

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/4276



Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

DBfK Nordwest e.V. · Am Hochkamp 14· 23611 Bad Schwartau

Schleswig-Holsteinischer Landtag/Landeshaus
Sozialausschuss Herrn Werner Kalinka
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

– per E-Mail –

DBfK Nordwest e.V.

Geschäftsstelle
Bödekerstraße 56
30161 Hannover

Regionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West
Beethovenstraße 32
45128 Essen

Zentral erreichbar
T +49 511 696 844-0
F +49 511 696 844-299

nordwest@dbfk.de
www.dbfk.de

09.07.2020

**Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK)
zum Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes**

Sehr geehrter Herr Kalinka,
sehr geehrter Herr Wagner,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen der schriftlichen Anhörung des Sozialausschusses zum Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Schleswig-Holstein – Landeskrankenhausgesetz (LKHG), Stellung zu beziehen.

Der DBfK begrüßt die Intention, neben den bisher bekannten Fragen der Krankenhausplanung und -förderung auch weitere krankenhausspezifische Angelegenheiten im LKHG zu berücksichtigen. Die angedachten Regelungen zum Thema „Qualitätssicherung“ erscheinen im Sinne der grundsätzlichen Zielsetzung einer „*qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Schleswig-Holstein (...)*“ (§ 1 Absatz 1 Nr. 1 Entwurf LKHG, abgeleitet aus §§ 1 und 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG) noch deutlich ausbaufähig. So sollte die Landesregierung als Ziel ihrer Krankenhauspolitik die Gewährleistung einer ausreichenden quantitativen und qualitativen Personalbesetzung in zugelassenen Krankenhäusern ausdrücklich benennen. Die Aufnahme von expliziten Vorgaben zur Struktur- und auch zur Prozessqualität in die Krankenhausplanung ist keineswegs ein vollkommen neuer Ansatz, sondern wird in unterschiedlicher Regelungstiefe bereits in einigen Bundesländern praktiziert (NRW, Berlin, Hamburg). Zielsetzung hierbei ist immer die Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Im Folgenden nehmen wir zu einzelnen der vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfes in der Fassung der Landtags-Drucksache 19/2042 Stellung und bitten um Berücksichtigung im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens.

Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.

zum Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land
Schleswig-Holstein – Landeskrankenhausgesetz – (LKHG)
– Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 19/2042 –

09. Juli 2020

Vorbemerkung

Als größter Berufsverband für Pflegefachpersonen möchten wir die Bedeutung von professioneller Pflege im Krankenhaus herausstellen. Die Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik hat vor 10 Jahren treffend festgestellt:

„dass Patienten im Krankenhaus versorgt werden, weil sie Pflege benötigen, denn ärztliche Behandlung ohne eine erforderliche Pflege können sie auch außerhalb des Krankenhauses erhalten“ (2010, S. 140).

Ohne Pflegefachpersonen würde der gesamte Medizinbetrieb im Krankenhaus ins Stocken geraten. Sie machen medizinische Behandlungen und die Versorgung der Patient/innen überhaupt erst möglich. Dennoch sind pflegfachliche Leistungen im Gegensatz zur ärztlichen Tätigkeit auf der betriebswirtschaftlichen Ebene lange Zeit nicht ausreichend als wertschöpfende Dienstleistung verstanden worden, sondern in erster Linie als Kostenfaktor. Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Versorgungsqualität von Krankenhauspatient/innen und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden im Krankenhaus (hierzu u.a. Simon 2019; Braun et al. 2010; Isfort et al. 2010).

Zuletzt ist – bereits vor der aktuellen Corona-Pandemie – in der politischen Debatte kaum noch bestritten worden, dass die Qualität der Versorgung von Patient/innen in Krankenhäusern maßgeblich auch von der Anzahl gut ausgebildeter Pflegefachpersonen abhängig ist und ein Umsteuern einsetzen muss. Zahlreiche empirische Studien belegen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und gesundheitsgefährdenden Komplikationen bei Patient/innen (hierzu u.a. Simon 2020; Wynendaele et al. 2019; Simon/Mehmecke 2017). Pflegefachpersonen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung solcher Komplikationen. Dies lässt sich damit erklären, dass sie im Krankenhaus zahlreiche Leistungen erbringen, die den Genesungsprozess der Patient/innen unterstützen und fördern. Zu diesen Leistungen gehört insbesondere auch die kontinuierliche Patientenbeobachtung, durch die das Auftreten von Komplikationen bei Patient/innen frühzeitig erkannt und schwere Gesundheitsschäden verhindert werden können.

Durch die Corona-Pandemie ist die Erkenntnis, dass Pflegefachpersonen „systemrelevant“ sind, weiter gewachsen. Das Land Schleswig-Holstein kann und sollte im LKHG die „Systemrelevanz“ der Pflegefachpersonen unterstreichen und vor allem die Verbesserung der Sicherheit und Qualität von Krankenhausbehandlungen, insbesondere durch Vorgaben zur quantitativen und qualitativen Personalbesetzung, noch stärker in den Blick nehmen.

Wir regen daher dringend an, der größten Berufsgruppe in den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern¹ nicht nur ein echtes Beteiligungsrecht bei der Krankenhausplanung einzuräumen,

¹ In den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins sind 14.430 Personen im Pflegedienst tätig, das sind umgerechnet in Vollkräfte 36,37 Prozent aller Krankenhausmitarbeitenden (vgl. Statistik Nord 2019, S. 74). Damit stellen sie die größte Gruppe unter den Beschäftigten in den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern.

sondern auch in Bezug auf die Qualitätssicherung klare personelle Anforderungen u.a. für den Pflegedienst² zu verankern.

Teil 2 Mitwirkung der Beteiligten

§ 5 Beteiligte

Absatz 1:

In § 5 Absatz 1 werden die „unmittelbar Beteiligten“ des Landeskrankenhausausschusses benannt. Für die Patient/innensicherheit und Versorgungsqualität maßgeblich sind neben Ärztinnen und Ärzten insbesondere Pflegefachpersonen. Ihre Expertise sollte in die Landeskrankenhausplanung fest aufgenommen werden. Wir sprechen uns eindringlich dafür aus, die maßgeblichen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung – die Pflegefachpersonen und die Ärzt/innen – in den Kreis der unmittelbar Beteiligten unter § 5 Absatz 1 aufzunehmen.

Absatz 2:

In § 5 Absatz 2 werden, neben den in Absatz 1 benannten „unmittelbar Beteiligten“ im Landeskrankenhausausschuss, weitere Beteiligte mit beratender Stimme aufgeführt. Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Aufnahme der Pflegeberufekammer als Vertretung der Pflegefachpersonen. Allerdings muss aus der Regelung eindeutig hervorgehen, dass insbesondere die Vertretungen der Pflegefachpersonen, Ärzt/innen sowie Psychotherapeut/innen nicht nur beteiligt werden „können“, sondern, dass diese zwingend zu beteiligen sind. Deshalb sprechen wir uns für die Aufnahme dieser Gruppen in den Kreis der unmittelbar Beteiligten aus (Absatz 1). Sollte es bei dem vorgesehenen unglücklichen Ausschluss von Stimmrechten für diejenigen Gruppen, die für die Patient/innensicherheit und Versorgungsqualität maßgeblich sind, bleiben, fordern wir ein verbrieftes Anhörungsrecht für diese Gruppen. Wir schlagen dann folgende geänderte Formulierung (in Rot gekennzeichnet) des § 5 Absatz 2 vor:

„Neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 **sind** die

1. die Deutsche Rentenversicherung Nord,
2. die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. – Landesverband Nordwest –,
3. die Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V.,
4. der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.,
5. die Ärztekammer Schleswig-Holstein,
6. die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
7. die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein,
8. die Patientenombudsperson und
9. die Psychotherapeutenkammer

mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter an dem Landeskrankenhausausschuss mit beratender Stimme **zu beteiligen**.“

§ 6 Mitwirkung der Beteiligten

Absatz 1:

In § 6 Absatz 1 ist festgelegt, dass die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans sowie des Investitionsprogramms grundsätzlich nur mit den „unmittelbar Beteiligten“ erörtert wird. Sollten die maßgeblichen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung – die Pflegefachpersonen und die Ärzt/innen – dem Kreis der unmittelbar Beteiligten nicht angehören, ist eine solche Regelung aus Sicht des DBfK nicht hinnehmbar. Im Sinne der Bevölkerung und mit der Zielsetzung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung sind die für die Patient/innensicherheit und Versorgungsqualität maßgeblichen Gruppen (insbesondere Pflegefachpersonen, Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen) aber auch die Vertretung der Patient/innen bei der Erörterung von Entwürfen zur Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans mindestens anzuhören. Wir schlagen für den Fall eines

² Der DBfK Nordwest e.V. begrüßt ausdrücklich Regulierungen bzw. Anforderung zur Personalbesetzung auch für die übrigen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus.

unveränderten § 5 Absatz 1 folgende geänderte Formulierung (in Rot gekennzeichnet) des § 6 Absatz 1 vor:

„Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erörtert den Entwurf für die Aufstellung sowie Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms mit den unmittelbar Beteiligten nach § 5 Absatz 1 sowie mit den in Absatz 2 Nrn. 5-9 genannten Vertretungen im Rahmen des Landeskrankenhausausschusses.“

Teil 3 Krankenhausplanung

§ 7 Aufstellung eines Krankenhausplans

Absatz 1:

In § 7 Absatz 1 ist die Beschlussfassung über die Aufstellung eines Krankenhausplans beschrieben. Hiernach ist allein der Landeskrankenhausausschuss unter Federführung des zuständigen Ministeriums ermächtigt, einen solchen Beschluss zu fassen. Der Sozialausschuss des Landtags soll demnach den beschlossenen Krankenhausplan nur zur Kenntnisnahme vorgelegt bekommen, der Landtag nicht explizit. Bislang sehen die Regelungen in § 5 vor, dass allein Kostenträger (Sozialleistungsträger) und Leistungserbringer (Krankenhausträger) „unmittelbar“ bzw. mit Stimmrecht im Landeskrankenhausausschuss vertreten sind. Kostenträger und Leistungserbringer verfolgen ihre jeweils eigenen, auch legitimen wirtschaftliche Interessen. Wir plädieren ausdrücklich dafür, vorhandene demokratische Instanzen (zuständiger Ausschuss, Parlament) als Kontrollorgane zu nutzen.

Absatz 4:

In § 7 Absatz 4 ist die Erteilung der für die Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte geregelt. In der Aufzählung fehlt ein wesentlicher Bereich, über den ebenfalls Auskunft zu geben ist: die Personalbesetzung. Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist eine ausreichende Leistungsfähigkeit des Krankenhauses, von der sich die Landesbehörde zu überzeugen hat. Eine sowohl in der Anzahl als auch der Qualifikation ausreichende Personalbesetzung zählt ohne Zweifel zu den zentralen Kriterien der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern. Insofern ist das Land an dieser Stelle nicht nur legitimiert, sondern im Grunde auch verpflichtet, Vorgaben zur Personalbesetzung zu machen und deren Einhaltung u.a. mit dem Mittel der Auskunftspflicht zu prüfen³. Die Auskunftspflicht sollte zudem automatisiert-strukturiert erfolgen. Wir schlagen folgende geänderte Formulierung (in Rot gekennzeichnet) des § 7 Absatz 4 vor:

„Die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger haben dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium **jährlich sowie auf Anfrage die für die Krankenhausplanung und Überprüfung der Einhaltung seiner Vorgaben erforderlichen Auskünfte nach einer vom Ministerium festgelegten Struktur** zu erteilen. **Zu den erforderlichen Angaben zählen insbesondere Auskünfte über die Belegung des Krankenhauses, die Verweildauer, die in Anspruch genommenen Krankenhausleistungen, Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals differenziert nach Fachabteilung sowie allgemeine statistische Angaben über die Patientinnen und Patienten sowie ihre Verletzungen und Erkrankungen.**“

Diese Auskünfte sollten in geeigneter Weise auch für die (Fach-)Öffentlichkeit transparent gemacht werden.

§ 8 Inhalt des Krankenhausplans

In § 8 werden in neun Absätzen Aussagen zu den Inhalten des Krankenhausplans getroffen. Es fehlt aus Gründen der Übersichtlichkeit zunächst eine Darstellung der angestrebten Regelungsbereiche im Krankenhausplan Schleswig-Holstein. Ergänzt werden sollten in Bezug auf die Qualitätssicherung klare personelle Anforderungen (quantitativ wie qualitativ) u.a. für den Pflegedienst sowie für die weiteren für die Patient/innensicherheit und Versorgungsqualität maßgeblichen Gruppen.

Absatz 5:

In § 8 Absatz 5 ist festgehalten, dass die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) bei den Festlegungen zu beachten sind. Abgesehen von dem

³ Zur ausführlichen Diskussion hierüber siehe: Simon 2014, S. 44 ff.

Umstand, dass die Zukunft der PpUGV ungewiss ist (aktuell ausgesetzt bis Ende 2020⁴), kann und sollte das Land im Sinne der Bevölkerung hier eigene Vorgaben machen.

Auf Bundesebene ist im Jahr 2017 mit der Einführung des § 137i im SGB V die Grundlage für die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) geschaffen worden. Allerdings muss hier festgehalten werden, dass durch die PpUG nur „das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden“ soll. Diese Zielsetzung ist in der Begründung des Änderungsantrags, auf dem die Schaffung des § 137i SGB V beruht, an zwei Stellen genauso formuliert. Die PpUG haben demnach einzig die Funktion, Patientengefährdung auszuschließen. Dem Anspruch der Patient/innen nach einer bedarfsgerechten Versorgung (u.a. § 12 KHG) werden die Untergrößen nicht gerecht und sollen es auch nicht. Aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage zum Thema „Personaluntergrößen und bedarfsgerechte Pflege“ geht noch einmal konkret hervor, dass eine bedarfsgerechte Versorgung nicht die Zielsetzung der PpUG ist:

„Ziel der Regelung ist vielmehr ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch eine Anhebung des Ausstattungsniveaus auf ein gesetzlich vorgeschriebenes Minimum, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Personalausstattung“ (BT-Drs. 19/2453, S. 5).

Erkennt das Land die Bedeutung von Pflegefachpersonen für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung an, so muss es weitgehender regulierend eingreifen. Dafür besitzt das Land entsprechende Regelungskompetenz und mit dem geplanten Landeskrankenhausesgesetz aktuell die beste Gelegenheit.

Bisher war das zentrale Argument gegen eine landesrechtliche Regelung, dass eine solche das Problem der Finanzierung vorgegebener Personalbesetzungsstandards nicht lösen könne. Dieses Argument kann mit Inkrafttreten des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) nicht länger gelten. In § 4 Absatz 8 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) heißt es:

„Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert.“

Die vollständige Finanzierung der Personalkosten von Pflegefachpersonen, die im Vergleich zum Bestand vom 31.12.2018 eingestellt werden oder deren Stellenanteile erhöht werden, ist laut bundesgesetzlicher Regulierung gesichert.

Wenn das Land Schleswig-Holstein anerkennt, dass eine Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan eine ausreichende Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ist und eine sowohl in der Anzahl als auch der Qualifikation ausreichende Personalbesetzung zu den zentralen Kriterien der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zählt, dann sollte eine bedarfsgerechte Personalbesetzung Inhalt des Krankenhausplans sein.

Wir regen an, eine Verpflichtung aller Plankrankenhäuser zur Anwendung einer vorgegebenen Methode der Personalbedarfsermittlung und die verbindliche Vorhaltung der mit dieser Methode ermittelten Personalbesetzung im LKHG zu verankern.

Teil 4 Förderung der Krankenhäuser

Die Förderung der Krankenhäuser kann und sollte in Bezug auf die Qualitätssicherung ebenso an personelle Anforderungen (Planstellen, tatsächlich vorgehaltenes Personal) für den Pflegedienst sowie für die weiteren für die Patient/innensicherheit und Versorgungsqualität maßgeblichen Gruppen geknüpft werden.

§ 20 Pauschale Förderung

Absatz 3:

In § 20 Absatz 3 sind Bemessungsgrundlagen für die Pauschalförderung aufgeführt. Neben den aufgeführten Kriterien „Planbetten, Fallzahlen, Ausbildungsplätze sowie Intensivbetten“, regen wir mit

⁴ http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl120s0596.pdf (09.07.2020).

Blick auf die Qualitätssicherung an, ebenso die Anzahl des vorgehaltenen Pflegepersonals sowie ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Personals im Verhältnis zu den Fallzahlen mit aufzuführen.

Teil 5 Pflichten der Krankenhäuser

§ 28 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

Absatz 2:

In § 28 Absatz 2 ist die Legitimierung der Mitaufnahme einer Begleitperson festgelegt. Die Mitaufnahme von Begleitpersonen von Patient/innen mit besonderem pflegerischen Betreuungsbedarf (gem. § 28 insbesondere Kinder, sterbende Patient/innen, Patient/innen mit Behinderung oder Menschen mit Demenz) stellt nicht allein eine „medizinische Notwendigkeit“ dar, sondern in erster Linie eine Notwendigkeit aus pflegfachlicher Perspektive. Aus Sicht des DBfK ist es daher unverständlich, warum einzig die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt diese pflegerische Notwendigkeit dokumentieren und befürworten soll. Wir schlagen daher folgende geänderte Formulierung (in Rot gekennzeichnet) des § 28 Absatz 2 vor:

*„Die medizinische Notwendigkeit ist von der verantwortlichen **Pflegfachperson** oder Ärztin oder dem verantwortlichen Arzt im Krankenhaus zu dokumentieren. Im Übrigen ist die Mitaufnahme einer Begleitperson zu ermöglichen, wenn hierdurch die Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt wird*

1. bei Kindern,
2. bei sterbenden Patientinnen und Patienten,
3. bei Patientinnen und Patienten mit Behinderung, oder
4. **Menschen mit Demenz**

*soweit die verantwortliche **Pflegfachperson** oder die verantwortliche Krankenhausärztin oder der verantwortliche Krankenhausarzt dies aufgrund der Art und der Schwere der Behinderung oder der Schwere der Demenz befürwortet.“*

Teil 6 Krankenhausstruktur

§ 34 Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die verbindliche Beteiligung der leitenden Pflegefachperson in der Betriebsleitung. Das unterstreicht die Bedeutung der Pflegefachpersonen neben den übrigen für die Patient/innensicherheit und Versorgungsqualität maßgeblichen Gruppen. Wir regen daher an, auch in der Überschrift zu § 34, den Pflegedienst ausdrücklich zu benennen (Änderung in Rot gekennzeichnet):

*„§ 34 Betriebsleitung, ärztlicher, **pflegerischer** und psychotherapeutischer Dienst“*

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Bad Schwartau, 09. Juli 2020

Swantje Seismann-Petersen
Pflegefachfrau
Stellv. Vorsitzende des DBfK Nordwest e.V.

Sandra Mehmecke, M.A.
Pflegefachfrau
Referentin DBfK Nordwest e.V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.

Regionalvertretung Nord | Am Hochkamp 14 | 23611 Bad Schwartau | Telefon: +49 511 696844-0 |
E-Mail: nordwest@dbfk.de | www.dbfk.de

Quellen

Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S. (Hrsg.) (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. Bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R unipress, S. 133-154.

Braun, B. Klinke, S.; Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 15, Nr. 1, S. 5-19.

Bundesdrucksache (BT-Drs.) 19/2453 (2019): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 19/2152. Personaluntergrenzen und bedarfsgerechte Pflege. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/024/1902453.pdf> (09.07.2020).

Isfort, M.; Weidner, F. u.a.; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (Hrsg.) (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (09.07.2020).

Simon, M.; Sharma, N.; Gerfin, M. (2020): Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitalern: Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik. Verfügbar unter: https://www.sbk.ch/files/sbk/politik/Volksinitiative/Factsheets/2020_01_13_V2_Pubvers_Datenanalyse_Pflegeinitiative_SBK_01.pdf (09.07.2020).

Simon, M. (2019): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Dieterich, A.; Braun B.; Gerlinger, Th.; Simon, M. (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer-VS, S. 219-251.

Simon, M.; Mehmecke, S. (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Simon, M. (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag. Verfügbar unter: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Personalbesetzungsstandards+für+den+Pflegedienst+der+Krankenhäuser:+Zum+Stand+der+Diskussion&ie=UTF-8&oe=UTF-8#> (09.07.2020).

Statistik Nord (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein) (Hrsg.) (2019): Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2018/2019. Verfügbar unter: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Jahrbücher/Schleswig-Holstein/JB18SH_Gesamt_korr.pdf (09.07.2020).

Wynendaale H; Willems R; Trybou J. (2019): Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. In: Journal of Nursing Management. Jg. 27, Nr. 5, S. 896-917.