

- Stellungnahme -

Referentenentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) vom 30. Juli 2025.

Der DBfK unterstützt die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs, eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Eine der zentralen Begründungen für die Krankenhausreform ist die Sicherstellung der Versorgungsqualität für die Bevölkerung. Um dies zu erreichen, darf nicht ignoriert werden, dass die größte Berufsgruppe in der Patientenversorgung – die Pflege – auch in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen berücksichtigt werden muss. Andernfalls wird der Gesetzesentwurf dieses Ziel für die Pflegeberufe nicht erreichen, sondern im Gegenteil die pflegerische Versorgung weiter verschlechtern.

Mit der Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Struktur- und Prozessvoraussetzung aus den Leistungsgruppen entfällt der bislang einzige Hinweis auf pflegerische Qualitätsmerkmale. Statt einer Streichung ist es notwendig, eine erweiterte und bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung als Strukturmerkmal zu verankern. Die PpUG markieren als Strukturqualitätsmerkmal eine rote Linie, die nicht unterschritten werden darf und sollten durch einen Indikator für bedarfsgerechte pflegerische Versorgung ergänzt werden. Der DBfK schlägt deshalb vor, die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) mit einem verbindlichen Erfüllungsgrad in den Leistungsgruppen zu verankern. Die PPBV ist – anders als die PpUG – als bedarfsgerechtes Instrument ausgestaltet und hat den Vorteil, fachbereichsunabhängig erfasst werden zu können. Sie kann daher in nahezu allen Leistungsgruppen angewendet werden (mit Ausnahme der Leistungsgruppe Intensivmedizin und ggf. der Leistungsgruppe Stroke Unit). Die Weiterentwicklung der PPBV im Rahmen des Projekts WiWePP trägt zudem dem Ziel der Entbürokratisierung Rechnung, da die PPBV zukünftig aus der pflegefachlichen Regeldokumentation leicht digital abgeleitet werden kann und bereits als zentrales Instrument einer bedarfsgerechten Personalausstattung etabliert ist. Als Mindeststrukturmerkmal spricht sich der DBfK für einen Erfüllungsgrad der PPBV von mindestens 80 % aus, der sukzessive auf 100 % gesteigert werden muss.

Darüber hinaus wird in Krankenhäusern aller Versorgungsstufen eine Quote von 30 % akademisch qualifizierten Pflegepersonals als Strukturmerkmal benötigt, um komplexe Fälle mit hoher Qualität zu versorgen und – insbesondere für Level III – den Forschungsauftrag erfüllen zu können. Als erster Schritt fordert der DBfK eine realistische Quote von 2 % akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den Leistungsgruppen zu etablieren.

Zukünftig müssen neben Strukturkriterien auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Dazu sind Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft erforderlich, um entsprechende wissenschaftliche Grundlagen zu schaffen und die Disziplinbildung voranzutreiben.

Der DBfK schlägt deshalb folgenden Fahrplan als mehrstufiges Verfahren für eine Verankerung von Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen vor:

1. Die Pflegepersonalgrenzen in den Leistungsgruppen beibehalten

Die PpUG müssen weiterhin als Struktur- und Prozessvoraussetzung in den Leistungsgruppen beibehalten werden – wie bereits im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) geregelt. Dies setzt die Linie der Krankenhausreform in NRW konsequent fort, da dort die PpUG ebenfalls enthalten sind. Damit bleibt in einigen Leistungsgruppen eine Mindestvoraussetzung erhalten und pflegerische Versorgung ist überhaupt als Qualitätsindikator erfasst.

2. Die PPBV als Strukturqualitätsmerkmal etablieren

Die bedarfsgerechte Personalausstattung muss als Strukturqualitätsmerkmal abgebildet werden. Die PPBV ist hierfür das geeignete Instrument und kann in nahezu allen Leistungsgruppen eingesetzt werden (außer Intensivmedizin und ggf. Stroke Unit). Voraussetzungen dazu sind:

- Einbezug der Weiterentwicklungen aus dem WiWePP-Projekt in die PPBV.
- Festlegung eines verbindlichen Erfüllungsgrad: zunächst mindestens 80 %, mit sukzessiver Steigerung auf 100 %.
- Ergänzung um ein Instrument für Erwachsenen-Intensivstationen (INPULS), um auch hier pflegerische Strukturqualität abzubilden.
- Im Sinne der Bürokratieentlastung kann perspektivisch die PpUG vollständig durch die PPBV abgelöst werden, sobald die PPBV mit mindestens 80 % Verbindlichkeit gesetzlich vorgeschrieben ist.

3. Pflegefachliche Qualifikationen aufnehmen

Qualitätskriterien müssen neben der Personalausstattung auch den notwendigen Qualifikationsmix berücksichtigen. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen pflegerischer Personalausstattung und Patient:innen-Outcomes (Komplikationen, Mortalität).

Ein Ansatzpunkt ist die Aufnahme pflegerischer Spezialisierungen in einzelnen Leistungsgruppen, z. B. Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Palliative Care in „57 Palliativmedizin“ oder Advanced Practice Nurses (APN) in Pädiatrie, Geriatrie oder Neurologie. Der Einsatz von APN erhöht nachweislich Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit. Zudem stellen APN einen attraktiven Karriereweg dar und tragen zur Fachkräftebindung bei.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Regelung einer Akademisierungsquote in den Leistungsgruppen. Als erster Startpunkt kann eine realistische Quote von 2 % in den Leistungsgruppen geregelt werden. Eine Akademisierungsquote trägt auch zu dem Ziel bei, mittelfristig eine Akademisierungsquote von mindestens 20 % zu erreichen, um die Versorgung von Patient:innen erkennbar zu verbessern (Empfehlung des Wissenschaftsrats, 2023).

4. Einführung von Prozessqualitätsindikatoren

In einem weiteren Schritt müssen Prozessqualitätsindikatoren eingeführt werden. Im Mittelpunkt muss dabei stehen, dass Pflege entsprechend der vorbehaltenen Tätigkeiten nach §4 PflBG durchgeführt wird. Das bedeutet, dass eine Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs erfolgen muss; die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses stattfinden muss; die Pflege geplant wird; sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege organisiert sein muss. Die Durchführung der Pflege nach dem Pflegeprozess muss organisiert sein und nachgewiesen werden. Ein weiterer Bestandteil der Prozessqualität kann die gleichberechtigte Einbindung der Pflege in interdisziplinäre Prozesse wie einem Tumorboard oder die federführende Verantwortung der Pflege in einem interdisziplinären Entlassungsprozess im Sinne eines Case- und Care-Managements sein.

5. Ergebnisqualität betrachten

Schlussendlich muss auch die Ergebnisqualität (Outcome-Parameter) betrachtet werden. Dabei sollten nicht nur negative Parameter (z.B. Stürze, Dekubiti), sondern vor allem positive Parameter im Fokus stehen, etwa PREMs (Patient-Reported Experience Measures) and PROMs (Patient-Reported Outcome Measures). Um diese Outcome-Parameter wissenschaftlich und evidenzbasiert zu erfassen, braucht es als Voraussetzung Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften zu fördern.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Berlin, 21.08.2025

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de



Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V. - Bundesverband

Datum: 21.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 135d	- Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas - Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	
3	§ 135e	- Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO - finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss - Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) - Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 - Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens	Durch die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzung aus den Leistungsgruppen wird der einzige Verweis auf pflegerische Strukturmerkmale in den Leistungsgruppen entfernt. Sinnvoll ist es keine Streichung der PpUG vorzunehmen, sondern eine erweiterte und bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung als Strukturmerkmal zu verankern. <u>Änderungsvorschläge:</u> Die PpUG müssen weiterhin als Struktur- und Prozessvoraussetzung in den Leistungsgruppen beibehalten werden – wie bereits im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) geregelt. Dies

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			setzt die Linie der Krankenhausreform in NRW konsequent fort, da dort die PpUG ebenfalls enthalten sind. Der DBfK schlägt zudem vor die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) mit einem verbindlichen Erfüllungsgrad in den Leistungsgruppen zu verankern. Die PPBV ist anders als die PpUG als bedarfsgerechtes Instrument angelegt und hat den Vorteil, dass sie fachbereichsunabhängig erfasst wird und daher in nahezu jeder Leistungsgruppe anwendbar ist (außer Leistungsgruppe Intensivmedizin und ggf. Leistungsgruppe Stroke Unit). Die Weiterentwicklung der PPBV, wie sie derzeit im Rahmen des Projekts WiWePP erfolgt, trägt auch dem Ziel der Entbürokratisierung Rechnung, da sie aus der pflegefachlichen Regeldokumentation leicht digital ausleitbar sein wird und als zentrales Instrument einer bedarfsgerechten pflegerischen Personalausstattung bereits fest etabliert ist. Als Mindeststrukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung spricht sich der DBfK zu Beginn für einen Erfüllungsgrad von 80 % der PPBV aus. Anpassungen bis zu einem Erfüllungsgrad von 100 % müssen sukzessive erfolgen. Außerdem wird in Krankenhäusern aller Level zukünftig eine Quote von 30 % für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal als Strukturmerkmal benötigt, um einerseits die komplexen Fälle mit hoher Pflegequalität zu versorgen und um dem speziell für Level III obligatorischen Forschungsauftrag entsprechen zu können. Als erster Startpunkt kann eine realistische Quote von 2 % in den Leistungsgruppen geregelt werden. Zukünftig müssen aber auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren betrachtet werden. Dazu braucht es Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften zu fördern.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Mindestens in der Begründung zum Referentenentwurf muss der Verweis aufgenommen werden, dass der Gesetzgeber sich für pflegerische Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen bekennt. Dazu gehört als erstes die Etablierung einer bedarfsgerechten pflegerischen Personalausstattung als Strukturqualitätsmerkmal.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen, wie im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2024 Teil I Nr. 400, ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024. Erfüllung der PPBV in allen Leistungsgruppen (außer LG 64 Intensivmedizin und bedingt der LG 54, wenn die Stationen unter die Erfüllung der PPBV fallen).

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung – Streichung der LG 16 – LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung – LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen – LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 6a	- Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen - Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	- Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) - Streichung der Antragsfrist - Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. - Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO - Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung - Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Insbesondere die Umwandlung von Krankenhäusern in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ist dringend notwendig, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen und als innovative Struktur die Versorgung interprofessionell am Bedarf der Menschen

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			auszurichten. Die Pflegeberufe und besonders die Rolle der Advanced Practice Nurses müssen in diesen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen eine zentrale Rolle spielen. Die Fördertatbestände in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung sollten aus Sicht der Pflegeberufe noch konkretisiert werden. So muss explizit der Aufbau von Telepflege als Fördertatbestand mit aufgenommen werden. Die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen darf sich nicht nur auf die fachschulische Ausbildung beschränken, sondern muss auch explizit die hochschulische Pflegeausbildung ansprechen, um in absehbarer Zeit die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierungsquote von mindestens 20 % zu erreichen. Eine besondere bauliche Maßnahme sind dabei Skills-Labs, die dringend benötigt werden und über den Krankenhaustransformationsfonds gefördert werden können.
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Erfüllung s-aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Bundes-Klinik-Atlas Im aktuellen Bundes-Klinik-Atlas wird der Pflegepersonalquotient nach §137j als Merkmal der pflegerischen Strukturqualität ausgewiesen. Der DBfK lehnt dieses vehement ab, denn der Pflegepersonalquotient baut auf der falschen Annahme auf, der Pflegeerlös-/Pflegelastkatalog (bzw. „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“) bilde den Pflegeaufwand ab. Dies gilt selbstverständlich auch für den Pflegeaufwand im Sinne von „erbrachten Pflegeleistungen“. Der Pflegeerlös-Pflegelastkatalog bildet nicht den Pflegeaufwand ab, sondern lediglich den in die DRG-Kalkulation eingegangenen Kostenanteil für die Pflegepersonalkosten. Damit geben die Pflegepersonalquotienten keinerlei Auskunft über das Verhältnis zwischen angefallenem Pflegeaufwand und tatsächlicher Personalbesetzung. Um Transparenz über die Strukturqualität der pflegerischen Versorgung herzustellen, ist es sinnvoll, die weiteren erfassten Personalbemessungssysteme zu veröffentlichen, und zwar pro Station bzw. Abteilung eines jeden Krankenhaustandortes. Die Veröffentlichung der PpUG ist bisher nicht erfolgt und auch für die PPBV ist noch keine Transparenz hergestellt. Diese beiden Verordnungen sollten Grundlage für die Transparenz über die pflegerische Personalausstattung im Krankenhaus sein.