



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 13.09.2018**

**zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
einer Verordnung zur Festlegung
von Pflegepersonaluntergrenzen
in pflegesensitiven Krankenhausbereichen
für das Jahr 2019
(Pflegepersonaluntergrenzen–Verordnung – PpUGV)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zur Verordnung.....	5
§ 1 Anwendungsbereich	5
§ 2 Begriffsbestimmungen.....	6
§ 3 Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche	8
§ 4 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands.....	10
§ 5 Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten .	12
§ 6 Pflegepersonaluntergrenzen	14
§ 7 Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen	18
§ 8 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen	20
§ 9 Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	22

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Verordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen erlässt und hierzu in weiten Teilen auf die Vorarbeiten der gesetzlich beauftragten Selbstverwaltungspartner GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zurückgreift. Die Rechtsverordnung wird notwendig, da der Vorstand der DKG mit seiner Entscheidung vom 24.07.2018 eine Vereinbarungslösung zu den Pflegepersonaluntergrenzen, die unter Moderation des BMG eine tragfähige Stufenlösung zum Patientenschutz beinhaltetete, blockiert hat. Dass auf diese Weise eine Einigung zwischen den Selbstverwaltungspartnern unterbunden wurde, bedauert der GKV-Spitzenverband außerordentlich.

Die Verordnung ist auf ein Jahr angelegt und dient als Einstieg in eine verbesserte pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern über Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen. Um zu einer wirksamen und aussagekräftigen Umsetzung des § 137i SGB V zu kommen, bedarf es sowohl gesetzlicher Präzisierungen als auch weiterer Datenanalysen zur Pflegepersonalausstattung.

1 Normierung von „Station“ und „Fachabteilung“ vornehmen

Pflegepersonaluntergrenzen müssen eindeutig identifizierbaren Krankenhausbereichen zugeordnet und ihre Einhaltung entsprechend nachgewiesen werden. Das Aufgreifkriterium für die Bereiche sind zunächst die Fachabteilungen. Da die Pflegepersonalplanung in den Krankenhäusern jedoch auf der organisatorischen Ebene der Stationen erfolgt, müssen sich die Pflegepersonaluntergrenzen auf Stationen beziehen. Die Normierung beider Bereiche – der Station und der Fachabteilung – durch den Gesetzgeber oder im Wege eines entsprechenden gesetzlichen Normierungsauftrags an die Selbstverwaltungspartner muss dringend nachgeholt werden (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz). Darüber hinaus erkennt man die Vorläufigkeit des Erlasses zu den Pflegepersonaluntergrenzen daran, dass für das Jahr 2019 sowohl die Standort- als auch die Stationszuordnung der Pflegepersonaluntergrenzen ausschließlich auf Eigenangaben der Krankenhäuser beruhen werden. Erst ab dem Jahr 2020 wird das Standortverzeichnis vorliegen und die Stationsdefinition steht noch aus.

2 Weitere Datenanalysen ermöglichen

Bereits ab dem 01.01.2020 soll es laut Verordnungsentwurf eine Neuregelung der Selbstverwaltungspartner zu den Pflegepersonaluntergrenzen geben, die die Regelungen zu Pflegepersonaluntergrenzen weiterentwickeln und Pflegepersonaluntergrenzen nach Schweregraden des Pflegeaufwands der Patienten differenzieren soll. Dies ist durch die Regelungen des Verordnungsentwurfes in Verbindung mit der Regelung des § 21 Abs. 2 Nr. 1e KHEntgG maximal für die bereits als pflegesensitiv festgelegten sechs Bereiche möglich, sofern der Verordnungsentwurf dahingehend geändert wird, dass auch für die beiden pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie sowohl die Pflegeaufwände vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu ermitteln und zu veröffentlichen sind als auch die Krankenhäuser mit entsprechenden Bereichen verpflichtet werden, ihre zugehörigen Stationen zu benennen. Nur wenn die stationsbezogene Pflegepersonalausstattung zu den stationsbezogenen Pflegeaufwänden der Patienten ins Verhältnis gesetzt werden kann, ist eine sachgerechte und angemessene Festlegung von stationsbezogenen Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen möglich. Dementsprechend erfordern weitere und weiterentwickelte Pflegepersonaluntergrenzen Datenlieferungen der Krankenhäuser an das InEK zur stationsbezogenen Pflegepersonalausstattung in den entsprechenden Bereichen sowie die Ermittlung der stationsbezogenen Pflegeaufwände in den entsprechenden Bereichen durch das InEK. Des Weiteren ist ein ausreichender Zeitraum zur Weiterentwicklung und Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen erforderlich. Der Verordnungsentwurf ist daher um konkrete Verpflichtungen der Krankenhäuser zur Datenlieferung sowie des InEK zur Ermittlung des Pflegeaufwands zu erweitern.

3 Novellierung des § 137i SGB V umsetzen

Vor dem Hintergrund der Verweigerung der DKG, sich an einer Vereinbarung zu Pflegepersonaluntergrenzen zu beteiligen, muss der gesetzliche Auftrag novelliert werden. Der appellative Charakter der Verordnung reicht hier nicht. In diesem Zuge sollte die von den Koalitionspartnern beschlossene Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Krankenhausbereiche erfolgen und den Selbstverwaltungspartnern durch eine Novellierung des § 137i SGB V ein Zweijahreszeitraum zur Umsetzung eingeräumt werden. Die Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Krankenhausbereiche erscheint zudem als eine geeignete Maßnahme, um Personalverlagerungen zwischen den einzelnen Bereichen zu vermeiden. Schon im Gesetzgebungsprozess zur Einführung des § 137i SGB V wurde vorgetragen, dass ein zu beauftragendes Institut gemeinsam mit den datenliefernden Krankenhäusern diesen Zeitraum benötigt, um die für die Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen (nach einem Perzentilansatz) notwendigen Datengrundlagen zusammenzutragen.

II. Stellungnahme zur Verordnung

§ 1 Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 1 regelt den Anwendungsbereich der Verordnung. Er stellt klar, dass Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach § 137i SGB V mit Wirkung zum 01.01.2019 eingeführt werden, die für alle gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, in denen Patientinnen und Patienten, unabhängig vom Versicherungsstatus, zur voll- und teilstationären Versorgung aufgenommen werden, verbindlich gelten. Darüber hinaus stellt § 1 klar, dass Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von den Regelungen der PpUGV ausgenommen sind.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Neuregelung wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

§ 2 Begriffsbestimmungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 2 des Verordnungsentwurfes definiert die zentralen Begriffe der Verordnung.

Absatz 1 regelt die Begriffsbestimmung pflegesensitiver Krankenhausbereiche. Demnach werden diejenigen Krankenhausbereiche als pflegesensitiv festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie erbracht werden.

Absatz 2 regelt die Begriffsbestimmung von Pflegekräften, die zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen vorzuhalten sind. Demnach gelten examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte als Pflegekräfte im Sinne der Verordnung. Examinierte Pflegekräfte werden als Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung und Pflegehilfskräfte als nicht-examinierte Pflegekräfte definiert. Zu den Pflegehilfskräften zählen gemäß Begründung Krankenpflegehelfer und -helferinnen, Pflegeassistenten und -assistentinnen sowie weitere nicht-examinierte Pflegekräfte, wie Altenpflegehelfer und -helferinnen und Altenpflegeassistenten und -assistentinnen. Gemäß Begründung gehören Auszubildende, Hilfskräfte, wie studentische Hilfskräfte und DRK-Schwesternhelferinnen, nicht zu den Pflegehilfskräften.

Absatz 3 regelt die Begriffsbestimmung der Schichten, für die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen ausgewiesen werden. Demnach werden die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für eine Tagesschicht und eine Nachtschicht ausgewiesen. Erstere umfasst den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr, letztere umfasst den Zeitraum von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr.

B) Stellungnahme

Der Begriffsbestimmung und Festlegung der pflegesensitiven Bereiche in Absatz 1 wird zugestimmt.

Die Begriffsbestimmung von Pflegekräften in Absatz 2 im Sinne der Verordnung wird grundsätzlich mitgetragen. Insbesondere die Definition von examinierten Pflegekräften und der laut Begründung zugehörigen Berufsgruppen wird unterstützt.

Die Definition von Pflegehilfskräften und die Darstellung der laut Begründung zugehörigen Berufsgruppen erscheinen allerdings nicht ausreichend. So zählen gemäß dem Wortlaut des Absatzes 2 und dessen Begründung auch Pflegekräfte zur Personalgruppe der Pflegehilfskräfte, die einen Basiskurs von zum Beispiel 200 Stunden absolviert haben. Diese weitgefass-

te Begriffsbestimmung von Pflegehilfskräften erscheint vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Verordnung – die Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung im Krankenhaus – nicht sachgerecht. Mit der Ausweitung der Pflegekräfte, die zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen vorzuhalten sind, auf gering qualifizierte Pflegekräfte wie solche, die einen Basiskurs von zum Beispiel 200 Stunden absolviert haben, droht eine Patientengefährdung in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen. Stattdessen sollte klargestellt werden, dass zur Personalgruppe der Pflegehilfskräfte nur Pflegekräfte der in der Begründung genannten Berufsgruppen mit mindestens einjähriger Berufsausbildung nach landesrechtlicher Regelung gehören.

Die Begriffsbestimmung und Festlegung der Schichten in Absatz 3, für die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen ausgewiesen werden, wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

§ 2 Absatz 2 wird wie folgt umformuliert:

„Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung sind examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind. Examierte Pflegekräfte sind Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung und mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 1 Krankenpflegegesetz sowie der Altenpflege nach § 1 Altenpflegegesetz oder mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/ Pflegefachmann nach § 1 Pflegeberufgesetz. Pflegehilfskräfte sind Assistenzberufe in der Pflege mit mindestens einjähriger Ausbildung nach Landesrecht.“

§ 3 Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des § 3 regelt das Vorgehen zur Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche.

Absatz 1 regelt, dass die Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche auf der Ebene der Fachabteilung durch das InEK als Träger der Datenstelle auf Grundlage der nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten des Jahres 2017 und der in der Anlage der Verordnung enthaltenen Diagnosis Related Groups (Indikatoren-DRGs) bis zum 31.10.2018 erfolgt.

Absatz 2 legt fest, dass ein pflegesensitiver Bereich eines Krankenhauses 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 Abs. 1 KHG umfasst. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Planung des Pflegepersonals in Krankenhäusern typischerweise nicht auf der Ebene der Fachabteilung, sondern auf der Ebene der Stationen erfolgt.

Absatz 3 legt die Voraussetzungen fest, unter denen eine Fachabteilung als pflegesensitiv gemäß § 2 Absatz 1 eingestuft wird, und regelt die zweistufige Vorgehensweise, wie das InEK die pflegesensitiven Krankenhausbereiche zu ermitteln hat. Demnach gelten zunächst solche Fachabteilungen als pflegesensitive Krankenhausbereiche, die in den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten des Jahres 2017 als Fachabteilung eines der pflegesensitiven Bereiche nach § 2 Absatz 1 der Verordnung oder als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung (zum Beispiel Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie) anhand der Fachabteilungsschlüssel ausgewiesen sind. Fachabteilungen der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt Pädiatrie (Fachabteilungsschlüssel „3610“) sind mit Verweis auf die entsprechenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) von dieser Regelung ausgenommen. Darüber hinaus gilt eine nicht bereits nach Satz 3 Nummer 1 ausgewiesene Fachabteilung gemäß Nummer 2 als pflegesensitiver Krankenhausbereich, wenn der Anteil der in die Indikator-DRGs (vgl. Anlage zur Verordnung) eingruppierten Fälle dieser Fachabteilung mindestens 40 Prozent beträgt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung des Absatzes 1 wird unterstützt.

Die Neuregelung des Absatzes 2, dass ein pflegesensitiver Krankenhausbereich die jeweilige Fachabteilung mit allen ihren zugehörigen Stationen an jedem Standort des Krankenhauses

nach der Definition eines Krankenhausstandortes gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG umfasst, wird begrüßt, da es wichtig ist, Klarheit und Transparenz über das stationsbezogene Versorgungsniveau herzustellen.

Die Neureglung des Absatzes 3 wird grundsätzlich unterstützt. Sie gewährleistet, dass über die namentlich in der Organisationsstruktur eines Krankenhauses genannten Fachabteilungen hinaus auch solche Krankenhausbereiche als pflegesensitiv eingestuft werden, deren Anteil der in einem Jahr abgerechneten Fälle, die typischerweise als Leistungen der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie anzusehen sind (sogenannte Indikator-DRGs), mindestens 40 Prozent beträgt. Dieses zweistufige Vorgehen erscheint angesichts der vermehrt interdisziplinären Belegung in den Krankenhäusern grundsätzlich sachgerecht.

Allerdings erscheint der Ausschluss der Intensivmedizin aus dem Vorgehen in Satz 1 Nummer 2 nicht sachgerecht. So hätten Krankenhäuser, die keine Fachabteilung Intensivmedizin haben, aber Intensivstationen mit mindestens sechs Betten betreiben und damit am Stufensystem zur stationären Notfallversorgung (vgl. Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V vom 19.04.2018) teilnehmen, keinen pflegesensitiven Krankenhausbereich Intensivmedizin gemäß § 2 Absatz 1. Sie hätten damit nicht die Pflegepersonaluntergrenzen für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin nach § 6 einzuhalten. Da der Verordnungsentwurf keine andere Neuregelung zur Berücksichtigung von Intensiveinheiten innerhalb und außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen (vgl. § 137i Abs. 1 S. 4 SGB V) vorsieht, bedarf es in Absatz 3 einer Änderung, die der oben skizzierten Problematik von Intensivstationen außerhalb von Fachabteilungen der Intensivmedizin Rechnung trägt. Darüber hinaus würden mit einer solchen gesetzlichen Änderung auch die Regelungen des Stufensystems zur stationären Notfallversorgung und die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen harmonisiert.

C) Änderungsvorschlag

§ 3 wird um den folgenden Absatz 4 ergänzt:

„Darüber hinaus gelten die Intensivstationen eines Krankenhauses, welches an dem gestuften System der stationären Notfallversorgung teilnimmt, ebenfalls als ein pflegesensitiver Krankenhausbereich der Intensivmedizin.“

§ 4 Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 4 legt fest, dass das InEK standortbezogen den Pflegeaufwand in den gemäß § 3 ermittelten pflegesensitiven Krankenhausbereichen zu ermitteln sowie in der Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 auszuweisen hat. Die Grundlage für die Ermittlung des Pflegeaufwands bildet der vom InEK entwickelte Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99. Die Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie und der Herzchirurgie zugeordnet sind, sind von dieser Regelung ausgenommen. Satz 3 regelt, dass das InEK zum Zwecke der künftigen Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Schweregraden den Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands jährlich zu aktualisieren hat.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung des § 4 zur Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands in pflegesensitiven Bereichen durch das InEK wird aus Gründen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung grundsätzlich unterstützt.

Es besteht allerdings der im Folgenden begründete Änderungsbedarf:

Erstens ist unklar, wie das InEK den Pflegeaufwand der gemäß § 3 ermittelten pflegesensitiven Krankenhausbereiche auf Basis des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 vollständig ermitteln kann, ohne Angaben über die Intensivzeiten der in einem pflegesensitiven Bereich abgerechneten Fälle zu haben. Der Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 enthält zwei Bewertungsrelationen je Tag für jede DRG, je eine für die Verweildauer des Patienten auf Normalstationen und eine für die Verweildauer des Patienten auf Intensivstationen. Die Herausforderung für das Jahr 2019 liegt dabei in der Ermittlung der Verweildauer eines Patienten auf Intensivstationen, da hierzu für den betreffenden Zeitraum keine Daten von den Krankenhäusern an das InEK übermittelt werden (bei Inkrafttreten des Gesetzentwurfes des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) würden ab dem Jahr 2020 gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 2e KHEntgG auch die Zeiträume der Intensivbehandlung je Krankenhausfall übermittelt). Eine Möglichkeit, dieser Herausforderung zu begegnen, besteht in der Abschätzung der Verweildauer eines Patienten auf Intensivstationen anhand ausgewählter Parameter, wie zum Beispiel den OPS-Kodes für intensivmedizinische Komplexbehandlung oder eine Beatmungsdauer von mehr als 24 Stunden. Diese Vorgehensweise ist aber weder im Verordnungsentwurf noch in der Begründung verankert. Somit ist davon auszugehen, dass das InEK den Pflegeaufwand der gemäß § 3 ermittelten pflegesensiti-

ven Krankenhausbereiche auf Basis des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 nicht vollständig ermitteln kann. Hier bedarf es einer Änderung des § 4. Zweitens muss es das Ziel sein, bei einer Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen eine Risikoadjustierung, soweit sachgerecht, vorzunehmen. Dies umfasst ebenso die Neurologie und Herzchirurgie. Auch für diese Bereiche muss die Ermittlung des Pflegeaufwands nach § 4 erfolgen. Nur so kann die für eine in Satz 3 vorgesehene künftige Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen notwendige Datenbasis für die gemäß § 2 Absatz 1 festgelegten pflegesensitiven Krankenhausbereiche geschaffen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 4 Satz 2 wird gestrichen.

Nach Satz 1 wird der folgende neue Satz 2 eingefügt:

„Bei der Ermittlung des Pflegeaufwands anhand der Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2017 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Verweildauer der Patienten in Intensivseinheiten anhand eines geeigneten Verfahrens abzuschätzen.“

§ 5 Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des § 5 regelt das Verfahren zur Übermittlung und Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse des InEK an die Krankenhäuser sowie die Mitteilungspflichten der Krankenhäuser.

Gemäß Absatz 3 Satz 1 sind die Krankenhäuser verpflichtet, dem InEK und den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG bis zum 15.12.2018 die vom Krankenhaus verwendeten Namen der vom InEK übermittelten Fachabteilungen sowie sämtliche zugehörige Stationen unter Angabe des Standortes gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG zu benennen. Satz 2 regelt, dass die Regelung des Satzes 1 nicht für Fachabteilungen gilt, die den pflegesensitiven Krankenhausbereichen der Neurologie und der Herzchirurgie zugeordnet werden.

Gemäß Absatz 5 veröffentlicht das InEK die in den Absätzen 3 und 4 genannten Angaben einschließlich der jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 unter Nennung der Namen der Krankenhäuser und der jeweiligen Institutionskennzeichen sowie dem nach § 4 ermittelten Pflegeaufwand bis zum 15.02.2019 auf seiner Internetseite.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen des § 5 werden grundsätzlich unterstützt.

Die Regelung des Absatzes 3 Satz 2 erscheint allerdings nicht sachgerecht. In Analogie zur Bewertung der Regelung des § 4 Satz 2 muss für Fachabteilungen und Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie auch die Mitteilungspflicht der Krankenhäuser nach Satz 1 gelten, da diese gemäß § 2 Absatz 1 als pflegesensitiv eingestuft werden. Nur so kann die für die Weiterentwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen auch für die Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie notwendige Datengrundlage geschaffen werden.

Bezugnehmend auf die standortbezogene Ermittlung von pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach § 3 Absatz 2 und die Übermittlung der, soweit möglich, standortbezogenen Auswertungsergebnisse nach § 3 durch das InEK sollte allerdings auch die Veröffentlichung der in den Absätzen 3 und 4 genannten Angaben unter Nennung des Standortes des Krankenhauses gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG erfolgen. Hierzu bedarf es einer Änderung in Absatz 5.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.

§ 5 Absatz 5 wird wie folgt umformuliert:

*„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, der jeweiligen Institutionskennzeichen, des Standortes gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** sowie den nach § 4 ermittelten Pflegeaufwand bis zum 15. Februar 2019 auf seiner Internetseite.“*

§ 6 Pflegepersonaluntergrenzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des § 6 legt die Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie fest, die unter Berücksichtigung des in Absatz 2 genannten jeweiligen Höchstanteils an Pflegehilfskräften stations- und schichtbezogen einzuhalten sind.

Absatz 2 Nummern 1 bis 4 legt die Höchstanteile an Pflegehilfskräften an der Gesamtanzahl der Pflegekräfte als Prozentwerte, differenziert für die Tages- und die Nachtschicht gemäß § 2 Absatz 3 und für Werktage sowie die Tage an den Wochenenden und Feiertage, für jeden der in Absatz 1 genannten pflegesensitiven Krankenhausbereiche fest.

Die Neuregelung des Absatz 3 sieht vor, dass im Falle konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen aus Gründen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft gilt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen des § 6 werden grundsätzlich begrüßt. So stellt die Festlegung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen eine wichtige Maßnahme zur Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität in der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern dar. Aufgrund des Mangels an Evidenz und validen Daten über den Zusammenhang von Pflegepersonalausstattung und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung in Deutschland ist die von der KPMG AG im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und der DKG erstellte Datenerhebung und Datenauswertung als eine zentrale empirische Datenbasis für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen anzusehen. Sie ermöglichte die verteilungsbasierte Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in den vier genannten pflegesensitiven Krankenhausbereichen anhand des sogenannten Perzentilansatzes. Die in § 6 festgelegten Angaben entsprechen den Werten des unteren Quartils (25 Prozent-Perzentil) jeder Verteilung und sind als das Verhältnis von der maximalen Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft angegeben. Demzufolge müssen die 25 Prozent der Krankenhäuser mit der schlechtesten Personalausstattung zusätzliches Personal einstellen oder die Leistungsmenge anpassen, um die Untergrenze einzuhalten.

Insbesondere die Festlegung von stations- und schichtbezogenen Pflegepersonaluntergrenzen in den vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen wird ausdrücklich begrüßt. Nur stations- und schichtbezogene Pflegepersonaluntergrenzen werden der Pflegepersonalplanung der Krankenhäuser gerecht. Daher sollte unbedingt der Stationsbezug und -begriff gesetzlich verankert werden.

Des Weiteren ist eine Änderung in § 6 Absatz 1 notwendig, die klarstellt, dass die festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Durchschnitt je Stunde einer Schicht gemäß der Begriffsbestimmung in § 2 Absatz 3 einzuhalten sind. Da die Schichten für den Pflegedienst im Krankenhaus üblicherweise einen Zeitraum von acht Stunden haben, umfasst die in § 2 Absatz 3 definierte Tagesschicht mindestens zwei reale Schichten für den Pflegedienst eines Krankenhauses. Ohne eine Änderung des § 6 Absatz 1 birgt dies die folgende Problematik bei der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen: Bei einer Pflegepersonaluntergrenze von maximal zwei zu versorgenden Patienten pro Pflegekraft („2 zu 1“) würde diese gemäß der Regelung des § 6 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit der Begriffsbestimmung des § 2 Absatz 3 in der Version des Verordnungsentwurfes als erfüllt gelten, wenn eine Pflegekraft vier Patienten im Zeitraum von 6:00 Uhr bis 14:00 Uhr und eine andere Pflegekraft dieselben vier Patienten im darauffolgenden Zeitraum von 14:00 Uhr bis 22:00 Uhr versorgt. In der gemäß § 2 Absatz 3 definierten Tagesschicht von 06:00 Uhr bis 22:00 Uhr wäre die Pflegepersonaluntergrenze von „2 zu 1“ insgesamt eingehalten, obwohl im Durchschnitt je Stunde der Tagschicht ein Verhältnis von „4 zu 1“ bestand. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, bedarf es einer entsprechenden Änderung der Verordnung in § 6 Absatz 1.

Eine teilweise Einbeziehung der Pflegehilfskräfte erscheint mit Blick auf die Versorgungssituation und die Arbeitsmarktrealität notwendig. Es ist im Sinne einer Stärkung der Pflege und der Sicherung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung jedoch dringend darauf zu achten, dass der Begriff der Pflegehilfskraft eindeutig gefasst ist und es nicht zu einem Aufweichen der Regelungen kommt. Die Begrenzung der Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften ist daher zu begrüßen. Zudem sollte durch eine entsprechende Änderung der Verordnung auch in Absatz 2 klargestellt werden, dass die in Absatz 2 festgelegten bereichsspezifischen Grenzwerte für den maximalen Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen stations- und schichtbezogen einzuhalten sind.

Bezugnehmend auf die Bewertung der Neureglung des § 2 Absatz 3 zur Bestimmung der Tages- und der Nachtschicht bedarf es auch in § 6 Absatz 1 einer Änderung, die klarstellt, dass die Zeiträume Tag und Nacht nach § 2 Absatz 3 mehrere Tages- bzw. Nachtschichten umfassen können, in denen die in Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben der Absätze 2

und 3 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen schichtbezogen einzuhalten sind. Gleiches gilt für den Absatz 2.

In Absatz 3 bleibt unklar, welche Pflegepersonaluntergrenze, insbesondere hinsichtlich des zulässigen Höchstanteils an Pflegehilfskräften, im Falle konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen gilt. Hier bedarf es einer Änderung der Verordnung, die eine zweifelsfreie und damit von den Krankenhäusern praktisch umsetzbare Regelung schafft. Daher ist es angezeigt, in Absatz 3 zu regeln, dass im Fall konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft und dem jeweiligen Anteil von Pflegehilfskräften gilt.

C) Änderungsvorschlag

§ 6 Absatz 1 wird wie folgt umformuliert:

*„Für die folgenden pflegesensitiven Krankenhausbereiche werden stations- und schichtbezogen folgende Pflegepersonaluntergrenzen als **Verhältnis der maximalen Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft im Durchschnitt je Stunde einer Schicht** unter Berücksichtigung des in Absatz 2 genannten Höchstanteils von Pflegehilfskräften festgelegt:*

1. *Intensivmedizin*

- a) *montags bis freitags in der Tagesschicht 2 : 1 und in der Nachtschicht 3 : 1,*
- b) *samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 2 : 1 und in der Nachtschicht 3 : 1,*

2. *Geriatric*

- a) *montags bis freitags in der Tagesschicht 10 : 1 und in der Nachtschicht 24 : 1,*
- b) *samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 11 : 1 und in der Nachtschicht 24 : 1,*

3. *Unfallchirurgie*

- a) *montags bis freitags in der Tagesschicht 10 : 1 und in der Nachtschicht 20 : 1,*
- b) *samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 11 : 1 und in der Nachtschicht 21 : 1,*

4. *Kardiologie*

- a) *montags bis freitags in der Tagesschicht 11 : 1 und in der Nachtschicht 24 : 1,*
- b) *samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 13 : 1 und in der Nachtschicht 23 : 1.“*

§ 6 Absatz 2 wird wie folgt umformuliert:

*„Zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen darf der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte **stations- und schichtbezogen** die folgenden bereichsspezifischen Grenzwerte nicht überschreiten:*

1. Intensivmedizin

a) montags bis freitags in der Tagesschicht 8,5 Prozent und in der Nachtschicht 5,9 Prozent,

b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 3,7 Prozent und in der Nachtschicht 7,2 Prozent.

2. Geriatrie

a) montags bis freitags in der Tagesschicht 18,2 Prozent und in der Nachtschicht 40 Prozent,

b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 20,1 Prozent und in der Nachtschicht 38,5 Prozent.

3. Unfallchirurgie

a) montags bis freitags in der Tagesschicht 10,5 Prozent und in der Nachtschicht 16,4 Prozent,

b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 12,6 Prozent und in der Nachtschicht 13,1 Prozent.

4. Kardiologie

a) montags bis freitags in der Tagesschicht 7,8 Prozent und in der Nachtschicht 13,9 Prozent,

b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagesschicht 5 Prozent und in der Nachtschicht 13,7 Prozent.“

§ 6 Absatz 3 wird wie folgt umformuliert:

Am Ende des Absatzes werden die Worte *„und dem jeweiligen Anteil von **ten**“* eingefügt.

§ 7 Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen des § 7 enthalten Vorgaben dazu, nach welchen Maßgaben die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu ermitteln ist und welche weiteren Angaben zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen die Krankenhäuser mitzuteilen haben.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen des § 7 zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen werden begrüßt. Jedoch sollte zwischen der Nachweispflicht, die bei den Krankenhäusern liegt, und der Feststellung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen unterschieden werden. Letzteres sollte den Datenempfängern, und damit dem InEK und den anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG obliegen. Des Weiteren bedarf es in § 7 Absatz 1 einer Änderung, die klarstellt, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand gesondert gemeldeter monatsbezogener Durchschnittswerte für jede der vier Pflegepersonaluntergrenzen eines jeden pflegesensitiven Bereiches einmal je Quartal nachzuweisen haben. Nach Absatz 2 haben die Krankenhäuser einmal je Quartal monatsbezogen die Anzahl der Schichten mitzuteilen, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind. Hat ein Krankenhaus in einem oder mehreren Monaten in allen Schichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten, erfolgt demnach keine Mitteilung an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und das InEK. Hier bedarf es einer Änderung, die regelt, dass die Mitteilungen der Krankenhäuser nach Absatz 2 sowie auch die Nachweise der Krankenhäuser nach Absatz 1 stets unter Zustimmung der Vertretung der Arbeitnehmer des Krankenhauses erfolgen. Dies würde die Verlässlichkeit der Selbstangaben der Krankenhäuser erhöhen. Darüber hinaus sollten die schichtbezogenen Nachweise auch stationsbezogen erfolgen und damit die Regelungen in § 6 aufgreifen.

Zur Unterstützung der Effektivität der Regelungen der Absätze 1 und 2 bedarf es in § 7 zudem einer Ergänzung um eine Regelung, die Vergütungsabschläge für Krankenhäuser vorsieht, sollten diese ihre Mitteilungspflichten nach den Absätzen 1 und 2 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.

C) Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt umformuliert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und die anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes stellen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand der von den Krankenhäusern einmal je Quartal für jede der vier Pflegepersonaluntergrenzen eines jeden pflegesensitiven Bereiches gesondert gemeldeten monatsbezogenen Durchschnittswerte fest.“

In Absatz 2 wird in Satz 1 nach den Worten „aufgeschlüsselt nach Monaten“ ergänzt:

„, nach Stationen“

§ 7 wird um den folgenden neuen Absatz 3 ergänzt:

„Für Krankenhäuser, die ihre Mitteilungspflicht nach den Absätzen 1 und 2 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 wird um den folgenden neuen Absatz 4 ergänzt:

„Die Vertretung der Arbeitnehmer in einem Krankenhaus haben die Mitteilungen und Nachweise über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen des Krankenhauses nach den Absätzen 1 und 2 vor der Übermittlung an die jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus schriftlich zu bestätigen.“

§ 8 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 8 regelt die Übergangsregelung und die Ausnahmetatbestände für die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen.

Absatz 2 Satz 1 regelt, dass im Falle des Vorliegens der Voraussetzungen für einen der in den Nummern 1 bis 2 genannten Ausnahmetatbestände keine Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen erhoben werden. Gemäß den Nummern 1 bis 2 sind dies zum einen kurzfristige, vom Krankenhaus unverschuldete und unvorhersehbare Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß das übliche Maß bzw. das Ausmaß des Vorjahres deutlich übersteigen, sowie zum anderen starke Erhöhungen der Patientenzahlen durch vom Krankenhaus nicht zu verantwortende und unvorhersehbare Ereignisse, wie Epidemien und Großschadensereignisse. Satz 2 sieht vor, dass die Krankenhäuser das Vorliegen von Voraussetzungen für die in den Nummern 1 bis 2 genannten Ausnahmetatbestände den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG nachzuweisen haben.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Festlegung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen wird die in Absatz 1 vorgesehene Übergangsregelung kritisiert. Bei den in § 6 festgelegten Verhältnissen von der maximalen Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft handelt es sich um Unter-
grenzen, die eine Patientengefährdung durch höhere Verhältniszahlen verhindern sollen. Dies rechtfertigt keine Übergangsregelung.

Die Neuregelungen des Absatzes 2 werden grundsätzlich begrüßt. Aus Gründen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus können nur zum einen kurzfristige, vom Krankenhaus unverschuldete und unvorhersehbare Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß das übliche Maß bzw. das Ausmaß des Vorjahres deutlich übersteigen, und zum anderen starke Erhöhungen der Patientenzahlen durch vom Krankenhaus nicht zu verantwortende und unvorhersehbare Ereignisse, wie Epidemien und Großschadensereignisse, als berechtigte Ausnahmetatbestände für die Nichteinhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen in einem begrenzten Zeitraum akzeptiert werden.

Fraglich ist jedoch, wie Absatz 2 Nummer 1 in der Praxis umgesetzt werden soll. Zur Operationalisierung der Regelung sollten nur von offizieller Stelle anerkannte krankheitsbedingte Personalausfälle geltend gemacht werden können. Diese liegen vor, wenn das Robert Koch-Institut beispielsweise Grippephasen oder andere Phasen mit gehäuft auftretenden Infektionskrankheiten ausweist.

C) Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 1 wird gestrichen.

Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird nach dem Wort „hinausgehen“ ergänzt um die Worte:

„ und deren Ursachen vom Robert Koch-Institut entsprechend ausgewiesen wurden“

§ 9 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 legt fest, dass die PpUGV zum 31.12.2019 wieder außer Kraft tritt. Davon ausgenommen ist die Regelung des § 4 Satz 3 zur jährlichen Aktualisierung des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands durch das InEK. Mit dieser Regelung sind die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen nach § 6 nur für das Jahr 2019 festgelegt. Gemäß der Begründung verdeutlicht diese Neuregelung, dass für die Jahre ab 2020 die Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen, u. a. anhand der Daten des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands durch die Vertragsparteien auf Bundesebene erfolgen soll. Als Ziele dieser Fortführung und Weiterentwicklung sind in der Begründung die Verbesserung der Datengrundlage sowie eine Erweiterung der Pflegepersonaluntergrenzen auf zusätzliche pflegesensitive Krankenhausbereiche und eine Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach dem Pflegeaufwand bzw. dem Schweregrad der Patientinnen und Patienten genannt.

B) Stellungnahme

Die Regelung des § 9 lässt offen, wie eine Neureglung zu Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 01.01.2020 zustande kommen soll. Nur wenn die in dieser Stellungnahme erfolgten Hinweise zur Neurologie und Herzchirurgie aufgegriffen werden, kann die Datengrundlage für diese Bereiche in einer Art und Weise verbessert werden, dass eine Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen zum 01.01.2020 möglich ist.

Da es keine Studien zum Zusammenhang von Pflegepersonalausstattung und der Ergebnisqualität in der Krankenhausversorgung für die deutsche Versorgungssituation gibt, ist man bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen gezwungen, die Pflegepersonalausstattung und die Pflegeaufwände in einer ausreichenden Zahl von Krankenhäusern zu erheben. Um dies für zusätzliche pflegesensitive bzw. gemäß dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode für alle bettenführenden Krankenhausbereiche vorzunehmen, ist ein Zeitrahmen von zwei Jahren erforderlich. Auf diese Weise könnte auch die Datengrundlage für die bereits jetzt festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen weiter verbessert werden. Aus diesen Gründen ist eine Änderung erforderlich, die die PpUGV bis zum 31.12.2020 zeitlich befristet.

Darüber hinaus bedarf es einer Änderung in § 9, die die Selbstverwaltungspartner mit der Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in Form einer Vereinbarung explizit beauftragt. Um eine Regelungslücke zwischen dem Außerkrafttreten der PpUGV und dem Inkrafttreten einer Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zu verhindern, muss zudem geregelt sein, dass die PpUGV solange gilt, bis eine entsprechende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner in Kraft tritt. In Analogie zu den im § 137i SGB V verankerten Konfliktlösungsmechanismen bedarf es auch hier einer Änderung, die für den Fall, dass die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nicht oder nicht rechtzeitig zustande kommt, eine Rechtsverordnung durch das BMG ohne Zustimmung des Bundesrates zum Erlass der Pflegepersonaluntergrenzen als endgültige Konfliktlösung vorsieht.

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 2 wird wie folgt umformuliert:

„Sie tritt mit Ausnahme des § 4 Satz 3 mit Ablauf des 31. Dezember 2020 außer Kraft.“

§ 9 wird zudem um den folgenden neuen Absatz 3 ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft werden beauftragt, bis zum 30.06.2020 die Regelung zu verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen für alle gemäß § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 01.01.2021 weiterzuentwickeln und zu vereinbaren. § 137i Absatz 1 Satz 2 bis Satz 6 und Satz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

§ 9 wird zudem um den folgenden neuen Absatz 4 ergänzt:

„Diese Verordnung gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung nach Absatz 3 fort. Kommt eine neue Vereinbarung über die Pflegepersonaluntergrenzen ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis Satz 4 und Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. § 137i Absatz 3 Satz 2 bis Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“