



Ferdinand Rau

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: Was ändert sich?

Das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) zielt auf eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege ab. Damit sollen spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte erreicht werden. Zugleich soll dadurch die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten und der Pflegebedürftigen weiter verbessert werden. Der Beitrag stellt die für die Krankenhäuser wesentlichen Änderungen des Gesetzes dar.

Mit dem PpSG werden die Maßnahmen für ein Pflege-Sofortprogramm umgesetzt, das CDU, CSU und SPD im Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode vereinbart haben. Zur Konkretisierung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen in der Pflege wurden bereits am 23. Mai 2018 Eckpunkte vorgelegt. Mit dem am 9. November 2018 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetz, dem am 23. November 2018 auch der Bundesrat zugestimmt hat, werden die Personalausstattung und die Arbeitsbedingungen der Pflege in den Krankenhäusern durch ein Bündel an Maßnahmen (siehe dazu auch ► **Tabelle 1**) verbessert. Die Maßnahmen zielen insbesondere auf verschiedene Verbesserungen in der Finanzierung und auf einen weiteren Ausbau von Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) ab.

Umfassende Finanzierung der Pflege am Bett

Im Jahr 2019 wird durch die Weiterentwicklung des bisherigen *Pflegestellen-Förderprogramms* jede zusätzlich geschaffene und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett („unmittelbare Patienten-

versorgung auf bettenführenden Stationen“) vollständig finanziert (§ 4 Absatz 8 KHEntgG). Anders als noch im Jahr 2018 ist die Zahl der refinanzierten Stellen nicht durch eine Obergrenze für die Finanzierung begrenzt, und vom Krankenhaus ist kein Eigenanteil zu tragen. Voraussetzung für die Förderung ist, dass im Vergleich zur jahresdurchschnittlichen Vollkräftezahl im Jahr 2018 zusätzliches Pflegepersonal in der Patientenversorgung am Bett eingestellt wird oder Teilzeitstellen aufgestockt werden.

Ab dem Jahr 2020 wird die Pflege am Bett über ein gesondertes *Pflegebudget* finanziert (§ 6 a KHEntgG). Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung von Pflegepersonalkosten zu verwenden, nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen (§ 6 a Absatz 1 Satz 3 und 4 KHEntgG). Für die Pflege am Bett gilt dabei eine bundeseinheitliche Definition. Um den Vertragsparteien auf Bundesebene die von ihnen nach § 17 b Absatz 4 KHG bereits bis zum 31. Januar 2019 zu treffende bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu erleichtern, macht der Ge-

Tabelle 1: Terminüberblick zu den Vereinbarungsgegenständen des PpSG

Vereinbarungsgegenstand	Termin
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten (§ 17 b Absatz 4 KHG)	31. Januar 2019
DKG, GKV im Benehmen mit PKV: Sanktionen bei PpUG-Unterschreitung (§ 137 i Absatz 1 SGB V)	31. Januar 2019
DKG, GKV, PKV: Benennung von nicht benötigten Prozedurenschlüsseln (§ 9 Absatz 1 Nr. 9 KHEntgG)	28. Februar 2019
DKG, GKV, PKV: Nachweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung von zusätzlichen Mitteln für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal und Rückzahlungsverfahren von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln (§ 9 Absatz 1 Nr. 7 KHEntgG)	31. März 2019
DKG, GKV, PKV: Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser nach G-BA-Vorgaben (§ 9 Absatz 1a Nr. 6 KHEntgG)	erstmalig 30. Juni 2019
DKG, GKV im Benehmen mit PKV: Sanktionen bei Unterschreitung der Untergrenze des Pflegepersonalquotienten (§ 137 j Absatz 2 SGB V)	30. Juni 2019
DKG, GKV, PKV: Nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets (§ 9 Absatz 1 Nr. 8 KHEntgG)	31. Juli 2019
DKG, GKV im Benehmen mit PKV: Weiterentwicklung der pflegesensitiven Bereiche und der PpUG für 2020, inkl. PpUG für Neurologie und Herzchirurgie (§ 137 i Absatz 1 SGB V)	31. August 2019
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung Pflegeerlöskatalog und des um Pflegepersonalkosten geminderten DRG-Systems (§ 17 b Absatz 4 KHG)	30. September 2019
G-BA-Beschluss zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (§ 136 Absatz 5 SGB V)	31. Dezember 2019
DKG, GKV im Benehmen mit PKV: Vereinbarung weiterer pflegesensitiver Bereiche und PpUG für 2021 ff (§ 137 i Absatz 1 SGB V)	erstmalig 31. August 2020
DKG, GKV, PKV: Zwischenbericht zu Auswirkungen Pflegebudget (§ 17 b Absatz 4 KHG)	31. August 2021
DKG, GKV, PKV: Abschlussbericht zu Auswirkungen Pflegebudget (§ 17 b Absatz 4 KHG)	31. August 2025

setzgeber hierzu detaillierte Vorgaben, die insbesondere für die Abgrenzung der Pflegekosten eine Orientierung an der Vorgehensweise bei der Kalkulation des ersten Pflegeaufwandkatalogs („Pflegebelast“) abverlangen. Nicht umfasst von der Pflege am Bett ist Pflegepersonal, das im Funktionsdienst oder dem medizinisch-technischen Dienst eingesetzt ist. Damit sollen mögliche Fehlentwicklungen verhindert werden, die bei einer Kostenerstattung für Pflegepersonal, das in diagnostischen oder interventionellen Krankenhausbereichen eingesetzt ist, in Form einer größeren Leistungsdynamik eintreten könnten. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist ohne Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte vorzunehmen (§ 10 Absatz 1 Satz 7 KHEntG). Ausweislich der Begründung zu § 17 b Absatz 4 KHG haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zu gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen erfolgt.

Die Höhe des Pflegebudgets des einzelnen Krankenhauses wird durch die tatsächlichen krankenhausindividuellen Kosten für die Pflege am Bett bestimmt (§ 6 a Absatz 2 KHEntG). Eine Begrenzung der Veränderung des Pflegebudgets durch eine Obergrenze erfolgt nicht. Dabei gelten Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen ausdrücklich als wirtschaftlich, und deren Finanzierung kann nicht unter Bezug auf das Wirtschaftlichkeitsgebot zurückgewiesen werden. Auch darüber hinausgehende Vergütungen für das Pflegepersonal am Bett sind möglich, bedürfen jedoch eines sachlichen Grundes. Soweit die für krankenhausindividuelle Entgelte gebildete Erlössumme bislang Pflegepersonalkosten umfasst, ist sie mindernd anzupassen (§ 6 Absatz 3 KHEntG), da auch diese Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Treten Abweichungen zwischen den für das Pflegebudget vereinbarten Pflegepersonalkosten und den tatsächlichen Pflegepersonalkosten auf, ist ein zu hoch oder zu niedrig vereinbartes Pflegebudget zu berichtigen und der Abweichungsbetrag ist vollständig über das Pflegebudget des Folgejahres auszugleichen. Über die Pflegepersonalkosten hinaus können zudem eingesparte Pflegepersonalkosten zusätzlich für *pflegeentlastende Maßnahmen* im Pflegebudget berücksichtigt werden. Dies ist bis zu einer Höhe von drei Prozent des Pflegebudgets möglich (§ 6 a Absatz 2 Satz 7 KHEntG). Berücksichtigungsfähig sind dabei die Kosten von ab dem Jahr 2020 durchgeführten oder fortgesetzten Maßnahmen. Die einsparende Wirkung ist zu begründen und die Durchführung der Maßnahme nachzuweisen. Um Missverständnisse zu vermeiden, stellt der Gesetzgeber in der Begründung klar, dass bei Durchführung von pflegeentlastenden Maßnahmen keinesfalls die Entlassung von Pflegepersonal am Bett nachzuweisen ist (vergleiche BT-Drs. 19/5593, S. 124). Vielmehr geht es darum und ist es daher ausreichend, wenn die entsprechenden Maßnahmen den Einsatz von Pflegepersonal am Bett ersetzen. Denkbare pflegeentlastende Maßnahmen sind zum Beispiel die Übertragung der Essensausgabe oder des Wäschendienstes vom Pflegepersonal auf andere Personalgruppen. Eine Vielzahl weiterer Ansatzpunkte ist denkbar: etwa Medikamentengabe durch pharmazeutisch-technische

Assistenten, Mobilisation von Patienten durch Physiotherapeuten, IT-gestützte Dokumentationshilfen, Pflegeroboter, intelligente Pflegewagen. Je nach Höhe der Kosten für die Pflege am Bett ist im Jahr 2020 für die Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen bundesweit von einem verhandelbaren zusätzlichen Geldvolumen in Höhe von 550 bis 600 Mio. € auszugehen.

Im Sinne eines lernenden Systems werden im Rahmen einer *Übergangsregelung* mögliche Budgetminderungen aufgrund der Einführung des Pflegebudgets in den ersten beiden Anwendungsjahren begrenzt (*Kappungsgrenze*). Im Vergleich zum maßgeblichen Vorjahresbudget wird im Jahr 2020 eine entsprechende Budgetminderung auf zwei Prozent des Krankenhausbudgets und im Jahr 2021 auf vier Prozent begrenzt (§ 6 a Absatz 6 KHEntG). Da somit die Übergangsregelung in diesen beiden Jahren bei manchen Krankenhäusern dazu führt, dass von den Kostenträgern ein oberhalb der tatsächlichen Pflegepersonalkosten des Krankenhauses liegendes Pflegebudget vereinbart werden muss, gibt der Gesetzgeber zusätzlich für den hieraus resultierenden Erhöhungsbetrag vor, dass für diesen die Rückzahlungsverpflichtung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel nicht gilt. Die genannte Übergangsregelung greift nicht, wenn eine Budgetminderung auf Leistungsmininderungen zurückzuführen ist.

Im Pflegebudget des Jahres 2020 gehen die krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms sowie laufende Pflegepersonalkosten des Hygieneförderprogramms auf (§ 6 a Absatz 6 Satz 1 und 2 KHEntG). Soweit die 500 Mio. € des bereits seit 2017 gezahlten *Pflegezuschlags* dem gesetzlichen Ziel entsprechend für die pflegerische Versorgung am Bett verwendet wurden, gehen diese Kosten ebenfalls vollständig im Pflegebudget auf. Obgleich die Pflegepersonalkosten für die Pflege am Bett und noch zusätzliche Mittel für pflegeentlastende Maßnahmen finanziert werden, werden zudem pauschal rd. 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2020 überführt (§ 10 Absatz 12 Satz 1 KHEntG). Damit wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass die Krankenhäuser den Pflegezuschlag teils nicht zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten verwendet haben. Ferner erhalten im Zusammenhang mit der Überführung von nicht für die Pflege verwendeten Mitteln des Pflegezuschlags ab dem Jahr 2020 bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Gebieten jährlich insgesamt rund 50 Mio. € (§ 5 Absatz 2a KHEntG). Damit wird eine bessere Versorgung im ländlichen Raum ermöglicht. Die entsprechenden Krankenhäuser müssen die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen; ein Defizit ist hierfür nicht nachzuweisen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die Krankenhäuser, die die Anforderungen des G-BA erfüllen, jährlich bis zum 30. Juni zu listen, erstmals bis zum 30. Juni 2019 (§ 9 Absatz 1a Nr. 6 KHEntG). Je gelistetes Krankenhaus wird ein Zuschlag in Höhe von 400 000 € gezahlt.

Als vorbereitende Arbeiten zur Vereinbarung eines Pflegebudgets sind, unter Anwendung der bundeseinheitlichen Definition

auf der Bundesebene, zuvor im Jahr 2019 die Pflegepersonalkosten für die Pflege am Bett aus dem DRG-System (Fallpauschalen, Zusatzentgelte) auszugliedern. Auch die krankenhausindividuellen Entgelte sind entsprechend zu bereinigen. Die ausgliederten Pflegepersonalkosten sind als Bewertungsrelationen in einem bundeseinheitlichen *Pflegeerlöskatalog* auszuweisen (§ 17 b Absatz 4 Satz 5 KHG). Der Pflegeerlöskatalog muss geeignet sein, die Transparenz und Leistungsorientierung bei der Abbildung des pflegerischen Aufwands zu verbessern (siehe dazu auch Begründung zu § 17 b Absatz 4 Satz 5 KHG). Der Katalog hat die Pflegeerlöse aufbauend auf der Differenzierung des DRG-Systems je voll- oder teilstationären Belegungstag auszuweisen. Durch die Nutzung der DRG-Gruppierung für den Pflegeerlöskatalog ist ein Eingruppierungsprozess ohne relevanten Zusatzaufwand möglich. Der Pflegeerlöskatalog ist korrespondierend zum DRG-System jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog wird genutzt, um das auf der Krankensebene vereinbarte Pflegebudget abzuzahlen. Durch die Leistungsorientierung des Pflegeerlöskatalogs können nachhaltige Verteilungseffekte unter den Krankenkassen im Vergleich zur bisherigen Situation vermieden werden.

Bis zum 31. Juli 2019 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets zu vereinbaren. Besonders zu erwähnen ist hier die Festlegung der für die Verhandlung des Pflegebudgets vorzulegenden Unterlagen und die Klärung der Details des Verfahrens einer Rückzahlung, wenn Mittel vom Krankenhaus nicht zweckentsprechend für die Pflege am Bett verwendet wurden (§ 9 Absatz 1 Nr. 8 KHEntgG). Gelingt den Vertragsparteien auf Bundesebene in einzelnen oder allen Punkten eine Einigung nicht, so entscheidet hierzu die Bundesschiedsstelle nach § 18 a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.

Im Umstiegsjahr auf das neue Pflegebudget werden ab dem 1. Januar 2020 die Entgelte des DRG-Systems um die Pflegekosten bereinigt sein. Zugleich ist aber nicht davon auszugehen, dass für jedes Krankenhaus bereits zum Jahresbeginn ein Pflegebudget vereinbart wurde. Um daraus entstehende Liquiditätsprobleme für die Krankenhäuser zu verhindern, gibt der Gesetzgeber ein pauschales vorläufiges Pflegeentgelt vor und zwar 130 € je vollstationärem Belegungstag und 65 je teilstationärem Belegungstag (§ 15 Absatz 2a KHEntgG). Mehr- oder Mindererlöse, die durch die Abrechnung des pauschalen vorläufigen Pflegeentgelts entstehen, sind nach § 15 Absatz 3 KHEntgG im restlichen Vereinbarungszeitraum durch Zu- oder Abschläge für Erlösausgleiche vollständig auszugleichen.

Zusätzlich zu erwähnen ist die zu treffende Vereinbarung, um die Streichung von Prozedurenschlüsseln vorzuschlagen, die aus gemeinsamer Sicht der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht mehr für das Vergütungssystem benötigt werden (§ 9 Absatz 1 Nr. 9 KHEntgG). Vor einer Streichung muss allerdings u. a. auch beachtet werden, inwieweit die Prozedurenschlüssel für andere Zwecke, wie beispielsweise den Pflegeaufwandkatalog und den Pflegequotienten, erforderlich sind. ►

Sentina® Einweginstrumente **NEU** Der sichere Weg - Einweg.

- Sicherheit für Patienten und Anwender
- hohe Qualität und präzises Handling
- Zeitgewinn und Einsparpotentiale



Mehr zu Sentina
Einweginstrumente:

Für das im Pflegedienst beschäftigte Pflegepersonal werden für die Jahre 2018 und 2019 *Tarifsteigerungen*, die die maßgeblichen Obergrenzen von 2,97 % (2018) und 2,65 % (2019) überschreiten, umfassend refinanziert. Zu berücksichtigen sind dabei tarifvertraglich vereinbarte lineare wie strukturelle Tarifsteigerungen. Die Tarifrefinanzierung erfolgt durch eine erhöhende Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert (§ 10 Absatz 5 Satz 4 KHEntgG) oder den Budgets von Psych-Einrichtungen (§ 3 Absatz 4 Satz 1 BPfIV) und Besonderen Einrichtungen (§ 6 Absatz 3 Satz 5 KHEntgG). Die zusätzlichen Mittel sind bei einer anderen Verwendung als für die Finanzierung von Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zurückzuzahlen, da der Gesetzgeber dann von einer nicht zweckentsprechenden Verwendung ausgeht (§ 11 Absatz 1 Satz 5 KHEntgG, § 11 Absatz 1 Satz 5 BPfIV). Die umfassende Tarifrefinanzierung mit zweckentsprechender Mittelverwendung gilt für die Pflege am Bett auch über das Jahr 2019 hinaus, erfolgt dann aber ab dem Jahr 2020 über das Pflegebudget des einzelnen Krankenhauses.

Die Rahmenbedingungen zur *Schaffung von mehr Ausbildungsplätzen* werden durch verschiedene Maßnahmen verbessert:

- Ausbildungsvergütungen sind im ersten Ausbildungsjahr vollständig über die Ausbildungsfinanzierung von den Kostenträgern zu finanzieren. Bestehende Anrechnungsschlüssel werden daher für das erste Ausbildungsjahr in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Krankenpflegehilfe aufgehoben (§ 17a Absatz 1 Satz 3 und 4 KHG). Die Umsetzung der vollständigen Finanzierung der Ausbildungsvergütungen im ersten Ausbildungsjahr erfolgt über das Jahr 2019 hinaus für die generalistische Pflegeausbildung durch die noch vorzunehmende, aber vorgesehene Änderung des Pflegeberufgesetzes.
- Zugleich sind für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe die vereinbarten Ausbildungsvergütungen von den Kostenträgern zu refinanzieren (§ 17 a Absatz 1a Satz 1 KHG). Dabei ist unerheblich, ob die Ausbildungsvergütung auf berufsgesetzlicher, tarifvertraglicher oder einer anderweitigen Vereinbarungsgrundlage vom Krankenhaus zu zahlen ist.
- Ferner wird klargestellt, dass für die Vereinbarung der Ausbildungsbudgets keine Obergrenze gilt und auch insoweit eine Berücksichtigung der tatsächlichen Kostenentwicklung nicht eingeschränkt ist (§ 17 a Absatz 3 Satz 3 KHG).
- Schließlich können im Rahmen des um vier Jahre verlängerten Krankenhausstrukturfonds zukünftig Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden (§ 12 a Absatz 1 Satz 4 Nr. 4 KHG, § 11 Absatz 1 Nr. 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).

Mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen für die Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal weiter zu verbessern, sind ferner in den Jahren 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen der Krankenhäuser zur *Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf* hälftig bis zu einer budgetbezogenen Obergrenze von 0,1 % (2019) bzw. 0,12 % von den Krankenkassen zu fördern (§ 4 Absatz 8a KHEntgG). Bei einem angenommenen

Krankenhausbudget von 40 Mio. € stehen damit für entsprechende geeignete Maßnahmen – vor und nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – rund 40 000 € jährlich zur Verfügung.

Pflegepersonaluntergrenzen

Mit dem PpSG werden bestehende Vorgaben zu PpUG für pflegesensitive Bereiche weiterentwickelt (§ 137 i SGB V). Zudem werden im Zusammenhang mit der Einführung eines Pflegequotienten bezogen auf das gesamte somatische Krankenhaus Rahmenbedingungen für Untergrößen getroffen, damit eine bestimmte Arbeitsbelastung für die Pflege am Bett nicht überschritten wird (§ 137 j SGB V).

- Das PpSG legt die Grundlagen für einen sukzessiven *Ausbau der PpUG* auf alle Fachabteilungen und flankiert zudem in verschiedenen Punkten die Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung (PpUGV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 5. Oktober 2018:

Exkurs: Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung

Mit der PpUGV, die am 11. Oktober 2018 in Kraft getreten ist, werden für zugelassene somatische Krankenhäuser pflegesensitive Bereiche und PpUG als das Verhältnis der Anzahl von Patienten zu jeweils einer Pflegekraft festgelegt (§ 6 Absatz 1 PpUGV). Folgende PpUG wurden für das Jahr 2019 festgelegt (siehe ► **Tabelle 2**):

Tabelle 2: Pflegepersonaluntergrößen für das Jahr 2019

		Tag	Nacht
Intensivmedizin	PPUG	2,5:1*	3,5:1*
	PHK-Grenze	8 %	8 %
Geriatric	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	20 %	40 %
Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10 %	15 %
Kardiologie	PPUG	12:1	24:1
	PHK-Grenze	10 %	15 %

* Intensivmedizin ab 11.2021: Tag: 2:1; Nacht 3:1.

Zugleich wird in Form von stations- und schichtbezogen geltenden Obergrenzen der Anteil der Pflegehilfskräfte (PHK) an der Gesamtzahl der Pflegekräfte definiert, der in den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen nicht überschritten werden darf. Die Verordnung bestimmt, was unter Pflegefachkräften und PHK zu verstehen ist (§ 2 Absatz 1 PpUGV). Als Tagsschicht definiert § 2 Absatz 2 PpUGV den Zeitraum von 6 bis 22 Uhr, als Nachtschicht den Zeitraum von 22 Uhr bis 6 Uhr. Bei einer abweichenden Schichteinteilung im einzelnen Krankenhaus, ist das Personal anteilig den jeweiligen Schichten zuzuordnen.

Ein pflegesensitiver Bereich mit PpUG-Geltung liegt nach § 3 Absatz 3 PpUGV vor, wenn auf der Grundlage der nach § 21 KHEntgG für 2017 übermittelten Daten eine Fachabteilung

- als Fachteilung der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie oder als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist; Fachabteilungen für Kinder- und Jugendliche sind ausgenommen oder
- eine Fachabteilung mindestens 40 % der Fälle von sogenannten Indikatoren-DRGs (DRG-System 2017) aufweist, die in der Anlage der Verordnung hinterlegt sind.

Ein pflegesensitiver Bereich der Intensivmedizin liegt vor, wenn ein Krankenhaus auf Basis der 21er-Daten des Jahres 2017 mindestens 400 Fälle mit einem OPS-Kode der intensivmedizinischen und aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980.* oder 8-98f.*) aufweist (§ 3 Absatz 4 PpUGV). Die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche für das einzelne Krankenhaus erfolgt nach § 5 PpUGV auf der Grundlage der für das Jahr 2017 vorliegenden 21er-Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das InEK hat die Auswertungsergebnisse bis spätestens zum 15. November 2018 den Krankenhäusern zu übermitteln. Mögliche Einwände gegen das Auswertungsergebnis hat ein Krankenhaus dem InEK bis zum 30. November 2018 schriftlich mitzuteilen. Das InEK teilt dem Krankenhaus bis zum 15. Dezember 2018 mit, ob und inwieweit die Einwände des Krankenhauses zu einem anderen Auswertungsergebnis führen. Zugleich haben Krankenhäuser, die pflegesensitive Bereiche aufweisen, nach § 5 Absatz 3 PpUGV dem InEK bis zum 15. Dezember 2018 die vom Krankenhaus verwendeten Namen der pflegesensitiven Fachabteilungen, sämtliche zu diesen Fachabteilungen gehörenden Stationen und deren Standort sowie sämtliche Stationen, auf denen Betten als intensivmedizinische Behandlungseinheiten aufgestellt sind, mitzuteilen.

Um die Einhaltung der PpUG prüfen zu können, haben nach § 7 Absatz 1 PpUGV die Krankenhäuser den Krankenkassen vor Ort und dem InEK einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mitzuteilen, in denen PpUG-Vorgaben nicht eingehalten wurden. Die Mitteilung ist nach Monaten und nach Art der Schichten aufzuschlüsseln. Das InEK hat einmal je Quartal eine Zusammenstellung der von den Krankenhäusern mitgeteilten Ergebnisse an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV), den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die zuständigen Landesbehörden zu übermitteln.

Krankenhäuser, die die PpUG verletzen, haben ab dem 1. April 2019 Vergütungsabschläge oder eine Verringerung der Fallzahl hinzunehmen (§ 137 i Absatz 5 SGB V). Bis zum 31. März 2019 gelten im Rahmen einer Übergangsregelung keine Abschläge (§ 8 Absatz 1 PpUGV). Zudem sind die Untergrenzen nicht einzuhalten bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die über das übliche Maß hinausgehen, sowie bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie zum Beispiel Epidemien oder Großschadensereignissen (§ 8 Absatz 2 PpUGV). Das Vorliegen der Voraussetzungen der Ausnahmetatbestände ist vom Krankenhaus nachzuweisen.

Das PpSG gibt zur *Weiterentwicklung der PpUG* vor, dass für das Jahr 2020 DKG und GKV im Benehmen mit der PKV bis

zum 31. August 2019 für die pflegesensitiven Bereiche Neurologie und Herzchirurgie ebenfalls PpUG zu vereinbaren haben (§ 137 i Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V). Obgleich die Bereiche bereits im Jahr 2018 als pflegesensitiv von den Vertragsparteien auf Bundesebene eingestuft wurden, waren für die Neurologie und Herzchirurgie aufgrund einer zu geringen Datenbasis für die PpUGV keine Festlegungen von PpUG möglich. Darüber hinaus haben die Vertragsparteien jährlich, erstmals bis zum Jahresbeginn 2020 für das Jahr 2021, weitere pflegesensitive Bereiche für die Einführung von PpUG festzulegen (§ 137 i Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V). Das InEK hat als Instrument zur Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand der Krankenhäuser einen Pflegeaufwandkatalog zu entwickeln und diesen jährlich zu aktualisieren (§ 137 i Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V). Eine erste Fassung des Pflegeaufwandkatalogs wurde bereits am 3. April 2018 vom InEK vorgelegt (https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog). Im Rahmen des lernenden Systems gilt es, diesen weiterzuentwickeln. Für die Weiterentwicklung und die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen PpUG hat das InEK zukünftig die Datengrundlagen auf Basis von Datenabfragen bei Krankenhäusern zu schaffen (§ 137 i Absatz 3a SGB V).

Ferner werden im Zusammenhang mit den PpUG *Veröffentlichungs- und Mitteilungspflichten* festgelegt. Die Krankenhäuser haben den Krankenkassen vor Ort sowie dem InEK quartalsbezogen die Schichten mitzuteilen, bei denen geltende PpUG nicht eingehalten wurden (§ 137 i Absatz 4 Satz 6 SGB V). Die Meldung ist zwei Wochen nach dem jeweiligen Quartal abzugeben und muss differenziert nach Monaten sowie nach der Art der Schicht erfolgen. Das InEK hat den Vertragsparteien auf Bundesebene und den zuständigen Landesbehörden hierüber einmal im Quartal eine Zusammenstellung zu übermitteln. Krankenhäuser, die ihren Mitteilungspflichten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig nachkommen, haben Vergütungsabschläge hinzunehmen (§ 137 i Absatz 4b SGB V). Zudem hat das InEK jährlich, erstmals zum 15. Februar 2019, bezogen auf den einzelnen Standort eines Krankenhauses u. a. Informatio-

Anzeige

RECHTSANWÄLTE WIGGE
BERATUNG IM MEDIZINRECHT

Krankenhausvergütung und -planungsrecht
Kooperationen und MVZ-Gründungen
Arbeits- und Personalrecht

Beratungskompetenz für Krankenhäuser
www.ra-wigge.de

MÜNSTER Scharnhorststraße 40 48151 Münster TEL (0251) 53 59 5-0	HAMBURG Großer Burstah 42 20457 Hamburg TEL (040) 339 87 05-90
--	---

nen zum Namen des Krankenhauses, zu den pflegesensitiven Bereichen, den jeweils geltenden PpUG und zum krankenhaushausindividuellen Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen zu veröffentlichen (§ 137 i Absatz 4a SGB V).

Schließlich haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bereits bis zum 31. Januar 2019 *Sanktionen* in Form von Vergütungsabschlägen und Verringerungen der Fallzahl zu vereinbaren (§ 137 i Absatz 1 Satz 13 SGB V i.V.m. § 137 i Absatz 5 SGB V). Die Anwendung der Sanktionen erfolgt durch die Vertragsparteien vor Ort. Die Vertragsparteien vor Ort können neben den genannten Sanktionsmaßnahmen ergänzend auch Maßnahmen zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal vereinbaren (§ 137 i Absatz 5 Satz 4 SGB V). Um eine zeitgerechte Umsetzung der PpUG zu gewährleisten, wird schließlich festgelegt, dass Widerspruch und Klage gegen die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche und gegen die PpUG keine aufschiebende Wirkung haben (§ 137 i Absatz 4c SGB V).

- Zusätzlich und unabhängig von den PpUG für pflegesensitive Bereiche wird zudem ab dem Jahr 2020 für das gesamte somatische Krankenhaus ein sogenannter *Pflegepersonalquotient* eingeführt (§ 137 j SGB V).

Die Einführung des Quotienten zielt auf die Verbesserung der Pflegepersonalausstattung und die Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität ab. Der Quotient setzt die in der Pflege am Bett beschäftigten Pflegevollkräfte ins Verhältnis zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses, wobei der risikoadjustierte Pflegeaufwand über den vom InEK zu entwickelnden bundesweiten Pflegeaufwandkatalog abzubilden ist.

Der Pflegepersonalquotient ist jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020, für jeden Standort eines somatischen Krankenhauses zu ermitteln. Die Ergebnisse der Quotienten sind vom InEK in einer vergleichenden Zusammenstellung für jeden Standort eines Krankenhauses den Vertragsparteien auf Bundesebene und auf Ortsebene sowie den zuständigen Landesbehörden und dem BMG zu übermitteln.

Die näheren Einzelheiten zur Festlegung der Untergrenzen und zur Veröffentlichung der Quotienten der Krankenhäuser sind durch Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates zu treffen (§ 137 j Absatz 2 SGB V).

Zudem werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bis zum 30. Juni 2019 Vorgaben zur Höhe und zur näheren Ausgestaltung von Sanktionen für Krankenhäuser zu treffen, die die vorgegebenen Untergrenzen für die Quotienten unterschreiten (§ 137 j Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V i.V.m. § 137 j Absatz 2a SGB V). Dabei sind sowohl Vergütungsabschläge als auch Verringerungen der Fallzahl zu vereinbaren. Die Anwendung der Sanktionen erfolgt durch die Vertragsparteien vor Ort. Ergänzend können die Vertragsparteien vor Ort auch Maßnahmen zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal vereinbaren.

Weitere Themen

Zusätzlich zu den skizzierten Maßnahmen für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kran-

kenpflege enthält das PpSG auch noch weitere krankenhauserlevante Themen. Im Folgenden werden nur die wichtigsten Punkte adressiert:

- Der *Krankenhausstrukturfonds* wird um vier Jahre verlängert und damit jährlich für strukturverbessernde Maßnahmen ein Volumen von 1 Mrd. € zur Verfügung gestellt (§ 12 a KHG). Die Mittel sind hälftig von den Ländern zu finanzieren, wobei die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten müssen (§ 12 a Absatz 2 KHG). Zudem werden die bisherigen Förderzwecke (Schließung, Konzentration und Umwandlung von Krankenhäusern) weiterentwickelt und erweitert. Neu aufgenommen als Förderungszweck wird die Bildung von Zentren für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen an Hochschulkliniken – soweit auch nicht-universitäre Krankenhäuser beteiligt sind –, die Bildung von Krankenhausverbänden, die Verbesserung der IT-Sicherheit, die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe sowie die Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen. Die Förderung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen ist auch möglich, wenn Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind. Details u. a. zu den förderungsfähigen Vorhaben, den förderungsfähigen Kosten und zur Antragsstellung gibt die geänderte Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vor.
- Für den *Fixkostendegressionsabschlag* werden der Abschlagssatz (35 %) und die Abschlagsdauer (drei Jahre) bundeseinheitlich vorgegeben (§ 4 Absatz 2a KHEntG). Damit entfällt sowohl die Vorgabe einer Verhandlung des Abschlagssatzes auf der Landesebene (§ 10 Absatz 13 KHEntG) als auch die Möglichkeit zur Verhandlung von höheren und längeren Abschlägen durch die Vertragsparteien vor Ort.
- Die Höhe der von den Vertragsparteien auf Bundesebene noch in diesem Jahr zu vereinbarenden Notfallzu- oder -abschläge hat zukünftig keine Rückwirkung mehr auf die Höhe der Landesbasisfallwerte (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 und 7 KHEntG).
- Für krankenhauserplanerisch übertragene *besondere Aufgaben*, die nicht anderweitig finanziert sind, können Krankenhäuser *Zentrumszuschläge* von den Krankenkassen erhalten. Mit dem Ziel, die besonderen Aufgaben klar von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abzugrenzen, wird anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene der G-BA beauftragt, bis Ende 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu konkretisieren (§ 136 c Absatz 5 SGB V). Damit wird zugleich die Zielsetzung verfolgt, dass die Vertragspartner vor Ort für Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, auch regelhaft entsprechende Zuschläge vereinbaren (§ 5 Absatz 3 KHEntG). Bis zu einer Festlegung der besonderen Aufgaben durch den G-BA bleiben bis zum Jahresende 2019 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Konkretisierung der besonderen Aufgaben beauftragt (§ 9 Absatz 1a Nr. 2 KHEntG).

- Damit für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme (DRG-System inklusive neue Pflegepersonalkostenvergütung, Psych-Entgeltsystem, Investitionsbewertungsrelationen) die *Repräsentativität* der Datengrundlagen wirksam verbessert werden kann, haben Widerspruch und Klage von Krankenhäusern, die zur Kalkulationsteilnahme verpflichtet wurden, keine aufschiebende Wirkung (§ 10 Absatz 2 KHG, § 17 b Absatz 3 KHG, § 17 d Absatz 1 KHG).
- Mit der Weiterentwicklung der datentechnischen Vorgaben für den *Datensatz nach § 21 KHEntgG* wird zukünftig das InEK beauftragt (§ 21 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG).
- Um eine belastbare Abrechnungsgrundlage zu gewährleisten, ist zukünftig die für die Abrechnung der Zusatzentgelte ZE 162 und 163 erforderliche *Pflegegradeinstufung* unverzüglich von der Krankenkasse an das Krankenhaus zu übermitteln, sobald das Krankenhaus der Krankenkasse die Aufnahme des Patienten anzeigt (§ 301 Absatz 2a SGB V). Für Privatversicherte haben DKG und PKV die Einzelheiten einer Übermittlung der Pflegegradeinstufung zu vereinbaren (§ 17 c Absatz 5 KHG).
- Dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information wird die gesetzliche Grundlage gegeben, bei Auslegungsfragen auch für die Vergangenheit *Klarstellungen und Änderungen zu dem Operationen- und Prozedu-*

renschlüssel OPS sowie zum *Diagnoseschlüssel ICD* vorzunehmen (§ 295 Absatz 1 Satz 6 SGB V, § 301 Absatz 2 Satz 4 SGB V). Voraussetzung ist jedoch, dass hieraus keine erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen entstehen. Hiermit soll auf Verunsicherungen reagiert werden, die insbesondere durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, zum Beispiel zur Auslegung der Transportzeit bei der Schlaganfallversorgung oder zur Dokumentation der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, entstanden sind. Das DIMDI wird bereits unmittelbar nach Verabschiedung des PpSG rückwirkende Klarstellungen zu den beiden genannten Themen veröffentlichen (<https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/>).

- Zugleich wird die bisher vierjährige *Verjährungsfrist* für Rückforderungsansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen einheitlich auf zwei Jahre verkürzt (§ 109 Absatz 5 SGB V). Für Vergütungsansprüche von Krankenhäusern wird die Verkürzung der Verjährungsfrist nicht rückwirkend wirksam, sondern erst für ab dem 1. Januar 2019 entstehende Vergütungsansprüche. Um im Zusammenhang mit der Einführung der verkürzten Verjährungsfristen zudem möglichst flächendeckende gerichtliche Verfahren zu vermeiden, werden mit Beschlussdatum des PpSG im Deutschen Bundestag zum 9. November 2018 Rückforderungsan-

Anzeige

Die Nachschlagewerke zum Arzneimittelrecht



Loseblattausgabe
Gesamtwerk - 58. Lieferung
Stand: Oktober 2017
Ca. 4.610 Seiten inkl. 5 Ordner
€ 329,-
ISBN 978-3-17-017937-0

Loseblattwerke werden zur Fortsetzung geliefert. Eine Abbestellung ist jederzeit möglich. Auf Wunsch auch als Einmalbezug.

Axel Sander

Arzneimittelrecht

Kommentar für die juristische und pharmazeutische Praxis zum Arzneimittelgesetz

Die aus fünf Kommentar-Bänden bestehende, übersichtlich gestaltete Loseblattausgabe bietet eine kontinuierlich ergänzte Kommentierung des Arzneimittelgesetzes mit seinen zahlreichen Änderungsgesetzen. Die Verfasser erläutern ausführlich das Arzneimittelgesetz mit seinen Änderungsgesetzen und bieten dem Nutzer in den Anhängen eine umfassende Sammlung der wichtigsten Gesetze, Verordnung und Richtlinien aus dem Bereich des Arzneimittelrechts.

Der Kommentar gibt über viele Zweifelsfragen Auskunft, die bei der Anwendung des immer komplexer werdenden Arzneimittelrechts auftreten können, und hat sich als unentbehrliches Nachschlagewerk für Gerichte, Behörden und alle, die am Verkehr mit Arzneimitteln teilnehmen, bewährt.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de



Loseblattausgabe
Gesamtwerk - 26. Lieferung
Stand: Mai 2015
Ca. 4.310 Seiten inkl. 3 Ordner
€ 169,-
ISBN 978-3-17-018483-1

Loseblattwerke werden zur Fortsetzung geliefert. Eine Abbestellung ist jederzeit möglich. Auf Wunsch auch als Einmalbezug.

Axel Sander

Arzneimittelrecht

Entscheidungssammlung zum Arzneimittelrecht einschließlich der Entscheidungen des EuGH

Die aus drei Bänden bestehende Entscheidungssammlung zum Arzneimittelrecht ermöglicht ein genaues Studium und ein leichtes Auffinden der seit 1978 ergangenen Gerichtsentscheidungen und wird kontinuierlich aktualisiert.

Das Werk enthält alle für das Arzneimittelrecht relevanten Entscheidungen aus den Bereichen Wettbewerbsrecht, gewerblichen Rechtsschutz, Krankenversicherungs- und Verfassungsrecht sowie EG-Recht.

Die Arbeit mit dieser Sammlung wird durch eine Übersicht nach Sachgebieten, ein Schlagwortverzeichnis und ein Entscheidungsverzeichnis erleichtert.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 0711/7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer

sprüche der Krankenkassen für Jahre vor dem Jahr 2017 ausgeschlossen.

- Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stellt teils die abschließende Regelungsreichweite der Abrechnungsbestimmungen der Vertragsparteien auf Bundesebene infrage. Vor diesem Hintergrund wird klargestellt, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffenen Vorgaben zur *Fallzusammenführung* abschließend sind und jenseits der gesetzlich oder vertraglich festgelegten Konstellationen eine Fallzusammenführung unzulässig ist (§ 8 Absatz 5 Satz 3 KHEntgG). Begleitend dazu haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zu prüfen, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung der Abrechnungsbestimmungen erforderlich ist (§ 17 b Absatz 2 Satz 2 KHG).
- Mit dem Ziel, eine bessere *Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV* zu erreichen, eröffnet § 18 Absatz 3 BPflV für Psych-Einrichtungen, deren tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung im Jahr 2016 unter den Vorgaben der Psych-PV liegt, in den Jahren 2017 bis 2019 einen zusätzlichen Finanzierungsanspruch in Höhe der Kosten der zusätzlich erforderlichen Stellen. Teilweise haben Psych-Einrichtungen Mittel für eine verbesserte Psych-PV-Umsetzung vereinbart, jedoch die Mittel für Personalbereiche eingesetzt, die nicht von der Psych-PV erfasst werden, und im Folgejahr erneut Mittel zur nicht erreichten Psych-PV-Umsetzung geltend gemacht. Um eine entsprechende Vorgehensweise für das Jahr 2019 zu verhindern, wird der Wortlaut von § 18 Absatz 3 Satz 3 BPflV stringenter gefasst, sodass eine nicht zweckentsprechende Mittelverwendung gegeben ist, wenn zur Erreichung der Psych-PV-Vorgaben vorgesehene Mittel für andere Personalbereiche außerhalb der Psych-PV eingesetzt werden.
- Die Krankenkassen haben bei bestehender medizinischer Notwendigkeit zukünftig auch die Kosten einer Unterbringung einer *Begleitperson* außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu tragen. Dabei dürfen die Kosten die Unterbringungskosten in der stationären Einrichtung nicht überschreiten (§ 11 Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V). Nach der geltenden Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene über Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen finanzieren die Kostenträger 45 € je Belegungstag der Begleitperson.
- Für die *spezialisierte ambulante Palliativversorgung* (SAPV) hat die GKV zusammen mit den maßgeblichen Vertretern der Hospizarbeit und der SAPV bis zum 30. September 2019 auf Bundesebene die relevanten Zugangsvoraussetzungen zur Erbringung von Leistungen der SAPV in einem Rahmenvertrag auf Bundesebene zu vereinbaren (§ 132 d SGB V).
- Krankenhäuser, die an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen, ermächtigte Krankenhausärzte und in den Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V einbezogene Krankenhausnotfallambulanzen haben bis zum Jahresende

2019 keine Vergütungskürzung hinzunehmen, wenn sie den sogenannten *Versichertenstammdatendienst* (Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten) nicht durchführen (§ 291 Absatz 2b Satz 17 SGB V). Damit wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass die Anbindung der Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur im Rahmen eines Gesamtkonzepts im Jahr 2019 erfolgen soll.

Ausblick

Mit dem PpSG wird ein Bündel an Maßnahmen zur Stärkung der pflegerischen Versorgung in der Kranken- und Altenpflege auf den Weg gebracht. Das Gesetz führt zu verschiedenen Verbesserungen zugunsten der Krankenhäuser und stellt umfassend zusätzliche Mittel für eine verbesserte pflegerische Versorgung bereit. Stichworte in diesem Zusammenhang sind: Finanzierung jeder zusätzlichen Stelle, vollständige Tarifierfinanzierung für die Pflege, vollständige Finanzierung der Krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten, zusätzliche Mittel für pflegeentlastende Maßnahmen, Kappungsgrenze, vielfach verbesserte Rahmenbedingungen in der Ausbildungsfinanzierung, Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, Überführung von Mitteln des Pflegezuschlags in die Landesbasisfallwerte, zusätzliche Mittel für bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Gebieten, Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand, zusätzliche Mittel im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds, zusätzliche Mittel für Notfallzuschläge, Sicherung der flächendeckenden Schlaganfallversorgung, Verkürzung der Verjährungsfristen, abschließende Regelungen zur Fallzusammenführung, Vereinheitlichung der Mengensteuerung etc.

Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit einer Stärkung der pflegerischen Versorgung ist die sachgerechte Abbildung des Pflegeaufwands. Die sachgerechte Abbildung des Pflegeaufwands wird für verschiedene Aufgaben und Instrumente benötigt: für den Pflegequotienten, den Pflegeaufwandkatalog und für eine transparente und leistungsorientierte Pflegevergütung. Damit werden zugleich die Chancen verbessert, dass die Mittel für die Pflege auch bei der Pflege ankommen.

Das PpSG beschränkt sich jedoch nicht nur auf die Bereitstellung zusätzlicher Mittel, sondern zielt durch strukturelle Maßnahmen wie die Weiterentwicklung der PpUG und die Einführung eines Pflegepersonalquotienten auch auf eine Verbesserung der Patientenversorgung und der Patientensicherheit sowie auf eine Verminderung der Arbeitsbelastung von Pflegekräften. Zudem werden über die pflegerische Versorgung hinaus weitere Maßnahmen ergriffen, die die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung maßgeblich weiterentwickeln. Insgesamt bietet das Gesetz die Chance, die Situation der Pflegekräfte wie auch die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Diese Chance gilt es zu nutzen.

Anschrift des Verfassers

Ferdinand Rau, Ministerialrat, 53177 Bonn