



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

## **Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

**Entwurf eines Änderungsantrages der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf  
Ausschussdrucksache 18(14)249.2**

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer  
Krankheiten

**BT-Drs. 18/10938**

**zur Öffentlichen Anhörung am 17.05.2017**

Berlin, 12.05.2017  
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di  
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik  
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

## Vorbemerkung

Patientinnen und Patienten erwarten eine gute und sichere Krankenhausbehandlung. Doch in einem Großteil der Krankenhäuser herrscht Personalnot. Immer öfter kann eine gute und sichere Behandlung trotz **erheblicher und regelmäßiger Überarbeitung** des Personals nicht aufrecht erhalten werden. Die starke Zunahme der Fallzahlen und Fallschwere geht nicht einher mit einer entsprechenden Aufstockung des Personals. Am stärksten belastet ist die Pflege. Da sie anders als die medizinische Behandlung in der derzeit geltenden Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups –DRGs) kaum erlösrelevant ist, ergibt sich eine immer stärkere Schieflage in der Personalausstattung.

35,7 Millionen **Überstunden** schieben die Beschäftigten in den Krankenhäusern vor sich her, 32,5 Überstunden pro Person. Das ist das Ergebnis einer bundesweiten Befragung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) in 295 Krankenhäusern im Mai 2016<sup>1</sup>. Wegen des Personalmangels werden danach zur Aufrechterhaltung der Versorgung im Durchschnitt vier Überstunden pro Beschäftigten schon im Voraus in die Dienstpläne eingestellt. Hinzu kommen zwölf unvorhersehbare Überstunden pro Beschäftigten und Monat. Das bedeutet, dass die Pflegekräfte zehn Prozent ihrer Arbeitszeit Monat für Monat zu einem nicht planbaren Zeitpunkt erbringen müssen. Um die Versorgung der Patienten zu gewährleisten, werden Überstunden systematisch eingeplant.

In den meisten Kliniken stapeln sich **Überlastungsanzeigen**. Beschäftigte signalisieren damit ihrem Arbeitgeber, dass sie aufgrund der zu geringen Personalausstattung eine sichere Patientenversorgung nicht mehr gewährleisten können und gefährliche Pflege zum Alltag gehört. Insgesamt fehlen 162.000 Beschäftigte in deutschen Krankenhäusern, um gute Arbeit zu leisten – allein rund 70.000 davon in der Pflege<sup>2</sup>. Neuere Studien kommen auf einen noch höheren Fehlbedarf<sup>3</sup>.

Besonders kritisch ist die **Personalsituation in der Nacht**. In einer bundesweit erhobenen Stichprobe wurde 2015 in 238 Krankenhäusern in 3.791 Stationen und Bereichen eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Auf 64 Prozent der 3.791 einbezogenen Stationen arbeitete eine Fachkraft alleine. In über 28 Prozent dieser Fälle versorgte sie 30 und mehr Patientinnen und

---

<sup>1</sup> ver.di-Überstunden-Bilanz, 2016

<sup>2</sup> ver.di - Personalcheck 2013

<sup>3</sup> Simon: Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser, Hannover, August 2015

Patienten und auf 5 Prozent der Stationen pflegte eine Fachkraft allein 40 und mehr Patientinnen und Patienten. Auf 10 Stationen versorgte lediglich eine Hilfskraft allein, d.h. ohne Begleitung einer Fachkraft, die Patientinnen und Patienten. Auf Intensivstationen mussten die Pflegefachkräfte zum Teil mehr als sechs Schwerkranke versorgen. Im Schnitt kamen auf eine Pflegefachkraft 3,4 Patienten<sup>4</sup>. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin empfiehlt ein Pflegefachkraft-Patienten-Verhältnis von eins zu zwei auf der Intensivstation, die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege von eins zu eins bei beatmeten Patienten. In der ver.di-Stichprobe gaben über ein Viertel (27,3 Prozent) der Befragten an, dass im Nachtdienst die Händedesinfektion vernachlässigt werde, weil der Arbeitsdruck hoch ist. Und knapp 60 Prozent (58,68 Prozent) berichteten über gefährliche Situationen in den vergangenen vier Wochen, die durch mehr Personal hätten verhindert werden können. Schmerzpatienten mussten in einigen Fällen über eine Stunde auf die Schmerzmittelgabe warten. Die im Nachtdienst gefundenen Ergebnisse sind besorgniserregend was Sicherheit und Versorgungsqualität angeht. Die Situation ist gleichwohl erlaubt. Vorgaben für ausreichend Personal gibt es bisher nicht.

Pflegende wollen gute Arbeit leisten und für die Sicherheit der Patienten sorgen und wissen doch, dass sie das unter den gegebenen Umständen immer weniger einlösen können. Der Anteil derjenigen Pflegekräfte in Krankenhäusern, die sich in der Arbeit gehetzt fühlen, liegt mit 93,4 Prozent extrem hoch. Insgesamt meinen 62,8 Prozent der Befragten, dass sie **Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit** machen müssen, um das Arbeitspensum zu schaffen. Gerade im Krankenhaus, wo es gilt, Menschen während ihrer Krankheit zu begleiten und unter Einhaltung einer Vielzahl fachlicher und rechtlicher Vorschriften zu versorgen, ist dieser Anteil mehr als alarmierend. Hinzu kommt, dass der Zwang zu Abstrichen bei der eigenen Arbeitsqualität für 77,9 Prozent der Betroffenen als sehr stark bzw. stark belastend wahrgenommen wird. Die Arbeitssituation beeinflusst wesentlich das Wohlbefinden der Beschäftigten. So fühlen sich knapp Dreiviertel der befragten Pflegekräfte sehr häufig oder oft an Arbeitstagen körperlich oder emotional erschöpft<sup>5</sup>.

Unter diesen Umständen sind die **Ausfallzeiten durch Erkrankung** besonders hoch: Während die durchschnittliche Ausfall durch Arbeitsunfähigkeit für alle Beschäftigten im Jahr 2012 bei 13,7 Tagen lag, waren Beschäftigte in der Krankenpflege und Geburtshilfe mit durchschnittlich 19,6 Tagen deutlich länger arbeitsunfähig erkrankt<sup>6</sup>.

Zudem arbeiten Beschäftigte in medizinischen Gesundheitsberufen besonders häufig, obwohl sie krank sind. Dieses alarmierende Ergebnis brachte eine Befragung des DGB-Index „Gute Arbeit“

---

<sup>4</sup> ver.di-Nachtdienstcheck, 2015

<sup>5</sup> DGB-Index „Gute Arbeit“, 2016

<sup>6</sup> TK Gesundheitsreport, 2013

zur Verbreitung von Präsentismus in Deutschland<sup>7</sup>. Danach sind 60 Prozent der befragten Beschäftigten dieser Berufsgruppe in den vorangegangenen 12 Monaten eine Woche und mehr krank zur Arbeit gegangen.

Auch die **Qualität der praktischen Ausbildung** leidet unter Zeitdruck und Arbeitsverdichtung infolge Personalmangels. Wie der ver.di-Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015 aufzeigt, leiden Auszubildende in Pflegeberufen unter Überstunden, kurzfristigen und ungeplanten Versetzungen, Zeitmangel ihrer Praxisanleiter/-innen und Zeitdruck bei der Arbeit.

Demnach leistet rund ein Drittel der befragten Auszubildenden in der Krankenpflege regelmäßig Überstunden. Rund 17 Prozent erhalten zum Ausgleich weder Geld noch Freizeit. Bei den Minderjährigen gibt jede Achte an, mehr als 40 Stunden pro Woche zu arbeiten – obwohl das nach Jugendarbeitsschutzgesetz verboten ist. Zwei Drittel der befragten Auszubildenden in Krankenhäusern und rund 42 Prozent in der Altenpflege leiden unter kurzfristigen und ungeplanten Versetzungen zur Kompensation von Personalmangel.

Als völlig ungenügend wird zudem der Umfang der Praxisanleitung empfunden, die eine maßgebliche Rolle spielt und nach der Ausbildung zur eigenständigen Pflegearbeit befähigen soll. 60 Prozent der Auszubildenden beklagen, dass ihre Praxisanleiterinnen nicht genug Zeit erhalten; mehr als vier Fünftel der Auszubildenden sind der Meinung, dass mehr Praxisanleiter/-innen nötig sind. Als belastend empfindet der Großteil der Auszubildenden (knapp 64 Prozent) zudem das Arbeiten unter Zeitdruck sowie fehlende Pausen (37 Prozent), auch wenn diese gesetzlich vorgeschrieben sind<sup>8</sup>.

Eine gute Versorgungsqualität hängt maßgeblich davon ab, ob genug fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. In zahlreichen internationalen Studien wurde ein **Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Patientengesundheit** festgestellt. Die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten in Kliniken mit einer besseren Ausstattung an qualifizierten Pflegekräften ist niedriger als in Kliniken mit einer geringeren Personalausstattung in der Pflege. Außerdem kann eine gute Personalausstattung in der Pflege entscheidend zur Vermeidung von Stürzen beitragen. Umgekehrt gibt es starke Anzeichen dafür, dass eine niedrige Personalausstattung Fehler bei der Medikation begünstigt und die Gefahr von Infektionen im Krankenhaus erhöht<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> DGB-Index „Gute Arbeit“, 2016

<sup>8</sup> ver.di-Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015

<sup>9</sup> Greß, Stegmüller: Personalmessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung, Fulda, November 2014

Neben der ausreichenden Personalausstattung ist für die optimale Versorgungsqualität die Arbeitsumgebung entscheidend. Dazu gehören die Beteiligung an Klinikangelegenheiten, gute Führungsstrukturen und die spezifische Unterstützung der Pflegekräfte sowie ihre Stellung im Behandlungsprozess hinsichtlich Hierarchie und Autonomie.<sup>10</sup>

Im **internationalen Vergleich** ist Deutschland Schlusslicht bei der Ausstattung mit Pflegepersonal. Eine Befragung im Rahmen der 2009 bis 2010 durchgeführten RN4CAST-Studie ergab, dass in den in die Untersuchung einbezogenen deutschen Krankenhäusern eine Pflegefachkraft durchschnittlich 13,0 Patienten pro Schicht zu versorgen hatte. In den USA waren es hingegen nur 5,3, in den Niederlanden 7,0, in Schweden 7,7 oder in der Schweiz 7,9 Patienten pro Schicht.<sup>11</sup>

Dabei sind rechtliche Vorgaben für die Personalbemessung in der Pflege international verbreitet. Am stärksten ausgeprägt ist die Regulierung in den USA und Australien. In Kalifornien sind sogenannte Nurse-to-Patient-Ratios für ein breites Spektrum an Krankenhausstationen, Notaufnahmen und Kreißsälen gesetzlich verankert. In Australien gibt es in zwei Bundesstaaten gesetzliche Vorgaben, in den übrigen Bundesstaaten ist die Personalbemessung in tarifvertraglichen Vereinbarungen geregelt, die den Pflegedienst fast komplett abdecken. Die existierenden Regulierungen in den USA und Australien umfassen jedoch deutlich mehr, als die reinen Nurse-to-Patient-Ratios. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den individuellen Pflegebedarf jedes Patienten zu erheben und bei Bedarf zusätzliches Personal einzusetzen. Welche Instrumente bei der Bedarfsermittlung zum Einsatz kommen, darüber entscheiden in der Regel Vertreter der Klinikleitung und der Pflegekräfte in gemeinsamen Kommissionen. Ähnliche Gremien sind neben staatlichen Stellen auch dafür zuständig, die Einhaltung der Vorschriften zu überwachen. Bei Verstößen reichen die Sanktionen von Geldbußen bis hin zum Entzug der Betriebszulassung.<sup>12</sup> Die untersuchten Regelungen sind in großen Teilen auf Deutschland übertragbar.

---

<sup>10</sup> Aiken L. et al. (2011): Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*. 49(12): 1047–1053.

<sup>11</sup> Aiken L. et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.

<sup>12</sup> Simon, Mehmecke: Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper der Hans-Böckler-Stiftung, 2017

## Ziele und Lösungen

Der Gesetzgeber erkennt an, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar ist. Mit der Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sollen die Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertenkommission "Pflegepersonal im Krankenhaus" umgesetzt werden. Die Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen werden zur Vereinbarung von Personaluntergrenzen in Krankenhausbereichen verpflichtet, in denen dies aufgrund der Patientensicherheit besonders notwendig ist, wie beispielsweise in Intensivstationen oder im Nachtdienst. Diese Pflegepersonaluntergrenzen sollen nicht unterschritten werden dürfen. Die Vereinbarung soll bis zum 30. Juni 2018 getroffen und zum 1. Januar 2019 wirksam werden. Sollte bis zum 30. Juni 2018 keine Vereinbarung der Selbstverwaltung zustande kommen, wird das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2018 ersatzweise die ausstehenden Entscheidungen treffen.

Darüber hinaus soll der seit diesem Jahr bestehende Pflegezuschlag ab 2019 um die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms ergänzt werden und damit von bisher 500 Millionen Euro auf bis zu 830 Millionen Euro pro Jahr anwachsen. Krankenhäuser sollen in Abhängigkeit von ihrer Pflegepersonalausstattung von dem erhöhten Zuschlag profitieren und einen Anreiz erhalten, ausreichend Personal vorzuhalten.

## Bewertung

ver.di begrüßt das Ziel des Gesetzgebers, die Personalausstattung im Krankenhaus zu verbessern. Immer häufiger ist das Patientenwohl ernsthaft gefährdet. Mit mehr Personal im Krankenhaus für Sicherheit und Entlastung zu sorgen, ist dringend erforderlich. Außerdem ist es nicht akzeptabel, dass regelmäßig gegen Vorschriften zum Arbeits- und Gesundheitsschutz verstoßen wird und Krankenhausbeschäftigte aufgrund permanent hoher Belastung erkranken.

Positiv wird bewertet, dass die Schlussfolgerungen aus der Arbeit der Expertenkommission noch in dieser Legislatur in ein Gesetz überführt werden. Der mit dem Argument der Träger verbundenen Verantwortung, der Personalbedarf hänge von krankenhausindividuellen Gegebenheiten ab, wird nachweislich in ganz erheblichem Umfang nicht Rechnung getragen. Die in der Gesundheitswirtschaft implementierten Mechanismen von Markt und Wettbewerb sorgen offensichtlich nicht für eine ausreichende Personalausstattung. Deshalb sind umfassende gesetzliche Vorgaben unerlässlich. Damit einhergehen muss die vollständige Finanzierung der tarifvertraglichen Entwicklung. Die geplanten Personaluntergrenzen greifen zu kurz und können allenfalls ein erster Schritt sein.

Da es sich um Personaluntergrenzen für Pflegefachkräfte handelt, dürfen diese zu keiner Zeit unterschritten werden. Weder Auszubildende noch andere Berufs- bzw. Personalgruppen dürfen auf die Untergrenzen angerechnet werden.

Dass für Intensiveinheiten und Nachtschichten generell Untergrenzen festzulegen sind, entspricht zweifellos den Erfordernissen einer guten und sicheren Versorgung und Pflege.

Die jahrelang verfehlte Personalpolitik hat in einigen Regionen zu einem Engpass bei Fachkräften geführt. Diese Entwicklung darf nicht zulasten der Sicherheit der Patientinnen/ Patienten und der Beschäftigten gehen. Die festgelegten Untergrenzen sind zu jeder Zeit zu gewährleisten. Eine jahresdurchschnittliche Betrachtung der Personalausstattung würde dem Anliegen des Gesetzgebers, dem Bedarf der Patienten und der überfälligen Entlastung der Beschäftigten nicht gerecht.

Für eine nachhaltige Verbesserung der Situation sind **verbindliche Vorgaben für alle Pflegebereiche** im Krankenhaus erforderlich, die den individuellen **Pflegebedarf bei der Personalbemessung berücksichtigen**. Neben der Entwicklung und Umsetzung gesetzlicher Vorgaben müssen schnell Lösungen gefunden werden, die das Pflegepersonal entlasten. ver.di fordert eine

Soforthilfe: Keine Pflegefachkraft darf mehr in einer Schicht allein arbeiten, weder nachts noch am Wochenende. Für eine gute Ausbildung müssen Praxisanleiter/innen freigestellt werden. Im Volumen bedeutet das 20.000 Stellen mehr.



## Stellungnahme zum Änderungsantrag

### Artikel 8 a – (Änderung des Fünften Bundes Sozialgesetzbuch)

#### § 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung

##### Absatz 1

ver.di sieht den Gesetzgeber in der Verantwortung, die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern über verbindliche Personalvorgaben gesetzlich abzusichern. Deshalb wird der Auftrag an GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisiert.

Die in der Begründung enthaltene Definition, dass es sich bei den Pflegepersonaluntergrenzen um Verhältniszahlen handelt, die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden (Fallzahl pro Pfleger/in pro Schicht, sogenannte „Nurse-to-Patient Ratios“) muss präzisiert werden. Nurse-to-Patient Ratios sind Verhältniszahlen, mit denen vorgegeben wird, wie viele Patienten eine Pflegefachkraft pro Schicht maximal zu versorgen haben darf<sup>13</sup>. Damit wird zugleich festgelegt, wie viele Pflegefachkräfte bei einer gegebenen Patientenzahl mindestens pro Arbeitsschicht vorzuhalten sind. Nurse-to-Patient Ratios beziehen sich ausdrücklich nur auf die Besetzung mit Pflegefachkräften, da sie Voraussetzung für eine hohe Patientensicherheit und Versorgungsqualität ist. Der Zusammenhang zwischen hoher Fachkraftquote und niedriger allgemeiner Mortalität ist erwiesen.

Zur Klarstellung ist deshalb im Absatz 1 folgender Satz 2 zu ergänzen:

„Als Personaluntergrenzen werden die Verhältniszahlen, die vorgeben, wie viele Patienten eine Pflegefachkraft pro Schicht maximal zu versorgen hat, definiert.“

Zudem dürfen bei der Vereinbarung der Verhältniszahlen Leitungskräfte, Stationsassistenten und weiteres Personal, welches nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett tätig ist, nicht eingerechnet bzw. nur additiv hinzugerechnet werden.

ver.di geht davon aus, dass die Intensiveinheiten sowie die Besetzung des Nachtdienstes immer pflegesensitiv sind.

---

<sup>13</sup> Simon, Mehmecke, a.a.O.

### Änderungsvorschlag Satz 4 (Neu: Satz 5):

„Bei den Pflegepersonaluntergrenzen sind die Intensiveinheiten sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen.“

Keinesfalls darf sich die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten sowie die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal verschlechtern, weil Personal in die Bereiche mit Personalvorgaben versetzt wird. ver.di begrüßt deshalb, dass im Gesetz geeignete Maßnahmen vorgesehen sind, die Personalverlagerungseffekte vermeiden.

Kritisch werden die zwingenden Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen bewertet. Nachvollziehbar sind die in der Begründung genannten Epidemien und Großschadensereignisse, die Ausnahmetatbestände begründen können. Ebenso können Übergangsregelungen erforderlich sein, wenn die definierten Personaluntergrenzen in der Summe einen zusätzlichen Bedarf an Pflegefachkräften überschreiten, der eine stufenweise Umsetzung erforderlich macht. Der pauschale Hinweis auf etwaigen Fachkräftemangel oder kurzfristige Personalengpässe darf nicht der Grund für ein Abweichen von Personaluntergrenzen sein. In den Krankenhäusern ist ein flächendeckender Mangel an Fachkräften bislang nicht festzustellen, die Situation ist regional verschieden. Sollen aber heute und in Zukunft genug Fachkräfte gewonnen und gehalten werden, braucht es attraktive Arbeitsbedingungen. Neben einer guten Bezahlung ist eine ausreichende Personalausstattung dafür eine Grundvoraussetzung.

Die in Satz 7 vorgesehenen Vergütungsabschläge als Sanktion sieht ver.di sehr kritisch. Abschläge machen Pflegequalität nicht besser und schützen das Personal nicht vor schlechten Arbeitsbedingungen. Zielführender ist es, Leistungen einzuschränken, wenn das erforderliche Personal nicht vorgehalten wird. Schließlich sollen Mindestvorgaben Patient/innen vor unerwünschten Ereignissen schützen. Ein „Freikaufen“ muss verhindert werden, wenn die Personaluntergrenzen wirksam vor gefährlicher Pflege schützen sollen.

## **§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung**

### **Absatz 2**

Es ist fraglich, ob die Selbstverwaltungspartner innerhalb der gesetzten Frist bis zum 30. Juni 2018 zu Vereinbarungen kommen. Für den Fall des Scheiterns und der damit drohenden Ersatzvornahme durch das BMG ist es zwingend notwendig, dass der Ordnungsgeber parallel an

Lösungen arbeitet, um im ‚worst case‘ keine Zeit zu verlieren. Die enge Begleitung und ein Zwischenbericht zum 31.01.2018 werden durch ver.di positiv bewertet.

### **§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung Absatz 3**

ver.di begrüßt die Option der Ersatzvornahme durch den Ordnungsgeber für den Fall der Nichteinigung oder teilweisen Einigung durch die Partner der Selbstverwaltung, um die fristgerechte Umsetzung der Personaluntergrenzen nicht zu gefährden und eine verbesserte Personalausstattung zum 01.01.2019 sicherzustellen.

### **§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung Absatz 4**

Neben den Sanktionsmechanismen ist die Nachweisführung entscheidend für die wirksame Umsetzung von Personaluntergrenzen. Der differenzierte Nachweis gegenüber dem Wirtschaftsprüfer ist notwendig. Zur Verhinderung von Substitutionseffekten muss sich der Nachweis auf das gesamte Pflegepersonal erstrecken. Dabei müssen die Personaluntergrenzen schichtgenau nachgewiesen werden, etwaige Durchschnittswerte erfüllen die Anforderungen für den Nachweis nicht. Es fehlen im Gesetz Sanktionen für den Fall, dass ein Krankenhaus der Nachweisverpflichtung nicht nachkommt.

Die Nachweispflichten sind außerdem in der Weise weiterzuentwickeln, dass – neben der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers - die betrieblichen Interessenvertretungen wirksam zu beteiligen sind. Dies kann in der Weise erfolgen, dass die Stellungnahme der betrieblichen Interessenvertretung dem Jahresabschlussprüfer vorzulegen ist, bevor dieser den Bestätigungsvermerk erteilt.

ver.di begrüßt die Veröffentlichung des Erfüllungsgrades der Einhaltung der Vorgaben, um die notwendige Transparenz nach außen herzustellen. Jedoch ist in den Qualitätsberichten eine Vergleichbarkeit in der Darstellung sicherzustellen, damit Patient/innen ihre Auswahlentscheidung vor elektiven Maßnahmen auf einer guten Grundlage treffen können.

## **§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung**

### **Absatz 5**

Hier wird auf die Ausführungen zu Absatz 1 verwiesen.

## **§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung**

### **Absatz 6**

Die mit den Personaluntergrenzen notwendigen zusätzlichen Stellen müssen vollständig und zweckgebunden refinanziert werden. Grundsätzlich sind für die Refinanzierung von Mehrkosten durch Personaluntergrenzen Zuschläge geeignet, die sich an die Zuschlagsregelung für Mehrkosten durch Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) anlehnen.

## **§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Verordnungsermächtigung**

### **Absatz 7**

Die wissenschaftliche Evaluation über die Auswirkungen der festgelegten Personaluntergrenzen bis zum 31. Dezember 2022 wird von ver.di begrüßt.

## **Artikel 8 b – (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

### **Pflegestellenförderprogramm**

Die Änderungen in den §§ 4, 8 und 9 KHEntG sehen die Überführung der für das Jahr 2018 zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Pflegestellenförderprogramms vor. ver.di kritisiert, dass ab 2019 eine zweckentsprechende Mittelverwendung für die im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms zusätzlich eingerichteten Stellen nicht mehr vorgesehen ist. Die Verlängerung für den Bestätigungsvermerk des Jahresabschlussprüfers zu neu geschaffenen Stellen und jahresdurchschnittlicher Besetzung für die Jahre 2019 bis 2021, damit der Abbau geförderter Stellen verhindert wird, ist zwingend erforderlich und wird von ver.di begrüßt. Konsequenterweise muss auch die zweckentsprechende Mittelverwendung für mindestens diese Stellen nachgewiesen werden.

Der Pflegezuschlag stellt grundsätzlich einen Anreiz dar, Pflegestellen nicht abzubauen. Bei einem durchschnittlichen Zuschlag von bisher ca. 1.730 Euro pro Vollzeitpflegekraft pro Jahr ist der Anreiz jedoch sehr begrenzt. ver.di kritisiert, dass die Mittel aus dem Pflegezuschlag nicht zweckgebunden für die Finanzierung des Pflegepersonals eingesetzt werden.