
Methodik der Kalkulation des Pflegeaufwands und des Pflegepersonalquotienten in Bezug auf die Nutzung im Rahmen des geplanten § 137j SGB V

Stand: Kabinettsentwurf vom 01.08.2018

**Gutachten im Auftrag
der Deutschen
Krankenhausgesellschaft**

Dr. med. Wolfgang Fiori

Dr. med. Holger Bunzemeier

Prof. Dr. med. Norbert Roeder

Roeder & Partner

DRG-Research-Group

Am Dorn 10, 48308 Senden

September 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Geplante gesetzliche Änderung	3
2	Ermittlung des Pflegeaufwands	6
2.1	Ausgangslage	6
2.2	Pflegelastkatalog Version 0.99	6
2.2.1	REPRÄSENTATIVITÄT DER DATEN	7
2.2.2	PFLEGEKOSTEN UND RESULTIERENDE PFLEGELAST	8
2.2.3	INTENSIVSTATIONEN IM G-DRG-SYSTEM	13
2.2.4	PFLEGELAST UND KONSTRUKTION DER DRGs	15
2.2.5	TAGESBEZOGENER PFLEGEAUFWAND UND PFLEGELAST PRO BELEGUNGSTAG	16
2.2.6	TAGESBEZOGENE PFLEGEKOSTEN UND NOTAUFNAHMEN	17
2.2.7	PFLEGELAST FÜR ZEITRÄUME OHNE PFLEGEBEDARF	17
2.2.8	ABLEITUNG VON BEWERTUNGSRELATIONEN	18
2.2.9	UMGANG MIT ZUSATZENTGELTEN	18
2.3	Entwicklung der Pflegeaufwandkataloge im Zuge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG	19
2.4	Normierung des Pflegeaufwandkatalogs	21
2.5	Pflegeaufwand, Validität der Daten und Fallprüfungen	23
2.6	Unfertige Leistungen	24
3	Ermittlung des Pflegepersonalquotienten	26
3.1	Zeitliche Dimensionen	27
3.2	Definition der Pflege	29
3.3	Aufgaben und Qualifikation der Pflege	31
3.4	Personalverlagerungen	32
3.5	Pflegepersonalquotient, Versorgungsqualität und Patientensicherheit	34
4	Sanktionen	37
5	Anreize	39
6	Fazit	41
7	Quellenverzeichnis	43

Abkürzungsverzeichnis

BSG	Bundessozialgericht
CMI	Case-Mix-Index (Quotient aus Summe der Bewertungsrelationen und der Fallzahl, entspricht der mittleren Bewertungsrelation)
DRG	Diagnosis Related Group, Fallpauschale
etc.	et cetera
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Group, Deutsches DRG-System
IMC	Intermediate Care
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH („DRG-Institut“ der Selbstverwaltungspartner)
i.V.m	in Verbindung mit
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
o.g.	oben genannt
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PrüfvV	Prüfverfahrenvereinbarung
PPR	Pflegepersonal-Regelung: Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz
PpUG	Pflegepersonaluntergrenzen
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
s.	Siehe
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
TIA	Transitorische ischämische Attacke (Durchblutungsstörung im Gehirn)
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

1 Geplante gesetzliche Änderung

Mit der geplanten Neueinführung des § 137j SGB V mit Artikel 7 Nr. 12 des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG)¹ will der Gesetzgeber ergänzend zu den Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (§ 137i SGB V) ein weiteres Instrument einführen, das auf die Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus fokussiert. Der § 137j SGB V war im Referententwurf zum PpSG noch nicht enthalten.

Mit der Neuregelung sollen nach dem Gesetzestext und Begründung des Kabinettsentwurfs insbesondere folgende Ziele erreicht werden:

- Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern
- Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität
- Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung

Der § 137j SGB V sieht vor, dass ein **Pflegepersonalquotient** ermittelt wird, für den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze festgelegt werden soll.

Der Pflegepersonalquotient errechnet sich jährlich neu aus dem Verhältnis der Anzahl der **Vollzeitkräfte im Pflegedienst** zu dem **Pflegeaufwand** auf der Ebene eines Gesamtkrankenhauses.

$$\text{Pflegepersonalquotient} = \text{Vollzeitkräfte} / \text{Pflegeaufwand}$$

Für den Zähler des Pflegepersonalquotienten sind nach dem Gesetzestext die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte (§ 21 Abs. 2 Nr. 1 e) KHEntgG) zugrunde zu legen.

Der Pflegeaufwand soll auf Grundlage eines vom InEK zu entwickelnden Pflegeaufwandkatalogs festgestellt werden und in Bewertungsrelationen ausgedrückt werden. Der Pflegepersonalquotient ist damit ein abstrakter Wert. Der Pflegeaufwandkatalog soll erstmalig bis zum 31.05.2020 erstellt werden.

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist von den Regelungen des § geplanten 137j SGB V nicht betroffen. In diesem Versorgungsbereich soll den Personalvorgaben des G-BA nach § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V nicht vorgegriffen werden.

¹ Stand Kabinettsentwurf vom 1. August 2018

Ebenso gelten die Personalvorgaben des G-BA im Rahmen anderer Richtlinien (z.B. Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene) unverändert fort.

Das InEK soll die Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser berechnen und die Ergebnisse an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie die Vertragsparteien auf Bundesebene (nach § 9 KHEntgG) und von diesen wiederum an die jeweils zuständigen Landesbehörden und die lokalen Vertragsparteien (nach § 11 KHEntgG) weiterleiten.

Auf Grundlage der übermittelten Pflegepersonalquotienten soll das BMG ermächtigt werden, per Rechtsverordnung eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, die nicht unterschritten werden darf. Die Untergrenze soll so festgelegt werden, dass „widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist.“² Die Vermutung eines unangemessenen Verhältnisses zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegeaufwand soll durch das Krankenhaus widerlegt werden können, wenn „es durch Tatsachen nachweist, dass auf Grund besonderer Umstände ausnahmsweise eine angemessene Pflegepersonalausstattung vorliegt“³.

Neben der Untergrenze soll die Rechtsverordnung auch noch das Nähere zu den für das Budgetjahr 2020 von den lokalen Vertragspartnern (nach § 11 KHEntgG) zu vereinbarenden Sanktionen und zur geeigneten Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser regeln. Die Rechtsverordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Spätestens nach drei Jahren ist die Notwendigkeit der Anpassung (oder Aussetzung) der Untergrenze durch das BMG zu überprüfen.

Ungeachtet der Neuregelung im § 137j SGB V erfolgt die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen für das Jahr 2019 auf Grundlage der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)⁴ und vorgesehenen Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene bzw. der Schiedsstelle. Eine Streichung oder Anpassung der Regelungen des § 137i SGB V ist im Kabinettsentwurf des PpSG nicht enthalten, so dass Pflegepersonaluntergrenzen nach derzeitigem Stand auch über das Jahr 2019 hinaus parallel zum § 137j SGB V weitergelten. In der Begründung zur PpUGV⁵ geht der Ordnungsgeber davon aus, dass ab 2020 die Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen [in pflegesensitiven Bereichen] wieder durch die Vertragsparteien auf Bundesebene erfolgen wird. Der Ordnungsgeber rechnet dabei mit einer Erweiterung um zusätzliche

² Geplanter § 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V (PpSG, Stand Kabinettsentwurf vom 1. August 2018)

³ Aus der Gesetzesbegründung zum geplanten § 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V (PpSG, Stand Kabinettsentwurf vom 1. August 2018)

⁴ Stand Referentenentwurf vom 23.08.2018

⁵ Siehe Begründung zum § 9 Abs. 2 PpUGV

Geplante gesetzliche Änderung

pflegesensitive Bereiche sowie eine weitere Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach dem Pflegeaufwand bzw. dem Schweregrad.

2 Ermittlung des Pflegeaufwands

2.1 Ausgangslage

Zur Ermittlung des Pflegeaufwands soll das InEK jährlich – erstmalig zum 31.05.2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands erstellen. Mit diesem sollen **tagesbezogen** für die **Entgelte nach § 17b Absatz 1 KHG** die durchschnittlichen pflegerischen „Leistungen“ bzw. Aufwände abbildbar sein. Mit Hilfe des Pflegeaufwandkatalogs und krankenhausindividuellen Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG soll sich der im einzelnen Krankenhaus notwendige Pflegeaufwand berechnen lassen. Weitere Vorgaben zur methodischen Ermittlung des Pflegeaufwandkatalogs finden sich im Gesetzesentwurf und seiner Begründung nicht.

In Bezug auf die Entwicklung des Pflegeaufwandkatalogs verweist die Gesetzesbegründung auf die Vorarbeiten des InEK im Rahmen der Risikoadjustierung für die Vereinbarung nach § 137i SGB V. Es ist daher davon auszugehen, dass dem Gesetzgeber ein dem Pflegelastkatalog (Version 0.99) vergleichbares Instrument vorschwebt.

Auch § 4 des Referentenentwurfes zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) thematisiert den „Pflegeaufwand“, der explizit mit Hilfe des „Pflegelastkatalogs“ des InEK noch in der alten Version 0.99 ermittelt und unter Nennung der Namen der Krankenhäuser bis zum 15. Februar 2019 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht werden soll.

Aus der gesetzlichen Vorgabe des Zeitpunkts der Veröffentlichung des **Pflegeaufwandkatalogs** (31.05.) ist jedoch davon auszugehen, dass der Gesetzgeber keine Zusammenführung mit dem parallel vom InEK zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG zu entwickelnden **Pflegeerlöskatalog** nach § 17b Absatz 4 Satz 5 KHG anstrebt. Letzterer soll jährlich zusammen mit dem DRG-Katalog veröffentlicht werden.

Da bislang noch kein Pflegeaufwandkatalog bzw. Pflegelastkatalog in der Version 1.0 veröffentlicht wurde, erfolgt im Weiteren eine methodische Auseinandersetzung mit dem Pflegelastkatalog in der Version 0.99.

2.2 Pflegelastkatalog Version 0.99

Der Pflegelastkatalog (Version 0.99) wurde vom InEK zur Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand entwickelt und am 3. April 2018 zusammen mit Erläuterungen zur Kalkulation des Katalogs veröffentlicht. Der Pflegelastkatalog weist für jede G-DRG der G-DRG-Version 2018 Bewertungsrelationen pro Belegungstag als Aufwandsäquivalente für Pflegeleistungen auf Normal- und Intensivstationen aus. Für die weiteren Entgelte nach § 17b Absatz 1 KHG (teilstationäre Vergütungen, Zusatzentgelte,

Leistungen „Besonderer Einrichtungen“), die nach dem Gesetzentwurf vom Pflegeaufwandskatalog nach § 137j SGB V ebenfalls umfasst sein sollen, findet sich noch keine (tagesbezogene) Ausweisung des Pflegeaufwands in der Version 0.99 des Pflegelastkatalogs. Für wenige ausgewählte Zusatzentgelte (PKMS, Pflegegrade, Palliativmedizin), die in hohem Maß zur Abbildung von Pflegeaufwand dienen, wurde die Pflegelast fallbezogen ausgewiesen.

Bezüglich des Umgangs mit belegärztlichen Leistungen, bei denen zum Teil eigenständige Kalkulationen im G-DRG-System erfolgen, finden sich in den Erläuterungen zur Kalkulation des Pflegelastkatalogs keine Informationen. Da jedoch bei der belegärztlichen Versorgung nicht nur von Unterschieden in der Verweildauer, sondern auch von einer Fallselektion in Bezug auf die in einer G-DRG zusammengefassten Fallkollektive und damit eines Pflegeaufwands pro Belegungstag auszugehen ist, erscheint eine getrennte Kalkulation notwendig.

Die im Pflegelastkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen wurden nach ergänzenden Plausibilisierungen aus den DRG-Kalkulationsdaten des Leistungsjahrs 2016 berechnet, die auch zur Kalkulation des G-DRG-Systems 2018 genutzt wurden. Die Bewertungsrelationen ergeben sich aus den mittleren Pflegekosten pro Belegungstag, getrennt nach Normal- und Intensivstation. Dort, wo es vom InEK als notwendig erachtet wurde, erfolgte eine zusätzliche Differenzierung nach dem Patientenalter (< 16 Jahre/≥ 16 Jahre) auf Ebene der einzelnen G-DRGs. Die Pflegepersonalkosten in der Kostenstellengruppe 13 „Patientenaufnahme“ (Zeile 13) wurden zur Berechnung der Pflegelast unter Berücksichtigung der Verweildauer anteilig der Normalstation bzw. der Intensivstation zugeordnet (analoges Vorgehen für die Pflegepersonalkosten in der Kostenstellengruppe 3 „Dialyse“). Zur Überführung der Kosten in dimensionslose Bewertungsrelationen wurden die mittleren Kosten durch den Korrekturwert geteilt, der im Rahmen der Sachkostenkorrektur⁶ eingeführt wurde. Für das G-DRG-System 2018 und damit für den Pflegelast-Katalog 0.99 kam der Korrekturwert von 2.932,96 € zum Einsatz. Werden die im Pflegelast-Katalog gelisteten Bewertungsrelationen mit 2.932,96 € multipliziert, resultieren daraus die mittleren Pflegekosten pro Belegungstag der Kalkulationsdaten aus 2016.

2.2.1 Repräsentativität der Daten

Zur Berechnung der Pflegelast wurden die Kostendaten verwendet, die auch zur Kalkulation der Fallkosten im G-DRG-System herangezogen wurden. Das G-DRG-System wurde bislang auf Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten aus ca. 250 Krankenhäusern kalkuliert. Diese bilden ca. 20 Prozent aller deutschen Behandlungsfälle ab. In Zukunft kann aufgrund der Verpflichtung einzelner Krankenhäuser zur Teilnahme an der DRG-Fallkostenkalkulation mit dem Ziel der Erhöhung der Re-

⁶ § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG

präsentativität⁷ mit einer leicht steigenden Quote gerechnet werden. Die Verpflichtung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der DRG-Fallkostenkalkulation dient bislang vornehmlich dazu, Hauptleistungserbringer für spezielle DRGs, für die eine nicht repräsentative Stichprobe vermutet wird, zu gewinnen. Im Hinblick auf die Versorgungsstruktur generell ist weder von einer Repräsentativität auszugehen, noch erscheint es unter Aufwandsaspekten sinnvoll, eine solche herzustellen. Kleine Krankenhäuser mit ihren Personalstrukturen dürften unterrepräsentiert sein und dies weiterhin auch bleiben.

2.2.2 Pflegekosten und resultierende Pflegelast

Die Krankenhäuser folgen bei der Kalkulation den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs. Hier wird im Detail festgelegt, wie die Kosten der Leistungsbereiche auf den einzelnen Behandlungsfall zu verrechnen sind. Der Kalkulation liegt das Prinzip einer Vollkostenrechnung mit Ist-Kostendaten zugrunde. Sofern mit Ganzjahresdaten auf Ist-Kostenbasis kalkuliert werden soll, ist ein zweijähriger Verzug zwischen dem Jahr der Leistungserbringung und Kostenentstehung sowie der Anwendung der auf dieser Basis entwickelten G-DRG-Version nicht zu verhindern. Erst nach Ablauf eines Leistungsjahres können die Krankenhäuser die tatsächlich anfallenden fallbezogenen Kostendaten final ermitteln und diese dem InEK zur weiteren Verwendung zur Verfügung stellen. Nicht DRG-relevante Kosten, wie z.B. Investitionskosten, bleiben bei der Kalkulation ebenso unberücksichtigt, wie sogenannte Soll-Kosten für z.B. nicht besetzte Personalstellen. Die realen Pflegekosten haben damit keinen direkten Bezug zu einem Pflegebedarf.

Für die fallbezogene Kostenzuordnung der Personalkosten des Pflegedienstes werden Kalkulationssätze anhand geeigneter Bezugsgrößen (Aufwandsäquivalente) gebildet, wie z.B. der PPR-Minuten (Pflegepersonalregelung), der LEP-Leistungsdokumentation (Leistungserfassung in der Pflege) oder mindestens ähnlich differenzierten Instrumenten. Die Kalkulationssätze werden berechnet, in dem die Gesamtkosten des Pflegedienstes durch die Summe der Aufwandsäquivalente (z.B. die Summe der PPR-Minuten aller Patienten) geteilt werden. Für die Zuweisung von Pflegekosten auf den Einzelfall sind daher neben der Verweildauer und der PPR-Einstufung (oder alternativer Systeme) die Gesamtkosten des Pflegedienstes und in hohem Maß auch die Auslastung der Stationen, d.h. die tatsächliche Nutzung der Personalvorhaltung maßgeblich, denn diese bestimmen die Höhe der Kalkulationssätze. Hohe Kosten für eine Vorhaltung bei geringer Auslastung führen zu hohen Kalkulationssätzen. Niedrige Pflegepersonalkosten bei hohem Pflegeaufwand führen hingegen zu niedrigen Kalkulationssätzen. Die Aufwandsäquivalente werden **nicht zur Kalkulation eines Pflegebedarfs** pro Fall herangezogen.

⁷ § 17b Abs. 3 Satz 6f. KHG

Die Kosten werden nach Kostenartengruppen, wie z.B. Kosten für den Ärztlichen Dienst, Pflegedienst oder Arzneimittel und Leistungsbereichen, wie z.B. Normal-, Intensivstation oder OP-Bereich gegliedert. Für die Zuordnung der Fallkosten in der Pflege werden unterschiedliche Vorgaben gemacht. Die Zuordnung folgt zunächst der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV), wobei auch bewusst Abweichungen erfolgen. In die Felder der Spalte 2 (Personalkosten Pflegedienst) sollen im Wesentlichen nur Kosten für die „Pflege am Bett“ gebucht werden. Entsprechend finden sich die Kosten für die Pflege im OP, in der Anästhesie, in Funktionsbereichen, Bluttransfusionsdienst und im Kreißaal nicht in Spalte 2, sondern werden als Funktionsdienst **zusammen** mit den Kosten für medizinisch-technisches oder Hilfspersonal in die Felder der Spalte 3 gebucht. Die Kosten für die Pflegedienstleitungen werden hingegen, wie die Kosten für in der medizinischen Dokumentation, im Qualitätsmanagement, Medizincontrolling, in der Sterilisation, in Sozialdienst oder Patientenbetreuung, in der Krankenhaushygiene, bei Krankentransporten oder in der Apotheke eingesetztes Pflegepersonal als Kosten medizinischer Infrastruktur in Spalte 7 gebucht. Auch in den Kosten der nicht-medizinischen Infrastruktur können sich Kosten für Pflegepersonal verbergen, so z.B. die Kosten der Pflegedirektion oder Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Krankenhäuser haben – auch auf Grund des Pflegepersonal mangels auf dem Arbeitsmarkt und der daraus resultierenden Problematik nicht zu besetzender, freier Pflegekraftstellen – zunehmend pflegeentlastende Berufsgruppen neu eingeführt. Während z.B. früher die Pflegekräfte den Patiententransport zum OP, zu Funktionsbereichen oder bei Verlegung auf andere Stationen häufig selbst übernommen haben, werden heute in einem Teil der Krankenhäuser diese Tätigkeiten durch eigenständige Transportdienste wahrgenommen. Auch andere neue Berufsgruppen wie Stationssekretärinnen, Case Manager oder Hauswirtschaftler werden in unterschiedlichem Ausmaß in den Krankenhäusern zur Entlastung der Pflege eingesetzt. Allerdings ist die Strukturierung des Personalkörpers auf den Stationen bestehend aus der Pflege und aus anderen Berufsgruppen in den Krankenhäusern sehr heterogen, so dass nicht von einer direkten Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern ausgegangen werden kann. Dies spiegelt sich dann auch in der Kalkulation des eigentlichen Pflegeaufwandes im Rahmen der DRG-Kalkulation, aber auch der aus der DRG-Kalkulation abgeleiteten Pflegelast wider.

In die Kalkulation der Pflegekosten im Rahmen der DRG-Kalkulation fließen damit **unterschiedliche Organisationsstrukturen der Krankenhäuser**, unterschiedliche Qualifikationsniveaus des Pflegepersonals, unterschiedliche Personalausstattungen sowie unterschiedliche Tarifstrukturen ein. Die Ergebnisse dieser Kalkulation spiegeln sich in den Bewertungsrelationen des Pflegelastkatalogs wider, die damit die Mischung in der Kalkulationsstichprobe repräsentieren. Für ein einzelnes Krankenhaus, das im Vergleich zum Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe bei den oben genannten Faktoren große Abweichungen zeigt, kann ein Vergleich der Pflegelast mit den krankenhausindividuellen Pflegekosten bzw. den Vollkräften in der Pflege damit zu unsachgerechten Schlussfolgerungen führen.

Ermittlung des Pflegeaufwands

		Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1	Normalstation		X	X								
2	Intensivstation		X	X								
3	Dialyse		X	X								
4	OP-Bereich											
5	Anästhesie											
6	Kardiologie											
7	Kreißaal											
8	Endoskopie											
9	Radiologie											
10	Laboratorien											
11	Diagnostische Bereiche											
12	Therapeutische Verfahren											
13	Patientenaufnahme		X	X								

Abbildung 1 Darstellung der zur Berechnung der Pflegelast verwendeten Kostenwerte aus den Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand – Pflegelast-Katalog Version 0.99, www.g-drg.de, markierte Felder: berücksichtigte Kosten

Bei der Berechnung einer Pflegelast oder eines Pflegeaufwands auf Grundlage der derzeitigen InEK-Kostenmatrix müssen zwangsläufig Kompromisse gemacht werden, weil die InEK-Kostenmatrix nicht zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten entwickelt wurde. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, gingen beispielsweise auch **Personalkosten des medizinischen Dienstes/Funktionsdienstes** aus Spalte 3 in die Berechnung der Pflegelast mit ein. Durch die Mitberücksichtigung der Spalte 3 kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass viele Krankenhäuser inzwischen vermehrt Personal zur Entlastung der Pflege (z.B. Stationshilfen) einsetzen, deren Kosten nicht in Spalte 2, sondern in Spalte 3 der Matrix zu buchen sind. Da das Ausmaß des Einsatzes von pflegeentlastendem Personal in Krankenhäusern unterschiedlich sein dürfte, erscheint es nachvollziehbar, die Kosten bei der Kalkulation der Pflegelast oder eines Pflegeaufwands mit zu berücksichtigen. Zu bedenken ist aber, dass in Spalte 3 der Matrix nicht nur die Kosten für pflegeentlastendes Personal, sondern auch für weiteres medizinisch-technisches Assistenzpersonal gebucht werden. Die undifferenzierte Berücksichtigung der Spalte 3 als Pflegekosten kann **bei G-DRGs, in denen vermehrt medizinisch-technisches Personal auf Normalstation eingesetzt wird, zu einer falsch hohen Pflegelast führen**. Als Beispiel hierfür können die G-DRGs für Untersuchungen und Einstellungen von Atemunterstützung im Schlaflabor gelten. Für diese Fallkollektive ist in der Regel von einem niedrigen Pflegebedarf auszugehen. Die Pflegelast auf der Normalstation bei Erwachsenen in den G-DRGs E63B und E78Z liegt jedoch in der Version 0.99 des Pflegelastkatalogs deutlich über der Pflegelast in den G-DRGs, die die Behandlung bei Multipler Sklerose (B68C/D bei PCCL <4), die Behandlung bei transitorisch ischämischen Attacken (TIA, PCCL < 4: B69A/C-D) oder die Behandlung des Schlaganfalls (bei Stroke-Unit Behandlung von 24-72h: B70D) abbilden.

G-DRG-Report-Browser 2018											Hauptabteilung		INEK			
E63B Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik																
04 MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane											Anz. DRGs:		65 N:	215.724		
Fallkosten	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/Sachkosten		Summe				
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.-techn. Funktionsdienst	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf			med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur					
				Gemeinkosten	Einzelkosten		Gemeinkosten	Einzelkosten	Leistung durch Dritte							
1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8						
01. Normalstation	141,62	112,42	170,42	6,60	0,09	0,00	32,61	1,38	7,84	80,99	249,19	803,16				
02. Intensivstation	1,06	2,19	0,01	0,13	0,00	0,00	0,23	0,03	0,00	0,42	0,83	4,90				
04. OP-Bereich	0,11	0,00	0,12	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	0,00	0,03	0,04	0,34				
05. Anästhesie	0,22	0,00	0,18	0,01	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,02	0,05	0,52				
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,41	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,01	0,04	0,17	0,80				
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,60	0,00	0,52	0,01	0,00	0,00	0,21	0,02	0,00	0,24	0,28	1,88				
09. Radiologie	1,33	0,00	1,82	0,01	0,00	0,00	0,24	0,09	0,52	0,53	0,95	5,49				
10. Laboratorien	0,42	0,00	5,26	0,12	0,00	0,00	3,61	0,02	1,69	0,55	2,49	14,16				
11. Diagnostische Bereiche	27,61	0,60	33,28	0,50	0,00	0,00	5,63	0,00	0,03	6,78	15,13	89,56				
12. Therapeutische Verfahren	1,13	0,08	5,26	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,02	0,16	1,17	7,85				
13. Patientenaufnahme	4,93	2,04	4,36	0,13	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	1,25	3,31	16,66				
Summe	179,44	117,33	221,37	7,51	0,10	0,00	43,28	1,56	10,11	91,01	273,61	945,32				

Abbildung 2 InEK-Kostenmatrix für die G-DRG E63B (G-DRG-Browser Version 2016/18)


Beim Blick auf die InEK-Matrix (Abbildung 2) für die G-DRG E63B erklärt sich dies durch hohe Kosten in Spalte 3 im Kostenbereich Normalstation. Hierbei wird es sich weit überwiegend um Kosten für medizinisch-technisches Assistenzpersonal handeln, das zur Durchführung der die DRG-Leistung beschreibenden Polysomnographie eingesetzt wird. Um Kosten für „Pflege am Bett“ im engeren Sinn dürfte es sich nicht handeln. Interessanterweise findet sich diese Verteilung für die fallzahlschwächere aber leistungsverwandte G-DRG E78Z (Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage) trotz vergleichbarer Pflegelast nicht.

Auch zeigt sich an den Beispielen der G-DRGs E63B und E78Z, **dass wahrgenommene Alternativen bei der Zuordnung zu den Kostenbereichen einen Einfluss auf die Pflegelast nehmen können**. Abhängig davon, wo die Kosten der schlafmedizinischen Untersuchungen gebucht werden, entscheidet sich ob die Kosten für den medizinisch-technischen Dienst sich im Kostenbereich „Normalstation“ (Zeile 1) oder im Kostenbereich „Diagnostische Bereiche“ (Zeile 11) abbilden. Nach dem Kalkulationshandbuch sollten die Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes/Funktionsdienstes des Schlaflabors dem Kostenbereich „Normalstation“ (Zeile 1) zugeordnet werden und vollständig in die Berechnung der Pflegelast eingehen.

Die Zuordnung zu den Matrixfeldern bei der DRG-Fallkostenkalkulation ist entsprechend fehleranfällig. Im InEK werden zwar zunehmend striktere Plausibilitätskontrollen durchgeführt, es ist aber fast unmöglich, Kalkulationsfehler, die nicht zu groben Fehlern und damit Auffälligkeiten führen, zu detektieren. Die meisten Fehler spielen bei einer Betrachtung der **Gesamtfallkosten** eine untergeordnete Rolle. Je mehr jedoch auf einzelne Matrixfelder fokussiert wird, umso stärker wirken sich Kalkulationsfehler aus. Das Problem der Plausibilisierung auf Ebene der einzelnen Matrixfelder wird vom InEK auch in den Schlussbemerkungen in den Erläuterungen zur Kalkulation des Pflegelastkatalogs selbst thematisiert. Als Beispiel können hier die

Ermittlung des Pflegeaufwands

hoch exklusiven G-DRGs der Nuklearmedizin herangezogen werden. So liegen die Werte für die Pflegelast mit 0,0353 (G-DRG Z64B) bis 0,0451 (G-DRG K15A) deutlich über dem Median aller DRGs von 0,03125. Patienten in der Nuklearmedizin werden fast ausschließlich aufgrund des Strahlenschutzes der Umgebung auf Spezialstationen mit der Möglichkeit einer Abwasser-Dekontamination aufgenommen. Die Hospitalisierung erfolgt nur für die Durchführung der Diagnostik bzw. Therapie, die – im Gegensatz beispielsweise zu einer Operation – in der Regel keine bedeutenden pflegerischen Betreuungen der Patienten auslöst. In anderen Ländern mit niedrigeren Anforderungen an den Strahlenschutz erfolgt die Diagnostik bzw. Therapie sogar ambulant. Es wäre medizinisch deshalb eine sehr geringe Pflegelast zu erwarten. Möglicherweise erklärt sich die hohe Pflegelast auch aus vergleichsweise kleinen Stationsgrößen in der Nuklearmedizin, die häufig mit höheren Vorhaltungen pro Patient bei geringer Auslastung verbunden sind. Es sind jedoch auch Kalkulationsfehler oder –unschärfen in der Matrixzuordnung wahrscheinlich.

G-DRG-Report-Browser 2018												Hauptabteilung 			
K15D Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung												DRG	Modul 1.2	Modul 1.3	% 3/2
10 MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten												K09A	1965,51	83,47	4,2%
Anz. DRGs: 39 N: 87.907												K09B	1441,76	58,99	4,1%
												K09C	589,79	37,98	6,4%
												K09D	346,38	25	7,2%
												K14Z	489,47	28,78	5,9%
												K15A	470,66	81,75	17,4%
												K15B	586,28	61,61	10,5%
												K15C	487	95,1	19,5%
												K15D	663,15	219,44	33,1%
												K15E	432,29	123,48	28,6%
												K25Z	2744,92	99,23	3,6%
												K33Z	1636,36	51,75	3,2%

Fällkosten	Personalkosten				Sachkosten				Personalsachkosten		Summe	
	Ausweiser Dienst	Pflegedienst	med-techn. Funktionsdienst	Aznenmittel	Implantate	übriger medizinischer Bedarf	med. Infrastruktur	nicht-med. Infrastruktur	med. Infrastruktur	nicht-med. Infrastruktur		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
01. Normalstation	458,11	683,15	219,44	102,59	129,14	0,00	88,99	0,04	0,00	291,88	801,55	2.734,88
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,03
09. Radiologie	59,06	0,00	64,25	3,31	69,55	0,00	30,19	0,82	0,19	39,52	46,71	314,00
10. Laboratorien	1,83	0,00	7,06	0,10	0,00	0,00	7,97	0,00	1,80	2,98	2,95	24,37
11. Diagnostische Bereiche	0,75	1,02	1,64	0,02	0,00	0,00	0,30	0,00	3,23	0,48	0,94	8,39
13. Patientenaufnahme	2,16	0,28	1,83	0,05	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,79	1,87	8,81
Summe	522,52	664,45	294,02	106,07	198,69	0,00	107,78	0,86	6,05	336,51	863,82	3.088,57

Abbildung 3 Kostenmatrix der G-DRG K15D (Radiojodtherapie bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen) und Kosten-/verhältnisse der Module 1.2/1.3 für die G-DRGs K09A bis K33Z: auffällig sind die vergleichsweise hohen Kosten in den Modulen 1.3 und 1.4a/1.4b. Denkbar ist, dass relevante Anteile an diese Kosten dem Bereich „Radiologie“ hätten zugewiesen werden müssen.

In der Kostenmatrix der G-DRG K15D für die Radiojodtherapie bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen ist ebenfalls das ungewöhnlich hohe Verhältnis der Kosten des medizinisch-technischen und Funktionsdienstes (Spalte 3 der Kostenmatrix) in Bezug auf die Kosten der Pflege auf Normalstation auffällig. Es ist zwar möglich, dass in der Nuklearmedizin auch vielfach Hilfspersonal statt examinierter Pflegekräfte eingesetzt wird, die Summe der Kosten aus Spalte 2 und 3 im Kostenbereich „Normalstation“ der InEK-Matrix ist jedoch unerwartet hoch. Denkbar wären daher auch Fehler bei der Zuordnung von Kosten zum Kostenbereich „Normalstation“ auf der die nuklearmedizinische Therapie in der Regel erfolgt. Nach dem Kalkulationshandbuch wären die Kosten, die mit der nuklearmedizinischen Therapie einhergehen, in den Kostenbereich 9 („Radiologie“) zu buchen und gingen entsprechend nicht in die Pflegelast mit ein. Dafür, dass auch Kalkulationsfehler zu der auffällig hohen Pflegelast beigetragen haben, spricht, dass offensichtlich auch die Kosten für die Radiopharmaka von vielen Kalkulationskrankenhäusern dem Kostenbereich „Normalstation“ statt dem Kostenbereich „Radiologie“ zugeordnet werden.

Inwiefern Repräsentativität und Kalkulationsfehler einen systematisch verzerrenden Einfluss auf die berechnete Pflegelast haben, oder sich auf Ebene eines Gesamtkrankenhauses ausgleichen können, muss offenbleiben. Krankenhäuser mit Schlaf-labordiagnostik oder Radiojodtherapie werden nach derzeitiger Methodik der Ermittlung der Pflegelast und des Pflegepersonalquotienten sicherlich benachteiligt, sofern die Zahl der Vollkräfte der Pflege, wie nach derzeitigem Stand zu erwarten ist, ausschließlich aus den im „Pflegedienst“ beschäftigten Personen abgeleitet wird.

Festzuhalten ist auf alle Fälle, dass in die Pflegelast mit den Personalkosten für den medizinisch-technischen Dienst/Funktionsdienst auch anderes Personal eingeht, als in die Ermittlung der Vollkräfte im Pflegedienst. Die Vollkräfte im Pflegedienst daher im Pflegepersonalquotienten in Bezug zur Pflegelast zu setzen, birgt damit die Gefahr systematischer Verzerrungen.

2.2.3 Intensivstationen im G-DRG-System

Der Pflegelastkatalog (Version 0.99) weist eigene tagesbezogene Bewertungsrelationen für die „Intensivstation“ aus. Entgegen dem intuitiven medizinischen Verständnis dieser Begrifflichkeit, umfasst der Kostenbereich „Intensivstation“ nicht nur „echte Intensivstationen“ (beispielsweise Stationen, auf denen die OPS-Kodes für Intensivtherapie kodiert werden dürfen), sondern alle Leistungseinheiten, auf denen „Patienten mit *spezieller* Pflegeintensität“ versorgt werden. Der Kostenbereich „Intensivstation“ umfasst unter anderen folgende Leistungseinheiten:

- Intensivbehandlung
- Intensivüberwachung
- Neonatologische Intensivstation
- Kardiologische Wacheinheit (Coronary/Cardiac Care Unit)
- Chest Pain Unit (CPU)
- Intermediate Care (IMC)
- Stroke Unit
- Beatmungsentwöhnung (Weaning) mit intensivmedizinischer Versorgung
- Verbrennungen mit intensivmedizinischer Versorgung
- Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte mit intensivmedizinischer Versorgung
- Frührehabilitation mit intensivmedizinischer Versorgung

Damit dürfte die Definition dieses Kostenbereichs nicht mit der Vorstellung des Verordnungsgebers von einem „pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin“ für die PpUGV übereinstimmen.

Intensivstationen sind in Deutschland sehr unterschiedlich u.a. in Abhängigkeit von der Versorgungsstufe und von der Größe eines Krankenhauses strukturiert. Kleinere Krankenhäuser verfügen in der Regel über eine gemischte interdisziplinäre (chirurgisch / internistische) Intensivstation. Auf dieser werden häufig intensiv zu therapierende Patienten, aber auch Überwachungspatienten behandelt, die keine spezifische Intensivtherapie benötigen. In größeren Häusern findet sich häufig eine Trennung von chirurgischen und internistischen Intensivstationen, zusätzlich existieren zum

Teil Intensivüberwachungsbereiche (IMC – Intermediate Care Stationen). In diesen Häusern ist die durchschnittliche Komplexität der Patientenbetreuung und damit auch der Pflegeaufwand auf den eigentlichen Intensivstationen deutlich höher als auf IMC-Stationen und benötigt andere Personalressourcen, als dies in Häusern mit gemischten, interdisziplinären Intensivstationen der Fall ist. Somit ist eine direkte Vergleichbarkeit von Intensivstationen innerhalb eines Krankenhauses und zwischen Krankenhäusern nicht gegeben.

Es ist offensichtlich, dass in den **unterschiedlichen Strukturen unterschiedliche Personalschlüssel** zum Einsatz kommen, die in Abhängigkeit von Auslastung und Gewichtungsfaktoren sowie dem patientenseitigen Bedarf auch unterschiedlich zur Ausweisung der Pflegelast auf der Ebene einzelner G-DRG beitragen. In der Neonatologie ist dies unschädlich, da mit den betroffenen G-DRGs bereits eine exklusive Abbildung neonatologischer Stationen erfolgt. Hier könnte jedoch ein **krankenhaus-individuelles Verlegungsmanagement** (bei welchem Zustand wird eine Verlegung auf Normalstation für ausreichend sicher befunden) einen Einfluss auf die berechnete Pflegelast der Fälle haben.

Für die meisten anderen G-DRGs liegt der ausgewiesenen Bewertungsrelation für die Pflegelast auf „Intensivstation“ die Mischung der in die Kalkulation eingegangenen Fälle vor. Einzelne Krankenhäuser, für die eine Pflegelast berechnet werden soll, weisen in der Regel eine **abweichende Zusammensetzung der Intensivstationstage** auf. Die **Strukturen des individuellen Krankenhauses** bestimmen dabei häufig, welche „Intensivstationstypen“ überhaupt vorliegen. Die G-DRGs für die Behandlung des akuten Schlaganfalls enthalten im Kostenbereich für die „Intensivstation“ (Zeile 2) sowohl die Pflegepersonalkosten für Aufenthalte auf der Stroke Unit als auch auf einer (neurologischen) Intensivstation. Die Mischung bei der Kalkulation der Pflegelast, muss nicht mit der Mischung im individuellen Krankenhaus übereinstimmen. Häufig dürften systematische Verzerrungen auftreten, die aufgrund der hohen Pflegelastwerte für die Intensivstation einen Einfluss auf die berechnete Pflegelast im Gesamthaus haben.

Auch ist denkbar, dass das Vorhandensein von Abstufungen der Intensität der Intensivtherapie und -observation auf Stationsebene einen Einfluss auf das krankenhaus-individuelle interne Verlegungsmanagement hat und damit mit darüber entscheidet, ab welchem medizinischen Zustand eine Behandlung auf einer Station erfolgt, die dem Kostenbereich „Normalstation“ bzw. „Intensivstation“ zuzuordnen wäre.

Es wäre nicht wünschenswert, dass zukünftig Anreize zu frühzeitigen Verlegungen, beispielsweise von Intermediate-Care-Station (IMC) auf Normalstation, erfolgen, um zu verhindern, dass für jeden weiteren Tag auf der IMC eine in hohem Maß durch Intensivtherapie geprägte Pflegelast entsteht. Krankenhäuser mit Leistungseinheiten, die zwar dem Leistungsbereich „Intensivmedizin“ zuzuordnen sind, aber medizinisch niedrigeren Pflegepersonalbedarf aufweisen, als dies aus dem Mittelwert der Bewertungsrelation des Pflegelastkatalogs hervorgeht, schaffen sich dann damit über den Pflegepersonalquotienten einen unrealistisch und medizinisch unnötig hohen Pflegepersonalbedarf.

2.2.4 Pflegelast und Konstruktion der DRGs

Die Kalkulation des Pflegelastkatalogs in der Version 0.99 basierte auf dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog. Das bedeutet, dass die Pflegelast, auch wenn sie tagesbezogenen oder unter Berücksichtigung des Alters und Verweildauern auf Intensivstationen ermittelt wird, für jede G-DRG festgelegt wird. § 137j SGB V sieht diese Struktur auch für den Pflegeaufwandkatalog vor, der für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 KHG tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbilden soll.

DRGs sind medizinökonomische **Fallpauschalen**, die **unterschiedliche medizinische Fallkollektive** aufgrund vergleichbarer **Gesamtfallkosten** zusammenfassen. Für die Bewertung der Kostenhomogenität von G-DRGs werden bislang ausschließlich die gesamten Fallkosten betrachtet und nicht einzelne Kostenkomponenten. Demnach werden in G-DRGs Fälle mit hohen Sachkosten und niedrigen Personalkosten zusammen mit Fällen mit niedrigen Sachkosten und hohen Personalkosten abgebildet, solange sie nur vergleichbare Gesamtkosten aufweisen. Neben der **Inhomogenität von Kostenarten** kann es zusätzlich zu einer **Inhomogenität von Verweildauern kommen**. Bei diesen Kondensationen werden aufwendiger aber kurz zu behandelnde Fälle mit weniger aufwendig, aber länger zu behandelnden Fällen zusammengefasst, weil diese in Bezug auf die Gesamtfallkosten als homogen imponieren. Regelmäßig kommt dies bei der Kondensation unterschiedlicher Altersgruppen vor. Werden Kosten hingegen, wie bei der Kalkulation der Pflegelast auf Tage hinuntergebrochen, entstehen auf Ebene der DRGs erhebliche Inhomogenitäten. Aus diesem Grund hat das InEK entschieden, eigene Pflegelastwerte für Patienten auszuweisen, die jünger als 16 Jahre sind, und im Ausblick der Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand⁸ noch weitere Altersstufen zur Diskussion zu stellen.

Letztlich bleibt es jedoch dabei, dass das G-DRG-System andere Funktionen erfüllen soll und nach anderen Prinzipien weiterentwickelt wird. Insbesondere die geplante Ausgliederung der Pflegedienstkosten der Patientenversorgung aus den G-DRGs wird dazu beitragen, dass besonderer pflegerischer Aufwand bei der Definition der G-DRGs keine Rolle mehr spielen wird. **Die Nutzung der fallpauschalierenden Entgelte nach § 17b Absatz 1 KHG zur Adjustierung eines tagesbezogenen Pflegeaufwands wird damit zukünftig fragwürdiger**. Zwar stellt der Pflegelastkatalog derzeit noch einen erheblichen Fortschritt im Vergleich zu einer Risikoadjustierung nach dem CMI dar, durch die Weiterentwicklung wird sich dies aber relativieren.

Insbesondere für Krankenhäuser mit hohem Spezialisierungsgrad muss damit gerechnet werden, dass die resultierende Pflegelast kein Benchmark für einen realen Pflegebedarf darstellen könnte.

⁸ InEK GmbH: Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand – Pflegelastkatalog Version 0.99, www.g-drg.de

Auch die begleitend zu der Ausgliederung vorgesehene Streichung von Prozedurenschlüssel, deren Dokumentation für die differenzierte Abbildung der Pflege im G-DRG-System nicht mehr erforderlich ist, wird dazu beitragen, dass besonderer pflegerischer Aufwand nicht mehr differenziert in der G-DRG-Systematik berücksichtigt würde. Der Gesetzgeber hat hier insbesondere den Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) im Fokus, wie der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist. Zwar erscheint zunächst das Beibehalten von Attributen wie dem PKMS denkbar, um eine sachgerechtere Zuordnungen von Pflegekosten für den Pflegeaufwand zu ermöglichen, letztlich wäre aber eine validere Kalkulation des Pflegeaufwands in der Praxis unwahrscheinlich. Die Erfassung des PKMS ist aufwendig und fehleranfällig. Die Erfassungsqualität, dürfte kaum steigen, wenn die Kodierung nur (negativen) Einfluss auf die berechnete Pflegelast und damit Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nähme, ohne die Erlöse zu steigern.

2.2.5 Tagesbezogener Pflegeaufwand und Pflegelast pro Belegungstag

Der Pflegelastkatalog in der Version 0.99 nutzt den Belegungstag als Basis für den tagesbezogenen Pflegeaufwand. Demnach geht der Pflegeaufwand an Entlassungstagen nur bei Fällen ein, die am selben Tag aufgenommen und entlassen werden (Tagesfälle). Ein Fall, der aufgenommen wird und kurz danach verstirbt oder weiterverlegt wird, weist damit die gleiche Verweildauer in Belegungstagen auf, wie ein Fall der morgens früh aufgenommen und am Folgetag abends entlassen wird. Je kürzer die Verweildauern in DRGs, umso weniger sachgerecht erscheint die Nutzung der Belegungstage für eine tagesbezogene Abbildung pflegerischer Leistungen, wie sie im Entwurf des § 137j SGB V gefordert wird.

Das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP-System), in dem ebenfalls ein Tagesbezug besteht, nutzt entsprechend Berechnungstage statt Belegungstage. Hinzu kommt, dass bereits im PEPP-System festgestellt wurde, dass nicht von einer Kostenhomogenität in Bezug auf den Verweildauertag ausgegangen werden kann. Systematisch sind im PEPP-System die initialen Berechnungstage mit höheren Kosten verbunden als Berechnungstage bei längerer Verweildauer. Was in der psychosozialen Medizin gilt, darf in der Somatik umso mehr zu erwarten sein. Aufnahmetage, Entlasstage, Tage nach invasiver Diagnostik/Therapie und Operationen dürften mit einem erheblich höheren Pflegeaufwand einhergehen als Tage, in denen die Hospitalisierung nicht mit hohem Pflegeaufwand einhergeht (z.B. lange präpartale Aufenthalte zur Verhinderung einer Frühgeburt) oder Tage mit Aufenthalten in Krankenhausstrukturen, die nicht in die Berechnung der Pflegelast mit eingehen sollen (z.B. Operationssaal, Funktionsbereiche, Kreißsaal).

Auch in Bezug auf krankenhauserne Verlegungen, die in hohem Maß von der Struktur eines Krankenhauses abhängig sind, kann nicht von einer Homogenität der Pflegekosten pro Tag ausgegangen werden. Da die Pflegelast sich nicht am Pflegebedarf orientiert, hat die Personalausstattung und Auslastung der Station, auf der ein Fall liegt, einen großen Einfluss auf die Höhe der fallbezogenen Tageskosten.

2.2.6 Tagesbezogene Pflegekosten und Notaufnahmen

Trotz identischer G-DRG ist mit unterschiedlichen Pflegekosten in Abhängigkeit von den Strukturen der Notaufnahme zu rechnen. Eine hohe Quote von Notaufnahmen wird auf Ebene der einzelnen DRGs in der Regel mit mehr Pflegekosten einhergehen als eine hohe Quote an elektiven Aufnahmen. Hier wird es deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern geben, die nicht mit Hilfe des G-DRG-Systems oder des Pflegelastkatalogs adjustiert werden können. Beispielsweise bietet ein Teil der Krankenhäuser Interventionen an Herzkranzgefäßen nicht rund um die Uhr an. Diese Häuser müssen für die Versorgung von Notfallpatienten außerhalb der Betriebszeiten ihres Katheterlabors keine besonderen Ressourcen vorhalten. Die Behandlungsfälle der Krankenhäuser mit und ohne Rund-um-die-Uhr-Versorgung werden aber in dieselben DRGs eingruppiert. Der Pflegelastkatalog beschreibt nicht die Pflegebedürftigkeit der Patienten, sondern historische Pflegekosten der Kalkulationsstichprobe. Höhere Kosten durch Vorhaltung von viel Pflegepersonal rund um die Uhr an allen Tagen der Woche (Schichtzulagen) verteilen sich bei der Kalkulation der Pflegelast anteilig über alle Belegungstage.

2.2.7 Pflegelast für Zeiträume ohne Pflegebedarf

Nach den Erläuterungen des InEK zur Kalkulation des Pflegelastkatalogs wurde die Verweildauer auf Normalstation aus der Differenz zwischen der Gesamtverweildauer und der Verweildauer auf einer Station mit spezieller Pflegeintensität („Intensivstation“) ermittelt. Die fallbezogenen Kosten für die Normalstation wurden durch diese (Rest-)Verweildauer geteilt, um die Kosten pro Belegungstag zu ermitteln. Jeder Belegungstag, der nicht einer „Intensivstation“ zuzuordnen ist, verursacht daher die für eine Normalstation vorgesehene Pflegelast. Entsprechend entsteht auch dann eine rechnerische Pflegelast, wenn Patienten sich in Funktionsbereichen, dem Operationssaal oder dem Kreißaal aufhalten und das Pflegepersonal einer Normalstation überhaupt nicht belastet wird

Probleme können bei der Anwendung des Pflegelastkatalogs dann auftreten, wenn Krankenhäuser größere Fallkollektive behandeln, die gar nicht oder nur sehr kurz auf einer Normalstation behandelt werden und den überwiegenden Anteil des Aufenthaltes in Funktionsbereichen verbringen. Denkbar ist dies beispielsweise in der Geburtshilfe, wenn in Krankenhäusern vermehrt Mutter und Kind direkt vom Kreißaal nach Hause entlassen werden, ohne dass ein tatsächlicher Aufenthalt auf einer geburtshilflichen Station erfolgte. Die Personalkosten für die Betreuung im Kreißaal gehen nicht in die Kalkulation der Pflegelast ein. Trotzdem entsteht für Mutter und Kind, die lediglich im Kreißaal versorgt werden, eine rechnerische Pflegelast auf der Normalstation. Der Grad der Verwässerung dürfte DRG-abhängig sein. Je kürzer stationäre Aufenthalte und je bedeutender die Verweildaueranteile in Funktionsbereichen (Aufnahmestation, Kreißaal, Katheterlabor, etc.) sind, umso weniger spiegeln die Werte des Pflegelastkatalogs die tatsächliche Pflegelast auf der Normalstation wider.

2.2.8 Ableitung von Bewertungsrelationen

Da der Pflegeaufwandkatalog alle Entgelte nach § 17b Absatz 1 KHG und damit auch G-DRGs umfassen soll, die durch das InEK nicht valide bewertet werden konnten, wird das InEK nicht umhinkommen, auch zukünftig Bewertungsrelationen, die nicht auf Grundlage von Kostendaten zu berechnen sind, abzuleiten. Im Pflegelastkatalog der Version 0.99 war dies einerseits für zehn G-DRGs der Anlage 3a als auch für die Pflegelast auf der Intensivstation für eine nicht näher genannte Zahl von G-DRGs nötig. Für die nicht berechenbaren Werte der Pflegelast auf „Intensivstation“ hat das InEK diese aus der Pflegelast auf Normalstation anhand eines nicht näher beschriebenen Faktors berechnet. Bei den zehn G-DRGs der Anlage 3a (mit laut InEK insgesamt vernachlässigbarer Fallzahl) wurde „eine hinsichtlich Inhalt wie auch Kosten- und Verweildauerstruktur geeignete G-DRG als Repräsentant der fehlenden Kalkulationswerte ausgewählt und die entsprechenden Werte des Pflegelastkatalogs dieser DRG übertragen.“⁹ Zukünftig wird auch der tagesbezogene Pflegeaufwand für Belegabteilungen, teilstationäre Fälle und bei Besonderen Einrichtungen benötigt. In Ermangelung einer robusten Datengrundlage ist nicht davon auszugehen, dass alle Werte valide berechnet werden konnten. Entsprechend können die Werte des ersten Pflegelastkatalogs auch überraschen.

So weisen beispielsweise die beiden unbewerteten G-DRGs der Anlage 3a für die Entnahme von Knochenmark und Stammzellen bei gesunden Personen zur Fremdspende (Z42Z/Z43Z) eine ungewöhnlich hohe Pflegelast von 0,0338 bzw. 0,0516 aus. Von einem korrespondierenden Pflegebedarf in der Behandlungsrealität ist nicht auszugehen. Nachdem keine Kostenmatrix für diese G-DRGs veröffentlicht wird, kann nicht geprüft werden, ob auch diese Werte durch die Mitberücksichtigung der Kosten des medizinische-technischen Personals auf Normalstation unsachgerecht mit beeinflusst wurden.

2.2.9 Umgang mit Zusatzentgelten

Der Pflegelastkatalog in der Version 0.99 wurde auf Grundlage der Kostendaten nach Ausgliederung der Kosten für die Zusatzentgelte entwickelt. § 137j SGB V sieht jedoch eine tagesbezogene Abbildung des Pflegeaufwands für alle Entgelte nach § 17b Abs. 1 KHG vor. Für die meisten Zusatzentgelte, die Medikamente oder Medikalprodukte abbilden, dürfte kein nennenswerter Pflegeaufwand auszuweisen sein. Für einige unbewertete Zusatzentgelte ist jedoch ein Pflegeaufwand anzunehmen und daher auch zukünftig auszuweisen.

Relevant könnte noch die Pflegelast für die Blutwäscheverfahren (z.B. die Hämodialyse) sein, da es sich um quantitativ bedeutsame Leistungen handelt. Interessanterweise hat das InEK diese Zusatzentgelte nicht zusammen mit den Zusatzentgelten

⁹ InEK GmbH: Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand – Pflegelastkatalog Version 0.99, www.g-drg.de

für den PKMS, die Pflegegrade und die palliativmedizinischen Komplexbehandlungen im Anhang des Pflegelastkatalogs 0.99 aufgeführt, obwohl die Pflegepersonal-kosten des Kostenbereichs 3 „Dialyse“ in die Kalkulation der Pflegelast eingingen.

Die Validität der Zahlen des Pflegelastkatalogs leidet vermutlich auch geringfügig daran, dass die im Spitzengespräch vom 29.09.2017 vereinbarte weitere Ausgliederung von 14.243 Casemix-Punkten für antizipierte Rightcoding-Effekte bei der Dokumentation der Pflegegrade nicht zu einer korrespondierenden Bereinigung der Kostenmatrix geführt hat. Aus den Erläuterungen des InEK zum Pflegelastkatalog geht nicht hervor, ob für die Berechnung der Pflegelast noch nachträglich eine Bereini-gung erfolgt ist. Wenn nicht, wird eine systematisch zu hohe Pflegelast ausgewiesen. Für künftige Versionen des Pflegeaufwandkatalogs ist dieses Problem jedoch ver-mutlich nicht mehr zu erwarten. Es ist jedoch zu beachten, dass zukünftig nachträgliche Veränderungen an den DRG-Bewertungsrelationen und Casemix, die im Hinblick auf das fallpauschalierende G-DRG-System sinnvoll erscheinen, auch Einflüsse auf die Berechnung des Pflegeaufwands haben können.

Die Werte des ersten Pflegelastkatalogs entsprechen nicht immer den Erwartungen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Sicherlich dürfte die Datenqualität vielfach noch nicht ausreichend gewesen sein. Für die spezifischen DRGs (Komplexbehand-lung) der auch in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung aufgeführten Geriatrie finden sich beispielsweise eher geringe Werte im Pflegelastkatalog. Die Pflegelast pro Tag auf Normalstation liegt häufig unterhalb des Medians aller DRGs von 0,03125 (91,66 €). Bei der Bewertung muss berücksichtigt werden, dass die im Pfl-e-gelastkatalog noch ausgegliederten Zusatzentgelte für den PKMS oder die Pflege-grade additiv bei der Pflegelast berücksichtigt werden müssen. Diese Zusatzentgelte könnten gerade in der Geriatrie häufig vorkommen. Allerdings würde sich selbst un-ter Berücksichtigung der Zusatzentgelte für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflege-bedürftigen Patienten die Pflegelast pro Tag meist nur geringfügig erhöhen. Mit Grund für diese relativ niedrigen Pflegelastwerte könnte sein, dass die Nachfrage nach einer geriatrischen Komplexbehandlung das Angebot übertrifft. Abteilungen füh-ren häufig Wartelisten und erzielen dadurch einen hohen Grad an Auslastung. In der Konsequenz werden die Kosten der Stationspflege auf eine höhere Anzahl von Be-le-gungstagen verteilt.

2.3 Entwicklung der Pflegeaufwandkataloge im Zuge der Ausglie-derung der Pflegepersonalkosten in das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG

Ab 2020 soll ein Pflegebudget mit voller Erstattung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung eingeführt werden. Für die Aus-gliederung ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patien-tenversorgung zu treffen.

Auf Grundlage eines Konzeptes des InEK soll die Kalkulation der Bewertungsrelationen erstmals für das G-DRG-System 2020 um den Anteil der Pflegepersonalkosten bereinigt werden. Auch teilstationäre Fälle und Zusatzentgelte sind bei der Ausgliederung zu berücksichtigen¹⁰.

DRGs sind medizinökonomische Pauschalen, die unterschiedliche medizinische Fallkollektive aufgrund vergleichbarer Gesamtfallkosten zusammenfassen. Für die Bewertung der Kostenhomogenität von G-DRGs werden bislang ausschließlich die gesamten Fallkosten betrachtet und nicht einzelne Kostenkomponenten. Demnach können in einer G-DRG Patienten mit hohen Sachkosten und niedrigen Personalkosten zusammen mit Patienten mit niedrigen Sachkosten und hohen Personalkosten abgebildet werden, sofern sie vergleichbare Gesamtkosten aufweisen.

Die Pflegepersonalkosten werden genauso wie die Infrastrukturkosten besonders durch die Verweildauer im Krankenhaus dominiert. Werden die Pflegepersonalkosten aus der DRG-Kalkulation ausgegliedert, wird es gerade in den G-DRGs mit verweildauerheterogenen Fallkollektiven zu einer Minderung der Kostenhomogenität kommen. Für jede G-DRG müsste überprüft werden, ob die bisherige Definition weiterhin sachgerecht ist. Die zu erwartenden Anpassungsnotwendigkeiten werden erhebliche Auswirkungen auf die Struktur des G-DRG-Systems haben. Besonders betroffen könnten auch G-DRGs sein, die Komplexbehandlungen (z.B. Geriatrie, Intensiv) mit hohen Personalaufwänden durch lange Verweildauern abbilden.

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird sich darüber hinaus die für die Abarbeitung im Rahmen des Gruppierungsalgorithmus relevante Abfragereihenfolge (Hierarchie) der G-DRGs verändern müssen. Diese Hierarchie soll sicherstellen, dass ein Behandlungsfall entsprechend seiner über Diagnosen und Leistungen sowie weiterer Merkmale beschriebenen Komplexität in der Regel bestmöglich eingruppiert wird. Die Veränderung der Hierarchie könnte zu einer Vielzahl von Fallwanderungen zwischen den G-DRGs im alten und neuen System führen. G-DRGs, die heute aufgrund ihrer höheren Gesamtkosten in der Hierarchie vorrangig vor G-DRGs mit geringeren Kosten positioniert sind, werden nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten teilweise geringere Gesamtkosten aufweisen als heute nachrangig einsortierte G-DRGs. Da viele G-DRGs nicht disjunkt definiert sind, entscheidet die Abfragereihenfolge darüber, welcher G-DRG ein Fall zugeordnet wird. Entsprechend ändert sich bei einer Änderung der Abfragereihenfolge auch die Zusammensetzung der G-DRGs. Bei größeren Umbauten, wie sie mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten einhergehen werden, können erhebliche Einflüsse auf die Abfragehierarchie und Fallmigrationen erwartet werden. Auch ein hoher Anteil an Fallmigrationen führt dazu, dass für jede betroffene G-DRG überprüft werden muss, ob die Definition weiterhin sachgerecht ist. Letztlich wird es ein hoch komplexer iterativer Prozess ange-

¹⁰ Geplante Wiedereinführung des § 17b Abs. 4 KHG durch Artikel 1 Nr. 2. b) zusammen mit Einführung des § 6a KHEntG durch Artikel 9 Nr. 4 des PpSG, Stand Kabinettsentwurf vom 01.08.2018

stoßen. Es ist eine vorübergehende Phase der Instabilität des G-DRG-Systems zu erwarten.

Maßgeblich für die Zukunft des Pflegeaufwandkatalogs dürfte jedoch sein, dass die Orientierung des Katalogs an den Entgelten nach § 17b Absatz 1 KHG wenig Sinn ergibt, wenn diese Entgelte keine Pflegekosten mehr enthalten. Spielen die Pflegekosten für die Kostenhomogenität keine Rolle mehr, so werden sich teilweise deutlich andere DRG-Definitionen entwickeln. Eine Risikoadjustierung mit Hilfe eines Pflegeaufwandkatalogs, der sich an der Struktur der verbleibenden Rumpf-DRGs orientiert, dürfte wenig zielführend sein. Die Zusatzentgelte werden nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten diese Kosten nicht mehr enthalten und sind zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands ungeeignet. Die Zusatzentgelte, die derzeit vornehmlich Pflegeleistungen abbilden sollen (PKMS, Pflegegrade) werden vermutlich obsolet.

Sofern das PpSG in seiner jetzigen Form umgesetzt wird, ist ein enormer Wettbewerb um Pflegekräfte zu erwarten. Neben Auswirkungen auf Verlagerungen zwischen stationärer, ambulanter, Altenpflege und Krankenhauspflege, wird es auch zu einem Wettbewerb zwischen und innerhalb von Krankenhäusern kommen. Je nach Definitionen der „Pflege“ bei Förderungen, Erlösen und Sanktionen wird Pflegepersonal unterschiedlich eingesetzt und gebucht werden.

Sowohl Zähler als auch Nenner des Pflegepersonalquotienten können daher durch die geplanten Reformen erheblich beeinflusst werden. Die Einflüsse treten zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf und wirken auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf den Pflegepersonalquotienten (s. 3.1 Zeitliche Dimensionen). Auch muss beobachtet werden, ob die Nutzung von Übergangsgroupen (s. 3.1 Zeitliche Dimensionen) in diesem Zeitraum der Umstellung zu validen Ergebnissen führt.

Da große Schwankungen nicht auszuschließen sind, sollte keine dreijährige Festlegung einer Untergrenze durch das BMG erfolgen, sondern die jährliche Entwicklung unter Beachtung der Validität des Pflegepersonalquotienten berücksichtigt werden.

2.4 Normierung des Pflegeaufwandkatalogs

Zur Überführung der mittleren Kosten pro Belegungstag in dimensionslose Bewertungsrelationen wurden beim Pflegelastkatalog (Version 0.99) die mittleren Kosten pro Belegungstag durch den Korrekturwert geteilt, der im Rahmen der Normierung des G-DRG-Systems und der Sachkostenkorrektur¹¹ eingeführt wurde. Wird diese Form der Normierung des Pflegeaufwandkatalogs beibehalten, so wäre die Höhe des Pflegeaufwands ausgedrückt in Bewertungsrelationen von einer Vielzahl von Faktoren abhängig (Stichprobe, Anteil von Kurz- und Langliegern im G-DRG-System, Veränderungen in der Kostenzusammensetzung der G-DRGs, Kostenbereinigungen im

¹¹ § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG

G-DRG-System für Zusatzentgelte und unbewertete Leistungen). Insbesondere im Hinblick auf die in Kapitel 2.3 beschriebenen zu erwartenden Änderungen im G-DRG-System durch Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der zu erwartenden Kostensteigerungen bei den Kosten für Pflegepersonal bietet es sich perspektivisch nicht an, die Normierung des Pflegeaufwandkataloges von der Normierung des G-DRG-Fallpauschalenkatalogs abhängig zu machen. Die Entwicklung der Normierung des G-DRG-Systems dürfte in den nächsten Jahren schwer zu antizipieren sein und sollte keinen unkontrollierbaren Einfluss auf den Pflegepersonalquotienten nehmen, insbesondere wenn die Untergrenzen zu den Pflegepersonalquotienten nicht jährlich neu festgelegt werden sollen.

Die Vorstellung des Gesetzgebers, die Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten gleich für mehrere Jahre festzusetzen, zwingt dazu, sich über Katalogeffekte beim Pflegeaufwandkatalog Gedanken zu machen. Dabei sind zwei Grundprinzipien, aber natürlich auch Mischformen denkbar. Die Auswirkungen sollen kurz dargestellt werden:

1. Der nationale Pflegeaufwand (gemessen als Summe der Bewertungsrelationen für den Pflegeaufwand) wird konstant gehalten.

Bei steigenden Kosten in der Pflege (mehr, qualifizierteres und besser bezahltes Personal) würde sich auch der Divisor für die mittleren Kosten pro Belegungstag erhöhen müssen, wenn der nationale Pflegeaufwand konstant bleiben soll. Dieses Verfahren wird für die Normierung des G-DRG-Systems seit 2006 angewendet und dient dazu, auf der Ebene der Verhandlung der Landesbasisfallwerte keine (technisch bedingten) Katalogeffekte berücksichtigen zu müssen. Da mit dem Pflegeaufwand keine Erlöse oder direkte Verhandlungen verbunden sind, bedarf es nicht zwingend dieser Form der Normierung. **Wird mehr Personal in den Krankenhäusern eingestellt, so werden sich in der Regel auch die Pflegepersonalquotienten erhöhen und mehr Krankenhäuser die festgelegte Untergrenze überschreiten.**

2. Der Divisor für die mittleren Kosten pro Belegungstag bleibt zwischen den Versionen der Pflegeaufwandkataloge unverändert

Bei steigenden Kosten in der Pflege (mehr, qualifizierteres und besser bezahltes Personal) würde sich – bei konstantem Divisor – in der Folge auch der nationale Pflegeaufwand (der ja nicht den wirklichen Pflegeaufwand, sondern die Pflegekosten abbildet) erhöhen. Dies bedingt einen Katalogeffekt auf der Ebene des Gesamtsystems. Krankenhäuser mit unveränderter Anzahl an Vollkräften in der Pflege bei gleichem Leistungsvolumen und -portfolio könnten in der Folge unter die Untergrenze des Pflegepersonalquotienten rutschen. Jedes Jahr wären voraussichtlich mehr Pflegekräfte einzustellen, um den krankenhausindividuellen Pflegepersonalquotienten konstant zu halten.

Der Gesetzgeber macht zur Normierung keine Vorgaben. Der Verordnungsgeber sollte jedoch, wenn tatsächlich für den Pflegepersonalquotienten eine Untergrenze für drei Jahre festgelegt werden sollte, die Auswirkungen der Normierung des Pflegeaufwandskatalogs durch das InEK bei der Auswahl der Untergrenze beachten.

2.5 Pflegeaufwand, Validität der Daten und Fallprüfungen

Da der Pflegeaufwandkatalog sich bezüglich seiner tagesbezogenen Ausweisung an den Entgelten nach § 17b Absatz 1 KHG orientieren soll, sind sowohl Kodierung als auch die zugrunde zulegende Verweildauer zur Ermittlung des Pflegeaufwands maßgeblich. Auf beides können die seit Einführung des G-DRG-Systems stetig ansteigenden Fallprüfungen einen erheblichen Einfluss haben.

Wenn tatsächlich die Patientensicherheit im Fokus der Einführung des Pflegepersonalquotienten stehen soll, so wäre - anders als für die Abrechnung - die „Leistung wie erbracht“ für die Gruppierung und Bewertung des Pflegeaufwands heranzuziehen. Das bedeutet, dass auch bei einer Kürzung der Verweildauer im Zuge der DRG-Abrechnung der volle Pflegeaufwand bei der Berechnung des Pflegequotienten zu berücksichtigen wäre. Zur Differenzierung zwischen tatsächlicher und abgerechneter Verweildauer steht in Theorie das Datenfeld „Tage-ohne-Berechnung-Behandlung“ in der Datei „Entgelte“ des Datensatzes nach § 21 KHEntgG zur Verfügung. Es bedürfte daher einer Wahlmöglichkeit, welche Verweildauer für die DRG-Gruppierung heranzuziehen ist. Außerdem bietet das Datenfeld „Tage-ohne-Berechnung-Behandlung“ bisher keine Differenzierung nach Stationstypen, was bei einer Differenzierung des Pflegeaufwands/der Pflegelast nach Normal- und Intensivstation eine Rolle spielen könnte. Auch die Kalkulation der Version 0.99 des Pflegelastkatalogs dürfte unter diesen Unschärfen gelitten haben.

Noch problematischer stellt sich die Situation bei der Kodierung von Diagnosen, Prozeduren und Beatmungszeiten dar. Hier existieren keine zwei Datenfelder. Nachdem sich die Prüfungen der Kodierung zunehmend auf das Auffinden von Dokumentationsdefiziten oder unterschiedliche Interpretationen von Mindestmerkmalen von OPS-Komplexbehandlungen konzentrieren und Datensatzanpassungen bereits aufgrund von Verstößen gegen Obliegenheiten der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) notwendig werden können¹², kommt es nicht selten zu unterschiedlichen Datensätzen/Gruppierungen bei identischem Einsatz von Pflegepersonal. In diesem Kontext sollte auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts beachtet werden, die häufig Mindestmerkmale neu interpretiert, was sich aufgrund der vom BSG festgelegten Verjährungsfrist von vier Jahren deutlich auch rückwirkend auf die berechnete Pflegelast auswirken kann. So führen beispielsweise die Urteile zur Transportentfernung bei der Schlaganfallbehandlung vom 19.06.2018 (Az. B 1 KR 38/17 R und B 1 KR

¹² beispielsweise bei nicht zeitgerechtem Unterlagenversand

39/17 R) dazu, dass Kostenträger rückwirkend den OPS-Komplexcode für die Behandlung auf einer Stroke-Unit nicht anerkennen. Stroke-Units zeichnen sich durch einen hohen Einsatz von Pflegepersonal aus, was sich sowohl in der Kalkulation des Pflegeaufwandkatalogs als auch in der Berechnung des Pflegeaufwands widerspiegeln kann.

Ebenso problematisch sind die inzwischen vom Bundesrechnungshof¹³ gerügten Regelungen, die versuchen den bürokratischen Aufwand durch die Fallprüfungen für beide Seiten pragmatisch durch pauschale Abschlagszahlungen zu reduzieren. Diese Regelungen führen dazu, dass fehlerhafte Datensätze nicht mehr korrigiert werden. Sowohl bei der Kalkulation des DRG-Systems und des Pflegeaufwandkatalogs, als auch bei der Berechnung des krankenhausesindividuellen Pflegeaufwands kommt es hierdurch vermutlich zu relevanten Verzerrungen.

Auch der Umgang mit Verbringungsleistungen, insbesondere dort, wo regelhaft Kooperationen erfolgen (z.B. spezielle diagnostische oder therapeutische Interventionen wie beispielsweise Kathetereingriffe) wäre zu diskutieren. Die Leistungen können zu einer veränderten DRG-Gruppierung führen, ohne dass dies einen Einfluss auf den tatsächlichen zu erbringenden Pflegeaufwand im verbringenden Krankenhaus haben muss. Umgekehrt wird das Krankenhaus, das die Verbringungsleistung erbringt, Pflegeaufwand haben, der jedoch nicht in die Berechnung des Pflegeaufwands eingeht. Das für Verbringungsleistungen vorgehaltene Pflegepersonal könnte jedoch mit in die Vollkräfte für Pflegepersonalquotienten eingehen.

Des Weiteren wären Einflüsse der Regelung nach § 1 Abs. 6 Satz 5 FPV zur Berücksichtigung vor- und nachstationärer Diagnosen und Prozeduren bei der Gruppierung zu beachten.

2.6 Unfertige Leistungen

Der Pflegelastkatalog weist Bewertungsrelationen pro Belegungstag aus und der geplante § 137j SGB V fordert eine tagesbezogene Abbildung des Pflegeaufwands. Für die korrekte Ermittlung der Pflegelast pro Belegungstag kann diese bei einer Orientierung an den Entgelten nach § 17b Abs. 1 SGB V jedoch erst am Ende des stationären Aufenthaltes erfolgen, wenn alle notwendigen Daten für die Zuordnung zu diesen Entgelten verfügbar sind. Erst am Ende stehen alle Diagnosen und Prozeduren fest, die für die Gruppierung oder Bestimmung von Zusatzentgelten relevant sind. Dies trifft in besondere Maß auf die mengenabhängigen Attribute (Beatmungszeiten,

¹³ www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitspolitik-viele-kassen-pruefen-klinikrechnungen-nicht/22878078.html

www.handelsblatt.com/politik/deutschland/bundesrechnungshof-kritik-an-klinikrabatten-bleibt-folgenlos/22940546.html

intensivmedizinische Aufwandspunkte, PKMS, etc.) zu. Eine tagesgenaue Zuordnung des Pflegeaufwands zu einem Jahr mit Grenze am Jahreswechsel, die prinzipiell denkbar wäre, könnte daher erst dann korrekt erfolgen, wenn der letzte Fall mit Aufnahme aus dem Vorjahr entlassen wurde. Da die Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG zum 31. März vorgesehen ist und das InEK die Berechnung des Pflegepersonalquotienten bis zum 31. Mai vornehmen soll, erscheint ein solches Vorgehen nicht zweckmäßig.

Es ist daher auch davon auszugehen, dass die Pflegelast bzw. der Pflegeaufwand eines Krankenhauses analog zur Budgetsystematik anhand des Entlassungsdatums der Fälle berechnet wird. Damit geht grundsätzlich auch Pflegeaufwand in die Berechnung ein, der – tagesbezogen – dem Vorjahreszeitraum zuzuordnen wäre. Umgekehrt wird der Pflegeaufwand bis zum Jahresende noch nicht entlassener Fälle nicht berücksichtigt, weil er erst im Folgejahr zu bestimmen wäre. Häufig gleichen sich solche „unfertigen Leistungen“ zum Jahreswechsel aus. Allerdings finden sich unter den Überliegern auch Extremkostenfälle mit sehr langen Verweildauern und langen Intensivaufenthalten. Einzelne wenige Fälle können daher mit ihrem Entlassungszeitpunkt die Pflegelast spürbar beeinflussen. In der geplanten Rechtsverordnung sollte daher dieser Tatbestand als Möglichkeit besonderer Umstände, die bei niedrigem Pflegepersonalquotient ausnahmsweise eine angemessene Pflegepersonalausstattung begründen, mit aufgenommen werden. Dass unfertige Leistungen den kalkulierten Pflegeaufwand niedriger erscheinen lassen können, als er tatsächlich war, lässt sich jedoch so nicht verhindern.

Da sich der Pflegeaufwandkatalog stets an einer G-DRG-Systemversion orientiert, muss für Jahresüberlieger noch geregelt werden, welche G-DRG-Systemversion (Aufnahmejahr oder Entlassungsjahr) und damit auch welcher Pflegeaufwandkatalog zur Berechnung des Pflegeaufwands zugrunde gelegt werden soll. t

3 Ermittlung des Pflegepersonalquotienten

Der Pflegepersonalquotient errechnet sich jährlich neu aus dem Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand auf der Ebene eines Gesamtkrankenhauses.

$$\text{Pflegepersonalquotient} = \text{Vollzeitkräfte} / \text{Pflegeaufwand}$$

Nach der Gesetzesbegründung soll der Pflegepersonalquotient ausdrücken, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand aufweist. Durch den Vergleich der für jedes Krankenhaus berechneten Quotienten soll Transparenz darüber entstehen, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand einsetzt.

Die vom InEK berechneten Quotienten der einzelnen Krankenhäuser werden von diesem an das BMG und an die Vertragsparteien auf Bundesebene übermittelt. Diese sollen sie wiederum an die für die jeweiligen Krankenhäuser zuständigen Landesbehörden und an die jeweiligen Vertragsparteien auf Krankenhausebene weiterleiten. Letztere benötigen diese Informationen, um die durch die Rechtsverordnung bestimmten Sanktionen bei Unterschreitung der festgelegten Untergrenze des Pflegepersonalquotienten umsetzen zu können. Insgesamt soll eine weitgehende Transparenz über die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser geschaffen werden.

Bereits die Publikation der Ergebnisse des berechneten Pflegeaufwands nach der Version 0.99 des Pflegelastkatalogs unter Nennung der Krankenhausnamen zum 15. Februar 2019 auf der Internetseite des InEK¹⁴ demonstriert den gesetzgeberischen Willen, trotz methodischer Unzulänglichkeiten frühzeitig eine öffentlichkeitswirksame Transparenz über den Pflegeaufwand herzustellen.

Wenn ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung aufweist, soll dies nach der Gesetzesbegründung ein Indikator dafür sein, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht gewährleistet ist und damit eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird. Die per Rechtsverordnung zu bestimmende Untergrenze soll ein nicht mehr akzeptables Verhältnis von Pflegepersonalausstattung zu Pflegeaufwand kennzeichnen.

Sanktionen bei Unterschreitung der Untergrenze sind bereits für das Budgetjahr 2020 zu vereinbaren.

¹⁴ s. § 4 i.V.m. § 5 Abs. 5 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), Stand Referentenentwurf vom 23.08.2018

3.1 Zeitliche Dimensionen

Die im Pflegelastkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen wurden aus den DRG-Kalkulationsdaten aus 2016 berechnet, die auch zur Kalkulation des DRG-Systems 2018 genutzt wurden. Eine erstmalige Anwendung des Pflegelastkatalogs in der Version 0.99 soll bei der Risikoadjustierung des Pflegeaufwands für die Leistungsdaten aus 2017 erfolgen¹⁵. Hierzu wären die Leistungsdatendaten mit Hilfe des Übergangsgroupers 2017/18 in die DRG-Version 2018 zu überführen.

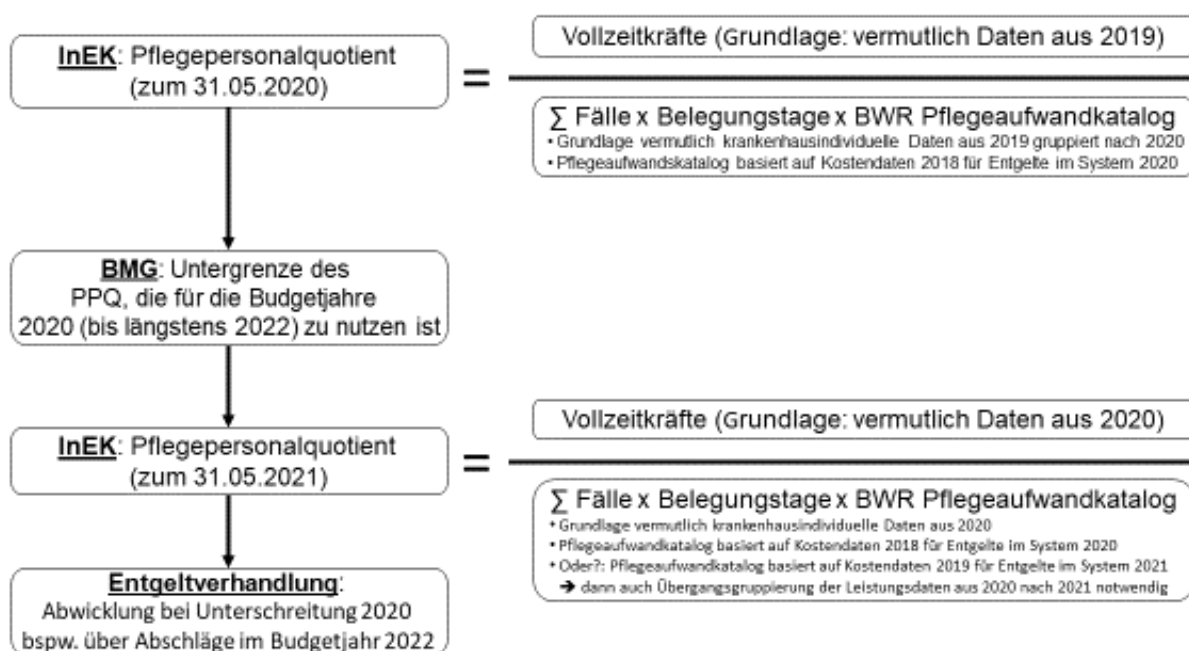


Abbildung 4 Denkbarer zeitlicher Ablauf unter Nutzung verschiedener Datensätze, Übergangsgroupierungen und Pflegeaufwandkataloge

Es ist zu erwarten, dass dieses Verfahren auch zukünftig zum Einsatz kommen muss: Der bis zum 31.05.2020 zu veröffentlichende Pflegeaufwandkatalog wird voraussichtlich auf den DRG-Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2018 beruhen und die Entgelte des DRG- und Zusatzentgeltkatalogs der Version 2020 ausweisen. Ebenso werden die vom InEK weiterzuleitenden Pflegepersonalquotienten vermutlich auf den Leistungsdaten und der Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Vollkräfte des Vorjahres, die nach § 21 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG bis zum 31. März zu übermitteln sind, beruhen. Auf Grundlage dieser Daten (aus 2019, gruppiert nach 2020) ist vorgese-

¹⁵ § 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), Stand Referentenentwurf vom 23.08.2018

hen, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten festlegt, der bereits für das Budgetjahr 2020 zum Einsatz kommen und maximal drei Jahre gelten soll. Damit soll die aus historischen Daten abgeleitete Untergrenze auf die dann aktuelle Versorgungssituation angewendet werden.

Das weitere Verfahren zum Nachweis ist in § 137j SGB V nicht explizit geregelt. Insbesondere fehlt eine Festlegung, mit welchen Versionen des Pflegeaufwandkatalogs die Pflegepersonalquotienten zum Nachweis der Einhaltung der Untergrenze zu berechnen sind.

Es bietet sich jedoch an, 2021 auch den Nachweis für das Budgetjahr 2020 mit dem Pflegeaufwandkatalog, der bis zum 31.05.2020 (auf Grundlage der Kostendaten aus 2018) veröffentlicht wurde zu führen. Die Leistungsdaten der Krankenhäuser aus 2020 könnten dann ohne Übergangsgruppierung zur Berechnung des Pflegeaufwands genutzt werden.

Das InEK könnte dann zum 31.05.2021 pro Krankenhaus zwei Pflegepersonalquotienten ermitteln:

1. **Vollkräfte 2020 / Pflegeaufwand mit Leistungsdaten aus 2020 berechnet mit dem Pflegeaufwandkatalog 2020**

Mit diesem Pflegepersonalquotienten könnte der Nachweis der Einhaltung der Untergrenze geführt oder die Unterschreitung festgestellt werden

2. **Vollkräfte 2020 / Pflegeaufwand mit Leistungsdaten aus 2020 berechnet mit dem Pflegeaufwandkatalog 2021**

Mit diesem Pflegepersonalquotienten könnte das BMG eine neue Untergrenze festlegen.

Aufgrund der in Kapitel 2.3 dargestellten zu erwartenden Umwälzungen im G-DRG-System und der parallelen Einführung gesetzlicher Neuregelungen zum Aufbau von Pflegepersonal ist eine Zunahme der Validität des berechneten Pflegeaufwands mit fortschreitenden Versionen des Pflegeaufwandkatalogs zu erwarten. Es muss jedoch beachtet werden, dass selbst der Pflegeaufwandkatalog 2021, der bereits die Struktur des G-DRG-Systems im zweiten Jahr nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aufweist, weiterhin auf Kostendaten aus 2019 beruht, die aus der Zeit vor der Einführung der neuen Selbstkostendeckung bei der Pflege in der Patientenversorgung stammen. Erst ab dem Pflegeaufwandkatalog 2022 wäre mit einer Kongruenz der ordnungspolitischen Gestaltung bei Kalkulation und Nutzung des Pflegeaufwandkatalogs zu rechnen. Welcher der beiden oben genannten Pflegepersonalquotienten veröffentlicht werden soll, ist im Gesetzesentwurf des § 137j SGB V nicht festgelegt.

Wenn der Pflegepersonalquotient, der über die Erfüllung der Untergrenze im Jahr 2020 entscheidet, erst zum 31.05.2021 feststeht und erst dann – über die Umleitung der Bundesebene – den Vertragspartnern auf Krankenhausebene zugespielt wird, kann eine Umsetzung der Sanktionen auf Krankenhausebene vermutlich erst im Rahmen der nächsten Entgeltverhandlung und damit in vielen Krankenhäusern erst im Budgetzeitraum 2022 erfolgen. Sofern neben Vergütungsabschlägen auch Ver-

Einbarungen über Verbesserungsmaßnahmen vereinbart werden sollen, erscheint der Zeitverzug aus Sicht der Patientensicherheit nicht optimal. Abbildung 4 gibt einen Überblick über einen denkbaren zeitlichen Ablauf.

3.2 Definition der Pflege

Für die Ermittlung des Pflegepersonalquotienten maßgebliche Zahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst bemisst sich nach der auf Grundlage von § 21 Abs. 2 Nr. 1 e) KHEntgG übermittelten Daten.

Derzeit handelt es sich damit um die Anzahl der im „Pflegedienst“ beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach pflegesensitiven Bereichen nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Mit dem PpSG¹⁶ soll die Datenübermittlung erweitert und differenzierter gestaltet werden. Demnach soll zukünftig: „die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen, *aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen*, jeweils umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach pflegesensitiven Bereichen nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ übermittelt werden. Ob diese von den Vertragspartnern auf Bundesebene noch näher zu operationalisierende Übermittlung ausreicht, um eine analoge Abgrenzung der „Pflege am Krankenbett“ vorzunehmen, wie dies für den Pflegelastkatalog erfolgt, bleibt abzuwarten. Theoretisch könnten Personalgruppen und Qualifikationsmix zu einem bestimmten Grad berücksichtigt werden. Bislang ist jedoch keine Differenzierung zwischen „Pflege am Krankenbett“ (oder „in der Patientenversorgung“) und sonstiger Pflege vorgesehen. Die konkrete Ausgestaltung der Ausprägungen des zu aktualisierenden Datensatzes nach § 21 KHEntgG bleibt noch abzuwarten.

Selbst wenn eine differenzierte Abbildung im Datensatz nach § 21 KHEntgG gelänge, sieht § 137j SGB V in der derzeitigen Fassung keine differenzierte Betrachtung vor. Zugrunde zu legen wären daher alle im „Pflegedienst“ beschäftigten Personen. **In der Konsequenz würden Zähler (Vollkräfte im Pflegedienst) und Nenner (Pflegerlast) des Pflegepersonalquotienten unterschiedliche Konzepte von „Pflege“ zugrunde liegen.**

Es liegt nahe, für die Definition des „Pflegedienstes“ die Vorgaben der Krankenhausbuchführungsverordnung zugrunde zu legen. Demnach wären für die Bemessung der Vollkräfte die Pflegedienstleitung, das Pflege- und Pflegehilfpersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett) sowie Schüler und Stationssekretärinnen zu berücksichtigen, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden. Neben Pflegekräften auf Intensivstationen, wäre auch die Pflege auf Dialysestationen einzuschließen. Nicht relevant wäre hingegen das Pflege-

¹⁶ Artikel 9 Nr. 13 a) aa) bbb), Stand Kabinettsentwurf vom 01.08.2018

personal, das im medizinisch-technischen Dienst, Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst oder Verwaltungsdienst eingesetzt wird.

„Die Berechnung des Pflegelast-Katalogs fokussiert auf die ‚Pflege am Krankenbett‘¹⁷. Grundlage für die Definition der ‚Pflege am Krankenbett‘ sind bislang die Zuordnung zu definierten Feldern der InEK-Kalkulationsmatrix und die damit verbundenen Zuordnungsregeln des DRG-Kalkulationshandbuchs (s. Abbildung 1 und Kapitel 2.2.2). Von dieser ‚Pflege am Krankenbett‘ sind beispielsweise auch die Kosten für medizinisch-technisches Personal mitbetroffen, die Kosten für die Pflegedienstleitungen hingegen beispielsweise nicht.

Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System in das gesondert zu vergütende Pflegebudget nach § 6a KHEntgG sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten vereinbaren. Diese soll nur die Pflegepersonalkosten „in der Patientenversorgung“ berücksichtigen. Es ist noch nicht absehbar, wie die Vertragsparteien auf Bundesebene ihren Auftrag interpretieren werden und ob – wie es der Wortlaut nahelegen könnte – „Pflege in der Patientenversorgung“ weiter zu fassen wäre als „Pflege am Krankenbett“ oder „Pflege in pflegesensitiven Bereichen“. Insbesondere wird sich die Frage stellen, ob die Pflege im OP, in Funktionsbereichen und/oder dem Kreißsaal mit zu berücksichtigen sein wird.

Der geplante § 137j SGB V nimmt jedoch an keiner Stelle Bezug auf die von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Januar 2019 zu vereinbarende Definition. Die „Vollzeitkräfte im Pflegedienst“ werden damit vermutlich auf einer anderen Grundlage zu ermitteln sein als die den Kosten für den Pflegeaufwandkatalog (Pflegelastkatalog) und Pflegeerlöskatalog zugrundeliegenden Konstrukte „Pflege am Krankenbett“ und „Pflege in der Patientenversorgung“. Es ist auch davon auszugehen, dass Pflegeaufwandkatalog (Pflegelastkatalog) und Pflegeerlöskatalog unterschiedliche Entwicklungen sein werden, die unterschiedliche Ziele verfolgen. Die geplante Erweiterung des Datensatzes nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 e) KHEntgG¹⁸ zur Übermittlung der Intensivverweildauern spricht ebenfalls für eine Nutzung im Rahmen des Pflegeaufwandkatalogs. Für den Pflegeerlöskatalog, der lediglich eine grobe Verteilung des Pflegebudgets auf die unterschiedlichen Kostenträger ermöglichen soll, wären entsprechende Informationen verzichtbar.

Ob der Pflegepersonalquotient, der Aufschluss darüber geben soll, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand einsetzt, bei unterschiedlichen zugrundeliegenden Konzepten von Pflege tatsächlich valide Ergebnisse liefern kann, ist fraglich. Letztlich bleibt abzuwarten,

¹⁷ InEK GmbH: Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand – Pflegelast-Katalog Version 0.99, www.g-drg.de

¹⁸ Artikel 9 Nr. 13 a) bb), Stand Kabinettsentwurf vom 01.08.2018

wie die Definitionen in der Praxis ausgestaltet werden. Der Gesetzentwurf ist für eine Bewertung nicht präzise genug.

3.3 Aufgaben und Qualifikation der Pflege

Pflegekräfte können vielfältig im Krankenhaus eingesetzt werden. Neben klassischen Aufgaben der Stationspflege - also am Krankenbett -, im OP, in Funktionsbereichen und im Kreißsaal, wird Pflegepersonal zunehmend auch für Management und Verwaltungsaufgaben (z.B. Dokumentation, Erlössicherung und MDK-Prüfungen pflegebezogener Attribute) eingesetzt. Insbesondere akademisierte Pflegekräfte werden für weitergehende Aufgaben genutzt. Die Abgrenzung erfolgt dabei nicht immer in Bezug auf die Pflegekraft, sondern eine Pflegekraft kann parallel sowohl für die „Pflege am Bett“ als auch für weitere Aufgaben eingesetzt werden. Diese Flexibilität des Einsatzes von Pflegepersonal ist wirtschaftlich, weil die Inanspruchnahme der „Pflege am Bett“ in Abhängigkeit der Auslastung und Pflegebedürftigkeit der zu betreuenden Patienten stark schwanken kann. Eine flexible Abgrenzung für den Pflegepersonalquotienten und den Pflegeaufwand wird aber sicherlich nicht möglich sein. Hier wird eine klare Zuordnung zu den Konstrukten: „Vollkräfte im Pflegedienst“, „Pflege am Krankenbett“ oder „Pflege in der Patientenversorgung“ notwendig sein.

Dabei ist zu beachten, dass die vorgenommenen Zuordnungen in Abhängigkeit von zu erwartenden Sanktionen Einflüsse auf die krankenhausinterne Zuordnung und Aufgabenverteilung haben werden. Solange im Zähler des Pflegepersonalquotienten keine Differenzierung vorgenommen wird und jegliches Pflegepersonal angerechnet werden kann, wird kein Einfluss auf die Aufgabenverteilung des vorhandenen Personals zu erwarten sein. Sofern Neueinstellungen möglich sind, wird die Berufsgruppe der Pflege sicherlich – auch aufgrund der Neuregelungen in § 17b Abs. 4 KHG und § 6a KHEntgG – bevorzugt werden. Sofern kein besonderer Pflegebedarf besteht, ist zu erwarten, dass dieses neue Personal auch zunehmend für Aufgaben außerhalb der klassischen Pflege eingesetzt wird. Krankenhäuser, die in der Vergangenheit Personal zur Entlastung der Pflege eingestellt haben, werden – verfügbare Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt vorausgesetzt – dieses wieder sukzessive durch Pflegekräfte ersetzen.

Werden lediglich Vollkräfte ohne Berücksichtigung der Qualifikation gezählt, ist denkbar, dass sich das Personalmanagement – sofern Freiräume bestehen – auch daran orientieren wird. In den Bereichen, die im Fokus des Pflegepersonalquotienten stehen, wird der Schwerpunkt auf Vollkräfte, d.h. die reine Anzahl gesetzt werden. Gut aus-, fort- und weitergebildetes Personal wird hingegen tendenziell dort eingesetzt werden, wo es benötigt wird. Dies könnten beispielsweise Leistungsbereiche sein, die ein hohes Maß an Wertschöpfung erbringen (z.B. OP, Funktionsabteilungen).

Erfolgt hingegen eine stärkere Einschränkung des für den Zähler (und den Pflegeaufwand) berücksichtigten Pflegebegriffs auf die „Pflege am Krankenbett“, kann es –

insbesondere bei leerem Arbeitsmarkt – krankenhausintern zu umgekehrten Effekten beispielsweise einer Umverteilung von Personal kommen. Denkbar wäre beispielsweise auch eine Wanderung von Pflegepersonal aus Funktionsabteilungen, OP und Anästhesie in die bettenführenden Abteilungen. Dies könnte die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses beeinflussen. Sofern der Nachweis nicht über die Aufgabenerfüllung, sondern die Zuordnung zu einer bettenführenden Station erfolgt, so ist damit zu rechnen, dass Pflegepersonal auf Station zunehmend für pflegefremde Tätigkeiten eingesetzt wird und Aufgaben übernehmen muss, die zunehmend durch Hilfspersonal (z.B. Stationshilfen, Stationssekretärinnen, Hol- und Bringedienst, Hotelfachkräfte, etc.) erbracht wurden.

Die in den nächsten Jahren zu erwartenden linearen (z.B. Tarif-/Gehaltsteigerungen) und möglichen strukturellen (höhere Qualifikation) Veränderungen, die mit höheren Kosten einhergehen, wirken derzeit ausschließlich auf den Nenner des Pflegepersonalquotienten und können diesen reduzieren. **Wenn daher keine Anpassung bei der Normierung des Pflegeaufwandkatalogs erfolgt, beschreiben sinkende Pflegepersonalquotienten nicht zwangsläufig eine schlechtere pflegerische Versorgungsqualität oder eine Gefährdung der Patientensicherheit**

3.4 Personalverlagerungen

Nach § 137i Abs. 1 und 4 SGB V haben die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. Das Auffinden und Nachweisen von Personalverlagerungseffekte, die aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgen, dürfte nicht trivial sein. Wichtig ist, Personalverlagerungen, die aufgrund immer wieder notwendiger Umstrukturierungen im Krankenhaus erfolgen (beispielsweise Aufbau und Abbau von Behandlungskapazitäten, Zusammenfassung von Abteilungen, Neustrukturierungen von Departments, etc.), abzugrenzen.

Da die Regelungen des § 137i SGB V weitergelten sollen, stellt sich die Frage, ob der Pflegepersonalquotient als ergänzende Regelung eine Lösung zur Verhinderung von Personalverlagerungen bietet.

Der Pflegepersonalquotient betrachtet die Ebene des gesamten Krankenhauses, wobei eine Differenzierung nach Standorten bislang nicht vorgesehen ist. Dies erlaubt auch, wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde, die Betrachtung aller bettenführenden Abteilungen ohne Fokussierung auf pflegesensitive Bereiche. **Der Pflegepersonalquotient wird nicht durch Personalverlagerungen zwischen Fachabteilungen beeinflusst. Aus diesem Grund eignet er sich grundsätzlich nicht als ergänzende Regelung zur Verhinderung von Personalverlagerungen.** Allerdings könnten Krankenhäuser mit einer geringen Zahl von Pflegekräften, die nur durch Verlagerung von Pflegepersonal in pflegesensitive Bereiche die Pflegepersonaluntergrenzen erfüllen, demaskiert werden, weil sie einen niedrigen Pflegepersonalquotienten aufweisen.

Bei der Nutzung des Pflegepersonalquotienten parallel zu konkreten Personalvorgaben sind Verlagerungseffekte zulasten der bettenführenden Abteilungen denkbar, die nicht mit Mindestbesetzungen belegt sind. Krankenhäuser werden zunächst alles tun, um die konkreten Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (nach § 137i SGB V) zu erfüllen. Zusätzlich werden sie sich bemühen, die durch Richtlinien des G-BA¹⁹ definierten konkreten Vorgaben zu Anzahl und Qualifikation von Pflegekräften zu erfüllen. Die Anforderungen in den G-BA-Richtlinien dürften weit oberhalb von Pflegepersonaluntergrenzen liegen, die nur eine basale Patientensicherheit gewährleisten sollen. Krankenhäuser, die weiterhin die von den G-BA-Richtlinien umfassten Leistungen erbringen wollen, haben zukünftig mit (unangemeldeten) Kontrollen des MDK nach § 275a SGB V zu rechnen. Krankenhäuser werden daher vermutlich versucht sein, mit dem zur Verfügung stehenden Personal auch prioritär die hohen Anforderungen der G-BA-Richtlinien zu erfüllen.

Mit dem verbleibenden Pflegepersonal werden sie die restlichen Krankenhausbereiche ausstatten. Da die hohe Besetzung mit Pflegepersonal in pflegesensitiven und Bereichen der G-BA-Richtlinien auch in die Berechnung des Pflegepersonalquotienten eingeht, könnten relativ niedrige Besetzungen mit Pflegepersonal in anderen Bereichen für die Berechnung des Pflegepersonalquotienten häufig unschädlich sein. Krankenhäuser, die die bereits hohen Vorgaben der G-BA-Richtlinien oder beispielsweise hohe Pflegepersonaluntergrenzen in der Intensivmedizin erfüllen, brauchen – in Bezug auf den Pflegepersonalquotienten – kompensatorisch weniger Pflegepersonal in den restlichen Bereichen einsetzen, um die Untergrenze des Pflegepersonalquotienten zu überschreiten.

Auch ist zu beachten, dass unterschiedliche Konzepte der „Pflege am Krankenbett“ (für den Pflegelastkatalog bzw. –aufwandskatalog) und der „Vollzeitkräfte im Pflegedienst“ für den Zähler des Pflegepersonalquotienten Anreize zu Verlagerungen zulasten der Pflege am Krankenbett auslösen könnten.

Die Nutzung eines globalen Pflegepersonalquotienten in Krankenhäusern, die nicht genügend Pflegepersonal auf dem Markt akquirieren können, könnte erhebliche Personalverlagerungen in Bereiche mit Mindestpersonalvorgaben zulassen, ohne dass der Quotient davon beeinflusst wird. **Für die Bereiche, in denen keine konkreten Mindestpersonalvorgaben existieren, könnte damit eine kompensatorische Unterbesetzung nicht identifiziert werden.**

Im Hinblick auf das mit den Regelungen in § 137j SGB V formulierte Ziel, die pflegerische Versorgungsqualität und Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung zu gewährleisten, scheint die Nutzung eines Pflegepersonalquotienten auf Gesamthausebene wenig zielführend.

¹⁹ Beispielsweise in den Qualitätssicherungs-Richtlinien für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), Kinderonkologie (KiOn-RL), Kinderherzchirurgie (KiHe-RL), Minimalinvasive Herzklappeninterventionen (MHI-RL) und Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL)

3.5 Pflegepersonalquotient, Versorgungsqualität und Patientensicherheit

Der Gesetzgeber begründet die Einführung des Pflegepersonalquotienten insbesondere damit, die pflegerische Versorgungsqualität zu sichern und die Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung zu gewährleisten.

Den Beitrag, den der Pflegepersonalquotient in Bezug auf die pflegerische Versorgungsqualität und die Patientensicherheit leisten soll, bleibt beim derzeitigen Entwurf des § 137j SGB V jedoch unklar.

Ein Bezug zu Qualifikationsniveau, Qualifikationsmix oder Aufgabenzuordnung der betrachteten Pflegepersonalkräfte besteht nicht. Der Pflegepersonalquotient betrachtet rein das Verhältnis des eingesetzten Pflegepersonals zu einem aus den Kosten der Kalkulationsstichprobe ermittelten historischen Durchschnittswert, in dessen Berechnung zudem vermutlich sogar auch nicht pflegendes Personal eingeht. Welches Personal, wo und wie eingesetzt wird, ist für die Höhe des Pflegepersonalquotienten nicht von Belang. Auch der Krankenstand, der bei Überlastung im Bereich der Pflege sehr hoch sein kann, geht nicht in die Berechnung des Pflegepersonalquotienten mit ein.

Aus Sicht der pflegerischen Versorgungsqualität und Patientensicherheit ist zunächst einmal vermutlich gar nicht von einem einfachen linearen Zusammenhang zwischen Pflegelast/-aufwand und Bedarf an Pflegekräften auszugehen. Insbesondere in Bezug auf die Patientensicherheit erscheint eine pflegelastunabhängige Mindestbesetzung notwendig. Erst oberhalb dieser Mindestbesetzung kann von einer leistungsabhängigen Steigerung des Pflegebedarfs ausgegangen werden. Dabei muss der Pflegebedarf nicht in dem Ausmaß ansteigen, wie dies der Pflegelastkatalog, in dessen Berechnung auch die Mindestbesetzung eingegangen ist, suggerieren mag.

Für Abteilungen mit sehr kleinen Stationen und/oder einer schlechten Auslastung der Bettenkapazitäten berechnet sich als Folge der geringeren Anzahl von Belegungstagen eine geringe Pflegelast. Würde daraus die Mindestbesetzung abgeleitet und das Personal auf dieses Maß reduziert, könnte die Gefahr bestehen, dass die Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet ist, weil zu wenige Pflegekräfte die Versorgung sichern müssten. So erscheint beispielsweise die Besetzung einer isoliert liegenden Station mit nur einer einzigen Pflegekraft unabhängig von der berechneten Pflegelast unzureichend.

Umgekehrt könnte aufgrund der in der Pflegelast einkalkulierten Mindestbesetzung ein mit steigender Pflegelast errechneter Pflegepersonalbedarf höher als in der Realität sein.

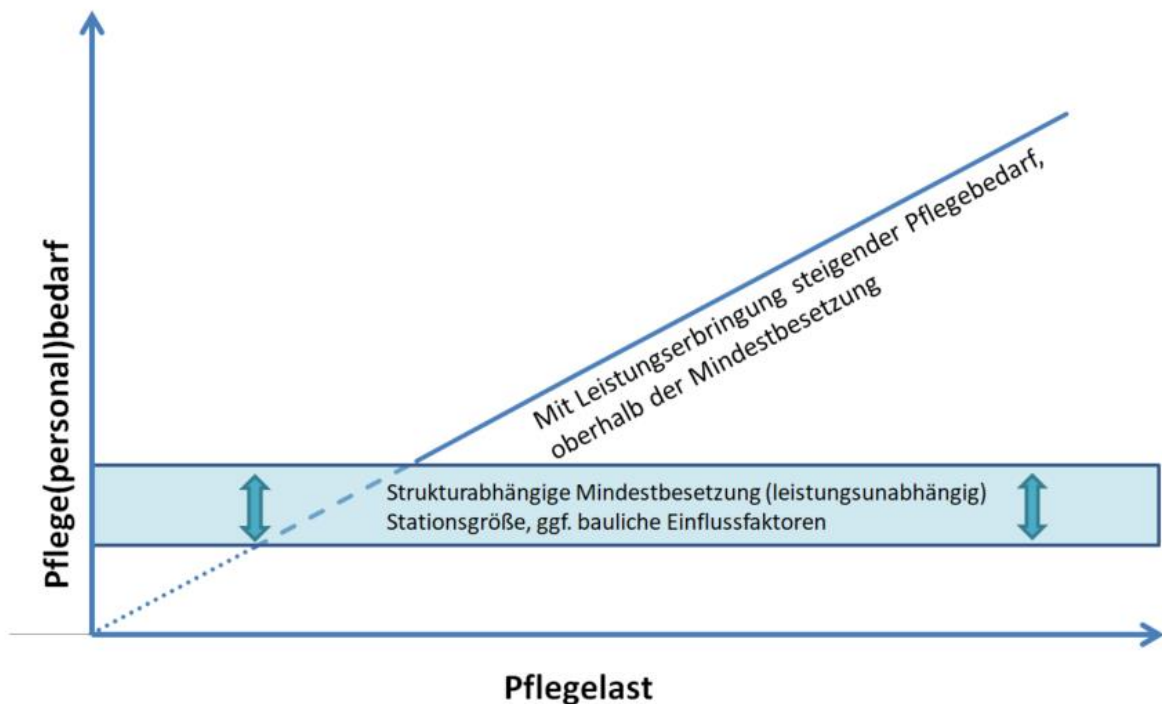


Abbildung 5 Denkbarer Zusammenhang zwischen Pflegepersonalbedarf und Pflegelast

Im Hinblick auf die dargestellte geringe Validität des mit dem Pflegepersonalquotienten zu messenden Einsatz von Pflegepersonal in Bezug auf einen berechneten Pflegebedarf erscheint es nicht angebracht, Formulierungen zu nutzen, die die Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten in die Nähe der **Verletzung einer Sorgfaltspflicht** stellen. So finden sich im Gesetzesentwurf und der Begründung folgende fragwürdige Formulierungen:

- Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt [...] eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist.
- Zentrales Instrument zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser auf Gesamthausebene und der Sicherung der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung ist der Pflegepersonalquotient ...
- Hat ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung, gilt dies als Indikator dafür, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht gewährleistet ist und damit eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird.
- ... ein unterhalb der Untergrenze und damit nicht akzeptables Verhältnis von Pflegepersonalausstattung zu Pflegeaufwand abbildet, ...

Bei der Festlegung einer möglichen Untergrenze sollten vom BMG aber auch **straf- und haftungsrechtliche Konsequenzen** beachtet werden. Dies gilt umso mehr, je

Ermittlung des Pflegepersonalquotienten

weniger das Konstrukt des Pflegepersonalquotienten in Zusammenhang mit einer tatsächlichen Patientengefährdung gebracht werden kann.

4 Sanktionen

Der geplante § 137j SGB V sieht Sanktionen bei der Unterschreitung der vom BMG festgelegten Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten vor. In einer Rechtsverordnung des BMG (zustimmungspflichtig im Bundesrat) soll das Nähere zu den Sanktionen geregelt werden, die die Vertragsparteien auf Krankenhausebene im Fall einer Unterschreitung der Untergrenze zu vereinbaren haben. In der Rechtsverordnung kann allerdings auch vorgesehen werden, dass die Sanktionen stufenweise eintreten bzw. sich zunächst auf die Vereinbarung von entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser beziehen sollen oder die Sanktionen gänzlich ausgesetzt werden. In der Gesetzesbegründung wird zudem noch aufgeführt, dass nicht nur die Sanktionen, sondern auch die Anwendung der Untergrenze ausgesetzt werden kann. Damit könnte auch die Festlegung als solche gemeint sein.

Sofern der Gesetzgeber am § 137j SGB V in seiner jetzigen Form festhält, täte der Verordnungsgeber gut daran, zunächst die Ergebnisse der ersten Messung und die Konsequenzen bei der Festlegung einer Untergrenze abzuwarten. Es sollte betrachtet werden, welche Krankenhäuser und aus welchen Gründen eine festgesetzte Untergrenze unterschreiten. In der Phase der Umgestaltung des G-DRG-Systems durch Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sollte eine enge Beobachtung erfolgen und Untergrenzen – wenn überhaupt – nicht für länger als ein Jahr festgelegt werden. Auch die nicht absehbaren Effekte der Normierung des Pflegeaufwandskatalogs sprechen für eine dynamische Anpassung der Untergrenze.

Als Sanktionen, die von den Vertragspartnern auf Krankenhausebene umgesetzt werden sollen, kommen in erster Linie Vergütungsabschläge in Betracht. Bislang haben Krankenhäuser mit wenig Pflegepersonal auch geringere Pflegepersonalkosten und erwirtschaften im Rahmen der Fallpauschalierung Deckungsbeiträge. Mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Selbstkostendeckung bekommen Vergütungsabschläge jedoch die Bedeutung reiner Strafzahlungen.

Zusätzlich soll die Rechtsverordnung eine Regelung über eine **geeignete Veröffentlichung der Verhältniszahlen der Krankenhäuser** treffen. Auch hier ist Vorsicht angebracht. Die Veröffentlichung von vermeintlich einfachen Verhältniszahlen, denen jedoch hochkomplexe Konstrukte zugrunde liegen und die erheblich von verschiedenen Einflussfaktoren (z.B. der Normierung des Pflegeaufwandskatalogs) geprägt werden, kann falsche Interpretationen produzieren. Damit würden dann Krankenhäuser erheblich unter Druck gesetzt. Die Vorstellung, dass Krankenhäuser gegenüber der nicht in die tieferen Zusammenhänge eingedachten Öffentlichkeit die durch den Pflegepersonalquotienten „begründeten Vermutung eines unangemessenen Verhältnisses zwischen Pflegepersonalausstattung und Pflegeaufwand“ mittels einer Methodendiskussion widerlegen könnten, wäre naiv. Soll der Pflegepersonalquotient nicht vorrangig zu einem Instrument der Marktberreinigung werden, sollte – auch auf-

grund der oben geäußerten Überlegungen zur rechtlichen Bedeutung von Sorgfaltpflichtverletzungen – mit einer krankenhausbefugten Veröffentlichung kritisch umgegangen werden.

Auch die zuständigen Landesbehörden sollen die Pflegepersonalquotienten über die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erhalten. Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass sich der Gesetzgeber dadurch erhofft, dass die Länder auf die in ihrem Zuständigkeitsbereich fallenden Krankenhäuser einwirken könnten. Im Hinblick auf die komplette Refinanzierung der Pflegekosten nach dem Selbstkostendeckungsprinzip ab 2020 stellt sich die Frage, inwieweit die Länder konkret Einfluss nehmen können und sollen.

5 Anreize

Quotienten können durch Einwirkungen auf Zähler und Nenner beeinflusst werden. Im Zähler des Pflegepersonalquotienten steht die Anzahl der Vollkräfte der im Pflegedienst beschäftigten Personen. Kann durch Personalverlagerungen kein Einfluss genommen werden, kann der Zähler nur durch die Einstellung von mehr im Pflegedienst beschäftigten Personals erhöht werden. Der Anreiz, der für Krankenhäuser gesetzt wird, ist damit – sofern der Arbeitsmarkt es hergibt – Pflegepersonal einzustellen. Diese Anreize werden jedoch auch bereits durch andere geplante Gesetzesänderungen des PpSG umfangreich gesetzt. Einer weiteren – zudem sanktionsbewehrten – Regelung, um diesen Anreiz zu setzen, bedarf es daher nicht.

Lässt sich der Zähler des Pflegepersonalquotienten aufgrund nicht verfügbaren Personals auf dem Arbeitsmarkt hingegen nicht beeinflussen, kann nur Einfluss auf den Nenner – nämlich auf den Pflegeaufwand genommen werden.

Im Vordergrund steht hier sicherlich eine Leistungsreduktion. **Bei Mangel an verfügbarem Personal auf dem Arbeitsmarkt, würde sich der Pflegepersonalquotient dann vornehmlich als Mittel zur Mengensteuerung auswirken.** Dass dieses auch von Seiten des Ministeriums erkannt wurde, betätigt ein Zitat der Bundesgesundheitsminister im Deutschen Ärzteblatt: *„Wenn die Pflegepersonaluntergrenzen gelten, hätten die Krankenhäuser die Wahl, entweder mehr Pflegekräfte einzustellen oder weniger Patienten zu behandeln.“*²⁰ Dabei ist beachten, dass im Gegensatz zu einer krankenhauplanerischen Reduktion der Kapazitäten, eine Leistungsreduktion ohne Einschränkung der Kapazitäten **ineffiziente und nicht ausgelastete Strukturen** schaffen würde. Die Zwecke, zu denen die fallpauschalierende Vergütung über DRGs eingesetzt wird, würden konterkariert.

Der Wettbewerb um Pflegepersonal zusammen mit einer vergleichenden Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten könnte in der Konsequenz dann zu einer **Marktberreinigung** beitragen. Dass im Zweifelsfall auch Abteilungen geschlossen werden müssten, erwähnt auch der Bundesgesundheitsminister im gleichen Zitat des Deutschen Ärzteblatts. Dass hingegen der Pflegepersonalquotient ein zentrales Instrument zur Verbesserung der Sicherung der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung gesehen werden kann, darf bezweifelt werden.

Da der Pflegeaufwand aufgrund der Bindung an den DRG-Fallpauschalenkatalog nicht nur von der Fallzahl und Verweildauer, sondern als Instrument der Risikoadjus-

²⁰ Kabinett beschließt Pflegepersonal-Stärkungsgesetz mit vielen Änderungen, Deutsches Ärzteblatt vom 01. 08.2018 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96852/Kabinett-beschliesst-Pflegepersonal-Staerkungsgesetz-mit-vielen-Aenderungen>

Das Zitat benennt zwar die Pflegepersonaluntergrenzen bezieht sich aber wohl auf den geplanten §137j SGBV.

tierung auch von der DRG-Zusammensetzung abhängt, sind bei bestehendem Mangel an Pflegepersonal auch Anreize zur Veränderung der Leistungsstruktur denkbar. Insbesondere könnten **Anreize gesetzt werden, vermehrt sachkostenlastige statt personalkostenlastige Leistungen zu erbringen**, weil diese in geringerem Umfang den Pflegeaufwand erhöhen. Solche Anreize würden anderen gesetzlichen Regelungen (Sachkostenabwertung, § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG) entgegenwirken.

6 Fazit

Der Pflegelastkatalog 0.99 wurde vom InEK zur Risikoadjustierung in Bezug auf Pflegekosten entwickelt. Im Vergleich zum im Gutachten des Hamburg Center for Health Economics vorgeschlagenen CMI, der auch hohe Sachkosten und die nicht kostenbezogene Finanzierung von Kurz- und Langliegern berücksichtigt, stellt der Pflegelastkatalog einen Quantensprung der Weiterentwicklung dar.

Für die Nutzung zur Kalkulation des in § 137j SGB V vorgesehenen Pflegepersonalquotienten stellen sich jedoch Bedenken ein. Teilweise könnten diese durch eine Weiterentwicklung des Pflegeaufwandkatalogs reduziert werden.

Die Normierung des Systems mit möglichen Katalogeffekten ist vor dem Hintergrund der möglichen mehrjährigen Festlegung von Untergrenzen zum Pflegepersonalquotienten zu überdenken. Die in den nächsten Jahren zu erwartenden linearen (z.B. Tarif-/Gehaltsteigerungen) und möglichen strukturellen (höhere Qualifikation) Veränderungen, die mit höheren Kosten einhergehen, wirken ausschließlich auf den Nenner des Pflegepersonalquotienten und können diesen reduzieren. Wenn daher keine Anpassung bei der Normierung des Pflegeaufwandkatalogs erfolgt, beschreiben sinkende Pflegepersonalquotienten nicht zwangsläufig eine schlechtere pflegerische Versorgungsqualität oder eine Gefährdung der Patientensicherheit.

Insgesamt erscheint das Konzept des Pflegepersonalquotienten als einfach zu erscheinende Pflegequalitätskennzahl fragwürdig. Es ist **nicht** davon auszugehen, dass zwischen Pflegelast/-aufwand und Bedarf an Pflegekräften ein einfacher linearer Zusammenhang besteht. Dieser wird aber im Konzept des Pflegepersonalquotienten unterstellt. Insbesondere in Bezug auf die Patientensicherheit erscheint eine Mindestbesetzung der Pflege ganz unabhängig von einer Pflegelast notwendig. Erst oberhalb dieser Mindestbesetzung kann von einer leistungsabhängigen Notwendigkeit zur Steigerung des Pflegebedarfs ausgegangen werden. Dabei muss der Pflegebedarf aber nicht in dem Ausmaß ansteigen, wie dies der Pflegelastkatalog, in dessen Berechnung auch die Mindestbesetzung eingegangen ist, suggerieren mag.

Werden die tatsächlichen Anreize durch den Pflegepersonalquotienten mit dem im Gesetzentwurf dargestellten Zielen des Gesetzgebers abgeglichen, so muss festgestellt werden, dass vor allem im Hinblick auf die Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern Anreize gesetzt werden. Ob diese jedoch wirksam werden, ist in hohem Maß von der Lage auf dem Arbeitsmarkt abhängig. Da das PpSG bereits an anderen Stellen gleichgerichtete Anreize zur Verbesserung der Pflegeausstattung setzt, erscheint der Pflegepersonalquotient als zusätzliches Anreizinstrument in Bezug auf die Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern verzichtbar. Neben den weiteren Neuregelungen im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (z.B. vollständige Refinanzierung von Pflegepersonal nach dem Selbstkostendeckungsprinzip) wird der Pflegepersonalquotient kaum die Anreize weiter verstärken können. Damit ist auch fraglich, ob die Nutzung des Pflegepersonalquotienten zusätzlich zu den weiteren Maßnahmen des PpSG zur Sicherung der

pflegerischen Versorgungsqualität oder Gewährleistung der Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung beitragen kann. Nicht auszuschließen ist, dass einzelne Krankenhäuser mit (zu) niedriger Pflegepersonalausstattung, die die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i nur durch Verlagerungen von Personal aus anderen Bereichen erfüllen können, durch niedrige Pflegepersonalquotienten auffällig werden. Da es für diese Krankenhäuser bei Einführung des Pflegebudgets aber keine Anreize gibt, die niedrige Personalausstattung aufrecht zu erhalten, dürfte der Pflegepersonalquotient vor allem als Instrument der Leistungsmengensteuerung wirken, da die Reduktion der Pflegelast über Leistungsrückgang oder Umschichtung in sachkostenlastige Leistungen bei der derzeitigen Lage auf dem Arbeitsmarkt die einzige durch Krankenhäuser beeinflussbare Stellgröße beim Pflegepersonalquotienten darstellt. Außerdem ist denkbar, dass eine vergleichende Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser eine Bedeutung in der qualitätsorientierten Versorgungssteuerung im Sinne einer Marktbereinigung entwickeln wird.

Ob der Gesetzgeber tatsächlich primär diese Ziele beim Entwurf des § 137j SGB V verfolgt hat, muss offenbleiben. Sie sollten jedoch in der politischen Diskussion um den geplanten § 137j SGB V nicht unberücksichtigt bleiben.

7 Quellenverzeichnis

1. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals. (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundesrats-Drucksache 376/18 vom 10.08.2018, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2018/0376-18.pdf>
2. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals. (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 01.08.2018
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download/s/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf
3. Referentenentwurf einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV) des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23.08.2018, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download/s/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpUGV_RefE.pdf
4. InEK GmbH: Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand – Pflegelast-Katalog Version 0.99, www.g-drg.de
5. G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2018, Definitionshandbücher, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK GmbH), <http://www.g-drg.de>
6. Abschlussbericht „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018“, Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen, Teil I: Projektbericht, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (g)GmbH, Siegburg, Dezember 2017, <http://www.g-drg.de>
7. Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0 vom 10. Oktober 2016, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, <http://www.g-drg.de>
8. Report-Browser der Kostenkalkulationsdaten 2016/2018, <http://www.g-drg.de>
9. Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für die Jahre 2015-2018, <http://www.g-drg.de>
10. Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/zum-unterausschuss/3/>
11. www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitspolitik-viele-kassen-pruefen-klinikrechnungen-nicht/22878078.html
12. www.handelsblatt.com/politik/deutschland/bundesrechnungshof-kritik-an-klinikrabatten-bleibt-folgenlos/22940546.html
13. Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 03.02.2016 (neue PrüfvV 2017), <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/>

- dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH_PruefvV_2016_02_03.pdf
14. Kabinett beschließt Pflegepersonal-Stärkungsgesetz mit vielen Änderungen, Deutsches Ärzteblatt vom 01. 08.2018
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96852/Kabinett-beschliesst-Pflegepersonal-Staerkungsgesetz-mit-vielen-Aenderungen>
 15. Roeder, N., Fiori W., Bunzemeier H., Mehr Transparenz mit dem Pflegelast-Katalog. Ein neues Instrument zur Bewertung des Pflegeeinsatzes im Krankenhaus. Das Krankenhaus 5/2018, Seite 386-396
 16. Bunzemeier H., Fiori W., Roeder, N., Auswirkungen des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) auf die Krankenhausfinanzierung. Das Krankenhaus 8/2018, Seite 684-697
 17. Krankenhausbuchführungsverordnung, <https://www.gesetze-im-internet.de/khbv/KHBV.pdf>