt werden soll. Somit hätte das BMG auch keine pflegefachliche Grundlage für die Gewährung oder Verweigerung seines Einvernehmens mit der vom Auftragnehmer vorgenommenen Auswahl des Konzepts.

Diese Überlegung führt zu einem weiteren Problem. Es stellt sich die Frage, auf welcher fachlichen Grundlage das BMG eine Beauftragung vornehmen will. Soll eine Ausschreibung erfolgen, müsste entweder das zu erprobende Konzept vorgegeben werden oder es müsste die Frage des Konzeptes offen gelassen und somit dem Auftragnehmer überlassen werden. Im zweiten Fall würde sich das BMG allerdings in eine Abhängigkeit vom Auftragnehmer begeben, denn wenn es die Entscheidung über das Konzept in der Ausschreibung offenlässt, könnte es nicht im Nachhinein die Abnahme des Auftragsergebnisses mit der Begründung verweigern, der Auftragnehmer habe nicht das richtige Konzept erprobt. Das Gleiche gilt für die Verweigerung des Einvernehmens. Auf welcher fachlichen Grundlage sollte das BMG sein Einvernehmen zur Erprobung eines anderen Konzeptes als der PPR 2.0 verweigern?

Sollte die Regierungskoalition die PPR 2.0 einführen und an einer zweiten Erprobung festhalten wollen, wäre es somit erforderlich, in § 137I SGB V eindeutig festzulegen, dass das vorliegende Konzept der PPR 2.0 zu erproben ist.

Sprachliche Mängel

Der Gesetzentwurf enthält in § 137I SGB V mehrere sprachliche Mängel:

- In Absatz 2 Nr. 2 ist von einer „nichtmedizinischen“ Versorgung die Rede. Sollte es bei der Beschränkung auf Normalstationen bleiben, müsste dies in „nichtintensivmedizinischen“ geändert werden.
- In Nr 1 und Nr. 2 ist von „der jeweiligen bettenführenden Station“ die Rede. Da die Erprobung vermutlich nicht nur jeweils auf einer Station pro ausgewähltem Krankenhaus erfolgen soll, sondern auf mehreren, müsste dies in den Plural geändert werden.

Änderungsvorschlag

Sofern die PPR 2.0 eingeführt werden soll, kann auf eine erneute Erprobung verzichtet und der Absatz gestrichen werden. Soll die PPR 2.0 eingeführt und erneut erprobt werden, bedarf der Absatz einer vollständigen Neufassung.

§ 137I Abs. 3 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

(3) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden

Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen.² In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen

1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs, durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,
2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals,
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogenen zu erfassenden
 - a) Anzahl der in der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte (Ist-Personalbesetzung) und
 - b) Anzahl der in der jeweiligen Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte (Soll-Personalbesetzung),
4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten sowie
6. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Stellungnahme

Kann-Regelung

Satz 1 enthält keine Verpflichtung des BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung, sondern nur eine Kann-Vorschrift. Auch Absatz 4 Satz 1 sieht keine Verpflichtung des BMG zum Erlass von „Regelungen“ vor, sondern nur eine Ermächtigung. Davon muss das BMG nicht zwingend Gebrauch machen. In dem vom Justizministerium herausgegebenen „Handbuch der Rechtsförmlichkeit“ wird unter der Überschrift „Verpflichtung oder Ermessen zum Erlass von Rechtsverordnungen“ ausgeführt:

„Die Formulierung der Ermächtigungsnorm sollte klar erkennen lassen, ob der Ermächtigungsadressat verpflichtet oder ihm ein Ermessen eingeräumt sein soll, eine Verordnung zu erlassen.“

Wenn der Erlass der Verordnung in das Ermessen des Ermächtigungsadressaten gestellt werden soll, kann z. B. formuliert werden: „Das Bundesministerium ... wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ...“ oder „Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung ...“.

Kein Entscheidungsspielraum bleibt bei Formulierungen wie „... hat durch Rechtsverordnung Bestimmungen über ... zu erlassen“. Auch wenn von „notwendigen“ Durchführungs- und Ausführungsbestimmungen die Rede ist, ergibt sich daraus die Pflicht des Ermächtigungsadressaten, eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen. Jedoch drücken auch Formulierungen wie „erlässt“ oder „bestimmt durch Rechtsverordnung“ die Pflicht aus, von der Ermächtigung Gebrauch zu machen, denn „erlässt“ oder „bestimmt“ sind als imperatives Präsens (Rn. 83) zu verstehen“ (BMJ 2008: 118, Rn. 391-393).

Wenn die Regierungskoalition die PPR 2.0 einführen will, sollte der Erlass der Rechtsverordnung nicht in das Ermessen des BMG gestellt werden. Das BMG sollte durch eine eindeutige Formulierung dazu verpflichtet werden.

Eine solche Klarstellung erscheint angesichts der bisherigen Entwicklung und öffentlicher Äußerungen von Seiten des BMG angebracht. Zwar ist der Koalitionsvertrag in der Frage der Einführung der PPR 2.0 sehr eindeutig und auch darin, dass die Einführung „kurzfristig“ geschehen soll. Trotz dieser Eindeutigkeit erklärte der parlamentarische Staatssekretär in BMG, Egon Franke (SPD), am 16. März 2022 auf dem Krankenhausgipfel der DKG jedoch (Hervorhebungen: M.S.):

„**Momentan** eruieren wir, **ob** – muss ich ausdrücklich sagen: „ob“ – wir **überhaupt** oder wie wir möglicherweise die **PPR 2.0** übergangsweise **einsetzen**. Es ist ein Thema, das kontrovers ist, auch ein Thema, das mit viel Bürokratie zusammenhängt. Wie wir uns da entscheiden, aber das ist auch ein Thema, was momentan zur Prüfung ist“ (Franke 2022).

Diese Aussage ist insofern bemerkenswert, als das BMG danach prüfte, „ob“ die PPR 2.0 „überhaupt“ eingeführt werden soll. Dies wirft die Frage auf, ob das BMG erwog, sich über die Vereinbarung im Koalitionsvertrag hinwegzusetzen oder ob die in der Formulierung enthaltene Infragestellung einer Einführung der PPR 2.0 auf einer koalitionsinternen Übereinkunft basierte. Wie auch immer, angesichts solcher Äußerungen und des langen Zögerns des BMG, die Einführung einer PPR 2.0 einzuleiten, erhält die Frage, ob der Gesetzgeber das BMG nur ermächtigt, eine Rechtsverordnung zu erlassen, oder ob er es verpflichtet, eine besondere Relevanz.

Angesichts der zitierten Äußerung des Staatssekretärs und des Zögerns des BMG sollte in § 137I SGB V ein eindeutiger und verpflichtender Auftrag an das BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung aufgenommen werden. Die Verpflichtung sollte auch klarstellen, dass es eine Rechtsverordnung zur Einführung der PPR 2.0 zu sein hat. Da der vorgelegte Entwurf eines § 137I SGB V an keiner Stelle den Begriff „Pflege-Personalregelung 2.0“ oder „PPR 2.0“ enthält, stellt sich die Frage, ob die Einführung der PPR 2.0 tatsächlich beabsichtigt ist. Diese Zweifel sollte die Regierungskoalition bald möglichst ausräumen. Tut sie es nicht, bestärkt sie die Zweifel.

Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen

Die Rechtsverordnung nach Absatz 3 soll – sofern sie erlassen wird – „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ erlassen werden. Dies wirft die Frage nach dem Grund für eine solche im GKV-Recht sehr seltene Vorschrift auf. Üblicherweise werden Rechtsverordnungen im Bereich der GKV mit Zustimmung oder ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen.

An einigen Stellen des SGB V findet sich zwar die Vorgabe, dass eine Rechtsverordnung des BMG im Einvernehmen mit einem anderen Bundesministerium zu erfolgen hat, dies ist in den bisherigen Fällen jedoch sachlogisch leicht nachvollziehbar.

Wenn die geplante Rechtsverordnung direkte finanzielle Auswirkungen auf den Bundeshaushalt hat, ist es nachvollziehbar, dass sie in Einvernehmen mit dem BMF zu erlassen ist. Ein Beispiel für einen solchen Fall ist Festsetzung des ergänzenden Bundeszuschusses für das Jahr 2022 (§ 221a Abs. 3 SGB V) oder der Erlass von Vorgaben für die Anschaffung von Schutzmasken (§ 20i Abs. 3 SGB V). Wenn das Einvernehmen mit dem Verteidigungsministerium gefordert wird, wie im Fall der Vorschriften über die GKV-Beiträge für Wehrdienstleistende (§ 244 Abs. 2 SGB V), ist auch dies sachlogisch nachvollziehbar. Ebenso die Forderung nach Einvernehmen mit dem BMA in Fall der Vorschriften über Kennzeichen und Datenaustausch der Leistungserbringer, da diese auch für den Datenaustausch mit der Bundesagentur für Arbeit relevant sind (§ 293 Abs. 3 SGB V).

In Fall der geplanten Rechtsverordnung nach § 137I Abs. 3 SGB V ist jedoch nicht erkennbar, dass diese Verordnung eine direkte Auswirkung auf den Bundeshaushalt haben wird. Sollte die Anwendung eines Verfahrens zur Ermittlung des Pflegebedarfes und Personalbedarfes und Verpflichtung zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung zu Mehrausgaben führen, dann beträfe dies die gesetzliche Krankenversicherung und die PKV. Auch die Finanzierung der Kosten einer Erprobung könnte den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen werden, so wie es bereits für das noch zu entwickelnde neue Instrument nach § 137k SGB V vorgesehen ist (§ 137k Abs. 4 SGB V).

Insofern sollte die Verpflichtung des BMG auf Herstellung eines Einvernehmens mit dem BMF gestrichen werden, auch um den Eindruck zu vermeiden, es gehe der Bundesregierung darum, die Frage einer bedarfsgerechten Pflege im Krankenhaus von der Kassenlage des Bundes abhängig zu machen. Dies wäre nicht nur ein problematisches Signal an die Öffentlichkeit, sondern stünde auch im Widerspruch zum Rechtsanspruch der GKV-Versicherten auf eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung und bedarfsgerechte Pflege im Krankenhaus. Der Anspruch der GKV-Versicherten auf eine bedarfsgerechte Versorgung steht unter keinem Finanzierungsvorbehalt.

Änderungsvorschlag

Änderung Absatz 3 Satz 1

(3) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen.

Die Streichung des Wortes „nichtintensivmedizinischen“ setzt voraus, dass sich die Regierungskoalition darauf einigt, auch die Intensivstationen in die geplanten Neuregelungen einzubeziehen.

§ 137I Abs. 4 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt aufgrund der in der Rechtverordnung nach Absatz 3 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ohne Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen Regelungen zu treffen

1. zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus,
2. zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
3. zu Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,
 - a) die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder
 - b) die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen.

Stellungnahme

„Regelungen“

In Absatz 4 ist von „Regelungen“ die Rede, zu denen dass BMG „ermächtigt“ werden soll. Diese „Regelungen“ sollen Vorschriften zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an eine zuvor ermittelte Soll-Personalbesetzung, zum Nachweis der Anpassung und zu Vergütungsabschlägen enthalten. Die Formulierung ist irritierend, weil eine Ermächtigung normalerweise für eine Rechtsverordnung erteilt wird, in der bestimmte, durch Gesetz vorgegebene Sachverhalte geregelt werden. Regelungen sind Teil eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung.

Da Absatz 4 keine Ermächtigung für eine zweite, von der in Absatz 3 genannten unabhängige Verordnung enthält, soll es sich bei diesen „Regelungen“ offenbar nicht um eine weitere Verordnung

handeln. Somit kämen nur Einzelregelungen infrage, die entweder in ein bestehendes Gesetz oder eine existierende Rechtsverordnung eingefügt werden.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese „Regelungen“ nicht in der geplanten Rechtsverordnung nach Absatz 3 enthalten sein können oder sollen. Sie gehören sachlogisch in den Regelungskomplex, der mit der geplanten Rechtsverordnung nach § 137l Abs. 3 SGB V geregelt werden soll. Wenn der Gesetzgeber den Verordnungsgeber verpflichten will, die in Absatz 4 genannten Vorschriften zu erlassen, sollten diese auch in Absatz 3 aufgenommen werden, als Vorgabe der Bestandteile *einer* Rechtsverordnung.

Vergütungsabschläge

Wenn der Gesetz- oder Verordnungsgeber Vorschriften zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erlässt, ist es sachlogisch folgerichtig, dass er auch Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung dieser Vorschriften vorsieht.

Im Fall eines fehlenden Nachweises der Einhaltung der Soll-Personalbesetzung wären Strafzahlungen in Form von Vergütungsabschlägen eine sachgerechte Maßnahme. Im Fall der nicht erfolgten Einhaltung von Vorgaben zur Soll-Personalbesetzung sind sie angesichts der geltenden Vorschriften zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten allerdings nicht sachgerecht.

Seit 2020 werden die Personalkosten des Pflegepersonals im Pflegedienst (bettenführende Abteilungen) nicht als Teil der DRG-Fallpauschalen vergütet, sondern über ein gesondertes Pflegebudget, das auf Grundlage der Personalkosten des jeweiligen Vorjahres zu vereinbaren ist, wobei zu erwartende zukünftige Veränderungen zu berücksichtigen sind (§ 6a KHEntgG). Die Auszahlung des vereinbarten Pflegebudgets erfolgt durch „tagesbezogene Pflegeentgelte“, die jedoch nur „zur Abzahlung des Pflegebudgets“ dienen und folglich die Funktion von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget haben (§ 7 Abs. 1 Nr. 6a KHEntgG). Das Pflegebudget ist zweckgebunden, und nicht zweckentsprechend verwendete Mittel „sind zurückzuzahlen“ (§ 6a Abs. 1 KHEntgG).

Leider enthält der vorliegende Gesetzentwurf keine sachgerechte Verknüpfung der Einführung verbindlicher Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst mit den geltenden Regelungen zum Pflegebudget. Eine solche Verknüpfung würde die Möglichkeit eröffnen, Vorgaben zur Ermittlung des Pflegebedarfs und des daraus abgeleiteten Personalbedarfs mit sachgerechten Finanzierungsregelungen zu verbinden. Eine solche Verbindung könnte beispielsweise in der Art geschehen, dass

- die Krankenhäuser verpflichtet werden, den Pflegebedarf der Patienten und den daraus abzuleitenden Personalbedarf mit einem durch Rechtsvorschriften des Bundes vorgegebenen Verfahren zu ermitteln und das Ergebnis sowohl dem InEK als auch den Verhandlungspartnern für die Vereinbarung des Pflegebudgets zu übermitteln, und dass
- Krankenhäuser und Krankenkassen verpflichtet werden, das Pflegebudget auf Grundlage der Ergebnisse der Ermittlung des Personalbedarfs zu vereinbaren.

In einem solchen System hätte die Unterschreitung der vereinbarten Personalbesetzung zur Folge, dass das Krankenhaus die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel an die Kostenträger zurückzahlen muss. Eine gesonderte Kürzung von „Vergütungen“ wäre insofern nicht sachgerecht und zudem auch sehr problematisch, denn sie hätte zur Folge, dass das Krankenhaus nicht nur die nicht verbrauchten Finanzmittel eines bereits abgelaufenen Jahres zurückzahlen müsste, sondern darüber hinaus auch Strafzahlungen leisten müsste, die es aus dem Pflegebudget des laufenden Jahres entnehmen müsste.

Durch die Kürzung des vereinbarten und bereits laufenden Pflegebudgets könnte eine Abwärtsspirale in Gang gesetzt. Eine einmalige Unterschreitung der vereinbarten Personalbesetzung würde über die Rückzahlung nicht verbrauchter Mittel hinaus eine rückwirkende Kürzung des Pflegebudgets nach sich ziehen, die – wenn man es als geschlossenes System der Pflegefinanzierung begreift – aus dem laufenden Pflegebudget entnommen werden müsste. Die Kürzung des laufenden Pflegebudgets würde zur Reduzierung der verfügbaren Finanzmittel für die Einhaltung der vereinbarten Personalbesetzung führen und eine Kürzung der Personalkosten erfordern, die wiederum eine Reduzierung der Personalbesetzung erfordert. Die Reduzierung der vereinbarten Personalbesetzung würde wiederum Kürzungen des folgenden Pflegebudgets zur Folge haben, die weitere Strafzahlungen im darauffolgenden Pflege nach sich ziehen etc. Das Ergebnis wäre ein sich immer weiter verstärkender Personalabbau, zumindest in einem relevanten Teil der Krankenhäuser.

Irritierend ist zudem die Verwendung des Begriffs „Vergütungsabschläge“ in Absatz 4 Nr. 3. Sprachgebrauch und vorgeschlagene Regelungen orientieren sich offensichtlich an vergleichbaren Regelungen des DRG-Systems zu Abschlägen auf DRG-Fallpauschalen als Sanktionsmittel. Die Pflegepersonalkosten wurden jedoch aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und sind – wie oben erwähnt – aus einem gesonderten Pflegebudget zu finanzieren. Zwar werden die Abschlagszahlungen als „Pflegeentgelte“ bezeichnet, dies ist jedoch insofern nicht sachgerecht, als es sich nicht um Entgelte handelt, sondern um Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Pflegebudget. Auch die Vorstellung, die Pflegeentgelte könnten – als Strafe für die Nichteinhaltung Vorgaben – gekürzt werden, ist verfehlt. Die zu sanktionierende Nichteinhaltung einer Vorschrift des § 137I SGB V oder der geplanten Rechtsverordnung kann nur retrospektiv für einen zurückliegenden Zeitraum festgestellt werden. Wollte man aufgrund dessen Pflegevergütungen kürzen, könnten dies nur zukünftig zu zahlende sein. Damit würde der oben beschriebene Mechanismus in Gang gesetzt. Da die Finanzierung der Pflegepersonalkosten über ein Jahresbudget zu erfolgen hat und die „Pflegevergütungen“ nur Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Pflegebudget sind, wäre eine Kürzung von Pflegeentgelten faktisch eine Kürzung des Pflegebudgets. Es geht somit – wie man es auch dreht – immer um Pflegebudgets.

Änderungsvorschlag

Streichung des Absatzes 4 und Verschiebung der darin genannten notwendigen Regelungen nach Absatz 3 und Kennzeichnung der Regelungen als Bestandteile der geplanten Rechtsverordnung nach Absatz 3.

Keine Abschläge auf das Pflegebudget im Fall einer Unterschreitung der geforderten Soll-Personalbesetzung, stattdessen Ergänzung des KHEntgG um Regelungen, die klarstellen, dass das Pflegebudget auf Grundlage der Ergebnisse der Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs zu vereinbaren ist.

§ 137I Abs. 5 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

(5) Sofern für ein Krankenhaus in einem Tarifvertrag oder einer sonstigen Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden und diese Vereinbarung nach dem übereinstimmenden schriftlich oder elektronisch erklärten Willen der Tarifvertragsparteien der Anwendung der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 vorzuziehen ist, entfallen für das Krankenhaus die sich aus der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3

und 4 ergebenden Verpflichtungen. Die Erklärung sowie der Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.

Stellungnahme

Die in diesem Absatz enthaltene Vorgabe ist hoch problematisch, denn dadurch würde die Geltung von tarifvertraglichen Vereinbarungen über die von Gesetzen oder Rechtsverordnungen gestellt.

Änderungsvorschlag

Streichung des Absatzes.

§ 137I Abs. 6 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

(6) Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 bleiben unberührt.

Stellungnahme

Die pauschale Feststellung, dass Vorgaben zur Personalausstattung in den Richtlinien des G-BA gemäß §§ 136 und 136a SGB V von den Vorgaben der geplanten Rechtsverordnung nach Absatz 3 „unberührt“ bleiben sollen, ist nicht zufriedenstellend. Mit „unberührt“ kann Unterschiedliches gemeint sein kann, wie der folgenden Passage aus dem vom Bundesministerium der Justiz herausgegebenen „Handbuch der Rechtförmlichkeit“ zu entnehmen ist.

„Eine Wendung wie ‚Regelungen anderer Gesetze **bleiben unberührt**‘ kann dagegen Verschiedenes meinen: Es kann sich um einen klarstellenden Hinweis auf andere Rechtsnormen handeln, wobei der Geltungsbereich beider Regelungen sich nicht überschneidet. Durch die Formulierung kann ferner angeordnet werden, dass beide Regelungen nebeneinander anwendbar sind. Manchmal wird mit der Wendung ein Vorrangverhältnis ausgedrückt“ (BMJ 2008: 42; Hervorhebung in Original).

Da sich die Geltungsbereiche der Rechtsverordnung nach § 137I SGB V und der Richtlinien des G-BA überschneiden, sollte das Verhältnis der Vorschriften zueinander klargestellt werden. Dies erscheint deshalb notwendig, weil damit zu rechnen ist, dass einzelne Richtlinien des G-BA bei den Vorgaben zur Personalbesetzung hinter den zu erwartenden Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 137I SGB V zurückbleiben oder aber darüber hinausgehen (beispielsweise im Fall der Vorgaben zur Personalbesetzung in Pflegedienst von Normal- und Intensivstationen von Perinatalzentren). Diese Klarstellung nur in der Gesetzesbegründung vorzunehmen, wie dies im vorliegenden Entwurf der Fall ist, kann nicht zufriedenstellen.

Änderungsvorschlag

Klarstellung, dass nur solche Vorgaben des G-BA zur Personalbesetzung unberührt bleiben, die in ihren Anforderungen über die Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 137I SGB V hinausgehen. Gegebenenfalls müssten die einzelnen Richtlinien auch explizit genannt werden.

Stellungnahme zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4: Änderung § 11 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG

Geltende Fassung § 11 Abs. 3 KHEntgG:

(3) ¹Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. ²Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechwochenfrist des § 18 Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums in Kraft treten können“

Beabsichtigte Neuregelung

§ 11 Abs. 2 Satz 2 soll wie folgt geändert werden (Änderungen hervorgehoben):

„Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechwochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget, **das neue Pflegebudget** und die neuen Entgelte mit Ablauf des **Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll**, in Kraft treten können.“

Stellungnahme

Die ausdrückliche Erwähnung des Pflegebudgets ist sinnvoll und zu begrüßen, da sie den Willen des Gesetzgebers zum Ausdruck bringt, dass auch das Pflegebudget zeitnah zu vereinbaren ist. Dies gilt auch für die übrigen in Artikel 2 vorgesehenen Neuregelungen zur Beschleunigung der Verhandlungen und Vereinbarungen zum Erlösbudget, Pflegebudget und den sonstigen Entgelten.

Wenn die Einführung der PPR 2.0 erfolgen soll, wären jedoch auch Neuregelungen zum Pflegebudget erforderlich (§ 6a KHEntgG). Die Einführung eines Instrumentes zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes ermöglicht es, die Verhandlungen über das Pflegebudget auf eine transparente und überprüfbare Grundlage zu stellen. Bislang gibt es keine Rückbindung des Pflegebudgets an den Pflege- und Personalbedarf, sondern lediglich die Vorschrift, dass das Pflegebudget auf Grundlage der entstandenen Pflegepersonalkosten des Vorjahres zu vereinbaren ist und dass die zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen sind (§ 6a Abs. 2 KHEntgG). Die Einführung eines Instrumentes zur Personalbedarfsermittlung, wie der PPR 2.0, würde Daten zum Personalbedarf des einzelnen Krankenhauses zur Verfügung stellen, auf deren Grundlage die Zahl der erforderlichen Vollkräfte und somit auch die Höhe des Pflegebudgets vereinbart werden kann.

Änderungsvorschlag

Wenn die Krankenhäuser – wie vorgesehen – zur Einhaltung der auf Grundlage der geplanten Rechtsverordnung nach § 137I Abs. 3 SGB V ermittelten Soll-Personalbesetzung verpflichtet werden sollen, muss auch die Finanzierung dieser Soll-Besetzung durch das Pflegebudget sichergestellt werden. Es geht nicht an, die Krankenhäuser zur Einhaltung einer vorgegebenen Soll-Personalbesetzung zu verpflichten, ihnen aber die Finanzierung dieser Soll-Besetzung zu verweigern. Insofern sollten in § 6a KHEntgG auch Regelungen aufgenommen werden, die sicherstellen, dass der auf Grundlage der geplanten Rechtsverordnung ermittelte Personalbedarf (Soll-Personalbesetzung) Ausgangsgrundlage der Vereinbarung des Pflegebudgets zu sein hat und dass die Ergebnisse der Anwendung des betreffenden Instrumentes auch in den gegebenenfalls erforderlichen Schiedsstellenentscheidungen zu berücksichtigen sind.

Literatur

- BMJ, Bundesministerium der Justiz (2008): Handbuch der Rechtsförmlichkeit. Bundesanzeiger. Bekanntmachung vom 22. September 2008.
- Busse, Reinhard (2018): Im Gespräch. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 02.08.2018, S. 19.
- Busse, Reinhard (2020): „Debatte nicht der Pandemie opfern“. Interview mit Reinhard Busse. Tagesspiegel Online vom 04.05.2020.
- Busse, Reinhard (2021): „Mehr Corona-Kranke auf Intensivstationen als anderswo“. Interview mit Reinhard Busse. In: DIE WELT, 22.12.2021, S. 2.
- Busse, Reinhard; Ganten, Detlev; Huster, Stefan; Reinhardt, Erich R.; Suttorp, Norbert; Wiesing, Urban (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften. Diskussionspapier Nr. 7. Berlin: Leopoldina, S. 11-16.
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2007): „Uns reicht's! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege.“ Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di starten gemeinsam bundesweite Unterschriftenkampagne. Gemeinsame Pressemitteilung vom 22.11.2007.
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2008): Über 185.000 Menschen bekräftigen: Uns reicht's! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege. Presseinformation.
- DGF, Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (2015): Empfehlungen zur qualitativen und quantitativen Pflegepersonalbesetzung von Intensivstationen. Online verfügbar unter: <http://www.dgf-online.de/empfehlung-zur-qualitativen-und-quantitativen-pflegepersonalbesetzung-von-intensivstationen/> (03.11.2022).
- DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2017a): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen – Hintergrundtext. Online verfügbar unter: <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/20101130-publikationen-empfehlungen-zur-struktur-v-intensivstationen-langversion.pdf> (03.11.2022).
- DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2017b): Intermediate Care Station. Empfehlungen zur Ausstattung und Struktur. Kurzversion. Online verfügbar unter: <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intermediate-care-station-1/20170317-publikationen-empfehlungen-zur-struktur-von-imc-stationen-kurzversion.pdf> (03.11.2022).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft; DPR, Deutscher Pflegerat; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2020): DKG, DPR und ver.di verständigen sich auf Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument. Gemeinsame Pressemitteilung vom 14. Januar 2020. Online verfügbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/Gemeinsame_Pressemitteilung_Vorstellung_Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument.pdf (03.11.2022).
- Fleischer, Steffen (2020): Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene. PPR 2.0. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Halle-Wittenberg: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Franke, Edgar (2022): Rede des Parlamentarischen Staatssekretärs Edgar Franke auf dem Krankenhausgipfel 2022. 16. März 2022. Videoaufzeichnung. Online verfügbar unter: <https://www.dkgev.de/fair/krankenhausgipfel/> (03.11.2022).
- Gerster, Eyke (1995): Bonn setzt die Pflegepersonalregelung für ein Jahr aus. Ungehört verhallt der Protest der Pflegenden. In: Pflegezeitschrift, Jg. 48, Heft 12, S. 728-729.
- GKV-SV, GKV-Spitzenverband (2018): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals - Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG (Bundestagsdrucksache 19/4453). Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 19(14)0036(18.4).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2002): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 2.0. 31. Januar 2002. Siegburg: InEK.
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2016): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0. 10. Oktober 2016. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch (25.08.2020).

KAP, Konzertierte Aktion Pflege (2019): Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Abschlussbericht vom Juni 2019. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html> (03.11.2022).

Leber, Wulf-Dietrich (2019): DRGs ohne Pflege aus Sicht der Krankenkassen. Vortrag im Rahmen der Gesundheitsökonomischen Gespräche. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft, Ludwigshafen 25.10.2019. Online verfügbar unter: https://www.hwg-lu.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fachbereich-1/GIP/Veranstaltung/20191025_Leber_fol_Ludwigshafen_GesOEk_Gespr_Pflexit.pdf (03.11.2022).

Simon, Michael; Mehmecke, Sandra (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. Online verfügbar unter: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006526 (03.11.2022).

Stoff-Ahnis, Stefanie; Leber, Wulf-Dietrich (2021): Drei Säulen für gute Pflege im Krankenhaus. Folienpräsentation zur Pressekonferenz des GKV-Spitzenverbandes vom 26.08.2021. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraechen/2021_2/20210826_pk_kh/03_20210826_Praesentation_PK_Drei_Saeulen_fuer_gute_Pflege_im_Krankenhaus.pdf (03.11..2022).