



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im
Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im
Krankenhauswesen und in der Digitalisierung**

(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfIEG)

BT-Drs. 20/3876

zur Öffentlichen Anhörung am 09. November 2022

Berlin, 08. November 2022

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Für die **Qualität der Patientenversorgung** und die Arbeitssituation der Pflegekräfte ist eine **angemessene Personalausstattung** die wesentliche Voraussetzung. Gute Rahmenbedingungen in der Pflege im Krankenhaus und eine hochwertige pflegerische Versorgung sind zwei Seiten einer Medaille. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird das Ziel verfolgt, die Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus kurzfristig zu verbessern. Dazu soll der für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personaleinsatz auf bettenführenden Stationen in der Somatik angesichts der fortwährenden angespannten Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung sichergestellt und unter Berücksichtigung des Konzepts der PPR 2.0 Vorgaben zur Personalbesetzung festgelegt werden.

Die Ziele der Bundesregierung stellen für das Herangehen an die kritische Situation der pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern einen Paradigmenwechsel gegenüber der Sichtweise der letzten 25 Jahre dar. So hat die fehlende Personalbemessung dem jetzt herrschenden Personalnotstand Vorschub geleistet. Auch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung hat die Lage nicht grundsätzlich verbessert, sondern häufig zu Verschiebungen geführt. Die Lage in den Krankenhäusern ist geprägt von personalmangelbedingten Leistungs- und Versorgungslücken in der Krankenhauspflege und von Rahmenbedingungen für Beschäftigte, die sehr oft die Einhaltung der Vorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes unmöglich machen. Hinzu kommt im Arbeitsalltag der ständige Druck, aus Zeitmangel individuell darüber zu entscheiden, ob eine erforderliche Leistung bei der Versorgung der Patient*innen erbracht werden kann oder nicht („implizite Rationierung“). Berufliche Standards können aufgrund fehlenden Personals nicht eingehalten werden. Die Folge ist eine Berufsflucht, die eine Spirale immer schlechterer Bedingungen befördert. Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung enthält kein Verfahren zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs. Vielmehr wird mit den Pflegepersonaluntergrenzen eine Minimalbesetzung verlangt, die lediglich ausreichen soll, eine patientengefährdende Pflege zu verhindern. In der Praxis haben sich fataler Weise die „roten Linien“ vielfach zur Norm bei der Personalbesetzung auf den Stationen entwickelt.

Die Einführung der bedarfsgerechten Personalbemessung im Krankenhaus wird Mehrkosten bei der GKV verursachen. Es ist wichtig, dass Ausgabensteigerungen mit einer Verbesserung bei der Versorgung verbunden werden. Daher sind die tatsächlich entstehenden Pflegepersonalkosten nachzuweisen und vollständig zu refinanzieren. In den letzten Jahren wurden die GKV-Prüf- und

Steuerungsmöglichkeiten stark eingeschränkt und der Selbstverwaltung Mitbestimmungsrechte entzogen. Darunter leidet die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Die Einnahmen in der GKV müssen konsequent für eine gute Versorgung und nicht für Profitsteigerungen von Privatunternehmen eingesetzt werden.

Die Gewerkschaft ver.di begrüßt grundsätzlich, dass fast drei Jahre, nachdem ver.di zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und Deutschem Pflegerat (DPR) nach einem Auftrag der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) vorgelegt haben, von der Bundesregierung das Instrument zur bedarfsgerechten Personalbemessung für die Pflege im Krankenhaus endlich in die Umsetzung gebracht wird. Das ist auch ein wichtiges Ergebnis der vielen Proteste und Kämpfe, die Beschäftigte mit ihrer Gewerkschaft geführt haben, um die Situation zu verbessern. Jetzt kommt es darauf an, dass an entscheidenden Stellen deutlich nachgebessert wird, damit Beschäftigten in der Krankenhauspflege eine verbindliche Perspektive auf verbesserte Rahmenbedingungen eröffnet wird.

Wesentlichen Nachbesserungs- und Ergänzungsbedarf sieht die Gewerkschaft ver.di in folgenden Punkten:

- Entsprechend der Vereinbarung im Koalitionsvertrag ist gesetzlich zu verankern, dass zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die PPR 2.0 als Übergangsinstrument kurzfristig eingeführt wird. Es genügt nicht, wenn in der Problem- und Zielbeschreibung sowie Begründung auf die Berücksichtigung der PPR 2.0 verwiesen wird und im Gesetz lediglich Maßgaben definiert werden, die erfüllt sein müssen.
- Es muss darum gehen, eine gute Versorgung zu garantieren und gute Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Wie viel Personal für eine bedarfsgerechte Versorgung nötig ist, leitet sich aus der Anwendung der PPR 2.0 ab. Die Umsetzung der Personalvorgaben darf nicht von der Zustimmung des Bundesfinanzministers abhängig gemacht werden.
- Der Bereich der Intensivpflege bleibt im Gesetzentwurf unbeachtet. Diese Leerstelle ist dringend zu schließen mit der Ergänzung des Personalbemessungsinstruments INPULS® für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in der intensivmedizinischen Versorgung. Insbesondere nach den dramatischen Belastungen während der Corona-Pandemie ist den Beschäftigten eine verbindliche Perspektive auf Entlastung zu eröffnen.
- Regelungen zur Personalausstattung in Tarifverträgen zur Entlastung der Beschäftigten oder entsprechenden Vereinbarungen zwischen den Tarifvertragsparteien sind

Mindestregelungen wie die Vorgaben aus der PPR 2.0. Da die Tarifverträge sich auf die Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer*innen erstrecken, die Vorgaben zur Versorgungsqualität für Patient*innen in der Verantwortung des Gesetzgebers verbleiben, kann ein Tarifvertrag die Geltung der PPR 2.0 in einem Krankenhaus nicht ersetzen. Die gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen gelten nebeneinander und es sind die für Beschäftigte entsprechend jeweils günstigeren Regelungen anzuwenden. Eine Abweichung nach unten muss ausgeschlossen sein.

- Die Einführung der PPR 2.0 leitet den Paradigmenwechsel hin zu einer Personalausstattung im Krankenhaus ein, die eine bedarfsgerechte Pflege sicherstellen soll. Sie ist im Rahmen einer Konvergenzphase einzuführen, weiterzuentwickeln und an die jeweils aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen. Damit die Phasen gut aufeinander aufbauen, ist das weitergehende Personalbemessungsinstrument gem. § 137 k anschlussfähig an die Logik der PPR 2.0 und mit ihr assoziierten Instrumente auszugestalten.
- Die an der Entwicklung der PPR 2.0 beteiligten Verbände sind während des gesamten Prozesses einzubeziehen. Dazu ist ein Begleitgremium zur Beauftragung und Durchführung der Erprobung sowie zur Einführung und Begleitung der Konvergenzphase einzurichten.
- Ziel muss sein, dass eine patient*innenorientierte Pflege sichergestellt wird. Zugleich muss das Ziel sein, perspektivisch Personalvorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung in allen Krankenhausbereichen bundeseinheitlich zu regeln. Schließlich ist Arbeit im Krankenhaus Teamarbeit, alle Beschäftigtengruppen leisten ihren Anteil zur Versorgung der Patient*innen.

Der Teufelskreis aus schlechter Personalausstattung und fehlenden Fachkräften muss unverzüglich mit bedarfsgerechten Personalvorgaben und besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege durchbrochen werden. Eine aktuell durch die Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichte Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ zeigt, dass die Kapazität von mindestens 300.000 Vollzeit-Pflegekräften in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung stehen, sofern sich die Arbeitsbedingungen deutlich verbessern¹. Entscheidende Voraussetzung ist, dass Beschäftigten mehr Zeit für die Versorgung der Patient*innen zur Verfügung steht. Verbindliche, bundeseinheitliche Vorgaben aus der bedarfsgerechten Personalbemessung mit dem Ziel der vollständigen Umsetzung der PPR 2.0 können ein starkes Signal setzen, um das Potenzial der Pflegekräfte für einen Wiedereinstieg

¹ Vgl. [Neue Studie: Mindestens 300.000 zusätzliche Pflegekräfte durch Wiedereinstieg in Beruf oder aufgestockte Arbeitszeit möglich - Hans-Böckler-Stiftung \(boeckler.de\)](#), abgerufen 16.08.22

oder Aufstockung der Arbeitszeit zu gewinnen. Dazu muss das Gesetz eine verlässliche Perspektive eröffnen.

Die Gewerkschaft ver.di begrüßt die geplanten **Neuregelungen zu den jährlichen Budgetverhandlungen**, die den Grundsatz prospektiver Verhandlungen für die Zukunft stärken und den Verhandlungsstau der letzten Jahre auflösen sollen. Insbesondere die Zeitvorgaben zum Pflegebudget erscheinen sachgerecht. Damit kein neuer Stau bei den Schiedsstellen entsteht, die entscheiden, wenn die Budgetvereinbarung nicht bis zum 30.11. d. J. geschlossen wird, sind hier die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen zu schaffen.

Eine **sichere und funktionierende digitale Infrastruktur** ist für das Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung, um die zukünftigen Herausforderungen in Gesundheitsversorgung und Pflege bewältigen zu können. Trotz umfassender Initiativen seitens des Gesetzgebers in den vergangenen Jahren wie das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) oder das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierung-Gesetz (DVGPMG) läuft die Umsetzung nur schleppend. Daher ist es dringend notwendig, noch bestehende Hürden abzubauen und Schnittstellenproblematiken zu beseitigen.

Misslich aber aufgrund der Zusammenhänge nachvollziehbar, ist die Tatsache, dass die Einführung wesentlicher Nutzungselemente der elektronischen Patientenakte wie beispielsweise die Speicherung der Daten zur pflegerischen Versorgung sich um ein weiteres Jahr verzögern wird. In Anbetracht der zu erwartenden deutlichen Zunahme der Versorgungssicherheit erscheint dies vertretbar.

Kritisch anzumerken ist, dass die vollumfängliche Einbindung der pflegerischen Leistungserbringer in die Telematikinfrastruktur weiterhin hinterherhinkt. Hier bedarf es eines deutlich ambitionierteren Vorgehens.

Die Gewerkschaft ver.di konzentriert sich in der Stellungnahme auf die Einführung der Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus und weitere wesentliche Änderungen. Es werden aufgrund der kurzen Fristsetzung zur Stellungnahme nicht alle Neuregelungen bewertet.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2 [§ 137k Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus]

Die bisher in § 137 k vorgesehenen Zeitvorgaben aufgrund der neu eingefügten Interimslösung gem. § 137 l anzupassen, reicht nicht aus. Damit das weitergehende Instrument gut auf den ersten Schritt aufbaut, muss es anschlussfähig sein und aufbauen auf die Logik der PPR 2.0 und deren assoziierte Instrumente. Die lediglich in der Begründung formulierte „kann“-Regelung wird dem nicht gerecht.

In § 137 k Abs. 1 ist deshalb zusätzlich der neue Satz 4 aufzunehmen:

„Das Verfahren soll dabei auf der PPR 2.0 gemäß § 137l SGB V aufbauen und hat die Erfahrungen aus deren Einführung zu nutzen.“

Zu Nummer 3 [§ 137l Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus, Verordnungsermächtigung]

Zu Abs. 1, Satz 1

Im aktuellen Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP wurde vereinbart, „... zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) kurzfristig als Übergangsinstrument einzuführen.“. Bis zum Erlass der Rechtsverordnung zum 30.11.2023 werden dann mehr als zwei Jahre vergangen sein. Es ist daher zu prüfen, ob Zeitvorgaben zur Einführung weiter gestrafft werden können.

ver.di begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber das Bundesministerium für Gesundheit zum Erlass der weiteren Regelungsbereiche ermächtigt. Jedoch sind die an der Entwicklung der PPR 2.0 beteiligten Verbände n einem Begleitgremium mindestens zur Ausschreibung und Durchführung des Auftrags gem. § 137l Abs. 3 sowie zur Entwicklung und Umsetzung der Erfüllungsgrade während der Konvergenzphase nach § 137l Abs. 4 zwingend einzubeziehen.

Im Gesetz ist das einzuführende Instrument PPR 2.0 und die assoziierten Instrumente Kinder PPR 2.0 und INPULS® klarstellend zu benennen, um der Intention des Koalitionsvertrages hinlänglich Rechnung zu tragen.

Die Gewerkschaft ver.di kritisiert die Auslassung des Personalbemessungsinstrumentes INPULS® für die Intensivpflege. Damit das dringend erforderliche Personal für eine bedarfsgerechte Intensivpflege gehalten und neue Pflegefachpersonen für die hochanspruchsvolle Aufgabe gewonnen werden können, sind zeitgleich auch Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung für die Intensivstationen festzulegen. Hierfür steht das Instrument INPULS® zur Verfügung. Die Terminvorgaben der Erprobungs- und Konvergenzphase sind aufgrund der höheren Komplexität des Instruments anzupassen.

Die Gewerkschaft ver.di begrüßt, dass die Bundesregierung anerkennt, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus essentiell nicht nur für die Qualität der Patientenversorgung, sondern auch für die Arbeitssituation der Pflegepersonen ist. ver.di teilt das Ziel, dass gute Rahmenbedingungen für die Pflege im Krankenhaus und eine hochwertige pflegerische Versorgung zu gewährleisten sind. Dazu soll der für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personaleinsatz durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung sichergestellt und festgelegt werden. Der beschriebene Paradigmenwechsel muss sich im Wortlaut des Gesetzes ausdrücken. In § 137I Abs. 1 sollte daher ergänzt werden durch Einfügen eines neuen Satz 2:

„Ziele der Vorgaben sind eine mindestens ausreichende bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten und eine Personalausstattung, mit der die Sicherheit und der Gesundheitsschutz der Beschäftigten gewährleistet werden kann.“

Zu Abs. 1

Satz 1 beschreibt die Verpflichtung, eine „angemessene Personalausstattung vorzuhalten“. Bei der Beschreibung handelt es sich um einen sozialrechtlich unbestimmten Rechtsbegriff, der im Leistungsbereich bisher keine Verwendung findet. Dagegen wird im GKV-Recht die Verpflichtung der Leistungserbringer über § 70 Abs. 1 SGB V klar definiert. Für die Krankenhausversorgung wird die „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung“ in § 1 Abs. 1 KHG beschrieben. Demzufolge erfordert die pflegerische Versorgung eine bedarfsgerechte Personalausstattung mit ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal als Grundvoraussetzung für eine bedarfsgerechte Pflege, die den

sozialrechtlichen Ansprüchen Rechnung trägt. In Artikel 1 Nummer 3 ist in § 137 I Absatz 1 Satz 1 das Wort „angemessene“ durch „bedarfsgerechte“ zu ersetzen.

Nr. 1:

Es wird darauf hingewiesen, dass aktuell keine belastbaren Daten zur Abbildung der tatsächlichen Ist-Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen existieren. Unter der Maßgabe der kurzfristigen Umsetzung wird jedoch empfohlen, die Ist-Stunden der Personalbesetzung aus den Dienstplanprogrammen als Datengrundlage für die Darstellung der Ist-Personalbesetzung bundeseinheitlich vorzugeben. Wichtig für die verbindliche Umsetzung der Personalbemessung ist jedenfalls, die Ist- und Soll-Besetzung auf der Stationsebene zu betrachten und diese Daten zu ermitteln. Auf der betrieblichen Ebene empfiehlt sich eine Validierung der gelieferten Daten durch die betrieblichen Mitbestimmungsorgane.

Nr. 2:

Zentral für die wirksame Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung ist, woraus die Soll-Personalbesetzung ermittelt wird. Dazu ist die konsequente Klarstellung der Bezugnahme auf den Pflegebedarf wichtig. ver.di begrüßt die entsprechenden Änderungen im Gesetzentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf.

Zu Abs. 2

ver.di setzt sich dafür ein, dass die Erprobungsphase bereits Teil der Rechtsverordnung ist. Dies soll auch dazu dienen, dass die nicht an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser sich auf die Einführung der PPR 2.0 und mit ihr assoziierten Instrumente einstellen und mit den Vorbereitungen beginnen.

Zur erfolgreichen Erprobung ist es erforderlich, dass die repräsentative Auswahl von Krankenhäusern sichergestellt ist. Die Verantwortung für die repräsentative Auswahl kann nicht dem Auftragnehmer übertragen werden. Vielmehr ist durch den Gesetzgeber direkt bzw. im Wege der Verordnungsermächtigung die verpflichtende Teilnahme der repräsentativ ausgewählten Krankenhäuser sicherzustellen. Es ist zwingend klarzustellen, dass es sich bei der Erprobung um das von DKG, DPR und ver.di entwickelte Instrument PPR 2.0 für den Bereich der Erwachsenen und für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen um das von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GeKinD) entwickelte Instrument Kinder-PPR 2.0 handelt. ver.di spricht sich klar dafür hinaus aus, in die Erprobung INPULS® für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in der intensivmedizinischen somatischen Versorgung ebenfalls einzubeziehen.

Die an der Entwicklung der PPR 2.0 beteiligten Organisationen sind während des gesamten Prozesses der Erprobung inklusive der Ausschreibung und Auswahl der wissenschaftlichen Einrichtung sowie, nach Vorlage des Abschlussberichts, bei der Formulierung der Rechtsverordnung einzubeziehen.

Darüber hinaus kann für die Erprobung der PPR 2.0 und ihren assoziierten Instrumenten mit der ambitionierten Terminvorgabe nur eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung mit einschlägiger pflegewissenschaftlicher Expertise beauftragt werden. Eine Auftragsvergabe an Privatpersonen ist bei diesem Projekt mit derartig herausragender gesundheits- und berufspolitischer sowie auch finanzieller Bedeutung keineswegs sachgerecht. ver.di spricht sich daher für die Streichung „...oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige...“ in § 137 I Abs. 2 Satz 1 aus.

Zu Abs. 3

ver.di bekräftigt das Ziel, mit dem Gesetzentwurf wesentlich zu einer guten Versorgung beizutragen und gute Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Wie viel Personal für eine bedarfsgerechte Versorgung nötig ist, leitet sich aus dem Einsatz des Personalbemessungsinstrumentes PPR 2.0 ab. Das Instrument ist die entscheidende Basis für Personalvorgaben, die aktuelle Haushaltslage darf kein Kriterium sein.

In Artikel 1 Nummer 3 sind § 137 I Absatz 3 Satz 1 die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen“ zu streichen.

Für die Umsetzung der bedarfsgerechten Personalbemessung ist Verbindlichkeit für die Planungssicherheit aller Beteiligten sehr wesentlich. In Artikel 1 Nummer 3 ist daher § 137 I Absatz 3 wie folgt zu ändern:

In Satz 1 wird nach dem Wort „Gesundheit“ das Wort „kann“ ersetzt durch das Wort „erlässt“ und nach dem Wort „Krankenhäusern“ das Wort „erlassen“ gestrichen.

In Satz 2 wird nach dem Wort „Rechtsverordnung“ das Wort „kann“ ersetzt durch das Wort „bestimmt“. Nach dem Wort „Nähere“ wird das Wort „bestimmen“ gestrichen.

Nr. 2:

Positiv ist zumindest im Vergleich zum Referentenentwurf, dass die personelle Zusammensetzung des Pflegepersonals auch „bedarfsgerecht“ sein muss. Wichtig ist, dass die in der Rechtsverordnung vorgesehene Vorgaben zur „bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals nach Qualifikation“ stets unter Maßgabe der Zielerreichung einer bedarfsgerechten und patient*innenorientierten Pflege festgelegt

werden müssen. Ein möglicher Qualifikationsmix muss sich am Pflege-, Versorgungs- und Behandlungsbedarf der Patient*innen orientieren, eine Bezugspflege ist sicherzustellen.

Zudem ist es wichtig, bereits im Entwurf eine verbindliche Definition von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften vorzunehmen:

Pflegefachkräfte sind Personen, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz erteilt wurde.

Pflegehilfskräfte sind Personen,

- a) die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossen wurden,
- b) die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder
- c) denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist.

Nr. 5:

Die Gewerkschaft ver.di setzt sich ein für Transparenz der standortbezogenen Daten zur Ist- und Soll-Personalbesetzung innerhalb des Krankenhauses, insbesondere gegenüber den betrieblichen Mitbestimmungsorganen. Darüber hinaus bietet die Veröffentlichung der bereichsbezogenen Ist- und Soll-Personalbesetzung im Internet oder in den strukturierten Qualitätsberichten nach § 136b eine wichtige Orientierungshilfe für Patient*innen und deren Angehörigen.

Den Beschäftigten muss durch den Gesetzentwurf eine verbindliche Perspektive vermittelt werden, dass sich durch die Umsetzung verbindlicher, am Pflegebedarf der Patient*innen bemessener Personalvorgaben ihre Arbeitssituation verbessern wird. Dafür muss es einen verlässlichen Zeitplan geben, der auch den Krankenhäusern Planungssicherheit bietet. In Artikel 1 Nummer 3 ist § 137 I Abs. 3 durch einen Satz zu ergänzen: „Für die Umsetzung der in der Rechtsverordnung festgelegten Vorgaben durch die Krankenhäuser ist der 1. Januar 2024 zu bestimmen.“

Zu Abs. 4

Nr. 1: Die Konvergenzphase bis zur vollständigen Umsetzung der PPR 2.0 und ihrer assoziierten Instrumente muss über die schrittweise Festlegung von bundeseinheitlichen Erfüllungsgraden erfolgen. Es ist klarzustellen, dass die Umsetzung der PPR 2.0 im Rahmen der Konvergenz darauf abzielt, ambitionierte Zielerreichungsgrade bis zur Erfüllung von 100 Prozent Zielerreichung zu definieren. ver.di verweist hier auf die oben erwähnte, durch die Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichte Studie „Ich pflege wieder, wenn...“, die das hohe Potenzial an Pflegefachpersonal belegt, dass für eine Rückkehr in den Beruf oder zur Aufstockung von Stunden bereit wäre, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern. Ein Bezug auf die Arbeitsmarktlage sollte daher immer in diesem Zusammenhang gesehen werden.

In der Konvergenzphase ist der dritte Schritt mit der erstmaligen Vorgabe eines bundeseinheitlichen Erfüllungsgrades gesetzlich auf den 01.01.2025 vorzugeben, nach Erprobungsphase mit Bericht zum 30.08.2023 und der Einführungsphase mit verpflichtender Anwendung der Personalregelung ab 01.01.2024. Die zeitliche Klarstellung ist notwendig für die verbindliche Perspektive gegenüber dem Pflegepersonal im Krankenhaus und potenziellen Wiedereinsteiger*innen.

Es wird auf die bereits erwähnte Einbindung der Verbände verwiesen, die an der Entwicklung der PPR 2.0 beteiligt waren.

Darüber hinaus ist die Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung vollständig zu gewährleisten, wenn nachgewiesen wird, dass das Personal tatsächlich eingesetzt wurde.

Nr. 3: Es ist wichtig, dass verbindliche Konsequenzen festgelegt werden für den Fall, dass Vorgaben aus der Rechtsverordnung durch ein Krankenhaus nicht erfüllt werden. Dabei muss das Ziel sein, die Ratio Pflegefachpersonen zu Patient*innen in ein bedarfsgerechtes Verhältnis zu bringen. Das bedeutet entweder, dass Vorgaben erfüllt werden, in dem auf der Grundlage eines Ausfallkonzeptes mehr Pflegefachpersonen eingesetzt oder - durch entsprechendes Belegungsmanagement - weniger Patient*innen versorgt werden können. In letzter Konsequenz kann nach einem gestuften Verfahren das zeitweise Sperren von Betten oder (Teil-)Schließen von Stationen und Bereichen eine notwendige Konsequenz sein. Vergütungsabschläge lehnt ver.di ab, da sie die Versorgungsqualität nicht verbessern. Vielmehr besteht die Gefahr, dass sich die Versorgungsqualität durch Einsparmaßnahmen sogar verschlechtert.

Darüber hinaus sind Konsequenzen für die Krankenhäuser vorzusehen, die Daten nicht oder nicht korrekt liefern.

Zu Abs. 5

Die Regelung sieht für Krankenhäuser, die einen Tarifvertrag oder sonstige Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit verbindlichen Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden, diese dann vorzuziehen sind, wenn beide Vertragsparteien dies schriftlich erklären. In diesem Fall sollen die Verpflichtungen aus der PPR 2.0 entfallen.

Die Gewerkschaft ver.di setzt sich für die flächendeckende, bundeseinheitliche Umsetzung der PPR 2.0 und mit ihr assoziierten Instrumente ein. Die durch ver.di vereinbarten Tarifverträge und schuldrechtlichen Vereinbarungen für mehr Personal und Entlastung zielen in erster Linie auf die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für Beschäftigte im Krankenhaus. Es ist sicherzustellen, dass die gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen nebeneinander gelten und die für die Beschäftigten entsprechend jeweils günstigeren Regelungen anzuwenden sind. Eine gesetzliche Abweichung nach unten ist auszuschließen.

Erst recht dürfen Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern eine bedarfsgerechte Personalausstattung nicht unterlaufen. Es besteht die Gefahr, dass Beschäftigte oder ihre Interessenvertretungen hier unter Druck gesetzt werden könnten.

Um dem Ziel der bundeseinheitlichen, verbindlichen Einführung der PPR 2.0 gerecht zu werden und nicht in die Tarifautonomie einzugreifen, empfiehlt ver.di eine Ergänzung ausschließlich in der Begründung, die tarifrechtlich bestätigt, dass Tarifverträge oder schuldrechtliche Vereinbarungen zwischen Tarifvertragsparteien, die für die Beschäftigten günstigere Regeln enthalten, für ihren Geltungsbereich anzuwenden sind.

Daher kann § 137I Absatz 5 vollständig entfallen.

Zu Nummer 11

Gemäß § 291 Absatz 3 sind die Krankenkassen verpflichtet, den Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle auszugeben. Der verpflichtende Versand der mit der Karte verknüpften persönlichen Identifikationsnummer (PIN) ist vom Gesetz bislang nicht

vorgesehen. Dies hat zur Folge, dass die Versicherten die elektronische Gesundheitskarte nicht uneingeschränkt für den Zugriff auf Daten unterschiedlicher Anwendungen der Telematikinfrastruktur nutzen konnten. Davon betroffen sind bspw. die elektronische Patientenakte, das E-Rezept, elektronischer Medikationsplan.

Daher begrüßt ver.di, dass die Krankenkassen fortan verpflichtet sind, die Versicherten mit Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle über die Möglichkeit der Beantragung einer zugehörigen PIN, über die Wege der Beantragung sowie über die Nutzungsmöglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zu informieren. Die trägt zu einer größeren Nutzer*innenfreundlichkeit bei und schafft Transparenz für die Versicherten.

Zu Nummer 17

Mit der Aufnahme der neuen § 332a SGB V sollen Hürden für Leistungserbringer reduziert werden, die derzeit aufgrund vertraglicher Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme im Rahmen der Telematikinfrastruktur bestehen.

Die Regelung des § 332a SGB V sieht daher vor, dass Anbieter und Hersteller von Primärsystemen verpflichtet werden, Dienste und Komponenten aller Anbieter in ihr System einzubinden, ohne hierfür zusätzliche Gebühren erheben zu dürfen.

ver.di begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich, weil damit die Interoperabilität informationstechnischer Systeme deutlich verbessert werden dürfte und damit auch viele Schnittstellenproblematiken, die zu einer teilweise erheblichen Mehrbelastung für die Beschäftigten geführt haben, abgebaut werden können. Es wäre aus unserer Sicht wünschenswert, wenn diese Regelung schnellstmöglich umgesetzt würde.

§ 332b SGB V ermöglicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), mit einzelnen Herstellern von TI-Komponenten und Primärsystemen Rahmenvorgaben zu vereinbaren, von denen die Leistungserbringer profitieren sollen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 3

Mit der Änderung in § 11 KHEntG sollen neue Fristen die Budgetverhandlungen straffen, besser strukturieren, den Verhandlungstau der letzten Jahre auflösen und für die Zukunft den Prospektivitätsgrundsatz stärken. Dies erscheint sachgerecht. Damit kein neuer Stau bei den Schiedsstellen entsteht, sind hier die strukturellen Voraussetzungen für die zeitnahen Entscheidungen der Gremien zu treffen.