

Neuere Krankenhausgesetzgebung:

PPSG und PPUGV

Berlin, 29.11.19

Th. Böhm

Es war einmal

1970-1985: Selbstkostendeckung

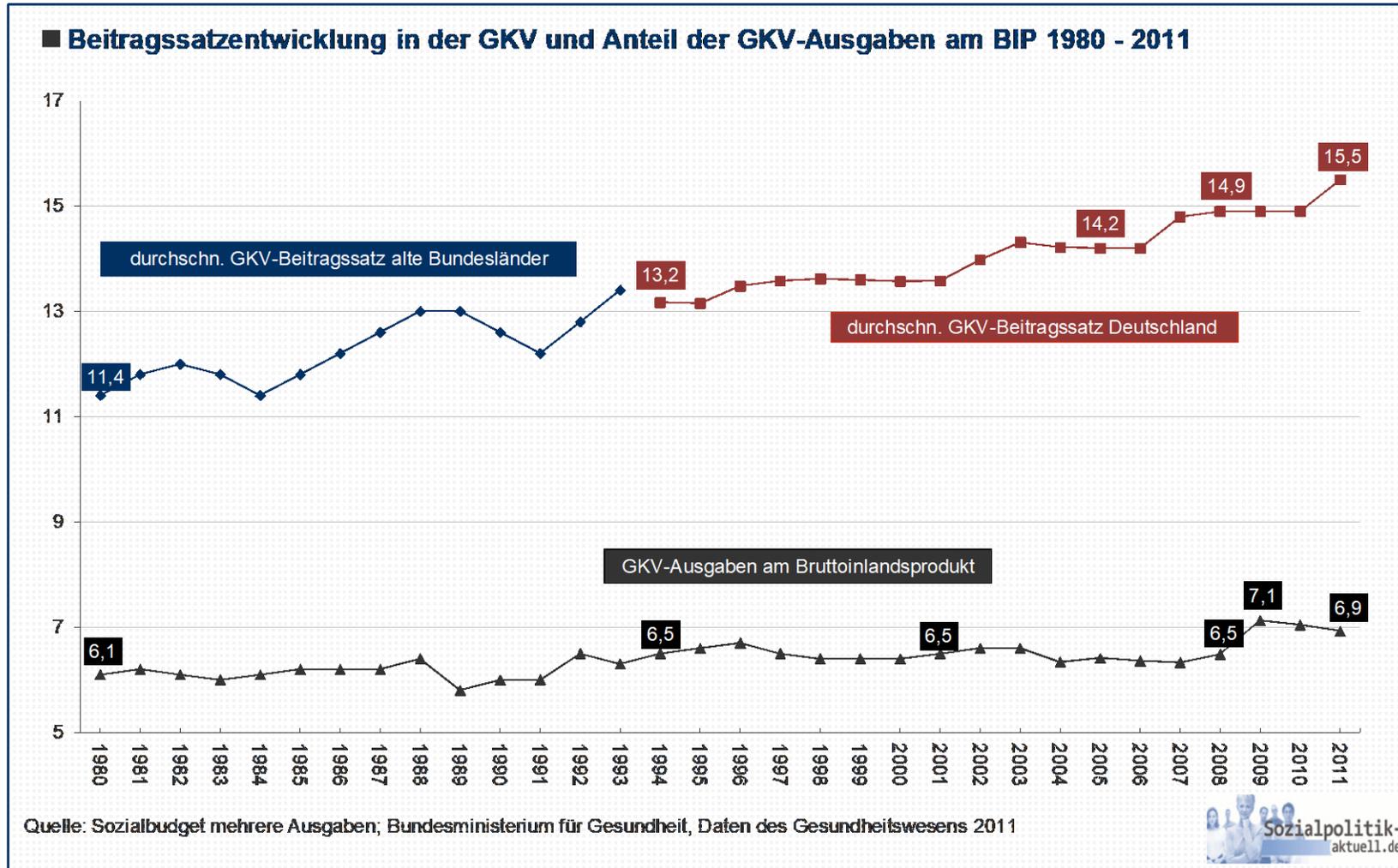
- bedarfsorientierte Krankenhausplanung durch Bundesländer (Sozialstaatsgebot des GG)
- Grundgesetzänderung: Gesetzgebungskompetenzen für Bund und **Duale Finanzierung**
- **Selbstkostendeckungsprinzip:** Verpflichtung der Kassen zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Selbstkosten von bedarfsgerechten, wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern
- Tagespflegesätze nur als Abrechnungseinheit (Abschlagszahlungen)
- Spitzabrechnung am Jahresende mit Gewinn-/ Verlustausgleich
- Verbot Gewinne zu machen
- kein Anreiz zu VWD-Verlängerung und Kostensenkung
- kein „Selbstbedienungsladen“, weil Kassen das Recht zur „Prüfung der Wirtschaftlichkeit“ hatten

1985 – 2000: Beginn neoliberale Deregulierung

- Schlagwort der Debatte: Kostenexplosion im Gesundheitswesen
- Ziel: Kostendämpfung
- Festlegung einer Budgetobergrenze durch Gesetzgeber (Anbindung an die Grundlohnsummensteigerung)
- immer mehr Fallpauschalen und Sonderentgelte, Pflegesätze verlieren an Bedeutung
- Ende der Selbstkostendeckung
- Gewinne und Verluste werden ermöglicht
- Mix aus Anreizen zu Verweildauerverlängerung (im Pflegesatzbereich wg. Abzügen) und Verweildauerverkürzung (im Fallpauschalenbereich)
- Anreiz zu Kostensenkungen und zur Leistungsausdehnung (insbesondere im Fallpauschalenbereich)

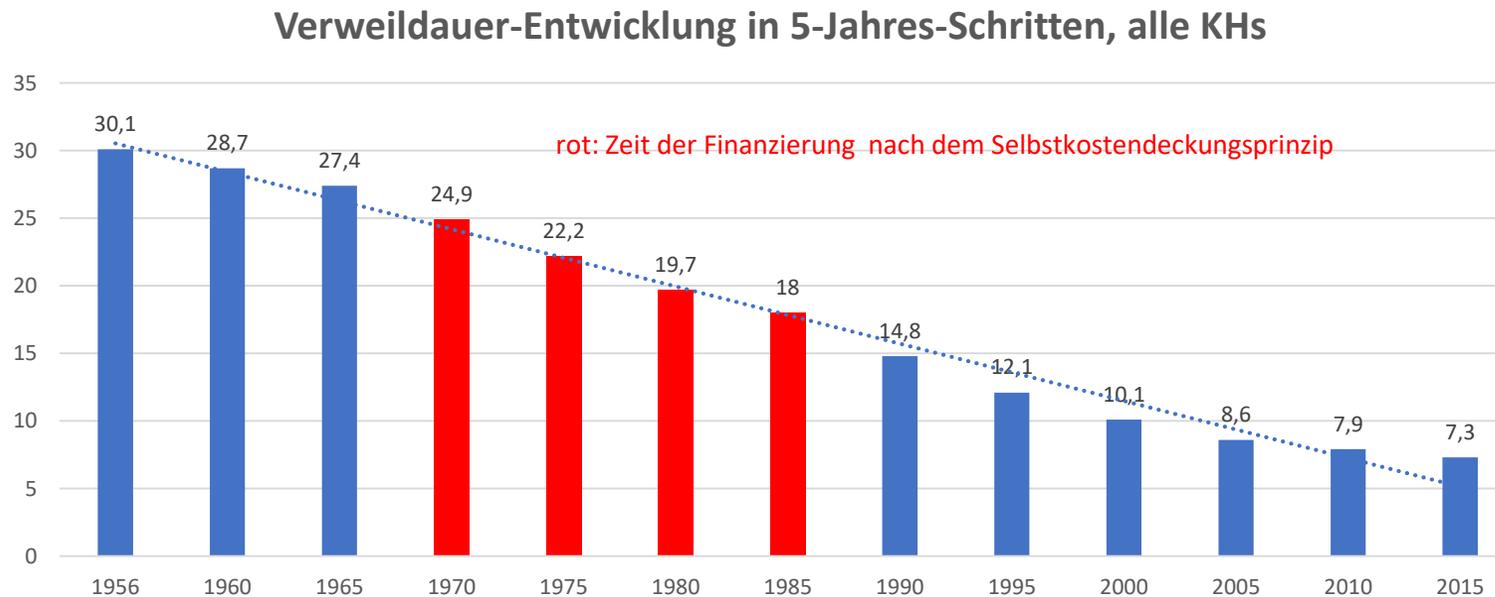
Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

Der Beitragsanstieg war kein Ausgabenproblem, sondern ein Einnahmenproblem!



Mythen über die Selbstkostendeckung

- **Mythos:** Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip gab es Anreize zur Ausweitung der Verweildauer („Selbstbedienungsladen“).
- **Mythos:** DRGs mussten eingeführt werden, um das Festhalten der Patienten im Krankenhaus zu beenden („Freiheitsberaubung“)



➤ **Die Realität:** Reduzierung der Verweildauer zwischen 1970-1985 um fast 30%

2000 bis heute: DRGs als Preissystem

- „Leistungsorientierte“ Vergütung auf Grundlage medizinischer Diagnosen, Operationen- und Prozeduren (**Fallpauschalen - DRGs**)
- Fortbestehen der Budgetdeckelung und von Abzügen bei Überschreiten
- Schrittweise Einführung mit finanzieller Schonphase (bis 2010)
- Gewinne/Verluste als integraler Bestandteil des „Qualitätswettbewerbs“
- DRGs sind Festpreise
- massiver Anreiz zu Liegezeitverkürzung, Kostensenkung und Leistungsausdehnung, insbesondere bei weiterhin bestehender Unterfinanzierung (Deckelung)

Auch nach DRG-Einführung zunehmende Wettbewerbsorientierung

- (versuchte) Einführung von Preisen auch in der Psychiatrie (PEPP)
 - Investitionskosten als Teil der DRGs (Übergang zur sog. Monistik)
 - Bundeseinheitlicher Preis trotz unterschiedlicher Kosten
 - „Pay for Performance“ (P4P): Zu-/Abschläge bei unterschiedlicher Qualität
 - Einkaufsmodell der Krankenkassen: Erlaubnis von Selektivverträgen zwischen Kosten- und Leistungsträgern statt Kontrahierungszwang
-
- *Staat zieht sich aus der Bedarfsplanung und Finanzierung der Krankenhäuser zurück*
 - *gibt nur noch Wettbewerbsordnung vor*
 - *Ziel: freier Wettbewerb mit (ausgehandelten) Marktpreisen*
-
- *Aber auch erster Bruch in der zunehmenden Ökonomisierung: durch (teilweiser Verhinderung von PEPP, jetzt Nebeneinander von Selbstkostenerstattung und Benchmark über PEPPs*

Einschub: Kritik an „Pay for Performance“

- *Ergebnisqualität nur sehr schwer messbar
(insbesondere Berücksichtigung sozialer Komponenten)*
- *wichtigster Parameter (Indikation) wird als richtig vorausgesetzt*
- *Wer ist schuld? (Vorbehandler, Patient, KH, Nachbehandler)*
- *Langzeitergebnisse werden nicht berücksichtigt*
- *Fehlanreiz zum Fälschen/Schönen von Ergebnissen*
- *Fehlanreiz zur Patientenselektion*
- *wie soll sich Qualität bei noch weniger Geld (Abschläge) verbessern*
- *mehr Geld ist Konkurrenzvorteil*
- *Kassen erhalten mehr Macht*
- *KH-Planung durch Länder wird unterlaufen*

PPSG – die Wende?

Strukturfond (KHG §12a)

- Strukturfond wird auf 4 Mrd. € erhöht, Laufzeit 2019-22.
- 4x 500 Mio. € aus Gesundheitsfond und gleich hohe Co-finanzierung durch Länder, diese dürfen ihre eigene Finanzierung (Durchschnitt der letzten 3 Jahre) nicht kürzen.
- Jetzt auch für
 - Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken bei Beteiligung nicht universitäre Krankenhäuser,
 - integrierter Notfallstrukturen,
 - telemedizinischer Netzwerkstrukturen (auch mit Hochschulkliniken) und Krankenhausverbänden,
 - zur Verbesserung der informations-technischen Sicherheit
 - Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten.
- Verdreifachung der Pauschalförderung bei Bettenstilllegungen: 4.500 Euro (11 - 30 Betten), 6.000 Euro (31 - 60 Betten), 8.500 Euro (61 - 90 Betten), 12.000 Euro (90 und mehr Betten).

Strukturfond - Bewertung

- *Bleibt „Abwrackprämie“ (siehe auch Bettenschließungsprämie).*
- *Wird offensichtlich als erfolgreich bewertet.*
- *Aber: Öffnung auch für sinnvolle Projekte.*
- *Entnahme der Gelder des Bundes aus Gesundheitsfond nicht richtig (Investitionen keine Aufgabe der „Kassenpatienten“).*
- *Weiterhin problematisch: Kassen bekommen Einfluss auf Planung.*

Sicherstellungszuschläge (KHEntG § 5 u. § 9)

- GBA erstellt Kriterien
- GKV und DKG vereinbaren jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag gemäß den Kriterien des GBA erfüllen.
- Krankenhäuser in der o.g. Liste, haben für das jeweils folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 €.

Bewertung:

- *Streit zwischen Kassen und KHs vor Ort über die Erfüllung der Kriterien des GBA und die Höhe des Sicherstellungszuschlags.*
- *Verpflichtung GBA und DKG: Einigung auf jährliche Liste der Krankenhäuser, die Kriterien erfüllen.*
- *Die Liste ist schiedsstellfähig (Fortschritt im Vergleich zu örtlichem Streit).*
- *Festlegung der Höhe auf 400.000 €*
- *Zur „Sicherstellung“ vermutlich nicht ausreichend – andererseits besser als gar nichts.*
- *Insg. lt. BMG 50 Mio.*

Fixkostendegressionsabschlag (KHEntgG §4)

Erklärung FDA: = Abschlag für Mehrleistungen (außer Transplantationen, Polytrauma, Brandverletzte, Frühgeborene, SK-Anteil von mehr als 2/3,).

- Der FDA wird fixiert auf 35% für 3 Jahre.

Bewertung:

- Grundsätzlich: Analogie zur Fabrikproduktion ist bezeichnend
- Finanzielle Steuerung nicht geeignet, weil blind gegen Ursachen:
 - Bestrafung von Tätern (ökonomisch veranlasste Mengenausweitung) und Opfern (andere Ursachen für Mehrfälle).
- bisher konnten die Kassen auch höhere und längere Abschläge in den Verhandlungen fordern.
- Fixierung auf festen Betrag besser als freie Verhandlung.

Ausbildung (KHG §17a)

- Die anteilige Anrechnung von Auszubildenden (auch Krankenpflegehilfe) auf Stellen im ersten Jahr entfällt
- Nach dem 1.Jahr bleibt es bei der bisherigen Anrechnung (9,5:1 bzw. 6:1 (KPH)) und damit bei einer nur teilweisen Finanzierung über den Ausbildungsfonds.
- Klarstellung dass die Vergütungen für **alle** Ausbildungsberufe im KH über das Ausbildungsbudget finanziert werden müssen

Bewertung:

- Herausnahme im ersten Jahr ist finanzielle Verbesserung für KH und ermöglicht mehr Stellen auf den Stationen ohne Mehrkosten
- Anteilige Anrechnung im 2. und 3. Jahr ist nicht sachgerecht. Es geht immer um Ausbildung und nicht um Arbeitsleistung
- Klarstellung sinnvoll, da Kassen das Ausbildungsbudget begrenzen wollten

Betriebliche Gesundheitsförderung (SGB 5, §20)

- Bisher mussten die Kassen einen Betrag von 2 € pro Versicherten für die betriebliche Gesundheitsförderung aufwenden
- Erhöhung auf 3.15 €
- 1 € davon für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten (**ca. 70 Mio. €**)

Bewertung:

- *Gesundheitsförderung am besten durch gesetzliche Personalbemessung*
- *Für was wird das Geld verwendet?*

Vereinbarkeit Pflege, Familie u. Beruf (KHEntgG §4, Abs 8a)

- 2019 bis 2024: 50%-Förderung von Maßnahmen durch die Kassen
- Gilt nur für Maßnahmen, die sich auf „ausgebildetes Pflegepersonal“ und auf Hebammen und Entbindungspfleger beziehen
- bis max. 0,1% des Budgets (bei 300 Mio.: 300.000 €)
- Bedingung: Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung
- Rückzahlungspflicht, wenn Mittel nicht ausgegeben werden
- Das Verlangen des KH reicht, die Kassen können nicht ablehnen

Tarifsteigerungen (KHEntgG § 10)

- Bisher: 50% der Differenz zwischen **Veränderungswert** (jährliche allgemeine Kostensteigerungen in den Krankenhäusern) und der **Tarifrate** (Lohnsteigerungen im maßgeblichen Tarifvertrag) werden durch eine Steigerung des LBFW ausgeglichen
- Jetzt: Für die **gesamte** Pflege 100% Ausgleich (auch strukturelle Tarifänderungen)
- Bei den anderen Berufsgruppen bleibt es bei 50% (nur linear und Einmalzahlungen)
- Diese Steigerung des LBFW ist nicht gedeckelt
- Für die Pflege: Nachweispflicht für die zweckentsprechender Verwendung der Gelder (mit Rückzahlungspflicht).

Tarifsteigerungen (KHEntgG § 10) - *Bewertung:*

- *2019 Verbesserung für ganze Pflege*
- *ab 2020 weiterhin Verbesserung für nicht unmittelbare Pflege (incl. Funktionspflege und Psychiatrie), für die unmittelbare Pflege irrelevant*
- ***Inakzeptabel:*** *Für andere Berufsgruppen nur 50% Berücksichtigung und keine Refinanzierung struktureller Steigerungen*
- *Zweckentsprechenden Verwendung bei tarifgebundenen KHs klar, bei den anderen schwer zu kontrollieren, damit ggf. Bevorteilung von Nicht-Tarifgebundenen.*

Pflegeförderprogramm (KHEntgG §4, Abs. 8)

- 2019 werden alle **neuen** Stellen (Maßstab ist der Durchschnitt des letzten Jahres) in der **unmittelbaren Pflege am Bett** zu 100% finanziert (bisher nur 90%). Gilt nur für Pflegefachkräfte (3-jährige) nicht z.B. für Pflegehilfskräfte (1-jährige) und Altenpfleger
- Aufhebung der bisherigen Obergrenze (max. 0,15% des Budgets eines KH) für die Gesamtzahl der Stellenschaffung
- schriftliche Vereinbarung mit Arbeitnehmervertretung
- Rückzahlungspflicht bei nicht besetzten Stellen
- Mittel, die seit 2016 geflossen sind, verbleiben beim Krankenhaus

Bewertung:

- Erlaubte den Krankenhäusern ab Jan. 2019 möglichst viele Stellen zu besetzen, ohne weitere Kosten
- Ab 2020 über das Pflegebudget finanziert

Pflegezuschlag (KHEntgG § 8 + §10)

- Der Pflegezuschlag entfällt ab 2020.
- Zur pauschalen Überführung der Mittel des Pflegezuschlags, die nicht für die pflegerische Versorgung verwendet wurden, ist beim Basisfallwert 2020 eine Erhöhung von 0,3 Prozent anzurechnen.

Bewertung:

- *Argumentation Bundesregierung: nicht mehr nötig wg. Pflegebudget.*
- *Aber: Pflegezuschlag war nur der umbenannte Versorgungszuschlag (500 Mio. €).*
- *Ursprünglich sollte er ganz entfallen, jetzt bleiben 200 Mio. € erhalten.*
- *Damit fehlen den KHS 300 Mio. €*
- ***Finanzierung der Verbesserungen in der Pflege durch die KHS selbst!***
- *Gefahr von Einsparungen bei anderen Berufsgruppen.*

PPSG - Pflegebudget

Pflegebudget (KHEntgG §6a) - 1

- Ab 2020 ff: krankenhausindividuelles Budget für Pflegeleistungen in der unmittelbaren Patientenversorgung, (nur Pflege am Bett, nicht Psychiatrie) auf Basis der nachgewiesenen Kosten des jeweils letzten Jahres
- Was in das Budget kommt, richtet sich nach den ausgegliederten Kosten (s.u.)
- Vereinbart zwischen Krankenkassen und einzeltem Krankenhaus, incl. Vorausschätzung der Veränderungen für das jeweils nächste Jahr. Fehlschätzungen werden im übernächsten Jahr ausgeglichen

Pflegebudget (KHEntgG §6a) - 2

- Keine Begrenzung nach oben. Die Wirtschaftlichkeit der entstehenden Kosten wird nicht geprüft.
- Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich. Für eine darüberhinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes.
- Es gilt Zweckgebundenheit mit Rückzahlungspflicht

Pflegebudget (KHEntgG §6a) - 3

- Unterjährige Abzahlung des Pflegebudgets über **Pflegerlöskatalog (s.u.)**
 - Am Jahresende Spitzabrechnung mit vollständigem Ausgleich von Mehr- und Minderkosten.
 - Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals, die zu Personaleinsparungen führen können bis zu **4% (neu, vorher 3%)** des Pflegebudgets erhöhend angerechnet werden.
- *Möglichkeit zur Unterlaufung der Zweckbindung des Pflegebudgets durch Belohnung für Einsparung von Pflegepersonalkosten (z.B. durch Erneuerung der EDV oder Verlagerung von Leistungen)*

Ausgliederung Pflegekosten (KHG § 17b)

- Pflegepersonalkosten für die „**unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen**“ (incl. **überwiegend** dort Tätige)
- Die DRGs werden entsprechend bereinigt (die Relativgewichte werden um die jeweiligen durchschnittlichen Pflegepersonalkosten reduziert)
- Zur Abrechnung der ausgegliederten Kosten mit den Kassen ist ein bundeseinheitlicher **Pflegeerlöskatalog** zu entwickeln, der die ausgegliederten Kosten in Form von Bewertungsrelationen pro Pflege-tag darstellt

Pflegeerlöskatalog

DRG	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
				Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag	
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	21,483	44,6	14	1,012	63	0,340	3,5493

- Beschreibt das Verhältnis zu den Gesamtkosten
- Pflegebudget wird durch die Summe aller Pflegeerlös-Bewertungsrelationen geteilt = Kh-individueller Basisfallwert
- Kh-individueller Basisfallwert x Pflegeerlösbewertungsrelation ergibt Erstattungsbetrag pro Tag und pro DRG (Patient)

„Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung“

- unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen
- Normalstation, Intensivstation, Dialyseabteilung, bettenführende Aufnahmestation
- Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenten und Kinderpflegehelfer.
- auch Schüler und Stationssekretärinnen (soweit angerechnet)
- auch Stations- und Bereichsleitungen
- auch Leiharbeitnehmer (neu durch MDK-Gesetz: nur bis zur Höhe der Tariflöhne)
- nicht Pflegedienstleitung (KH-Direktion)
- nicht Patiententransportdienste
- Teilweise Tätigkeit in o.g. Bereichen = anteilige Berechnung

Exkurs: Wie funktioniert das „Herausrechnen“ aus den DRGs?

- Eine bestimmte DRG X hat genau das Relativgewicht 1
 - In Berlin beträgt der aktuelle Landesbasisfallwert 3.444,38 €. Das Krankenhaus erhält also für diese DRG 3.444,38€
 - Das INEK-Institut hat ermittelt, dass der Kostenanteil der „Pflege am Bett“ für diese DRG 20% beträgt. Damit reduziert sich das Relativgewicht dieser DRG auf 0,8
 - Ein Krankenhaus in Berlin kann dadurch also nur noch $3.444,38\text{€} \times 0,8 = 2.755,50\text{€}$ (-688,88€) für die DRG X abrechnen
 - Es muss dafür aber die „Pflege am Bett“ auch nicht mehr aus den DRGs finanzieren
 - Diese wird ab 2020 zusätzlich zur Abrechnung nach den DRGs über das Pflegebudget spitz abgerechnet
-
- ***Bewertung: Hat ein Krankenhaus bisher weniger für die Pflege ausgegeben als der Durchschnitt der Krankenhäuser, dann bekommt es über das Pflegebudget weniger, als ihm über die DRG-Absenkung abgezogen wurde, es verliert also.***
 - ***Hat es mehr für Pflege ausgegeben, als der Durchschnitt, zählt es zu den Gewinnern der Umstellung.***
 - ***Überdurchschnittliches Sparen an der Pflege wird also bestraft. Aber die Betroffenen konnten ja seit 2019 mehr Pflegekräfte einstellen und bekommen sie dann auch voll vergütet.***

Pflegebudget: *Bewertung - 1*

- *Echter Paradigmenwechsel: Abkehr vom Preissystem der DRGs, echte Selbstkostendeckung (einzig richtige Finanzierungsform für Einrichtungen der Daseinsvorsorge – „Finanzierung des notwendigen Bedarfs“).*
- *Folge der Auseinandersetzungen und Kämpfe in den Krankenhäusern*
- *Dies kann der Anfang vom Ende der DRGs sein*
- *Problematisch: nur für Teile der Pflege, nicht für die Psychiatrie und nicht für **alle** Personalkosten*
- *Gefahr, dass vermehrt in anderen Bereichen gespart wird*
- *Aber ggf. auch Einstieg: Verschiedene Berufsgruppen fordern schon die Ausweitung der Regelung*
- *Die Kostendeckung für das, was notwendig ist, wird auch bedroht durch die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen, wenn in (näherer oder fernerer) Zukunft eine Kopplung zum Pflegebudget hergestellt wird*

Pflegebudget: *Bewertung - 2*

- *Bei der Wirtschaftlichkeitsunterstellung für die Pflegekosten bedürfte es in gewisser Hinsicht keiner Personalbemessung mehr (es wird ja alles finanziert). **Aber Vorsicht!***
- *Die Kassen würden ein solches System als unwirtschaftlich und als Selbstbedienungsladen denunzieren und die **Anbindung** der Kosten an den **Pflegerlöskatalog** oder an die **Personaluntergrenzen** in pflegesensitiven Bereichen fordern.*
- *„Worst case“, weil dann Personalabbau in allen Bereichen droht, die über der 75. oder 90. Perzentile liegen.*
- ***Deshalb gesetzliche Personalbemessung weiter notwendig***

Ausgliederung Pflegekosten - Bewertung

- *Betroffener Personenkreis auch innerhalb der Pflege sehr eingengt. Eigentlich mindestens notwendig: Ausgliederung der ganzen Pflege.*
- *„Pflegerlöskatalog“ hochproblematisch:*
 - *Er stellt eine ständige Verbindung zum DRG-System her und hält somit dieses auch für die Pflege am Leben.*
 - *Er kann als Benchmark für die Verhandlungen des individuellen Pflegebudgets dienen, auch wenn dies (zumindest anfänglich) keine Auswirkungen auf das Budget hat.*
 - *Es lässt sich daraus leicht eine „neue Pflegepersonalkostenvergütung“ (Formulierung im Gesetz) über „Pflege-DRGs“ konstruieren, was den alten Zustand (Preise) wiederherstellen würde.*
- *Besser: Abrechnung der Kosten mit den Kassen über tagesgleiche Pflegesätze.*

Pflegesensitive Bereiche (§137i)

und

PPUGV (2. Auflage 2020)

Pflegesensitive Bereiche (SGB 5, § 137i) - Vorgeschichte

- Gutachten von Prof. Schreyögg für Expertenkommission des damaligen Gesundheitsministers Gröhe: „**Pflegesensitive Bereiche**“ und „**Perzentilen- oder Quartilenansatz**“.
- „**Pflegesensitiv**“ sind Bereiche, in denen ein statistischer Zusammenhang zwischen Komplikationen und der Personalstärke nachweisbar ist.
- „**Perzentilen- oder Quartilenansatz**: Untergrenze ist der Wert, der die 10% bzw. 25% am schlechtesten besetzten Abteilungen von den nächst besseren unterscheidet.
- 2017 neuer § 137 i (SGB 5): GKV und DKG sollen einvernehmlich Pflegepersonaluntergrenzen in diesen Bereichen festlegen.
- Beide Ansätze und auch die Einführung eines „Pflegelastkatalogs“ waren bei GKV und DKG nicht umstritten.
- Nicht-Einigung wegen Höhe (Tiefe) der Untergrenzen.
- Jetzt Verordnung (PPUGV) weil sich GKV und DKG nicht einigen konnten.

Exkurs: Kritik an Schreyögg-Gutachten

- Die Kategorisierung als pflegesensitiver Bereich ergibt sich aus einem überdurchschnittlichen Anteil von Komplikationen kombiniert mit einer schlechteren Personalbesetzung. **Umgekehrt bedeutet dies, dass durchschnittliche Komplikationen akzeptiert werden.**
- Offenbarungseid einer Gesundheitspolitik – als erklärtes Ziel - Komplikationen nur in bestimmten Bereichen und bis zu einem gewissen Prozentsatz angehen zu wollen.
- Einziger Ausgangspunkt Patientengefährdung, damit werden die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten völlig ausgeblendet.
- Es gibt Überlastung nicht nur dort, wo überdurchschnittlich viele Komplikationen auftreten und in pflegesensitiven Bereichen, sondern überall. Ihre Reduzierung muss ein eigenständiges Ziel einer Personalbemessung sein.
- Untergrenzen werden zur Norm (in den 75% der Bereiche, die über den Untergrenzen liegen, droht Personalabbau.
- Die Begrenzung auf einzelne Bereiche führt – insbesondere unter den Bedingungen eines Preissystems (DRGs) – dazu, dass Personal in die Bereiche mit Untergrenzen verschoben wird.
- Dieser Mechanismus wird durch das Pflegebudget gemildert, bleibt aber grundsätzlich erhalten und wirkt, wenn Stellen wegen Pflegekräftemangel nicht besetzt werden können oder spätestens dann, wenn das PpSG geändert wird.

Pflegesensitive Bereiche (SGB 5, § 137i) - 1

- GKV und DKG vereinbaren zum 1.1.20 eine Weiterentwicklung der festgelegten pflegesensitiven Bereiche, sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen.
- Ausweitung auf die Bereiche Neurologie und Herzchirurgie (auch bis 1.1.20), und Festlegung von weiteren pflegesensitiven Bereichen (bis 1.1.21).
- Für jeden pflegesensitiven Bereich sind die Pflegepersonaluntergrenzen differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand festzulegen (**Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand - Pflegelastkatalog**).
- Falls keine Einigung: Möglichkeit zur Verordnung durch BMG.
- INEK veröffentlicht jährlich für jedes Krankenhaus unter Nennung des Namens und gesondert für jeden Standort die Angaben über die pflegesensitiven Bereiche, die geltenden Pflegepersonaluntergrenzen und den Pflegeaufwand.

Pflegesensitive Bereiche (SGB5 § 137i) - 2

- Krankenhäuser müssen die Einhaltung der Untergrenzen auf zweierlei Weise melden bzw. nachweisen:
 - 1) Einmal pro Quartal **Meldung** der monatlichen Durchschnittswerte (aufgeschlüsselt nach Schichten und Stationen) und der Zahl der Schichten, in denen die Untergrenzen nicht eingehalten wurde
 - 2) Einmal jährlich ab 2019: **Nachweis** Erfüllungsgrad der Einhaltung der Untergrenzen anhand monatlicher Durchschnittswerte. Zusätzlich: Nachweis der Vermeidung von Verlagerungseffekten. Alles mit Attest Wirtschaftsprüfer
Veröffentlichung dieses jährlichen Nachweises auch im Qualitätsbericht der Krankenhäuser

➤ *Nicht eingehaltene Schichten haben keine Auswirkung*

Pflegesensitive Bereiche (SGB5 § 137i) - 3

- **Mögliche Sanktionen bei Nichteinhaltung monatlicher Durchschnittswert:**
 - **Verringerung der Fallzahl** mindestens in dem Umfang, um die Unterschreitung auszugleichen
 - **Vergütungsabschläge** müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung stehen.

Pflegesensitive Bereiche: *Bewertung -1*

➤ *Völlig verfehlte Grundvoraussetzungen dieses Modells:*

- *Untergrenzen statt Festlegung dessen, was für eine gute Pflege notwendig ist*
- *Maßstab muss sein: KHG § 1: „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung“ = gesetzlicher Anspruch der Patienten*
- *Es darf nicht nur um einen Teil der Komplikationen gehen*
- *Es muss auch um die Arbeitsbedingungen gehen*
- *Einbeziehung nur eines kleinen Teils der Bereiche, Gefahr: Personalverschiebeeffekte*
- ***Pflegelastkatalog:** Ableitung des Pflegebedarfs aus den DRGs und damit aus dem Ist, aus Kostendaten incl. unterschiedliche Lohnkosten(!) und aus Durchschnittszahlen, statt wissenschaftliche Bewertung des objektiven Pflegebedarfs der Patienten*

Pflegesensitive Bereiche: *Bewertung - 2*

- *Aus dem Nachweis geht nur die Nichteinhaltung pro Monat hervor - nicht wie oft im Monat.*
- *Maximale Intransparenz, maximale Flexibilität.*
- *Eine Absenkung der Fallzahl ist eigentlich die einzig sinnvolle Regelung, weil sie die Arbeitsbelastung der betroffenen Mitarbeiter reduziert.*
- *„Geldstrafen“ vermehren den Sparzwang in anderen Bereichen und verbessern Nichts in Bezug auf die Arbeitsbelastung*
- *keine Übergangsregelung, sondern Versuch wirkliche Personalbemessung zu verhindern*

Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV 2020)

- Da GKV und DKG sich wie 2018 nicht einigen konnten, erneute Verordnung des BMG für 2020
- Die geplante Einführung einer Differenzierung nach dem jeweiligen Pflegeaufwand (**Pflegelastkatalog**) wurde verschoben*
- * *“Auf eine weitere Untergliederung nach dem Pflegeaufwand wurde verzichtet, da eine Differenzierung in Schweregradgruppen nach dem Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen nach der Datenauswertung des InEK nicht angezeigt war.“
(Verordnungsbegründung)*
- Bisher Untergrenzen für 4 „pflegesensitive“ Bereiche: Intensiv, Kardiologie, Unfallchirurgie, Geriatrie,
- Neu: ausgedehnt auf Neurologie, Neurol. Frühreha, Schlaganfalleinheiten, Herzchirurgie
- Bei mehreren Standorten, mehrere ps-Bereiche.

PpUGV -2

- Festlegung der Bereiche durch INEK
 - aufgrund der vorhandenen Bezeichnungen und Meldungen der Krankenhäuser
 - oder wenn Zahl der "Indikatoren-DRGs" mindestens 40% beträgt
 - Neu: oder wenn im gesamten Krankenhaus 5000 Mindestbelegungstage mit Indikator-DRGs überschritten sind. Bei der neurologischen Früh-Reha beträgt die Grenze 3000 Belegungstage
- Kriterien beziehen sich auf Fachabteilung. Sie kann mehrere Stationen umfassen. Es sind sämtliche Stationen einer ps-Fachabteilung betroffen, auch wenn es eine Mischbelegung mit nicht ps-Fachabteilungen gibt. Hier gilt die Untergrenze für die ganze Station
- Wenn aufgrund der Zahlen ein pflegesensitiver Bereich vorliegt, gehören sämtliche Stationen, auf denen die entsprechenden Leistungen erbracht werden oder die entsprechenden Fälle dokumentiert worden sind zum pflegesensitiven Bereich
- Bei 2 ps-Bereiche auf einer Station gilt strengere Untergrenze
- Ein Intensivbereich ist pflegesensitiv, wenn **KH als Ganzes** mehr als 400 Fälle (Neu: 5) mit OPS „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ hat. Dann zählen auch einzelne Betten auf anderen Stationen/Abteilungen zum ps-Bereich. Personal muss dann anteilig zugerechnet werden.
- Neu: Bei den Schlaganfalleinheiten beträgt die Grenze 200 Fälle mit neurologischen Komplexbehandlung

PpUGV - 3

- Tag 6.00-22.00, Nacht 22.00-6.00 (bei anderen Schichtzeiten anteilige Rechnung)
- Untergrenzen gelten auch für Wochenende.
- Gezählt werden alle Pflegekräfte mit Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufgesetz und alle Pflegehilfskräfte mit einjähriger Ausbildung (auch landesrechtliche Assistenz- oder Helferausbildung, Krankenpflegehilfe, und Altenpflegehilfe mind. 1 Jahr). **Neu: Als Hilfskräfte gelten auch MFAs, ATAs, Notfallsanitäter**
- Auch geleistete Überstunden, Übergabezeiten etc. Auch Springer- oder Poolpersonal, Zwischenschichten oder zentrale Pflegedienste (z. B. Wundmanagement, Stomaversorgung), Hauptnachtwachen und Leihpersonal zumindest anteilig berücksichtigen.
- Nicht: DRK-Schwesternhelferinnen, studentische Hilfskräfte, angelerntes Hilfspersonal, ~~Medizinische Fachangestellte (MFA)~~, Auszubildende

Untergrenzen nach neuer PPUGV

Pflugesensitiver Bereich	Referentenentwurf 2020		PpUGV 2019		Veränderung	
	Pflegepersonal- untergrenze 1:	Anteil an Pflegehilfs- kräften	Pflegepersonal- untergrenze 1:	Anteil an Pflegehilfs- kräften	Anzahl Patienten	Prozent- punkte
Geriatric						
-Tageschicht	10	15%	10	20%	-	-5
-Nachtschicht	20	20%	20	40%	-	-20
Kardiologie						
-Tageschicht	10	10%	12	10%	-2	-
-Nachtschicht	20	10%	24	15%	-4	-5
Unfallchirurgie						
-Tageschicht	10	10%	10	10%	-	-
-Nachtschicht	20	15%	20	15%	-	-
Herzchirurgie						
-Tageschicht	7	5%				
-Nachtschicht	15	0%				
Neurologie						
-Tageschicht	10	10%				
-Nachtschicht	20	8%				
Neurologische Frührehabilitation						
-Tageschicht	5	10%				
-Nachtschicht	12	8%				
Schlaganfalleinheit						
-Tageschicht	3	0%				
-Nachtschicht	5	0%				
Intensivmedizin						
-Tageschicht	2,5	0%	2,5	8%	-	-8
-Nachtschicht	3,5	0%	3,5	8%	-	-8

Intensiv ab 2021: Tag 2:1
und Nacht 3:1

➤ **Zahlen entsprechen in etwa dem schlechten Ist im internationalen Vergleich**

PpUGV - 4

- Bis zum 31.3.19 keine Abschlüsse.
- Neu: für die neuen Bereiche bis 31.3.20 keine Abschlüsse
- Ausnahmenregelungen bleiben gleich:
 - Kurzfristige, krankheitsbedingte Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen
 - starke Erhöhung der Patientenzahlen, beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen
- Gilt nur 2020

PpUGV: Bewertung allgemein

- *Reine Nurse-to-Patient-Ratio, Pflegeschwere geht nicht ein, Werte ermittelt auf Basis eines Gutachtens der Firma KPMG das statistisch sehr angreifbar ist (z.T. nur 20 untersuchte Bereiche)*
- *Festgelegte Mindestzahlen absolut ungenügend. Beim größten Teil der Stationen keinerlei Änderung*
 - *In der Nacht 20 geriatrische Patienten zu pflegen ist genauso eine Zumutung wie tags unter vollen Betrieb 10 unfallchirurgische oder kardiologische Patienten (incl. Frischoperierte)*
 - *Lediglich bei Intensivstationen werden die Empfehlungen der Fachgesellschaften umgesetzt, aber auch das erst ab 2021*
- *Auch wenn die Möglichkeit Pflegehilfskräfte (1-jährige Ausbildung!) auf die Untergrenzen anzurechnen, leicht reduziert wurde, bleibt dies nicht akzeptabel.*
- *Mindestbesetzung muss nur im Monatsdurchschnitt erreicht werden, was den Geschäftsleitungen maximale Flexibilität und den Beschäftigten an vielen Tagen des Monats Überlastung bescheren wird*
- *Da Komplikationen und Überlastungen nicht „im Durchschnitt“ entstehen, müssen Untergrenzen für jede Schicht gelten!*

PpUGV: Bewertung neue Verordnung

- *Durch zusätzliche und schärfere Kriterien (Fälle, Behandlungstage) und genauere Definitionen werden mehr pflegesensitive Bereiche erfasst und es den Kliniken erschwert z.B. durch Patientenverschiebung auszuweichen.*
 - *Die Zahl der anrechenbaren Hilfskräfte wird moderat reduziert, aber ihre Definition (wer gehört dazu) erweitert.*
- Auch die neuen Bereichszahlen beruhen auf dem Perzentilenansatz (75%) und sind viel zu niedrig*
- *Note insgesamt weiter ungenügend*

Exkurs: PpUG-Nachweis-Vereinbarung

- INEK stellt die Daten der Meldung dem KH zur Weiterleitung an die örtlichen Vertragsparteien und an das Land zur Verfügung
 - INEK stellt jährlich fest, ob Personalverlagerung stattgefunden hat. KHs müssen diese Daten an die örtlichen Vertragsparteien weitergeben
 - INEK informiert jährlich GKV/DKG über Meldungen, Nachweis, Personalverlagerung, Nichtmeldungen und macht umfassende Auswertungen
 - Qualitätsberichte: Meldungen und Nachweise sind zu veröffentlichen
- *Insgesamt nicht sehr transparent.*
- *Die betrieblichen Interessenvertretungen haben Anspruch auf alle erhobenen Daten und können diese dann natürlich auch innerbetrieblich verwenden. Das sollten sie tun.*

PPUGV – Erhebungsblatt **Quartalsmeldung**

pflugesensitiver Bereich	Fachabteilungs-schlüssel §-21	Fachabteilung	Station	Standort	Monat	Schicht	Anzahl Schichten	durchschn. Ausstattung Fachkräfte	durchschn. Ausstattung Hilfskräfte	durchschn. Patientenbelegung	Anzahl Schichten, nicht eingehalten	Anzahl Patienten je Pflegekraft	Anzahl Hilfskräfte anrechenbar
Geriatrie	200	Geriatrie	G1	1	Januar	Tag	31	3,50	1,50	42	1	9,59	0,88
Geriatrie	200	Geriatrie	G1	1	Januar	Nacht	31	1,50	0,50	42	4	21,00	1,00
Geriatrie	200	Geriatrie	G1	1	Februar	Tag	28	3,50	1,25	42	2	9,59	0,88
Geriatrie	200	Geriatrie	G1	1	Februar	Nacht	28	1,50	0,50	42	6	21,00	1,00
Geriatrie	200	Geriatrie	G1	1	März	Tag	30	3,50	1,00	42	0	9,59	0,88
Geriatrie	200	Geriatrie	G1	1	März	Nacht	30	1,75	0,75	42	3	16,80	1,17
Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Januar	Tag	31	4,75	1,00	12	0	2,33	0,41
Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Januar	Nacht	31	3,00	1,00	12	11	3,68	0,26
Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Februar	Tag	28	4,75	1,00	12	1	2,33	0,41
Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	Februar	Nacht	28	3,50	1,00	12	3	3,16	0,30
Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	März	Tag	30	5,00	1,00	12	0	2,21	0,43
Intensivmedizin	3600	Intensivmedizin	INT interdis.	1	März	Nacht	30	3,50	1,00	12	2	3,16	0,30
Kardiologie	300	Kardiologie	K1	1	Januar	Tag	31	1,00	1,00	14	12	12,61	0,11
Intensivmedizin	300	Kardiologie	K1	1	Januar	Tag	31	0,75	0,25	2	4	2,44	0,07
Kardiologie	300	Kardiologie	K1	1	Januar	Nacht	31	1,00	1,00	14	4	11,86	0,18
Intensivmedizin	300	Kardiologie	K1	1	Januar	Nacht	31	0,75	0,25	2	3	2,44	0,07
Kardiologie	300	Kardiologie	K1	1	Februar	Tag	28	1,00	1,00	13	2	11,71	0,11
Intensivmedizin	300	Kardiologie	K1	1	Februar	Tag	28	0,75	0,25	2	0	2,44	0,07
Kardiologie	300	Kardiologie	K1	1	Februar	Nacht	28	1,00	1,00	13	4	11,02	0,18
Intensivmedizin	300	Kardiologie	K1	1	Februar	Nacht	28	0,75	0,25	2	6	2,44	0,07
Kardiologie	300	Kardiologie	K1	1	März	Tag	30	1,00	1,00	13	1	11,71	0,11
Intensivmedizin	300	Kardiologie	K1	1	März	Tag	30	0,75	0,25	2	0	2,44	0,07
Kardiologie	300	Kardiologie	K1	1	März	Nacht	30	1,00	1,00	13	5	11,02	0,18
Intensivmedizin	300	Kardiologie	K1	1	März	Nacht	30	0,75	0,25	2	3	2,44	0,07

Exkurs: PpUG-Nachweis-Vereinbarung:

- **Personal-Verlagerung:** Wenn sich im Jahresdurchschnitt die Zahl der VK in den anderen Bereichen um mehr als 3% verringert und wenn das Verhältnis von Belegungstagen zu VK in diesen Bereichen ebenfalls um 3% schlechter wird

➤ *„Belegungstage“ bedeutet, dass VWD-Verkürzungen (und damit noch mehr Arbeit) einen Personalabbau kompensieren*

Beispiel: Personalreduzierung um 4% und Verweildauerverkürzung um 1%: keine Sanktion

➤ *„Gelegentliches“ Einspringen problemlos möglich*

➤ *Auch eine generelle Verlagerung in einem nicht unerheblichen Umfang wird ermöglicht*

*Beispiel: Insgesamt 600 VK, davon 100VK in pflegesensitiven Bereichen:
15 VK dürfen dauerhaft verschoben werden!*

PpUG-Sanktions-Vereinbarung - 1

- Es wird für jedes Monat, jede Station sowie für Tagschicht und Nachtschicht), in der die Untergrenze nicht eingehalten wurde, das Ausmaß der Nichteinhaltung ermittelt.
- Die Differenz aus Untergrenze und tatsächlich erreichtem Wert stellt das Minus an Pflegekräften pro Patient dar. (z.B. Untergrenze: 1 zu 10 = 0,1. Erreichter Wert: 1 zu 12 = 0,083. Differenz: 0,017)
- Der Differenzwert wird mit der Zahl der Patienten im Monat multipliziert. Das ergibt die Gesamtzahl des eingesparten Personals.
- Multipliziert mit den monatlichen Durchschnittskosten einer VK im Pflegedienst ergibt das die eingesparte Summe pro Monat, Schicht und Station

PpUG-Sanktions-Vereinbarung - 2

- Die Sanktion besteht darin, dass das KH nicht nur diesen Betrag zurückzahlen muss, sondern 35% mehr, sonst wäre die „Strafe“ ja nur kostenneutral.
- Alles wird zu einem Jahresbetrag zusammengefasst. Dieser wird im nächsten Jahr anteilig je DRG abgezogen (Vergütungsabschlag)
- Alternativ: Fallzahlreduzierung um entsprechenden Prozentsatz.
- Zusätzliche Strafzahlungen bei nicht vollständiger, nicht rechtzeitiger Meldung (bis 20.000 Euro)
- Erfolgt keine Meldung wird von einer prozentualen Nichteinhaltung der Untergrenze ausgegangen (2019: 20%, 2020: 33%, 2021: 50%, 2022: 66%).
- Personalverlagerungen werden in 2019 nicht geahndet.
- Erweiterung der Ausnahmetatbestände um „**hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern**“. Weitere Ausnahmetatbeständen („Versorgung von bedrohlichen Notfällen bei fehlender Behandlungskapazität“) sollen geprüft werden.

PpUG-Sanktions-Vereinbarung - Bewertung

- Geldsanktionen sind kontraproduktiv, weil sie die Belastung nicht reduzieren und den Kostendruck erhöhen.
- Die Sanktionshöhe ist nicht unerheblich, bleibt aber vermutlich weitgehend unwirksam, weil die Untergrenzen so niedrig sind, dass sie kaum gerissen werden.
- Ausnahmetatbestände: Die Formulierungen in der PPUGV sind schwammig und werden zu einer Vielzahl von Einsprüchen führen. Außerdem: Wie will man bedrohliche Notfälle bei „fehlender Behandlungskapazität“ gut behandeln?

Pflegepersonalquotient (SGB5 §137j) - 1

- InEK ermittelt für jeden Standort eines KH einen **Pflegepersonalquotienten**, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf **allen** bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand aller Patienten eines Jahres beschreibt (erstmalig zum 31.5.2020)
- Definition Pflegepersonal entspricht PPUGV (alle Pflegefach- und -hilfskräfte, incl. z.B. Altenpfleger)
- Basis ebenfalls **Pflegelastkatalog**

Pflegelastkatalog 0.99

DRG		Bezeichnung	Bewertungs- relation/Tag Normalstation	Bewertungs- relation/Tag Intensivstation	Bewertungs- relation/Tag Normalstation Kinder	Bewertungs- relation/Tag Intensivstation Kinder
A01A		Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	0,0627	0,2237		

➤ *Beschreibt das Verhältnis zu den Pflegekosten der anderen DRGs*

Pflegepersonalquotient (SGB5 §137j) - 2

- BMG legt eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand (**Pflegepersonalquotient**) fest
- Bei Unterschreitung: Sanktionen durch Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl (Regelung wie PpUGV)

Pflegepersonalquotient: *Bewertung - 1*

- *Das ist übrig geblieben vom Koalitionsvertrag („Untergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen“): Eine Kennzahl pro Krankenhaus und Jahr, basierend auf der Kostenkalkulation der DRGs*
- *Welche Aussagekraft über die notwendige Personalbesetzung auf einer konkreten Station in einer konkreten Schicht, hat eine Verhältniszahl pro Jahr für alle Stationen (incl. Intensiv) und alle Bereiche eines Krankenhauses?*
- *Zukünftig 2 verschiedene Personaluntergrenzen: Eine etwas Differenziertere für die „pflegesensitiven Bereiche“ und eine pauschal auf Krankenhausebene*
- *Mit dem Pflegepersonalquotienten und dem Pflegelastkatalog wird ein **Benchmark-System** zum Vergleich von Vollkräftezahlen zwischen den Krankenhäusern geschaffen*
- ***Gefahr:** Genau wie man den Personalquotienten als Untergrenze definieren kann, geht das natürlich auch als Richtgröße (Krankenkassen) oder als Obergrenze (Geschäftsleitungen), ab der die Zahl der Pflegekräfte dann als unwirtschaftlich gilt*

Pflegepersonalquotient: *Bewertung - 2*

- *Gefahr: Schaffung von Personal in den Bereichen mit Patientenzuwächsen (Cash-Cows) auf Kosten der anderen Bereiche – Hauptsache die „Gesamtkennzahl“ stimmt*
- *Begehrlichkeiten der Kassen Einsparungen zu fordern - nur auf Basis einer Kennzahl pro Jahr, ohne konkrete Hinweise auf Unwirtschaftlichkeit und ohne Berücksichtigung von Besonderheiten*
- *Damit: Gegenteil von „krankenhausindividuellen Budgets“*
- *Eine sinnvolle Bemessung des notwendigen Personalbedarfs für die Pflege ist nur auf der Basis einer wissenschaftlichen Definition und Feststellung der notwendigen Pflegemaßnahmen jedes einzelnen Patienten möglich*
- *Eine Personalbemessung darf nicht auf Kennzahlen (nurse-to-patient-ratio) beruhen, sondern nur auf der Messung des individuellen Pflegebedarfs*

Konzertierte Aktion Pflege

AG 2 - 1.3:

*„Der Deutsche Pflegerat, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ver.di entwickeln bis 31. Dezember 2019 einen **Interims-Vorschlag für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren** und präsentieren dieses den Selbstverwaltungspartnern und dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit wird diesen Vorschlag im Lichte der Zielsetzungen der Konzertierten Aktion Pflege ergebnisoffen prüfen.*

*In einem zweiten Schritt soll durch die Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure **ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument** entwickelt und nach Erprobung - zum Beispiel im Wege von Modellvorhaben - zur Umsetzung vorgeschlagen werden. Dabei sind die bestehenden Regelungen zu Personalvorgaben zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit begleitet diesen Prozess intensiv und unterstützt ihn.“*

Zentrale Fragen:

- Wie können wir die Ökonomisierung aufhalten/umdrehen?
- Wie können wir die positiven Elemente im PPSG (Pflegebudget) erweitern?
- Welche Rolle spielt dabei die Personalbemessung?