

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019

(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)

A. Problem und Ziel

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar. Die Zahl der Beschäftigten in der Krankenpflege hat zwar in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gleichwohl konnte sie mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften, zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte und nicht zuletzt zu Nachteilen für die Betreuung der Patientinnen und Patienten.

Empirische Untersuchungen zeigen, dass das zahlenmäßige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegekräften im Vergleich der einzelnen Krankenhäuser auch in gleichen Versorgungsbereichen teilweise erheblich auseinanderfällt. So wurden beispielsweise in der Geriatrie an einem Wochenende in der Nacht 37 Patienten auf eine Pflegekraft gemeldet; in einem anderen Krankenhaus lag das Verhältnis bei 14 Patienten zu einer Pflegekraft. Solche „Ausreißer“ einzelner Krankenhäuser gefährden die Patientensicherheit.

Als Ergebnis einer mehrjährigen politischen Diskussion zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege wurden nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 Pflegepersonaluntergrenzen für festzulegende pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu vereinbaren. Nachdem eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande gekommen ist, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 137i Absatz 3 SGB V die Vorgaben durch Rechtsverordnung. Ziel ist die Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung.

B. Lösung

Mit der Verordnung werden verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 festgelegt. Diese gelten in der Einführungsphase für die pflegesensitiven Bereiche der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie.

Für jeden dieser Bereiche wird das Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegekräften differenziert nach Schichten sowie unter Vorgabe des Verhältnisses zwischen examinierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften vorgeschrieben, um eine zielgenaue Wirkung der Untergrenzen zu erreichen. Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt, der dafür sorgt, dass die Personalbelastung in den 25 Prozent der Versorgungsbereiche mit den höchsten Personalbelastungszahlen sinken muss. Krankenhäuser mit einer im Bundesdurchschnitt besonders schlechten Personalausstattung müssen diese erhöhen, damit sie das Niveau der übrigen 75 Prozent der Versorgungsbereiche erreichen.

Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird als Durchschnittswert monatsbezogen ermittelt. Quartalsweise sind jedoch sämtliche Schichten anzuzeigen, in denen die Grenzen

unterschritten wurden. Die Sanktionen der Nichteinhaltung bestimmen die Selbstverwaltungspartner in ihrer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V, die insbesondere Vergütungsabschläge vorzusehen hat.

Die Vorgaben sind befristet, damit sie mit Wirkung zum 1. Januar 2020 durch eine Vereinbarung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgelöst werden können. Auf bis dahin verbesserter Datengrundlage soll insbesondere eine Bestimmung von Untergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche sowie eine sachgerechte Differenzierung der Personaluntergrenzen nach dem Pflegeaufwand erreicht werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ergibt sich ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Auswertungen zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche und der Pflegelast sowie den Datenaustausch mit den Krankenhäusern. Die Mehrkosten werden auf 240.000 Euro geschätzt.

Für die Krankenhäuser entstehen bei der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen zusätzliche Kosten, wenn sie zwecks Einhaltung der Grenzen zusätzliches Personal einstellen müssen. Eine Quantifizierung dieser Kosten ist auf der Grundlage der vorliegenden Daten zur Personalbesetzung nicht möglich. Nach dem im Kabinett am 1. August 2018 beschlossenen Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes, das zum 1. Januar 2019 in Kraft treten soll, sollen den Krankenhäusern für zusätzliches Personal entstehende Kosten zukünftig ohnehin von den Kostenträgern übernommen werden.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Weiteren Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser verursacht die Dokumentation und Auswertung sowie Übermittlung der Daten nach der Verordnung. Dieser wird auf rund 650.000 Euro geschätzt.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Keiner.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019

(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV)

Vom ...

Auf Grund des § 137i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – der durch Artikel 8b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Anwendungsbereich

Diese Verordnung regelt die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Wirkung zum 1. Januar 2019. Die nachfolgenden Vorschriften gelten für alle gemäß § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser, in denen Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrem Versichertenstatus, zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen werden. Sie gilt nicht für Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Als pflegesensitiv werden die nach Maßgabe von § 3 zu ermittelnden Krankenhausbereiche festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie erbracht werden.

(2) Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung sind examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte. Examinierte Pflegekräfte sind Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung. Pflegehilfskräfte sind nicht-examinierte Pflegekräfte.

(3) Schichten, für die Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen ausgewiesen werden, sind die Tag- und Nachtschicht. Die Tagschicht umfasst den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr. Die Nachtschicht umfasst den Zeitraum von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr.

§ 3

Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche

(1) Die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern erfolgt auf Fachabteilungsebene durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf Grundlage der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Jahres 2017 und der in der Anlage zu dieser Verordnung enthaltenen Diagnosis Related Groups (Indikatoren-DRGs) bis zum 31. Oktober 2018.

(2) Ein pflegesensitiver Bereich eines Krankenhauses umfasst die jeweilige Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Standort des Krankenhauses gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(3) Eine Fachabteilung ist pflegesensitiv, wenn sie in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Jahres 2017

1. als Fachabteilung der Intensivmedizin, der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie oder der Herzchirurgie oder als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist; ausgenommen sind Fachabteilungen der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt der Pädiatrie, oder
2. der Anteil der in die Indikatoren-DRGs eingruppierten Fälle mindestens 40 Prozent der Gesamtfallzahl dieser Fachabteilung beträgt.

§ 4

Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt standortbezogen den Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser auf der Grundlage des vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 und weist diesen in der Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 aus. Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder der Herzchirurgie zugeordnet werden. Zum Zwecke der künftigen Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Schweregraden hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands jährlich zu aktualisieren.

§ 5

Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt das Ergebnis der Auswertung nach § 3, soweit möglich standortbezogen, bis zum 15. November 2018 an die Krankenhäuser, bei denen ein oder mehrere pflegesensitive Krankenhausbereiche festgestellt werden. Das Ergebnis der Auswertung umfasst für jede betroffene Fachabteilung die Zuordnung zu einem oder mehreren pflegesensitiven Krankenhausbereichen sowie die zugehörigen Berechnungsgrundlagen.

(2) Einwände eines Krankenhauses gegen die Ermittlung nach § 3 Absatz 1 sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. November 2018 mitzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt dem Krankenhaus bis zum 15. Dezember 2018 mit, ob und inwieweit es unter Berücksichtigung der Einwände zu einem anderen Ergebnis gelangt.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes bis zum 15. Dezember 2018 die vom Krankenhaus verwendeten Namen der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Fachabteilungen sowie sämtliche zugehörigen Stationen unter Angabe des Standortes gemäß § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a

Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennen. Dies gilt nicht für Fachabteilungen, die den pflegesensitiven Bereichen der Neurologie oder der Herzchirurgie zugeordnet werden.

(4) Sind die nach Absatz 3 zu benennenden Fachabteilungen oder Stationen ersatzlos weggefallen, zeigt das Krankenhaus dies bis zum 15. Dezember 2018 an. Sind gegenüber dem Jahr 2017 Umbenennungen erfolgt oder haben strukturelle Veränderungen stattgefunden, aufgrund derer die betroffenen Leistungen unter Auflösung der früheren Fachabteilungen oder Stationen in anderen Versorgungseinheiten des Krankenhauses erbracht werden, hat das Krankenhaus sämtlicher Nachfolgeeinheiten zu benennen.

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die in Absatz 3 und 4 genannten Angaben einschließlich der jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 unter Nennung der Namen der Krankenhäuser und der jeweiligen Institutionskennzeichen sowie den nach § 4 ermittelten Pflegeaufwand bis zum 15. Februar 2019 auf seiner Internetseite.

(6) Für Krankenhäuser, die ihre Mitteilungspflichten nach Absatz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, sind Vergütungsabschläge zu erheben, die in der Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 Satz 7 und Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bestimmen sind.

(7) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann Bestimmungen zur einheitlichen Durchführung des Mitteilungsverfahrens nach den Absätzen 2 bis 4 treffen.

§ 6

Pflegepersonaluntergrenzen

(1) Für die folgenden pflegesensitiven Krankenhausbereiche werden stations- und schichtbezogen folgende Pflegepersonaluntergrenzen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft unter Berücksichtigung der in Absatz 2 genannten Höchstanteils von Pflegehilfskräfte festgelegt:

1. Intensivmedizin

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

2. Geriatrie

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

3. Unfallchirurgie

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

4. Kardiologie

- a) montags bis freitags in der Tagschicht 11 : 1 und in der Nachtschicht 24 : 1,

- b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 13 : 1 und in der Nachschicht 23 : 1.

(2) Der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte darf die folgenden bereichsspezifischen Grenzwerte nicht überschreiten:

1. Intensivmedizin

- a) montags bis freitags in der Tagschicht 8,5 Prozent und in der Nachtschicht 5,9 Prozent,
- b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 3,7 Prozent und in der Nachtschicht 7,2 Prozent.

2. Geriatrie

- a) montags bis freitags in der Tagschicht 18,2 Prozent und in der Nachtschicht 40 Prozent,
- b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 20,1 Prozent und in der Nachtschicht 38,5 Prozent.

3. Unfallchirurgie

- a) montags bis freitags in der Tagschicht 10,5 Prozent und in der Nachtschicht 16,4 Prozent,
- b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 12,6 Prozent und in der Nachtschicht 13,1 Prozent.

4. Kardiologie

- a) montags bis freitags in der Tagschicht 7,8 Prozent und in der Nachtschicht 13,9 Prozent,
- b) samstags, sonntags, feiertags in der Tagschicht 5 Prozent und in der Nachtschicht 13,7 Prozent.

(3) Im Fall konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen gilt schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft.

§ 7

Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

(1) Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatsbezogener Durchschnittswerte fest. Der Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 137i Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Gleiches gilt für den Nachweis der Richtigkeit der Angaben nach § 5 Absatz 3.

(2) Die Krankenhäuser teilen den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal, spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach Art der Schicht, die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 nicht eingehalten worden sind. Das

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 1.

§ 8

Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen

(1) Für die Zeit bis zum 31. März 2019 werden Vergütungsabschläge gemäß § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erhoben.

(2) Gleiches gilt bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Fällen

1. kurzfristiger unverschuldeter und unvorhersehbarer Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder
2. starker Erhöhungen der Patientenzahlen durch unverschuldete und unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse.

Das Krankenhaus ist verpflichtet, den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Satz 1 nachzuweisen.

§ 9

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Sie tritt mit Ausnahme des § 4 Satz 3 mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.

Anlage

(zu § 3)

Folgende DRGs des G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2017 gelten als Indikatoren für das Vorhandensein eines pflegesensitiven Krankenhausbereiches:

Geriatrie

DRG	Bezeichnung DRG
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44B	Geriatrische frührehab. Komplexbehandlung bei Krankh. u. Stör. d. Nervensyst. m. schw. mot. Funktionseinschr., mit and. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls od. oh. schw. mot. Funktionseinschr., m. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder ohne schwere mot. Funktionseinschränkung, mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

DRG	Bezeichnung DRG
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen

Unfallchirurgie

DRG	Bezeichnung DRG
B80Z	Andere Kopfverletzungen
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05B	Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
I08A	Andere Eingr. an Hüftgel. und Femur, mit kompl. Mehrfacheingriff oder auß. schw. CC bei Zerebralpar. und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralpar. oder Kontraktur oder mit best. Eingr. bei Beckenfraktur oder IntK > 392 / 368 / - P.
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule oder Alter < 6 Jahre
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre

DRG	Bezeichnung DRG
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder großer Eingriff untere Extremität oder bestimmte Knocheninfektion
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, mehr als ein Belegungstag
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel, mehr als ein Belegungstag
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., ohne best. WS-Osteosynthesen, ohne Para- / Tetraplegie ohne HWS-Fraktur, ohne intervertebrale Cages > 2 Seg.
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, ohne komplizierenden Eingriff an Humerus und Tibia, ohne aufwendige Osteosynthese
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter Epiphyseodese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose oder BNB bestimmter Knochen
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel oder BNB bestimmter Knochen
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, mit bestimmter offener Reposition oder Implantation von alloplastischem Knochenersatz
I13G	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation von alloplastischem Knochenersatz

DRG	Bezeichnung DRG
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodese
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx oder bestimmter Knochen-Tx oder wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl oder Osteotomie oder Synovialektomie
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx ohne bestimmte Diagnose oder ohne bestimmten Eingriff, ohne Tx einer Zehe als Fingerersatz, ohne äuß. schw. CC oder schw. CC oder ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand

DRG	Bezeichnung DRG
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiumkopprothese oder Inlaywechsel Hüfte
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, mit komplexer Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit bestimmtem endoprothetischen Eingriff
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen

DRG	Bezeichnung DRG
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers

Kardiologie

DRG	Bezeichnung DRG
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zwei-Kammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff oder Zwei-Kammer-Stimulation, ohne kompliz. Fakt., ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte mit äußerst schweren CC oder best. Sondenentfernung
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation

DRG	Bezeichnung DRG
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F09B	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F09C	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne isolierte offen chirurgische Sondenimplantation, ohne Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. Angioplastie, Alt. < 16 J. oder inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konstellation od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe

DRG	Bezeichnung DRG
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19C	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, mit kardialem Mapping oder schweren CC bei mehr als einem Belegungstag
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, mit komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders

DRG	Bezeichnung DRG
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder mit bestimmter Ablation
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre

DRG	Bezeichnung DRG
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff

Neurologie

DRG	Bezeichnung DRG
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplizierender Diagnose oder Implantation Ereignis-Rekorder
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Ingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Ingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u.

DRG	Bezeichnung DRG
	andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B64Z	Delirium
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äuß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC

DRG	Bezeichnung DRG
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 /- Aufwandspunkte
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag

DRG	Bezeichnung DRG
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äuß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne äuß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B77Z	Kopfschmerzen
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus

DRG	Bezeichnung DRG
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

Herzchirurgie

DRG	Bezeichnung DRG
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Enderarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler
F03F	Herzklappeneingr. mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Dreifach- / Zweifacheingr., außer bei angeb. Herzfehler, ohne kompl. Eingr., außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	Bezeichnung DRG
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingr., mit invasiv. kardiolog. Diagnostik od. mit intraoperativer Ablation od. schwersten CC, außer bei Infarkt, ohne Reop.
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar. Die Zahl der Beschäftigten in der Krankenpflege hat zwar in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gleichwohl konnte die Zahl der in der Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf, auch bedingt durch die Zunahme der Fälle und die Fallschwere, nicht Schritt halten. Diese Lage erfordert größere Anstrengungen, um die Qualität der Pflege durch eine ausreichende Versorgung mit Fachkräften zu sichern und Patientengefährdungen zu vermeiden. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften und zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte.

Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege wurde bereits in den von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform konsentierten Eckpunkten im Jahr 2015 aufgegriffen, auf deren Grundlage das Krankenhausstrukturgesetz erarbeitet wurde. In der auf Veranlassung dieser Arbeitsgruppe eingerichteten Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ haben sich die Beteiligten kurzfristig auf Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung verständigt, die zeitnah zu einer Entlastung der Pflegenden und einer verlässlichen Patientenversorgung beitragen. Als Konsequenz aus den Beratungen der Kommission wurden nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und für diese Bereiche verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für alle zugelassenen Krankenhäuser zu vereinbaren, die dem Entgeltbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) unterfallen. Trotz intensiver Verhandlungen, in deren Rahmen auch unter Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wichtige Eckpunkte konsentiert wurden, konnte eine Einigung nicht erreicht werden.

Da eine Vereinbarung somit nicht fristgerecht zustande gekommen ist, erlässt das BMG gemäß § 137i Absatz 3 SGB V die Vorgaben nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 SGB V durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Das Ministerium stand nach § 137i Absatz 2 Satz 1 SGB V im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien, so dass es auf die Vorarbeiten aus den Verhandlungen zurückgreifen kann. Zur Unterstützung bei der Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen wurden von den Vertragsparteien gemäß § 137i Absatz 1 Satz 8 SGB V die IGES Institut GmbH mit der Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern und die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mit empirischen Auswertungen zur derzeitigen Pflegepersonalausstattung und „Pflegetlast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern beauftragt.

Die empirischen Untersuchungen haben bestätigt, dass das zahlenmäßige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegekräften im Vergleich der einzelnen Krankenhäuser auch in gleichen Versorgungsbereichen teilweise erheblich auseinanderfällt. So wurden beispielsweise in der Geriatrie an einem Wochenende in der Nacht 37 Patienten auf eine

Pflegekraft gemeldet; in einem anderen Krankenhaus lag das Verhältnis bei 14 Patienten zu einer Pflegekraft. Eine weitere Beobachtung im Bereich der Kardiologie an einem Wochentag in der Frühschicht zeigt, dass ein Krankenhaus auf 11 Patienten eine Pflegekraft einsetzt, während in anderen Krankenhäusern eine Pflegekraft für sechs Patienten zuständig ist. Diese „Ausreißer“ einzelner Krankenhäuser führen zu einer potentiellen Gefährdung der Patientensicherheit.

Ziel der gesetzlich vorgeschriebenen Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen ist die Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung (Begründung zu § 137i SGB V, BT-Drs. 18/12604, S. 78). Es sollen in den Bereichen Versorgungsvorteile erreicht werden, in denen ein ersichtlicher Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse besteht (pflege-sensitive Bereiche).

Mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen wird hingegen nicht bezweckt, das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot für die von den Krankenhäusern zulasten der Krankenkassen erbrachten Versorgungsleistungen (§ 2 Absatz 1 Satz 3, § 12 Absatz 1, § 135a SGB V) abschließend zu konkretisieren. Dies hat das BMG in einem Schreiben an die Selbstverwaltungspartner und die beteiligten Verbände nach § 137i Abs. 1 Satz 9 SGB V im Februar 2018 klargestellt. Ziel der Regelung ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung. Es obliegt den Krankenhäusern, den konkreten Personalbedarf anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls zu ermitteln, etwa unter Berücksichtigung der jeweiligen Organisation der Arbeitsabläufe, der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen, der baulichen Verhältnisse, der technischen Ausstattung, des jeweiligen Versorgungsbereichs und der Bedürfnisse der spezifischen Patientengruppen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Mit der Verordnung werden entsprechend den gesetzlichen Rahmenvorgaben Pflegepersonaluntergrenzen zunächst für vier als pflegesensitiv erkannte Bereiche festgelegt: Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie (§ 2 Absatz 1). Weitere zwei Krankenhausbereiche (Neurologie, Herzchirurgie) werden aufgrund der insoweit unzureichenden Datenlage zunächst ohne Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen als pflegesensitive Bereiche bestimmt, für die Angaben nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zu machen sind.

Die Ermittlung der im Einzelnen betroffenen Krankenhäuser und Fachabteilungen erfolgt auf Fachabteilungsebene durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (§ 3). Die Krankenhäuser, für deren pflegesensitive Bereiche mit dieser Verordnung Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden, haben hierzu die zugehörigen Stationen offenzulegen (§ 5).

Die konkreten Verhältniszahlen werden gesondert für jeden pflegesensitiven Bereich und differenziert nach Schichten sowie unter Vorgabe des Verhältnisses zwischen examinieren Pflegekräften und Pflegehilfskräften festgelegt (§ 6), um eine zielgenaue Wirkung der Untergrenzen zu erreichen. Auf eine weitere Untergliederung nach dem Pflegeaufwand wurde zunächst verzichtet. In der Einführungsphase 2019 soll ein vergleichsweise geringer Differenzierungsgrad vorgegeben werden, um den Umsetzungsaufwand zu begrenzen. Für eine zukünftige Weiterentwicklung der Vorgaben durch die Vertragsparteien auf Bundesebene erscheint eine Berücksichtigung unterschiedlicher Pflegeaufwände auf erweiterter Datenbasis jedoch sachgerecht. Vor diesem Hintergrund wird bereits mit Blick auf diese Weiterentwicklung in der Verordnung die standortbezogene Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands in den pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser vorgesehen (§ 4).

Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt (vgl. hierzu Schreyögg/Milstein, Hamburg Center for Health Economics, Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland, 10. November 2016, S. 25 ff.). Grundgedanke ist hierbei, dass die Fachabteilungen im Quartil (Viertel) mit der höchsten Personalbelastungszahl (z.B. in der Geriatrie in der Tagschicht an einem Werktag 12 Patienten : 1 Pflegekraft) an die folgende Quartilsgrenze (im Beispiel 10:1) herangeführt werden, also die Personalbelastung in den 25 Prozent der Versorgungsbereiche mit den höchsten Personalbelastungszahlen sinken muss. Diese Krankenhäuser müssen ihre Personalausstattung erhöhen, damit sie das Niveau der Personalbelastungszahl der übrigen 75 Prozent der Versorgungsbereiche erreichen. Vor diesem Hintergrund werden Krankenhäuser mit derzeit im Bundesdurchschnitt vergleichsweise besonders schlechter Pflegepersonalausstattung dazu verpflichtet, ihren Personalbestand aufzustocken, damit sie mindestens die Untergrenze (im Beispiel 10:1) erreichen.

Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird zunächst als Durchschnittswert monatsbezogen ermittelt. In jedem Quartal ist jedoch die Anzahl der Schichten, in denen die Untergrenzen nicht beachtet wurden, gegenüber den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntG und dem InEK (§ 7).

Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit sind Ausnahme- und Übergangsvorschriften vorgesehen. Insbesondere werden keine Vergütungsabschläge erhoben, wenn die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist (§ 8).

Aufgrund der beschränkten Reichweite der Ermächtigungsgrundlage zu dieser Verordnung sind Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten aus anderen Krankenhausbereichen (§ 137i Absatz 1 Satz 5 SGB V) sowie die Bestimmung von Vergütungsabschlägen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V) nicht Gegenstand dieser Verordnung. Diese Regelungen bleiben einer künftigen Vereinbarung der Vertragsparteien bzw. einer Entscheidung der Schiedsstelle nach § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V vorbehalten.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Regelungskompetenz des Bundesministeriums für Gesundheit zum Erlass der Vorgaben nach § 137i Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 SGB V folgt aus § 137i Absatz 3 Satz 1 SGB V, da die Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 SGB V nicht fristgerecht zustande gekommen ist.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Verordnung steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung und unterstützt insbesondere die Umsetzung der Managementregel 5 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, nach der Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sind. Die Regelungen fördern die Patientensicherheit und die Qualität der Leistungen, sichern eine menschenwürdige Krankenversorgung und reduzieren zugleich die gesundheitlichen Belastungen für die in Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräfte.

2. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

3. Erfüllungsaufwand

3.1 Erfüllungsaufwand für die Bürger

Keiner.

3.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für das InEK ergibt sich ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Auswertungen zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche und der Pflegelast sowie den Datenaustausch mit den Krankenhäusern. Die Mehrkosten werden auf 130.000 Euro geschätzt.

Für die Krankenhäuser entstehen bei der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen zusätzliche Kosten, wenn sie zwecks Einhaltung der Grenzen zusätzliches Personal einstellen müssen. Eine Einschätzung zu den zusätzlichen Personalstellen ist auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich, da eine Ist-Personalbesetzung für einzelne Stationen und Fachabteilungen in Krankenhäusern nicht vorliegt. Insofern kann folglich auch nicht bestimmt werden, wie viele Fachabteilungen und Stationen die vorgegebenen Pflegepersonaluntergrenzen verletzen und Personal aufstocken müssen. Die Ist-Erhebung der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die von der DKG und dem GKV-SV als Vertragspartner zur Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen in Auftrag gegeben wurde, hat explizit keine Empfehlungen zu möglichen Pflegepersonaluntergrenzen abgegeben und auch keine Berechnung zu möglichen Personalaufstockungen aufgrund festzulegender Pflegepersonaluntergrenzen durchgeführt. Die den Krankenhäusern entstehenden Kosten für zusätzliches Personal werden ohnehin zukünftig von den Kostenträgern übernommen. Die entsprechenden Regelungen hat das Kabinett mit dem Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes am 1. August 2018 beschlossen, das zum 1. Januar 2019 in Kraft treten soll. Weiteren Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser verursacht die Dokumentation und Auswertung sowie Übermittlung der Daten nach der Verordnung. Dieser wird auf rund 650.000 Euro geschätzt.

3.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Keiner.

4. Weitere Kosten

Keine.

5. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Vorgaben der Rechtsverordnung werden bis zum 31. Dezember 2019 befristet (§ 8 Absatz 2). Ziel ist die Ablösung durch eine Vereinbarung des GKV-SV und der DKG mit Wirkung zum 1. Januar 2020, die anhand einer bis dahin verbesserten Datenlage das Regelungssystem der Verordnung weiterentwickeln kann. Sachgerecht erscheint insbesondere eine Erweiterung der Pflegepersonaluntergrenzen auf zusätzliche pflegesensitive Bereiche sowie eine weitere Differenzierung nach dem Pflegeaufwand.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 (Anwendungsbereich)

Der Gesetzgeber hat den GKV-SV und die DKG mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und hierfür mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren. Von diesem Auftrag ausgenommen waren die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik, da verbindliche Mindestvorgaben für deren Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 vorzugeben sind.

§ 1 regelt den sachlichen und persönlichen Anwendungsbereich der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung in Übereinstimmung mit diesen Vorgaben.

Zu § 2 (Begriffsbestimmungen)

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt, welche Leistungsbereiche in einem Krankenhaus bei Erfüllung der weiteren Vorgaben des § 3 als pflegesensitiv eingestuft werden. Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein besonderer Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse, besteht. Zu solchen Ereignissen zählen beispielsweise der Dekubitus (Wundliegen), die Thrombose der Beinvene oder die Sepsis (Blutvergiftung). Pflegesensitive Krankenhausbereiche sind für unerwünschte Ereignisse besonders anfällig, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt.

In einem ersten Schritt zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern wurden die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie gutachterlich als pflegesensitiv bestätigt.

In einer Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland des Hamburg Center for Health Economics im Jahr 2016 wurden 15 Bereiche in Krankenhäusern identifiziert, die als pflegesensitiv eingestuft werden können. Die Ergebnisse dieser Expertise wurden von den Ver-

tragsparteien auf Bundesebene zur Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach § 137i SGB V weiterentwickelt. Im Zwischenbericht nach § 137i Absatz 2 Satz 6 SGB V haben die Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V im Januar 2018 in einem ersten Schritt sechs Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie und Neurologie) in Krankenhäusern als pflegesensitiv eingestuft. Diese Bereiche wurden durch eine Expertenbefragung in Krankenhäusern durch das IGES Institut und eine Auswertung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen bestätigt. In einem weiteren Gutachten durch die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft wurden diese sechs Bereiche empirisch in Bezug auf die tatsächliche Personalausstattung ausgewertet. Aus dieser Erhebung konnten für vier von sechs zunächst angestrebten Bereichen repräsentative Ergebnisse ermittelt werden (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie).

Für die Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie ermöglicht die vorhandene Datenlage bislang keine umfassende Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen. Sie stellen gleichwohl pflegesensitive Bereiche im Sinne von § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V dar, die bereits jetzt als solche festgelegt werden können. Dies hat insbesondere zur Folge, dass sie in den Anwendungsbereich von § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG einzubeziehen sind, so dass die Krankenhäuser die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen für diese Bereiche gesondert auszuweisen haben.

Zu Absatz 2

Danach sind Pflegekräfte, die zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenze vorzuhalten sind, examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte. Maßgeblich ist das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (vgl. § 4 Absatz 8 KHEntgG). Dazu zählen examinierte Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Ausbildung wie Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen sowie weiteres Pflegepersonal mit vergleichbarer Berufsausbildung, insbesondere Altenpfleger und -pflegerinnen. Ergänzend werden Pflegehelfer und Pflegehelferinnen berücksichtigt, die als nicht-examinierte Pflegekräfte erfasst werden. Dies sind Krankenpflegehelfer und -helferinnen, Pflegeassistenten und -assistentinnen sowie weitere nicht-examinierte Pflegekräfte wie Altenpflegehelfer und -helferinnen und Altenpflegeassistenten und -assistentinnen. Nicht zu den Pflegekräften gehören die Auszubildenden und Hilfskräfte wie Studentische Hilfskräfte und DRK-Schwesternhelferinnen.

Zu Absatz 3

Pflegepersonaluntergrenzen werden mit dieser Verordnung schichtbezogen festgelegt. In Absatz 3 werden die Einteilung der Schichten und die Zeiträume bestimmt. Danach sind für die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen Tag- und Nachtschichten zu berücksichtigen. Dabei wird als Tagschicht der Zeitraum von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr und als Nachtschicht der Zeitraum von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr bestimmt. Für diese Schichten bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich der notwendigen Personaluntergrenzen nach § 5. Auf eine weitere Untergliederung der Tagschicht in eine Früh- und Spätschicht wurde verzichtet. Zum einen ergeben sich für diese Schichten nach den von der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ermittelten Belastungszahlen keine wesentlichen Abweichungen. Zum anderen soll den betroffenen Krankenhäusern die nötige Flexibilität bei der Arbeitsorganisation gewährt werden, da sich die Uhrzeiten der Früh- und Spätschicht je nach Krankenhaus unterscheiden können.

Zu § 3 (Ermittlung pflegesensitiver Krankenhausbereiche)

Zu Absatz 1

Nach § 3 übernimmt das InEK für die Krankenhäuser die rechnerischen Vorarbeiten zur Identifizierung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche. Die Ermittlung ist bis zum 31. Oktober 2018 abzuschließen.

Absatz 1 enthält die Aufgabenzuweisung an das InEK, die pflegesensitiven Krankenhausbereiche auf Fachabteilungsebene zu ermitteln. Die Ermittlung erfolgt durch das InEK, da dieses auch die Datenstelle trägt, an die die Daten nach § 21 KHEntgG von den Krankenhäusern geliefert werden. Dieser Datensatz enthält die zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche erforderlichen Angaben zu den von den Krankenhäusern abgerechneten Behandlungsfällen (Anzahl, behandelnde Fachabteilungen, Art der Entgelte).

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 umfassen die pflegesensitiven Krankenhausbereiche die jeweiligen Fachabteilungen mit ihren Stationen an jedem Standort eines Krankenhauses. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Planung des Personaleinsatzes in den Fachabteilungen typischerweise auf Stationsebene erfolgt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt die Voraussetzungen fest, unter denen eine Fachabteilung als pflegesensitiv eingestuft wird, und gibt damit zugleich den Weg vor, auf dem das InEK die pflegesensitiven Krankenhausbereiche zu ermitteln hat. Die Ermittlung erfolgt hierbei in zwei Stufen.

Als pflegesensitiv sind nach Satz 1 Nummer 1 zunächst solche Fachabteilungen anzusehen, die in den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten als Fachabteilung eines der pflegesensitiven Bereiche im Sinne von § 2 Absatz 1 dieser Verordnung oder als Fachabteilung mit entsprechendem Schwerpunkt (etwa Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie) ausgewiesen werden. Als Ermittlungsinstrument können hinsichtlich der Daten nach § 21 KHEntgG die den jeweiligen Bereichen entsprechenden Fachabteilungsschlüssel herangezogen werden (beginnend mit „36“ für Intensivmedizin, „02“ für Geriatrie, „16“ für Unfallchirurgie und „03“ für Kardiologie). Nicht einbezogen werden Fachabteilungen der Intensivmedizin mit dem Schwerpunkt Pädiatrie (Fachabteilungsschlüssel „3610“), um den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in diesem Bereich nicht vorzugreifen.

Eine nicht bereits nach Satz 1 Nummer 1 ausgewiesene Fachabteilung gilt gemäß Nummer 2 als pflegesensitiv, wenn der Anteil der für eine Abteilung im Jahr abgerechneten Fälle, die auf einen der pflegesensitiven Bereiche der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder Herzchirurgie hindeuten, mindestens 40 Prozent beträgt. Zu diesem Zweck werden sogenannte Indikatoren-DRGs herangezogen. Diese in der Anlage zu dieser Verordnung nach pflegesensitiven Krankenhausbereichen differenzierten DRGs aus dem G-DRG-System 2017 bilden die Fälle ab, die typischerweise als Leistungen der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie anzusehen sind. Sie sind ein geeignetes Instrument zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche, da sie auch dann Aufschluss über das Vorhandensein eines pflegesensitiven Bereichs in einem Krankenhaus geben können, wenn die namentliche Organisationsstruktur eines Krankenhauses und die vermehrt in den Krankenhäusern praktizierte interdisziplinäre Belegung in den Fachabteilungen dies nicht erkennen lassen. Eine Fachabteilung wird als pflegesensitiver Krankenhausbereich eingestuft, wenn der Anteil der in die Indikatoren-DRGs eingruppierten Fälle an der Gesamtfallzahl in dieser Fachabteilung mindestens 40 Prozent beträgt. Hierzu wird für jede in den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten angegebene Fachabteilung die Gesamtzahl der Fälle der Fachabteilung sowie der Anteilswert der in eine der Indikatoren-DRGs eingruppierten Fälle für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie bestimmt.

Zu § 4 (Ermittlung des Pflegeaufwands)

Nach Satz 1 ist für die nach § 3 ermittelten pflegesensitiven Krankenhausbereiche der jeweils anfallende Pflegeaufwand standortbezogen zu bestimmen. Dieser wird vom InEK auf der Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 ermittelt.

Die in einem pflegesensitiven Krankenhausbereich zu versorgenden Patientinnen und Patienten benötigen abhängig von ihrer Erkrankungsschwere und den für die Behandlung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen pflegerische Betreuung in unterschiedlichem Umfang. Vor diesem Hintergrund kann sich der pflegerische Aufwand in den verschiedenen Versorgungseinheiten eines Krankenhauses erheblich unterscheiden. Die nach Satz 1 vorgesehene Ermittlung des Pflegeaufwands für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche eines Krankenhauses ermöglicht in Verbindung mit der Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 Transparenz über den anfallenden Pflegeaufwand, der von dem dort vorgehaltenen Personal zu bewältigen ist. Dies gilt nicht für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche der Neurologie und der Herzchirurgie, für die verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen und eine Veröffentlichung nach § 5 Absatz 5 nicht vorgesehen sind.

Zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen sieht Satz 2 vor, dass das InEK im Krankenhaus den Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands jährlich aktualisiert.

Mit der Ermittlung und Veröffentlichung des Pflegeaufwands wird die Grundlage für die künftige Einführung einer Differenzierung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen nach dem Schweregrad der dort zu versorgenden Patientinnen und Patienten geschaffen.

Zu § 5 (Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser, Mitteilungspflichten)

Die Vorschrift regelt das Verfahren zur Identifikation der einem pflegesensitiven Krankenhausbereich zugehörigen Fachabteilungen sowie der Stationen, auf denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 einzuhalten sind.

Zu Absatz 1

Nachdem das InEK nach Maßgabe von § 3 die pflegesensitiven Krankenhausbereiche der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser ermittelt hat, übersendet es das Ergebnis der Ermittlung bis zum 15. November 2018 an diejenigen Krankenhäuser, für die das Vorliegen ein oder mehrerer pflegesensitiver Krankenhausbereiche festgestellt wird. Dabei stellt das InEK einen Standortbezug insoweit her, als dies auf Grundlage der von den Krankenhäusern nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten möglich ist. Das den betroffenen Krankenhäusern zu übermittelnde Auswertungsergebnis enthält sämtliche Fachabteilungen, die als pflegesensitiver Krankenhausbereich identifiziert werden, sowie die einschlägigen Berechnungsgrundlagen (etwa Gesamtfallzahl und Anzahl der Indikatorenfälle).

Mit dieser Mitteilung des InEK werden die Krankenhäuser über das Kalkulationsergebnis des InEK informiert. Sie können erst auf dieser Grundlage die Versorgungseinheiten ermitteln, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen Anwendung finden. Für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche der Neurologie und Herzchirurgie wird durch die Mitteilung Klarheit über die Einbeziehung in den Anwendungsbereich des § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG gewährleistet.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt sicher, dass Einwände der Krankenhäuser gegen die Berechnung des InEK zeitnah vorgebracht und gewürdigt werden. Eingewandt werden kann lediglich, dass die

Vorgaben des § 3 Absatz 3 nicht eingehalten wurden, etwa weil andere als die nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten verwendet wurden oder Berechnungsfehler aufgetreten sind. Da die Ermittlung anhand von Daten des Jahres 2017 erfolgt, bleiben später eingetretene Änderungen der Krankenhausorganisation für diese Rückmeldung außer Betracht. Solche Änderungen hat das Krankenhaus jedoch nach Absatz 4 offenzulegen.

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 Satz 1 melden die Krankenhäuser dem InEK bis zum 15. Dezember 2018 die vom Krankenhaus verwendeten Namen der Fachabteilungen zu den Fachabteilungsschlüsseln, die ihnen vom InEK übermittelt wurden. Darüber hinaus melden sie die Namen sämtlicher zugehöriger Stationen, um den Anwendungsbereich der Pflegepersonaluntergrenzen zu konkretisieren. Vorstehende Informationen sind auch an die jeweiligen Kostenträger nach § 11 KHEntgG zu übersenden, da sie im Rahmen der Verhandlungen über etwaige Vergütungsabschlüsse budgetrelevant werden können.

Da für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und der Herzchirurgie mit dieser Verordnung zunächst keine Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden, entfällt nach Satz 2 die Mitteilungspflicht für diese Bereiche.

Zu Absatz 4

Die Ermittlung der betroffenen Einheiten erfolgt nach § 3 Absatz 1 und 3 notwendigerweise retrospektiv, um die Datenbasis nach § 21 KHEntgG nutzen zu können. Eine Zukunftsprognose für das Jahr 2019 findet auch in den Fällen des § 3 Absatz 3 Nummer 2 nicht statt; aus Gründen der Rechtssicherheit müssen die Pflegepersonaluntergrenzen im Vorhinein festgelegt sein. Es ist daher für die Anwendung der Vorgaben ohne Bedeutung, ob die mit den Indikatoren-DRGs abgerechneten Fälle im Jahr 2019 tatsächlich mindestens 40 Prozent der Gesamtfallzahl der ermittelten Fachabteilungen ausmachen. Gleichfalls ohne Bedeutung sind zwischenzeitlich erfolgte Umbenennungen im Bereich der benannten Fachabteilungen oder Stationen, diese werden gemäß Absatz 4 vom Krankenhaus im Rahmen der Rückmeldung an die jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und an das InEK mitgeteilt.

Anderes gilt bei ersatzlosem Wegfall einer nach Absatz 3 zu benennenden Fachabteilung oder Station, da in diesem Fall der Anknüpfungspunkt für die in dieser Verordnung vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen entfällt. Werden die Aufgaben einer weggefallenen Versorgungseinheit hingegen von anderen Fachbereichen bzw. Stationen übernommen, so müssen diese in den Anwendungsbereich der Untergrenzen einbezogen werden. Das Krankenhaus benennt hierzu im Fall einer zwischenzeitlichen Umverteilung von Versorgungskapazitäten auf andere Versorgungseinheiten des Krankenhauses sämtliche übernehmenden Einheiten. Dies gilt auch dann, wenn in den übernehmenden Einheiten die in § 3 Absatz 3 Nummer 2 genannten Anteilsmengen nicht erreicht werden.

Zu Absatz 5

Aus Gründen der Transparenz veröffentlicht das InEK unter Nennung der Namen der Krankenhäuser die Institutionskennzeichen der betroffenen Krankenhäuser, die Namen der dort jeweils vorhandenen pflegesensitiven Bereiche, die betroffenen Fachabteilungsschlüssel, die von den Krankenhäusern benannten Fachabteilungen und Stationen sowie die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen und den nach § 4 ermittelten Pflegeaufwand bis zum 15. Februar 2019 unter www.g-drg.de.

Zu Absatz 6

Gemäß § 137i Absatz 1 Satz 7 und Absatz 5 SGB V vereinbaren der GKV-SV und die DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung das Nähere zur Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen.

Absatz 6 bringt zum Ausdruck, dass die Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten der Krankenhäuser im Hinblick auf ihre Sanktionierung der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gleichgestellt wird. Dementsprechend sind bei Nichteinhaltung von Mitteilungspflichten Vergütungsabschläge zu erheben, die in der Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 Satz 7 und Absatz 5 SGB V vorzusehen sind. Dies ist notwendig, da erst durch die Mitteilung der Krankenhäuser festgestellt werden kann, für welche Stationen die Pflegepersonaluntergrenzen gelten. Krankenhäuser, die sich von vornherein einer Anwendung der Vorgaben entziehen, dürfen nicht besser gestellt werden als solche, die die Vorgaben nicht einhalten.

Zu Absatz 7

Das InEK kann für die Mitteilungen der Krankenhäuser nach den Absätzen 2 bis 4 Bestimmungen für eine einheitliche Durchführung treffen, insbesondere zu den zu nutzenden Datenformaten und zur Festlegung der übermittlungsberechtigten Stellen der Krankenhäuser. Die Regelung dient der Verfahrensökonomie und der Vereinheitlichung der Datenübermittlung an das InEK. Das InEK macht die hiernach zu treffenden Bestimmungen für die Krankenhäuser in geeigneter Form zugänglich.

Zu § 6 (Pflegepersonaluntergrenzen)

§ 6 legt die Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 fest, die ein Krankenhaus mit einem pflegesensitiven Bereich in der jeweiligen Schicht einzuhalten hat. Aufgrund der unzureichenden Datenlage werden Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche der Neurologie und der Herzchirurgie zunächst nicht festgelegt.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden die Pflegepersonaluntergrenzen jeweils als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft festgelegt. Die Erfahrungen, die international mit Pflegepersonaluntergrenzen gemacht wurden, zeigen, dass diese eine wichtige Voraussetzung für eine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern sind. Die in Absatz 1 festgelegten Werte wurden im Rahmen gutachterlicher Auswertungen ermittelt, da derartige Zahlen über schichtgenaue Pflegepersonalbesetzungen in Abteilungen von Krankenhäusern bundesweit und in aggregierter Form nicht vorlagen. Die empirischen Grundlagen mussten daher kurzfristig entwickelt und die Daten in einer repräsentativen Stichprobe in den Krankenhäusern abgefragt und ausgewertet werden.

Die Pflegepersonaluntergrenzen sind differenziert vorgegeben und gesondert festgelegt für die Tagschicht und die Nachtschicht an Wochentagen und die Tagschicht und die Nachtschicht an Wochenenden sowie an Feiertagen (vgl. die Begründung zu § 2 Absatz 3). Die gutachterliche Auswertung hat ergeben, dass diese Differenzierungen auf Grundlage der vorliegenden Daten zur kurzfristigen Einführung von Untergrenzen sachgerecht und ausreichend sind. Weitere Unterscheidungen der Bereiche nach dem Pflegeaufwand bzw. dem Schweregrad wurden zunächst verworfen, sodass die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen möglichst aufwandsarm umgesetzt werden kann. Bei der künftigen Weiterentwicklung der Vorgaben durch die Vertragsparteien auf der Grundlage umfassenderer Daten sollte dieser Gesichtspunkt jedoch berücksichtigt werden.

Die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat in ihrem Gutachten die Pflegepersonalbesetzung in zufällig ausgewählten Krankenhäusern im Verhältnis zur Anzahl der zu versorgenden Patienten sowie im Verhältnis zum Pflegebedarf gemäß Pflegelastkatalog des

InEK schichtgenau für festgelegte Wochen des Jahres 2016 evaluiert. Aufgrund des knappen Arbeitszeitraumes wurde die Datenerhebung im Rahmen von Zufallsstichproben aus den zunächst sechs pflegesensitiven Bereichen (Intensivmedizin, Herzchirurgie, Neurologie, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie) durchgeführt. Die Stichprobenziehung erfolgte unter Berücksichtigung der Repräsentativität nach Krankenhausträgerschaft, Regionalität und Größenklassen. Die Daten wurden auf Plausibilität geprüft und um Ausreißer bereinigt.

Insgesamt wurden 177 pflegesensitive Bereiche aus 139 Krankenhäusern in die Berechnung einbezogen. Die Repräsentativität gegenüber der Grundgesamtheit ist nach Darstellung der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft gegenüber der Grundgesamtheit für die einzelnen pflegesensitiven Bereiche insgesamt gegeben. In die Erhebung wurden in einem pflegesensitiven Bereich Daten dann einbezogen, wenn der Anteil von Betten von fachfremden Abteilungen unter 50 Prozent lag. Damit wurden Daten berücksichtigt, wenn diese mehrheitlich dem pflegesensitiven Bereich zuzuordnen waren.

Aus den einzelnen Beobachtungswerten wurden mögliche Pflegepersonaluntergrenzen ermittelt. Dies erfolgte auf der Grundlage des sogenannten „Perzentilansatzes“. Aus der Verteilung wurden das untere 10-Prozent-Perzentil (Dezil) und das untere 25-Prozent-Perzentil (Quartil) bestimmt. In die Auswertung gingen sowohl examinierte Pflegekräfte als auch Pflegehilfspersonal ein. Die Gutachter haben dazu einen prozentualen Anteil der Anwesenheit von Pflegehilfskräften je Schicht ausgewiesen. Aus den von der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ermittelten Tabellen wurden die errechneten Pflegepersonaluntergrenzen für das Quartil übernommen. Das Quartil ist sachgerecht im Hinblick auf die erhobenen Daten und auch vor dem Hintergrund der Diskussion mit den beteiligten Organisationen nach § 137i Absatz 1 Satz 9 SGB V. Bei den Werten wurden Nachkommastellen auf den nächsthöheren oder -niedrigeren Wert kaufmännisch gerundet.

Die Auswertungen erfolgten jeweils differenziert nach Werten für die Tagschicht an Wochentagen und Wochenenden (6:00 Uhr bis 22:00 Uhr) und für die Nachtschicht an Wochentagen und Wochenenden (siehe auch § 2 Absatz 3). Auf eine weitere Differenzierung der Tagschicht in eine Früh- und eine Spätschicht haben die Vertragspartner auf Bundesebene bei ihren Vorarbeiten verzichtet; dies wurde auch aus Gründen der Vereinfachung der Anwendung in einem ersten Schritt der Umsetzung übernommen.

Obwohl der Pflegeaufwand nach dem Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands des InEK mit abgefragt und ausgewertet wurde, wird in einem ersten Schritt auf eine Schweregrad differenzierung der pflegesensitiven Bereiche verzichtet. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass beispielsweise auf einer Intensivstation mit vielen aufwändig zu pflegenden Patienten die Untergrenze niedriger ist, als es bei einer Differenzierung nach dem Schweregrad der Fall wäre. Speziell in diesem Bereich liegen die Pflegepersonaluntergrenzen in einzelnen Schichten aber sehr nahe bei den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin oder sind sogar strenger. In diesem Fall ist es sachgerecht, zunächst die Empfehlungen der Fachgesellschaft zu übernehmen.

Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ist ohne eine Differenzierung nach Schweregrad aufwandsarm umsetzbar. Zudem haben sich die Unterschiede bei den Auswertungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen nicht zuletzt aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten als nicht so gravierend erwiesen. Bis auf den Bereich der Intensivmedizin haben die Vertragspartner bei ihren Vorarbeiten ebenfalls keine Differenzierung nach Schweregradgruppen vorgenommen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 ist der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte festgelegt, der maximal bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen je Bereich zugrunde

gelegt werden darf. Der Anteilswert ist differenziert je Bereich vorgegeben. Die Prozentzahlen ergaben sich als Durchschnittswerte aus den gutachterlichen Auswertungen. Danach ist es nicht sachgerecht, pauschal einen Wert für alle Bereiche vorzugeben. Bei der Pflege am Bett werden in den pflegesensitiven Krankenhausbereichen in unterschiedlichem Maße Pflegehilfskräfte zusätzlich zu den voll examinieren Pflegekräften mit dreijähriger Berufsausbildung eingesetzt. Bei einer Pflegepersonaluntergrenze in der Unfallchirurgie von 10:1 in der Tagschicht an einem Werktag und einem maximalen Anteil von Pflegehilfskräften von 10,5 Prozent würde dies beispielsweise bedeuten, dass sich unter zehn Pflegekräften, die 100 Patienten pflegen, maximal eine Pflegehilfskraft befinden darf und mindestens neun examinierte Pflegekräfte anwesend sein müssen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Fall konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen, d. h. dass für eine Station nach der Ermittlung durch das InEK Pflegepersonaluntergrenzen mehrerer pflegesensitiver Bereiche anwendbar sind. In diesem Fall ist schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft anzuwenden. Aus Gründen der Qualitätssicherung und zum Schutz der Patientinnen und Patienten gilt damit, dass die strengere Pflegepersonaluntergrenze einzuhalten ist. Denkbar sind derartige Konstellationen zum Beispiel im Bereich der Inneren Medizin, in dem Patientinnen und Patienten der Kardiologie und der Geriatrie behandelt werden. Sollte ein Krankenhaus identifiziert werden, dass in einer Fachabteilung sowohl Patienten kardiologisch als auch geriatrisch behandelt und jeweils eine Pflegepersonaluntergrenze einzuhalten hat, so gilt jeweils die Pflegepersonaluntergrenze je Schicht mit dem zugeordneten prozentualen Anteil an Pflegehilfskräften nach Absatz 2, die den größeren Anteil von Pflegekräften zu Patientinnen und Patienten aufweist.

Zu § 7 (Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen)

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt fest, nach welcher Maßgabe die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu ermitteln ist. Für die Beurteilung, ob ein Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen einhält, kommt es danach für jeden pflegesensitiven Bereich schichtbezogen sowie differenziert nach Wochentagen (Montag bis Freitag) und Wochenenden (Samstag und Sonntag) bzw. Feiertagen auf den monatlichen Durchschnittswert an. Durch die getrennte Betrachtung der einzelnen Kategorien von Schichten wird vermieden, dass etwa eine Unterschreitung einer Pflegepersonaluntergrenze am Wochenende in der Nacht durch eine überobligatorische Pflegepersonalausstattung an einem Wochentag kompensiert werden kann. Die jeweiligen Durchschnittswerte ermitteln die Krankenhäuser als Grundlage für den Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. Satz 2 stellt klar, dass sich der Nachweis im Einzelnen nach der nach § 137i Absatz 4 SGB V zu treffenden Vereinbarung richtet. In dieser Vereinbarung ist auch zu bestimmen, wie die Angaben der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 3 nachzuweisen sind.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 Satz 1 ist die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, einmal je Quartal, aufgeschlüsselt nach Monaten, gegenüber den jeweils anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und dem InEK mitzuteilen. Ausgehend von Absatz 1, in dem vorgegeben wird, die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als Durchschnittswert zu ermitteln, wird den Krankenhäusern in Absatz 2 die Mitteilungspflicht aufgegeben, die Anzahl der verletzten Schichten monatsbezogen auszuweisen. Dies schafft Transparenz über die schichtbezogene Umsetzung und Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den einzelnen Krankenhäusern. Die Informationen leitet das InEK nach Satz 2 in gebündelter Form an den GKV-SV und die DKG weiter.

Zu § 8 (Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen)

Gemäß § 137i Absatz 1 Satz 6 SGB V hatten die Selbstverwaltungspartner im Rahmen ihres Verhandlungsauftrags notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen zu vereinbaren. In Übereinstimmung mit diesen Vorgaben bestimmt § 8, dass Vergütungsabschläge für die Nichteinhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen unter bestimmten Voraussetzungen nicht erhoben werden.

Zu Absatz 1

Gemäß § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V hatten die Selbstverwaltungspartner verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Nachdem die ohnehin deutlich verzögerten Vertragsverhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern zu einem späten Zeitpunkt gescheitert sind, konnte das Bundesministerium für Gesundheit die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung frühestens zum 1. Oktober 2018 in Kraft setzen. Aufgrund der erforderlichen Vorarbeiten des InEK zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche erfolgt die Information des InEK nach § 5 Absatz 1 über die Existenz pflegesensitiver Bereiche an die Krankenhäuser voraussichtlich nicht vor dem Monat November. Die Krankenhäuser, die im Anschluss hieran die von den Pflegepersonaluntergrenzen betroffenen Stationen zu ermitteln haben, erlangen damit erst zu einem späten Zeitpunkt gesicherte Kenntnis von der Anwendbarkeit der Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer Einrichtung.

Vor diesem Hintergrund wird für die Monate Januar 2019 bis März 2019 eine Übergangsregelung getroffen, wonach Vergütungsabschläge aufgrund der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht erhoben werden dürfen. Den Krankenhäusern soll hierdurch die Möglichkeit eröffnet werden, die für die Einhaltung der für sie geltenden Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Personalmaßnahmen zu ergreifen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt abschließend diejenigen Fälle, in denen die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen dem Krankenhaus nicht zugerechnet werden und ein Vergütungsabschlag nicht erhoben werden kann. Aufgrund ihres Ausnahmecharakters ist die Vorschrift restriktiv auszulegen.

Zu Nummer 1

Vergütungsabschläge können nicht erhoben werden, wenn die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch kurzfristige, unverschuldete und unvorhersehbare Personalausfälle bedingt ist, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen. Hierzu zählen krankheitsbedingte Personalausfälle, die deutlich höher sind als in den Vorjahren und somit für das Krankenhaus nicht vorhersehbar waren. Demnach ist etwa eine Grippewelle nur dann als Ausnahmetatbestand im Sinne von Nummer 1 zu qualifizieren, wenn die Zahl der grippeerkrankten Pflegekräfte im Vergleich zu den Vorjahren außergewöhnlich hoch ist (Ausreißer).

Zu Nummer 2

Die Erhebung von Vergütungsabschlägen ist gleichfalls ausgeschlossen, soweit sie durch einen Massenanstieg von Patientinnen und Patienten durch Epidemien oder Großschadensereignisse bedingt ist.

Zu § 9 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, um die Vorbereitungsarbeiten des InEK zur Ermittlung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche frühzeitig zu ermöglichen. Damit wird gewährleistet, dass die Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar 2019 wirksam werden können.

Zu Absatz 2

Mit der Verordnung werden Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 eingeführt. Für die Jahre ab 2020 soll die Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene erfolgen. Dabei wird auf einer zu verbessernden Datengrundlage insbesondere eine Erweiterung um zusätzliche pflegesensitive Bereiche sowie eine weitere Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach dem Pflegeaufwand bzw. dem Schweregrad zu regeln sein. Vor diesem Hintergrund tritt die Verordnung mit Ausnahme des § 4 Satz 3 (Auftrag zur jährlichen Aktualisierung des Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands) mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.