

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9 • 10115 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat 216

per Email: ppug-verbaende@bmg.bund.de  
Nachrichtlich: stn@awmf.org

**Deutsche Gesellschaft  
für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.**

**Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe**  
**Präsident der DGP**

E-MAIL info@pneumologie.de  
TELEFON 030-29 36 27 01  
FAXNUMMER 030-29 36 27 02  
www.pneumologie.de  
10. September 2018

---

**Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen  
in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019**

Seite 1 | 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die freundliche Einladung, Stellung zum o.g. Referentenentwurf nehmen zu können. Anliegend erhalten Sie die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), die federführend von den Sprechern der Sektion 5 „Intensiv- und Beatmungsmedizin“ der DGP in Kooperation mit dem Verband pneumologischer Kliniken (VPK) entwickelt wurde.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe  
Präsident der DGP

Anlage

---

**ANSCHRIFT**

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin

---

**GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND**

Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Präsident  
Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Stellv. Präsident  
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär  
PD Dr. med. T. Köhlein, Schatzmeister  
Prof. Dr. med. B. Jany, Pastpräsident

---

**VEREINSREGISTER**

Vereinsregister-Nr.  
Vereinsregister des Amtsgerichts  
Marburg: VR 622

---

**STEUERNUMMER & GLÄUBIGER-ID**

Steuernummer: 031 250 56643  
Gläubiger-ID: DE26ZZZ0000492746

# Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) nimmt die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 wahr und bezieht sich aufgrund ihres Behandlungsspektrums dabei auf den Bereich der Intensivmedizin.

Die DGP teilt die Auffassung des Referentenentwurfs, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar ist. Der vermehrten Arbeitsverdichtung in den Pflegeberufen ist Rechnung zu tragen, um die Arbeitsqualität zu sichern und um den Pflegeberuf zukünftig attraktiver zu gestalten.

Mit der Einführung von Personaluntergrenzen wird jedoch eine gesamte Branche und deren Verantwortliche unter den Verdacht gestellt, bewusst Bereiche mit nicht ausreichend Personal zu besetzen und so Patientengefährdungen in Kauf zu nehmen. Engpässe haben jedoch andere Ursachen und werden mit dieser Verordnung auch nicht beseitigt. Seit Jahren ist der Mangel an examinierten Pflegekräften abzusehen gewesen. Ein Großteil der Verantwortlichen im Bereich der Kostenträger, der Politik, aber auch der Krankenhausverantwortlichen waren nicht bereit oder in der Lage diesen lange auf die Gesellschaft zukommenden Mangel mit adäquaten Mitteln frühzeitig zu begegnen. Die mangelnde finanzielle Unterstützung der Pflegeberufe, die Schließung von Krankenpflegeschulen und die Verknappung von Fachpflegeweiterbildungsstellen haben nicht dazu beigetragen, den Pflegeberuf nach außen hin positiv darzustellen und somit das Thema Nachwuchs in der Pflege frühzeitig anzugehen. Die DGP begrüßt ausdrücklich die im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossene Bereitstellung zusätzlicher Mittel für den Pflegebereich sowie die im Krankenhausfinanzierungsgesetz §17b Absatz 4 beschlossene Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem Vergütungssystem.

Der vorliegende Referentenentwurf geht jedoch davon aus, dass qualifizierte Pflegekräfte in ausreichendem Maße auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Die ist jedoch nicht der

Fall, so dass die kurzfristige Einführung von Personaluntergrenzen zu einer unmittelbaren Reduktion von Intensivbetten und damit zu Versorgungsengpässen führen wird. Der nun vorliegende Entwurf zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) sieht in §4 eine Ermittlung und Ausweisung des wirklichen Pflegeaufwandes durch das InEK vor und erklärt hierzu in der Begründung (Seite 32, Absatz 4): „Mit der Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands wird die Grundlage für die künftige Einführung einer Differenzierung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach dem Schweregrad der dort zu versorgenden Patientinnen und Patienten geschaffen.“ Da dieses System ab 2020 greifen soll, derzeit jedoch ein erheblicher Mangel an verfügbaten Pflegekräften aller Qualifikationsstufen besteht, erscheint es unserer Meinung nach unverständlich, für das Jahr 2019 die in §6 aufgeführten undifferenzierten Untergrenzen verbindlich einzuführen. Im Detail halten wir dabei folgende Punkte für wichtig:

A. Die vom Ministerium festgelegten Personaluntergrenzen auf Intensivstationen liegen auf einem Niveau, das von Fachgesellschaften für eine qualitativ gute Versorgung gefordert wird. Eine Untergrenze muss darunterliegen und kann nicht das Optimum widerspiegeln. Sie ist daher zu hoch angesetzt.

B. Strukturen deutscher Intensivstationen erfüllen unterschiedliche Versorgungsbedarfe. Das vorliegende Konzept gefährdet daher vor allem die nicht-hochtechnisierte intensivmedizinische Basisversorgung, da hier eine Personalaufstockung ohne die Anwendung des Pflegelast-Kataloges (Version 0.99) nicht gegenfinanziert ist. Der vorliegende Referentenentwurf räumt dazu auf Seite 32 Absatz 4 selber ein: „Mit der Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands wird die Grundlage für die künftige Einführung einer Differenzierung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach dem Schweregrad der dort zu versorgenden Patientinnen und Patienten geschaffen.“ Diese differenzierte Betrachtung erscheint sinnvoll, da jede starre Norm an einer bedarfsgerechten Versorgungsrealität vorbei geht. Eine Sperrung oder ein Abbau von Intensivbetten durch die Schaffung von Personaluntergrenzen birgt die große Gefahr, dem Bedarf der Bevölkerung in medizinischer und geografischer Hinsicht nicht gerecht zu werden. Sollte eine Bettenreduktion indirektes Ziel dieser Verordnung sein, so lehnt die DGP diesen Schritt ab.

C. Die kurzfristige Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zum 01.01.2019 wird zu vermehrten Sperrungen von Intensivbetten führen, da das erforderliche Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt nicht vorhanden ist. Personaluntergrenzen und die im Entwurf vorgesehene Sanktionierung sind daher erst dann einzuführen, wenn ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Die gewonnene Zeit ist für einen nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Pflege zu nutzen.

D. Die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte müssen verbessert werden. Dazu ist unseres Erachtens eine bessere Vergütung erforderlich. Dies muss jedoch in Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen stehen, damit überhaupt genug Pflegekräfte auf dem Markt verfügbar sind, um Personaluntergrenzen umzusetzen. Eine Akademisierung der Pflege halten wir zwar für wichtig, hierdurch kommt es jedoch zu Verschiebungen von Arbeitsfeldern, die zu füllen sind, da sich der Arbeitsbedarf am Krankenbett nicht ändert.

E. Die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen verstärkt leider auch den Einsatz von Zeitarbeits-Pflegekräften, deren hohe, durch die Fallpauschalen nicht abgedeckte Gehaltskosten die Krankenhäuser stark belasten. Das Gehaltsungleichgewicht zwischen den Zeitarbeitern und dem wesentlich niedriger bezahlten, aber besonders wertvollen Stammpersonal stellt dabei ein weiteres Problem dar, das politisch reglementiert werden sollte.

F. Für die entstehenden Mehrkosten verweist der Referentenentwurf auf das verabschiedete Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Artikel 2 des PpSG beschreibt die entsprechende Änderung im Krankenhausfinanzierungsgesetz, die jedoch erst im Jahr 2020 umgesetzt wird. Unserer Auffassung nach fehlt daher jegliche Gegenfinanzierung des entstehenden Mehraufwandes für 2019.

G. Für die Einhaltung der Personaluntergrenzen nur auf examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte zu setzen, entspricht nicht der Versorgungsrealität. Schon seit Jahren schaffen Krankenhäuser neue, hochqualifizierte und attraktive Berufsbilder, um die Versorgungsqualität weiter zu verbessern. Zum Beispiel findet der Einsatz qualifizierter Arbeitsgruppen wie z.B. der Atmungstherapeuten keine Berücksichtigung im vorliegenden Entwurf.

H. Die Quote für Pflegehilfskräfte schafft eine kritische Grenze, die durch die Formel (100 / Quote) bestimmt wird. Z.B. müssen in der Nachschicht an einem Wochenende  $100/3,7 = 27$  examinierte Kräfte arbeiten, um eine Hilfskraft zählen zu können. Hier werden die kleinen Intensivstationen eindeutig benachteiligt, da sie diese Zahlen nicht aufbieten können.

I. Die vorgesehenen Ausnahmen (kurzfristige, unverschuldete und unvorhersehbare Personalausfälle und starke Erhöhungen der Patientenzahlen) greifen zu kurz. Es gibt vielfältigere Ursachen, die nicht quotenkonforme Besetzungen rechtfertigen. Darüber hinaus ist es jetzt schon absehbar, dass hier ein weiteres Konfliktfeld geschaffen wird.

J. Mit der Verordnung sind wieder erhebliche Meldevorgaben für die Krankenhäuser verbunden (weitere Bürokratisierung). Insbesondere das Herunterbrechen der Personaluntergrenze auf einzelne Schichten in Verbindung mit der quartalsweisen Meldepflicht führt wieder zu bürokratischem Mehraufwand. Darüber hinaus müsste die Meldung nach §7 Abs. 2 der Verordnung auch grundsätzlich die Gründe für die Nichteinhaltung der Personalgrenzen für einzelne Schichten enthalten.

K. Um eine verbesserte Ausgewogenheit der anstehenden Verhandlungen zu erzielen, empfiehlt die DGP die betroffenen Stakeholder am Prozess zu beteiligen. Hierfür bieten sich die Fachgesellschaften der Pflege und der Ärzte sowie Patientenbeauftragte von Bund und Ländern an.

Die DGP schlägt daher vor, die undifferenzierten Untergrenzen für 2019 fallen zu lassen und stattdessen mit den differenzierten Zahlen des InEK in 2020 ein System einzuführen, das den wirklichen Pflegebedarf quantifiziert und im Entgeltsystem abbildet. Zwischenzeitlich sollten zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden mit denen der Pflegemangel am Arbeitsmarkt beseitigt wird.

Lfd. Nr.	Gesetzestext des Referentenentwurfes	Bezug zur DGP Stellungnahme	Empfehlung
Lfd. Nr. 01	Referentenentwurf BMG v. Bearbeitung Stand 23.08.2018, 14:01 Uhr, Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV) vom 23.08.2018.	Siehe Präambel der DGP Stellungnahme	keine Umsetzung in 2019 sondern in 2020 nach der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wie im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG beschrieben.
Lfd. Nr. 02	Auf Grund des §137i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - der durch Artikel 8b des Gesetzes vom 17. Juli 2017(BGBI. I S. 2615) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:		Keine
Lfd. Nr. 03 / §1 Anwendungsbereich	Diese Verordnung regelt die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Wirkung zum 1. Januar 2019. Die nachfolgenden Vorschriften gelten für alle gemäß §108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser, in denen Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrem Versichertensatus, zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen werden. Sie gilt nicht für Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.	In Ordnung	Keine
Lfd. Nr. 04 / § 2 Begriffsbestimmung	(1) Als pflegesensitiven werden die nach Maßgabe von § 3 zu ermittelnden Krankenhausbereiche festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie Kardiologie Neurologie und Herzchirurgie erbracht werden. (2) Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung sind examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte. Examinierte Pflegekräfte sind Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung. Pflegehilfskräfte sind nicht examinierte Pflegekräfte. (3) Schichten, für die in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen ausgewiesen werden, sind die Tag- und Nachschicht. Die Tagschicht umfasst den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr. Die Nachschicht umfasst den Zeitraum von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr.	Siehe Punkt B der DGP Stellungnahme	Hier sollten die Versorgungsstufen der Kliniken mit eingebracht werden um trennscharf den Qualitäts- und Leistungsanspruch zu formulieren. 1. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, 2. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, 3. Krankenhäuser der Maximalversorgung, 4. Universitätskliniken, 5. Fachkrankenhäuser. Somit würde eine gerechtere Verteilung nach Leistungsfähigkeit der jeweiligen Klinik bedacht, die sich ja auch in der Mittelverteilung wiederspiegelt.
Lfd. Nr. 05 / § 3 Ermittlung pflegesensitiven Krankenhausbereiche	(1) Die Ermittlungen der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern erfolgt auf Fachabteilungsebene durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf Grundlage der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Jahres 2017 und der in der Anlage zu dieser Verordnung enthaltenen Diagnosis Related Groups (Indikatoren-DRGs) bis zum 31. Oktober 2018. (2) Ein pflegesensitiver Bereich eines Krankenhauses umfasst die jeweilige Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Standort des Krankenhauses gemäß 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 21 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. (3) Eine Fachabteilung ist pflegesensitiv, wenn sie den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Jahres 2017 1. Als Fachabteilung Unfallchirurgie, Kardiologie oder der Herzchirurgie oder als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist; ausgenommen sind Fachabteilungen der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt der Pädiatrie, oder 2. der Anteil der in die Indikatoren-DRGs eingruppierten Fälle mindestens 40 Prozent der Gesamtfallzahl dieser Fachabteilung beträgt.	Hoher bürokratischer Aufwand und nicht zu vernachlässigende Kosten, mit relativ wenig Nutzen für eine Verordnung die primär erst einmal für 1 Jahr gilt. Siehe Punkt I der DGP Stellungnahme	Auch hier sollte die Differenzierung nach den jeweiligen Versorgungsstufen der Kliniken erfolgen, es ergibt sich automatisch eine höhere Trennschärfe für den Qualitätsanspruch und die jeweilige Leistungsfähigkeit und ist bei weitem kein so hoher volkswirtschaftlicher Aufwand.

Lfd. Nr. 06 / § 4 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt standortbezogen den Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser auf der Grundlage des vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 und weist diesen in der Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 aus. Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder der Herzchirurgie zugeordnet werden. Zum Zwecke der künftigen Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Schweregraden hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands jährlich zu aktualisieren.	<b>Prinzipiell ist die Ermittlung des fallbezogenen Pflegeaufwandes sinnvoll, der bürokratische Aufwand ist aber erheblich.</b>	belassen
Lfd. Nr. 07 / § 5 Übermittlung der Auswertungs-ergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten	(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt das Ergebnis der Auswertung nach § 3, soweit möglich standortbezogen, bis zum 15. November 2018 an die Krankenhäuser, bei denen ein oder mehrere pflegesensitive Krankenhausbereiche festgestellt werden. Das Ergebnis der Auswertung umfasst für jede betroffene Fachabteilung die Zuordnung zu einem oder mehreren pflegesensitiven Krankenhausbereichen sowie die zugehörigen Berechnungsgrundlagen. (2) Einwände eines Krankenhauses gegen die Ermittlung nach § 3 Absatz 1 sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. November 2018 mitzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt dem Krankenhaus bis zum 15. Dezember 2018 mit, ob und inwieweit es unter Berücksichtigung der Einwände zu einem anderen Ergebnis gelangt. (3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes bis zum 15. Dezember 2018 die vom Krankenhaus verwendeten Namen der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Fachabteilungen sowie sämtliche zugehörigen Stationen unter Angabe des Standortes gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennen. Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder der Herzchirurgie zugeordnet werden. (4) Sind die nach Absatz 3 zu benennenden Fachabteilungen oder Stationen ersatzlos weggefallen, zeigt das Krankenhaus dies bis zum 15. Dezember 2018 an. Sind gegenüber dem Jahr 2017 Umbenennungen erfolgt oder haben strukturelle Veränderungen stattgefunden, aufgrund derer die betroffenen Leistungen unter Auflösung der früheren Fachabteilungen oder Stationen in anderen Versorgungseinheiten des Krankenhauses erbracht werden, hat das Krankenhaus sämtlicher Nachfolgeeinheiten zu benennen. (5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die in Absatz 3 und 4 genannten Angaben einschließlich der jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 unter Nennung der Namen der Krankenhäuser und der jeweiligen Institutionskennzeichen sowie den nach § 4 ermittelten Pflegeaufwand bis zum 15. Februar 2019 auf seiner Internetseite. (6) Für Krankenhäuser, die ihre Mitteilungspflichten nach Absatz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, sind Vergütungsabschläge zu erheben, die in der Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 Satz 7 und Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bestimmen sind. (7) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann Bestimmungen zur einheitlichen Durchführung des Mitteilungsverfahrens nach den Absätzen 2 bis 4 treffen.	<b>Der hier entstehende bürokratische Aufwand steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Es ist vollkommen offen, ob die Schaffung dieser kostenintensiven Strukturen einen positiven Einfluss auf die Volksgesundheit haben wird.</b>  <b>Siehe Punkt J der DGP Stellungnahme</b>	Aufwand möglichst gering halten
Lfd. Nr. 08 / § 6 Pflegepersonal-Untergrenzen	(1) Für die folgenden pflegesensitiven Krankenhausbereiche werden stations- und schichtbezogen folgende Pflegepersonaluntergrenzen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft unter Berücksichtigung der in Absatz 2 genannten Höchstanteils von Pflegehilfskräften festgelegt: 1. Intensivmedizin a) montags bis freitags in der Tagschicht 2 : 1 und in der Nachschicht 3 : 1, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 2 : 1 und in der Nachschicht 3 : 1,	<b>Der Ansatz ist gut, aber es fehlt die denklogische mathematische Grundlage für die Berechnung. Der in der Begründung aufgeführte „Perzentilansatz“ rechnet mit</b>	Hier wird vorgeschlagen, ein transparentes dem Patientenwohl und der Patientensicherheit angemessenes System zu implementieren, das den vorgenannten Kriterien Rechnung trägt: z.B. eine Bewertung nach der Arbeitsplatzmethode, die der Klinikträger vorgibt und damit auch die

	<p>2. Geriatrie</p> <p>a) montags bis freitags in der Tagschicht 10 : 1 und in der Nachschicht 24 : 1, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 11 : 1 und in der Nachschicht 24 : 1,</p> <p>3. Unfallchirurgie</p> <p>a) montags bis freitags in der Tagschicht 10 : 1 und in der Nachschicht 20 : 1, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 11 : 1 und in der Nachschicht 21 : 1,</p> <p>4. Kardiologie</p> <p>a) montags bis freitags in der Tagschicht 11 : 1 und in der Nachschicht 24 : 1, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 13 : 1 und in der Nachschicht 23 : 1.</p> <p>(2) Der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte darf die folgenden bereichsspezifischen Grenzwerte nicht überschreiten:</p> <p>1. Intensivmedizin</p> <p>a) montags bis freitags in der Tagschicht 8,5 Prozent und in der Nachschicht 5,9 Prozent, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 3,7 Prozent und in der Nachschicht 7,2 Prozent.</p> <p>2. Geriatrie</p> <p>a) montags bis freitags in der Tagschicht 18,2 Prozent und in der Nachschicht 40 Prozent, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 20,1 Prozent und in der Nachschicht 38,5 Prozent.</p> <p>3. Unfallchirurgie</p> <p>a) montags bis freitags in der Tagschicht 10,5 Prozent und in der Nachschicht 16,4 Prozent, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 12,6 Prozent und in der Nachschicht 13,1 Prozent.</p> <p>4. Kardiologie</p> <p>a) montags bis freitags in der Tagschicht 7,8 Prozent und in der Nachschicht 13,9 Prozent, b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 5 Prozent und in der Nachschicht 13,7 Prozent.</p> <p>(3) Im Fall konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen gilt schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft.</p>	<p>abgefragten „Ist-Zahlen“, ermittelt aber nicht wirklich den Bedarf. Die hier abgebildeten Zahlen spiegeln die idealtypische Personalbesetzung in der Theorie wieder, nicht die medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten um qualitativ hochwertige, pflegerische Versorgung sicherzustellen.</p> <p>rechtliche und ethisch-moralisch Verantwortung trägt. Die für 2020 vorgesehene Anwendung eines fallbezogenen Pflegeaufwandes sowie dessen Vergütung in einem ausgelagerten System halten wir für sinnvoll, auf die hier vorgeschlagenen fixen Schlüssel sollte verzichtet werden</p>	
Lfd. Nr. 09 / § 7 Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen	<p>(1) Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatsbezogener Durchschnittswerte fest. Der Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 137i Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Gleiches gilt für den Nachweis der Richtigkeit der Angaben nach § 5 Absatz 3.</p> <p>(2) Die Krankenhäuser teilen den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal, spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach Art der Schicht, die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 nicht eingehalten worden sind. Das - 9 - Bearbeitungsstand: 23.08.2018 14:01 Uhr Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Spitzerverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 1.</p>	<p>Es ist weder sinnvoll, noch notwendig hier eine Vorschrift einzubauen, wenn man in der Lesefolge dieser Verordnung auf die Ausnahmeregelung fokussiert. Eine Verordnung, die nur für ein Jahr gelten soll, wird so konterkariert. Die Einführung einer Verlaufskontrolle ist sinnvoll und notwendig, aber nicht in diesem völlig impraktikablen Maß</p>	<p>Meldepflicht, ja, dreimal im Verlauf der Gültigkeit dieser Verordnung. Erste Meldung zum Wirkbeginn der Verordnung, zweite Meldepflicht ein Tertiell nach in Krafttreten der Verordnung und einmal am Ende des dritten Tertiells der Verordnungsgültigkeitsdauer. So dass man vergangenes Handeln legitimieren kann und für die Zukunft etwas lernt.</p>

Lfd. Nr. 10 / § 8 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen	(1) Für die Zeit bis zum 31. März 2019 werden Vergütungsabschläge gemäß § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erhoben.  (2) Gleichtes gilt bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Fällen 1. kurzfristiger unverschuldeten und unvorhersehbaren Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder 2. starker Erhöhungen der Patientenzahlen durch unverschuldeten und unvorhersehbaren Ereignisse, wie beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse.  Das Krankenhaus ist verpflichtet, den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Satz 1 nachzuweisen.	<p>Siehe vor beschriebenes, aus denklogischer Sicht im Interesse der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit macht, für die ein Jahr gültige Verordnung keinen wirklichen Sinn.</p> <p>Siehe Punkt J der DGP Stellungnahme</p>	Streichen
Lfd. Nr. 11 / § 9 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	(1) Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. (2) Sie tritt mit Ausnahme des § 4 Satz 3 mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.	<p>Der Aufwand für eine Interimslösung von zwölf monatiger Dauer ist erheblich.</p>	Streichen