

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0036(23)
gel. ESV zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
5.10.2018

**Stellungnahme zum Regierungsentwurf für ein
Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**
Bundestagsdrucksache 19/4453 vom 24.09.2018

Prof. Dr. Michael Simon
Hannover

4. Oktober 2018

Inhalt

1	Vorbemerkungen	3
2	Weiterführung des Pflegestellen-Förderprogramms	3
2.1	Beabsichtigte Neuregelungen	3
2.2	Stellungnahme	3
2.3	Änderungsvorschläge	3
3	Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser durch ein gesondertes Pflegebudget	3
3.1	Beabsichtigte Neuregelung	3
3.2	Stellungnahme	4
3.3	Änderungsvorschläge	6
4	Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen und Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung	6
4.1	Beabsichtigte Neuregelung	6
4.2	Stellungnahme	7
4.3	Änderungsvorschläge	9
5	Pflegelast-Katalog	9
5.1	Beabsichtigte Neuregelung	9
5.2	Stellungnahme	10
5.3	Änderungsvorschläge	12
6	Pflegepersonalquotient	12
6.1	Beabsichtigte Neuregelung	12
6.2	Stellungnahme	13
6.3	Änderungsvorschläge	15
7	Literatur	16

1 Vorbemerkungen

Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf eine Reihe von Neuregelungen zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser, die besondere Bedeutung für die Zukunft der Personalbesetzung im Pflegedienst erlangen könnten.

2 Weiterführung des Pflegestellen-Förderprogramms

2.1 Beabsichtigte Neuregelungen

Das Pflegestellen-Förderprogramm soll über das Jahr 2018 hinaus weitergeführt werden, und die bisherige „Förderung“ in Höhe von 90 Prozent der Personalkosten soll ab dem Jahr 2019 auf eine vollständige Finanzierung umgestellt werden (Art. 9 Nr. 2d: § 4 Abs. 8 KHEntgG). Zudem sollen die Mittel, die ein Krankenhaus aus dem Programm erhalten hat, nach dem Auslaufen des Programms nicht – wie bisher vorgesehen – in den Pflegezuschlag überführt werden, sondern dem jeweiligen Krankenhaus verbleiben.

2.2 Stellungnahme

Diese geplanten Neuregelungen sind zu begrüßen und können zu einer Verbesserung der Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser beitragen. Die bisherige Vorschrift, dass die Programmmittel nach dem Auslaufen des Programms auf alle Krankenhäuser verteilt werden, hätten dazu geführt, dass die Kliniken, die mit den Mitteln des Pflegestellen-Förderprogramms zusätzliche Stellen geschaffen oder Stellen aufgestockt haben, nach dem Auslaufen des Programms nur noch einen kleinen Teil der vorherigen Mittel erhalten hätten, da der Rest auf alle anderen Krankenhäuser verteilt worden wäre.

2.3 Änderungsvorschläge

Keine.

3 Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser durch ein gesondertes Pflegebudget

3.1 Beabsichtigte Neuregelung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass die Finanzierung der Pflegepersonalkosten Pflegedienstes ab dem Jahr 2020 über ein gesondertes Pflegebudget erfolgen soll (Art. 9 Nr. 4: Neuer § 6a KHEntgG). Im Einzelnen enthält der Entwurf folgende Vorschriften zum geplanten Pflegebudget:

- Die Pflegepersonalkosten sollen ab dem Jahr 2020 über ein gesondertes „Pflegebudget“ finanziert werden (§ 6a Abs. 1 Satz 1 KHEntgG).

- „Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets“ soll die „Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten“ sein (§ 6a Abs. 2 Satz 1 KHEntgG).
- Das Krankenhaus hat den Vertragsparteien vor der Vereinbarung des Pflegebudgets „die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen“ (§ 6a Abs. 3 Satz 1 KHEntgG). Dazu hat es die Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres und die erforderlichen Daten für die geplante Personalbesetzung des folgenden Jahres vorzulegen.
- Bei der Ermittlung des Pflegebudgets sind auch die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, dies gilt insbesondere auch für Veränderungen der Qualifikationsstruktur und die Kostenentwicklung (§ 6a Abs. 2 Satz 2 KHEntgG).
- Die Mittel des Pflegebudgets sollen zweckgebunden sein (§ 6a Abs. 1 Satz 2 KHEntgG). Das Krankenhaus hat eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers für die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung des Pflegedienstes und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen.
- „Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden“ (§ 6a Abs. 2 Satz 3 KHEntgG).
- Weicht die Summe der Erlöse aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten zur Abzahlung des Pflegebudgets von dem vereinbarten Pflegebudget ab, sind die Mehr- und Mindererlöse vollständig auszugleichen (§ 6a Abs. 5 Satz 1 KHEntgG). Der Ausgleich ist über das Pflegebudget eines folgenden Jahres vorzunehmen.
- Die jährliche Veränderung des Pflegebudgets wird nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt (§ 6a Abs. 2 Satz 3 KHEntgG).
- Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes.

3.2 Stellungnahme

Die Einführung eines gesonderten Pflegebudgets, das auf Grundlage der krankenhausesindividuellen Personalbesetzung und der krankenhausesindividuellen Personalkosten vereinbart wird, ist sehr zu begrüßen. Im Eckpunktepapier für ein „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ vom 23. Mai 2018 war dazu ausdrücklich in Klammern angemerkt, dass es sich um eine „krankenhausesindividuelle Kostenerstattung“ handeln solle (BMG 2018: 3). Die vorgesehenen, oben zitierten Regelungen weisen

tatsächlich in Richtung einer krankenhausindividuellen Kostenerstattung. Durch sie können wichtige Voraussetzungen für eine Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser geschaffen werden.

Auch wenn die sachlich gerechtfertigten Personalkosten des vorhandenen Pflegepersonals in der direkten Pflege auf den Stationen finanziert werden, so wird dies angesichts der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage insgesamt keine kurzfristig wirksam werdende durchgreifende Verbesserung der Personalbesetzung bewirken können. Aber die Regelungen geben Kliniken, die ihre Personalbesetzung verbessern wollen und auch Pflegefachkräfte neu einstellen oder vorhandene Teilzeitkräfte für die Erhöhung ihrer Arbeitszeit gewinnen können, die Möglichkeit, die daraus resultierenden Mehrkosten ohne Fallzahlsteigerungen oder Strategien der Erlösmaximierung zu decken.

In den Diskussion der letzten Wochen und Monate wurden die geplanten Neuregelungen zum Teil dahingehend kritisiert, sie würden zurück zum Selbstkostendeckungsprinzip führen und seien deshalb abzulehnen. Dazu ist zunächst einmal festzustellen, dass der Gesetzentwurf berechtigterweise keine reine Kostenerstattung vorsieht. Das Pflegebudget ist nicht von den Krankenhäusern einfach nur in Rechnung zu stellen und von den Kostenträgern zwingend zu erstatten, wie dies teilweise behauptet wurde. Das Krankenhaus hat den anderen Vertragsparteien vielmehr eine Reihe von Unterlagen und Daten zu übermitteln, auf deren Grundlage dann über das Pflegebudget verhandelt wird. Erst wenn sich die Vertragsparteien geeinigt haben, wird eine Vereinbarung abgeschlossen. Die Vereinbarung über das Pflegebudget ist folglich von der Zustimmung der Krankenkassen abhängig. Sie erhalten durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen entscheidenden Einfluss auf die Ausgestaltung und Höhe des Pflegebudgets. Zu behaupten, die geplante Regelung sei „Freibier für die Pflege“ (Leber 2018) und die Krankenhäuser könnten „sich die Kante geben, jemand anderes zahlt die Zeche“ (ebd.), geht somit an der Sache vorbei und entwirft ein falsches und verzerrtes Bild.

In den letzten Wochen wurde von verschiedenen Seiten die Befürchtung geäußert, die Einführung von Pflegebudgets und vollständige Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser würde zu einem ‚Sogeffekt‘ führen, der der ambulanten Pflege und Pflegeheimen Personal entzieht und dadurch die dortige Situation zu verschlechtern droht. Eine solche Wirkung erscheint jedoch ausgesprochen unwahrscheinlich. Zum einen können dreijährig examinierte Altenpflegekräfte aufgrund ihrer Ausbildung nur in relativ wenigen Bereichen des Krankenhauses eingesetzt werden. Die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätigen Kranken- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger kommen in der Regel aus dem Krankenhaus und haben es häufig wegen der dortigen Arbeitsbedingungen verlassen. Sie werden kaum bereit sein, wieder ins Krankenhaus zurückzukehren, solange die Arbeitsbedingungen – und das heißt vor allem die Personalbesetzung – dort nicht spürbar besser geworden ist. Und das ist angesichts der im Entwurf der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgesehenen sehr

niedrigen Pflegepersonaluntergrenzen für lediglich vier (oder sechs ab 2020) Fachabteilungen in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.¹

Auch die Behauptung, es sei damit zu rechnen, dass nach Einführung der Pflegebudgets Pflegefachkräfte für Putzarbeiten und andere Hilfstätigkeiten eingesetzt würden, ist absurd und geht an der Realität vorbei. Zum einen haben Krankenhäuser gegenwärtig erhebliche Probleme, qualifizierte Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte für die direkte Pflege zu finden. Der Einsatz von Pflegefachkräften als Ersatz für Reinigungskräfte würde die Lücke im Pflegedienst noch weiter vergrößern. Zum anderen wäre eine solche Personaleinsatzstrategie das beste Mittel, die vorhandenen Pflegefachkräfte zur Kündigung zu veranlassen. Bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage würden sie umgehend einen anderen und attraktiveren Arbeitsplatz finden.

3.3 Änderungsvorschläge

Keine.

4 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen und Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung

4.1 Beabsichtigte Neuregelung

Da das Pflegebudget nicht als einmaliger Gesamtbetrag ausgezahlt werden kann, sondern mittels Abschlagszahlungen über das Jahr verteilt ‚abgezahlt‘ werden muss, ist eine ergänzende Vorschrift zur Ausgestaltung dieser Abschlagszahlungen notwendig. Der Gesetzentwurf sieht dafür die folgenden Regelungen vor (Art. 1 Nr. 2: Neufassung § 17b Abs. 4 KHG):

- Auf Grundlage eines Konzeptes des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene eine neue Pflegepersonalkostenvergütung entwickeln (§ 17b Abs. 4 Satz 1 KHG).
- Die Summe der Bewertungsrelationen für das DRG-System soll um die „pflegerelevanten Kosten“ vermindert werden (§ 17b Abs. 4 Satz 4 KHG).
- Die ausgegliederten Pflegepersonalkosten sollen in einem „Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- und teilstationärem Belegungstag“ ausgewiesen und jährlich weiterentwickelt werden (§ 17b Abs. 4 Satz 5 KHG).
- Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 für die „Abzahlung“ des Pflegebudgets anzuwenden (§ 17b Abs. 4 Satz 6 KHG).
- Die Abzahlung des Pflegebudgets soll so erfolgen, dass ein krankenhausesindividueller „Pflegeentgeltwert“ berechnet wird, der als Multiplikator für die im Pflegelast-Katalog

¹ Eine Ausnahme sind lediglich die Vorgaben für Intensivstationen (z.B. 1:2 für die Tagschicht). Dies ist allerdings der Stand des Referentenentwurfes. Die Verordnung sollte zum 1.10.2018 in Kraft treten, war allerdings bis zum 4.10.2018 noch nicht im Bundesgesetzblatt verkündet.

enthaltenen tagesbezogenen Bewertungsrelationen verwendet wird § (§ 6a Abs. 4 KHEntgG).

4.2 Stellungnahme

Für die Abzahlung eines Budgets mittels tagesbezogener Entgelte wäre es naheliegend gewesen, dazu krankenhausesindividuell kalkulierte und vereinbarte tagesgleiche Pflegesätze einzusetzen. Stattdessen soll ein neues und erheblich komplizierteres System eingeführt werden. Das geplante System weist sehr deutliche Parallelen zum DRG-Fallpauschalensystem auf.

Im DRG-Fallpauschalensystem ergibt sich der Zahlbetrag einer Fallpauschale aus der Multiplikation einer im bundesweit geltenden DRG-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert. Das geplante neue System der Pflegepersonalkostenvergütungen sieht ebenfalls vor, dass die in einem bundesweit geltenden Katalog (Pflegebelast-Katalog) ausgewiesenen Bewertungsrelationen mit einem Entgeltwert (Pflegeentgeltwert) multipliziert werden. Beide Systematiken unterscheiden sich lediglich in einem Punkt: Während der Landesbasisfallwert einheitlich für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes gilt, wird der Pflegeentgeltwert auf Grundlage der krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten berechnet, indem das vereinbarte Pflegebudget durch die voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen gemäß Pflegebelast-Katalog geteilt wird.

Diese Konstruktion wirft die Frage auf, ob geplant ist, das System aus krankenhausesindividuell kalkulierten Pflegebudgets und der Abzahlung über Pflegepersonalkostenvergütungen in einigen Jahren in ein System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen zu überführen. Eine solche Umwandlung wäre auf Grundlage der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen relativ einfach und ohne weitreichende Rechtsänderungen durchführbar. Es bräuchte im Grunde nur der auf Grundlage der krankenhausesindividuellen Kosten berechnete Pflegeentgeltwert schrittweise an einen bundesweit einheitlich geltenden Pflegeentgeltwert angeglichen werden.

Ein solches Vorgehen wurde bereits bei der Einführung des DRG-Systems praktiziert. Die DRG-Einführung erfolgte ausgehend von krankenhausesindividuellen Basisfallwerten, die im Rahmen einer sogenannten ‚Konvergenzphase‘ ab 2005 in jährlichen Schritten an einen landesweit einheitlich geltenden Landesbasisfallwert angeglichen wurden, der sich an den durchschnittlichen Kosten aller Krankenhäuser des Bundeslandes orientierte. Da es ab 2021 keine Landesbasisfallwerte, sondern nur noch einen Bundesbasisfallwert mehr geben wird, würde eine solche Vorgehensweise zu einem System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen führen.

Die Frage, ob mittelfristig die Umstellung auf ein Pflegepauschalensystem angestrebt wird, drängt sich auch aufgrund anderer Inhalte des Gesetzentwurfes auf:

- *Pflegepersonalkostenvergütung als pauschaliertes Vergütungssystem*: Zentral für die Einführung des neuen Systems zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten ist die in Art. 1

Nr. 2 vorgesehene Änderung des § 17b KHG. Mit der Änderung werden die Vertragspartner auf Bundesebene aufgefordert, ein neues Vergütungssystem für die Pflegepersonalkosten zu entwickeln. Da der gesetzliche Auftrag in § 17b KHG eingefügt wurde, fällt er auch unter die Überschrift dieses Paragraphen, der mit „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser“ überschrieben ist. Wenn das neue System zur Pflegepersonalkostenvergütung sachlich zutreffend unter einer solchen Überschrift subsummiert sein soll, legt dies die Annahme nahe, dass es sich nach einer Einführungsphase (§ 17b KHG regelt nur die Einführung) um ein pauschaliertes Entgeltsystem handeln soll. Auch die nachfolgende, in der Begründung zu Art. 1 Nr. 2 enthaltene Feststellung legt eine solche Annahme nahe: „Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten“ (BT-Drs. 19/4453: 38). Ziel ist danach nicht eine dauerhafte Finanzierung auf Grundlage der krankenhausesindividuellen Personalkosten, sondern eine, die unabhängig von den Fallpauschalen ist. Diese Bedingung würden bundesweit einheitliche tagesbezogene Pflegepauschalen erfüllen.

- *Pflegepersonalquotient*: Die in § 137j SGB V vorgesehenen Pflegepersonalquotienten verlangen implizit nach Anwendung eines bundesweit einheitlichen Pflegeentgeltwertes. Eine Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten kann nur festgelegt werden, wenn davon ausgegangen werden kann, dass aus einer gleichen Summe an Bewertungsrelationen nach Pflegelast-Katalog auch ein gleich hoher Erlös resultiert. Ansonsten kann nicht unterstellt werden, dass mit einer gleichen Summe an Bewertungsrelationen eine gleiche Zahl an Vollkräften finanzierbar ist. Werden die krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwerte zur Multiplikation der Bewertungsrelationen verwendet, ergibt dies bei gleicher Summe der Bewertungsrelationen unterschiedliche Zahlbeträge und folglich auch unterschiedliche Erlöse. Die Einführung eines Systems von Pflegepersonalquotienten impliziert folglich die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für die Pflegepersonalkosten.

Der Gesetzentwurf enthält somit mehrere Regelungen oder Regelungskomplexe, die geeignet sind, den Eindruck entstehen zu lassen, dass eine mittelfristige Umstellung auf ein System bundesweit einheitlicher tagesbezogener Pflegepauschalen angestrebt wird. Sollte dies tatsächlich geplant sein, wäre eine entsprechende Klarstellung wünschenswert. Dies gilt auch für den Fall, dass von Seiten der Regierungskoalition eine Umstellung auf ein Pflegepauschalensystem nicht angestrebt wird.

Sollte tatsächlich die Einführung eines Systems bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen geplant sein, hätte dies erhebliche Bedeutung für die Personalbesetzung des Pflegedienstes. Da die Bewertungsrelationen des DRG-Fallpauschalenkataloges und somit auch die des Pflegelast-Kataloges auf Grundlage der Ist-Kosten der Kalkulationskrankenhäuser errechnet werden, basieren sie letztlich auf der Ist-Besetzung. Ein Pflegepauschalensystem würde somit, ebenso wie das DRG-Fallpauschalensystem bisher, die bestehende Besetzung in die

Zukunft fortschreiben. Und das hieße angesichts der gegenwärtigen und sicher auch noch in zwei bis drei Jahren bestehenden Personalbesetzung: Fortschreibung von Unterbesetzung.

4.3 Änderungsvorschläge

Die Abzahlung des Pflegebudgets sollte durch tagesgleiche Pflegesätze erfolgen, die auf Grundlage der krankenhausindividuellen Personalbesetzung und Personalkosten kalkuliert und mit den Kostenträgern vereinbart werden.

Alle geplanten Vorschriften zur Einführung eines neuen Systems von „Pflegepersonalkostenvergütungen“ sollten ersatzlos gestrichen werden, dies betrifft insbesondere die Einführung eines Pflegeentgeltwertes und die Nutzung der Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges für die Abzahlung des Pflegebudgets.

5 Pflegelast-Katalog

Da der sogenannte „Pflegelast-Katalog“ sowohl im Entwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz als auch für die vom BMG vorgelegte Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zentrale Funktionen erfüllen soll, wird auf ihn nachfolgend gesondert eingegangen.

5.1 Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht die Anwendung eines Kataloges vor, der als „Pflegelast-Katalog“ im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und der DKG im Rahmen der Verhandlungen für Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V entwickelt wurde.² Der Katalog soll für verschiedene Zwecke genutzt werden.

- Auf Grundlage des Kataloges sollen die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und soll die neue Pflegepersonalkostenvergütung entwickelt werden (Art. 1 Nr. 2 PpSG).
- Auf Grundlage des Kataloges soll ein sogenannter „Pflegepersonalquotient“ ermittelt werden, der das Verhältnis der Anzahl an Vollkräften im Pflegedienst zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses angeben soll. Dabei soll die Höhe des Pflegeaufwandes eines Krankenhauses auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges festgestellt werden (Art. 7 Nr. 12 PpSG).

Zugleich soll der Katalog auch für Zwecke der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung eingesetzt werden:

- Auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges soll die „Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands“ (§ 4 PpUGV-Entwurf) jedes einzelnen Krankenhauses erfolgen.

² Da der Katalog unter dem Namen „Pflegelast-Katalog“ in die Diskussion eingebracht wurde und das InEK diesen Begriff auch als Kurzform verwendet, wird hier diese Benennung verwendet.

Ein und derselbe Katalog mit ein und demselben Inhalt und ein und denselben darin ausgewiesenen Werten erscheint zudem mit drei unterschiedlichen Benennungen in den geplanten Rechtsvorschriften:

- „Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag“ (Art. 1 Nr. 2 PpSG; § 17b Abs. 4 KHG).
- „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ (§ 4 PpUGV; Art. 7 Nr. 12 PpSG; § 137j SGB V)
- „Pflegeerlöskatalog“ (Art. 9 Nr. 4 PpSG; § 6a Abs. 4 KHEntgG; Art. 9 Nr. 7 PpSG; § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG; Art. 9 Nr. 13 PpSG; § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG)

5.2 Stellungnahme

Grundlage des Pflegelast-Kataloges ist ein vom InEK im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und der DKG im Rahmen der Verhandlungen über die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V im November 2017 vorgelegtes Konzept (InEK 2017). Eine erste Vorversion des daraufhin erstellten Pflegelast-Kataloges wurde im März 2018 auf der Internetseite des InEK unter der Bezeichnung „Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog) - Version 0.99“ veröffentlicht (InEK 2018). Insofern muss das Konzept und der Katalog nicht, wie im Gesetzentwurf behauptet, erst noch entwickelt werden. Es braucht lediglich die bereits vorliegende Vorversion überarbeitet und in eine erste Vollversion überführt werden.

Sowohl im Titel des Pflegelast-Kataloges als auch im Entwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und der Begründung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung wird behauptet, der Pflegelast-Katalog bilde den Pflegebedarf und/oder den Pflegeaufwand ab. Diese Darstellung ist jedoch sachlich nicht richtig, wie die nachfolgenden Erläuterungen verdeutlichen sollen.

Der Pflegelast-Katalog weist für alle DRG-Fallpauschalen und pauschlierten Zusatzentgelte sogenannte ‚Bewertungsrelationen‘ aus, die auf Grundlage der in den DRGs und Zusatzentgelten enthaltenen Kalkulationsanteile für die Personalkosten des Pflegepersonals auf Normal- und Intensivstationen ermittelt wurden. Die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges basieren auf Kostenwerten, die von den Kalkulationskrankenhäusern an das InEK übermittelt wurden und zur Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte dienen. Die Bewertungsrelationen selbst sind ‚dimensionslos‘, wie es in der Fachdiskussion formuliert wird (vgl. u.a. InEK 2013: 6). Sie geben weder einen Geldbetrag oder eine Zeiteinheit oder sonst irgendeine Maßeinheit an. Da sie ausgehend von den gemessenen Ist-Kosten errechnet werden, handelt es sich bei ihnen allerdings sowohl im Ursprung als auch bei der Art der Verwendung um eine monetäre Größe. Sie dienen im DRG-System als Multiplikator für den jeweils geltenden Basisfallwert und entscheiden über die Höhe des Zahlbetrages für eine Fallpauschale. Die gleiche Funktion sollen die Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges auch in dem geplanten System zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten durch Pflegepersonalkostenvergütungen erfüllen.

Die im Pflegelast-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen geben somit einzig und allein den auf Grundlage der DRG-Kalkulationsdaten ermittelten durchschnittlichen Kostenanteil der Pflegepersonalkosten an den jeweiligen DRG-Fallpauschalen an. Im DRG-Katalog wird der Kostenanteil je Fall ausgewiesen, für den Pflegelast-Katalog wurde der fallbezogene Kostenanteil auf die Verweildauertage der im DRG-Katalog angegebenen durchschnittlichen Verweildauer aufgeteilt.

Diese Feststellung ist für die geplanten Verwendungszwecke des Pflegelast-Kataloges insofern von Bedeutung, als der Pflegelast-Katalog folglich weder den durchschnittlichen Pflegebedarf der Patienten einer DRG noch den tatsächlich für sie erbrachten Pflegeaufwand abbildet. Pflegebedarf und Pflegeaufwand werden nicht in Geldeinheiten gemessen, sondern als der Art der erforderlichen oder erbrachten Leistungen (qualitativer Bedarf oder Aufwand) und in Zeiteinheiten (quantitativer Bedarf oder Aufwand). Über beides geben die Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges keine Auskunft. Sie erlauben lediglich einen – allerdings auch nur indirekten – Rückschluss auf die bei der DRG-Kalkulation berücksichtigten durchschnittlichen Kostenanteile.

Auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges kann folglich weder der in einem Krankenhaus zu deckende Pflegebedarf noch der tatsächlich erbrachte Pflegeaufwand ermittelt werden. Insofern kann der Pflegelast-Katalog weder zur Ermittlung der Pflegepersonalquotienten (Art. 7 Nr. 12 PpSG) noch für die „Ermittlung und Ausweisung des Pflegeaufwands“ (§ 4 PpUGV-Entwurf) der Krankenhäuser eingesetzt werden.

Exkurs: Pflegebedarf und Pflegeaufwand

Leider lässt sowohl der Entwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz als auch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung die notwendige begriffliche Klarheit und fachlich richtige Verwendung der Begriffe ‚Pflegebedarf‘ und ‚Pflegeaufwand‘ vermissen.

Unter *Pflegebedarf* ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht „ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Interventionen zu verstehen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen“ (Wingenfeld 2011: 263). Als Pflegebedarf eines Patienten haben aus pflegfachlicher Perspektive somit diejenigen Leistungen zu gelten, die zur Bewältigung bestimmter Problemlagen in einem zukünftigen Zeitraum erforderlich sind. Pflegebedarf ist eine Soll-Größe und von dem tatsächlich erbrachten Pflegeaufwand folglich zu unterscheiden. Pflegebedarf hat eine qualitative (Art der Leistungen) und eine quantitative Dimension (der für eine sachgerechte Durchführung dieser Leistungen notwendige Zeitaufwand).

Als *Pflegeaufwand* wird in der pflegfachlichen Diskussion in der Regel der tatsächlich geleistete Aufwand (Art der Leistungen, Zeitaufwand) bezeichnet. Der tatsächlich geleistete Pflegeaufwand ist nicht nur rein sprachlich etwas anderes als der Pflegebedarf. Pflegeaufwand stimmt nur dann mit dem Pflegebedarf überein, wenn eine bedarfsgerechte Pflege geleistet wird.

Die begriffliche Unterscheidung zwischen Pflegebedarf und Pflegeaufwand ist keine ‚akademische‘ Übung, sie ist von hoher praktischer und auch politischer Bedeutung. Unter den Bedingungen einer personellen Unterbesetzung muss davon ausgegangen werden, dass der tatsächlich erbrachte Pflegeaufwand, sowohl die Art der Leistungen als auch deren zeitlicher Umfang, in vielen Fällen nicht zur Deckung des Pflegebedarfes ausreicht.

5.3 Änderungsvorschläge

Aufgrund der zuvor dargelegten Zusammenhänge sollte auf die Verwendung des Pflegelast-Kataloges verzichtet werden. Auch für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ist er nicht erforderlich. Es müssen die fallbezogenen Kostenanteile ausgegliedert werden, und die dafür erforderlichen Angaben liegen in der routinemäßig vom InEK erstellten und veröffentlichten sogenannten ‚Kostenmatrix‘ bereits vor. Der Pflegelast-Katalog ist für die Ermittlung des Pflegepersonalkostenanteils in den Fallpauschalen zudem auch gar nicht geeignet, weil Katalog den Kostenanteil nicht fallbezogen, sondern tagesbezogen ausweist.

6 Pflegepersonalquotient

6.1 Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht folgende Neuregelungen vor (Art. 7 Nr. 12: Neuer § 137j SGB V) (Hervorhebungen: M.S.):

- Es soll ein „Pflegepersonalquotient“ eingeführt werden, der definiert ist als „das Verhältnis der Anzahl der **Vollzeitkräfte** im Pflegedienst zu dem **Pflegeaufwand** eines Krankenhauses“ (§ 137j Abs. 1 Satz 1 SGB V).
- Das InEK soll bis zum 31. Mai 2020 einen „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ erstellen, „mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die **durchschnittlichen pflegerischen Leistungen** abbildbar sind“ (§ 137j Abs. 1 Satz 3 SGB V).
- Grundlage für die Ermittlung des „Pflegeaufwands“ soll der vom InEK bereits entwickelte „Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog)“ (InEK 2018) sein (§ 137j Abs. 1 Satz 3 SGB V).
- „Für die Ermittlung des Pflegeaufwands **ermittelt** das **Institut** auf der **Grundlage dieses Katalogs** aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten **für jedes Krankenhaus die Summe seiner Bewertungsrelationen**“ (§ 137j Abs. 1 Satz 3 SGB V).
- Das InEK erstellt eine „vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser“ und übermittelt diese Zusammenstellung an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie die Vertragsparteien auf Bundesebene (§ 137j Abs. 1 Satz 6 SGB V).
- Auf **Grundlage** der vom InEK errechneten **Pflegepersonalquotienten** legt das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine „eine **Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand**“ fest (§ 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V).
- Die **Rechtsverordnung** soll das Nähere zur Festlegung der Untergrenze, zu den zu vereinbarenden Sanktionen bei Unterschreitung der Untergrenze sowie zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten regeln (§ 137j Abs. 2 Satz 3 SGB V).

- Die Untergrenze soll auf einem Niveau festgelegt werden, bei dem „**widerlegbar vermutet** wird, dass **eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet** ist“ (§ 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V).
- Unterschreitet ein Krankenhaus diese Untergrenze, sollen erstmals für das Budgetjahr 2020 **Sanktionen** greifen, die von den Vertragsparteien der Budgetvereinbarung zu vereinbaren sind (§ 137j Abs. 2 Satz 2 SGB V).
- Das BMG hat spätestens nach drei Jahren die Notwendigkeit einer **Anpassung** der Untergrenze zu prüfen. Es wird ihm erlaubt, die auf örtlicher Ebene vereinbarten Sanktionen vorübergehend **aufzuheben**.

6.2 Stellungnahme

Der für die Berechnung des Pflegepersonalquotienten erforderliche Pflegeaufwand soll auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges ermittelt werden. Wie oben gezeigt, weist der Pflegelast-Katalog jedoch nur Bewertungsrelationen aus und lässt folglich keinerlei Rückschluss auf den in einem Krankenhaus angefallenen Pflegeaufwand zu. Die Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges sind aus den durchschnittlichen Ist-Kosten der Kalkulationskrankenhäuser abgeleitet und somit nur ein anderer Ausdruck für Geldbeträge. Pflegeaufwand wird jedoch nicht in Geldeinheiten, sondern als qualitativer (Art der Leistungen) und quantitativer (Arbeitszeitaufwand) definiert und gemessen. Mit Hilfe des Pflegelast-Kataloges kann somit der Pflegeaufwand eines Krankenhauses nicht ermittelt werden. Folglich kann auch ein Pflegepersonalquotient gemäß der geplanten Definition in § 137j Abs. 1 SGB V weder auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges ermittelt noch kann vom BMG eine Untergrenze auf dieser Grundlage sachgerecht festgelegt werden.

§ 137j SGB V ist zudem auch in sich widersprüchlich und gesteht das aufgezeigte Problem ein. In Abs. 1 Satz 3 wird zutreffend festgestellt, dass das InEK auf Grundlage des Kataloges „für jedes Krankenhaus die Summe seiner Bewertungsrelationen“ feststellt. Das ist aber etwas grundlegend anderes als der Pflegeaufwand. § 137j SGB V sowie dessen Begründung bleibt eine Erklärung schuldig, warum davon ausgegangen wird, dass Bewertungsrelationen (Kostenwerte/Geldeinheiten) die geeigneten Maßeinheiten sind, um den Pflegeaufwand nach Art der Leistungen und Zeitumfang zu messen.

Auch die Auffassung, von den Vollkräften eines Krankenhauses könne auf den geleisteten Pflegeaufwand geschlossen werden, ist ein Irrtum.

- Auf den tatsächlich geleisteten Pflegezeitaufwand kann lediglich auf Grundlage der Netto-Arbeitszeit der in der direkten Pflege eingesetzten Vollkräfte geschlossen werden. Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst eines Krankenhauses bietet jedoch nur eine Angabe zur Brutto-Arbeitszeit. Die Brutto-Arbeitszeit ist als Indikator für die tatsächlich geleistete Pflegearbeitszeit jedoch ungeeignet, weil sie auch Arbeitsausfallzeiten (Urlaub, Krankheit, Schwangerschaft etc.) beinhaltet. Arbeitsausfallzeiten unterscheiden sich je nach Krankenhaus, insofern wäre es auch unsachgemäß, einen irgendwie geschätzten

bundesweiten Durchschnittswert zu verwenden (es müsste ein Schätzwert sein, weil die Krankenhausstatistik dazu keine Angaben enthält).

- Zudem kann nicht von einer bundesweit einheitlichen Brutto-Arbeitszeit ausgegangen werden. Im Krankenausbereich gibt es mittlerweile mehr als 150 unterschiedliche Tarifverträge,³ die sich vielfach auch in der Höhe der tarifvertraglichen Arbeitszeit unterscheiden. Insofern kann von der Zahl der Vollkräfte noch nicht einmal auf eine einheitliche Brutto-Arbeitszeit geschlossen werden.

Die Vorstellung, man könne von der Summe der Bewertungsrelationen auf eine einheitliche Zahl der damit finanzierbaren Vollkräfte schließen, ist ebenfalls ein Irrtum.

- Zum einen unterscheiden sich, wie bereits angesprochen, die durchschnittlichen Brutto-Personalkosten je Vollkraft und Krankenhaus. Die Brutto-Personalkosten werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst, so beispielsweise vom jeweils geltenden Tarifvertrag, der Qualifikationsstruktur, der Altersstruktur bzw. Zahl der Jahre mit Berufserfahrung etc. Zudem unterscheiden sie sich in Abhängigkeit von den jeweiligen betrieblichen Sozialleistungen (Kindergarten, zusätzliche Altersvorsorge, Sonderzahlungen etc.). Unterschiede in den Bruttopersonalkosten wirken sich darauf aus, wie viele Vollkräfte mit einer gegebenen Erlössumme maximal finanzierbar sind. Krankenhausvergleiche, die diese Unterschiede nicht berücksichtigen, sind unsachgemäß und führen zu Ungerechtigkeiten.
- Aus der Summe der Bewertungsrelationen kann zudem auch deshalb nicht auf eine bestimmte, für alle Krankenhäuser einheitliche Zahl an finanzierbaren Vollkräften geschlossen werden, weil die Bewertungsrelationen des Pflegelast-Kataloges nicht alle Einnahmen der Krankenhäuser erfassen, die für die Finanzierung von Stellen im Pflegedienst genutzt werden oder genutzt werden können. Der Pflegelast-Katalog erfasst nur die Erlöse aus Fallpauschalen und pauschalierten Zusatzentgelten. Es gibt jedoch noch weitere Erlöse und eine Vielzahl an Zu- und Abschlägen auf Fallpauschalen.⁴ Das DRG-Fallpauschalensystem ist keineswegs, wie vielfach angenommen, ein reines Fallpauschalensystem, sondern ein hoch kompliziertes Gebilde aus verschiedenen Entgeltformen und zahlreichen Zu- und Abschlägen sowie krankenhausspezifischen Regelungen und Ausnahmetatbeständen,⁵ in dem die Fallpauschalen für den weit überwiegenden Teil der Krankenhäuser zwar den Großteil der Erlöse ausmachen, aber eben nicht die einzigen Erlösquellen sind.
- Zudem erzielen Krankenhäuser auch Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten, die je nach Krankenhaus unterschiedlich hoch ausfallen können.

³ Auskunft der Gewerkschaft ver.di.

⁴ Eine Übersicht des AOK-Bundesverbandes listet für das Jahr 2018 mehr als 30 unterschiedliche Zu- und Abschläge auf, darunter zahlreiche krankenhausspezifische (AOK-Bundesverband 2018).

⁵ So sieht das Krankenhausfinanzierungsrecht beispielsweise Sonderregelungen für sogenannte „Besondere Einrichtungen“ vor (§ 17b KHG; § 6 KHEntgG), deren Leistungen nicht durch bundesweit einheitliche Fallpauschalen oder Zusatzentgelte vergütet werden, sondern durch sogenannte „sonstige Entgelte“ nach § 6 KHEntgG, die für die jeweilige Einrichtung zu vereinbaren ist. Sonstige Einrichtungen können ganze Kliniken sein, aber auch einzelne Fachabteilungen oder Stationen in einem Krankenhaus, wie beispielsweise Palliativstationen oder Stationen für Schwerbrandverletzte.

Während die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte auch für Versicherte der PKV gelten, fallen bei der Versorgung von Privatpatienten weitere, darüber hinausgehende Einnahmen an, wie die Erlöse für wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung), die mittlerweile in der Regel von den Kliniken in Rechnung gestellt werden, sowie die Zusatzeinnahmen für die Wahlleistung Unterkunft und Verpflegung (Ein- und Zweibettzimmer). Auch diese Einnahmen werden durch den Pflegelast-Katalog nicht erfasst.

- Und nicht zuletzt erhalten vor allem viele kommunale Krankenhäuser Zuschüsse ihres Trägers zur Deckung von Defiziten, die aus der Unterdeckung insbesondere auch der Personalkosten resultieren. Auch diese Einnahmen werden durch den Pflegelast-Katalog nicht berücksichtigt.

Ein relevanter Teil der Einnahmen von Krankenhäusern wird durch den Pflegelast-Katalog nicht erfasst. Dies sind jedoch Mittel, aus denen auch Stellen im Pflegedienst finanzierbar sind und auch finanziert werden. Unterschiede in der Zahl der Vollkräfte können somit auch daraus resultieren, dass die Kliniken in unterschiedlichem Maße Einnahmen aus den oben erwähnten Quellen erzielen, die vom Pflegelast-Katalog nicht berücksichtigt werden.

6.3 Änderungsvorschläge

Ersatzlose Streichung des § 137j SGBV.

7 Literatur

- AOK-Bundesverband (2018): Übersicht zu den Zu- und Abschlägen im Rahmen der Krankenhausabrechnung 2018 nach KHEntgG. Stand: 02.01.2018. Online verfügbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/abrechnung/zuschlaege/zu-abschlaege_drg_020118.pdf (2.07.2018).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018): Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege. Eckpunktepapier vom 23.05.2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflege/Sofortprogramm_Pflege_Eckpunkte.pdf (26.06.2018).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Online verfügbar unter: http://www.gdrg.de/cms/G-DRG-System_2014/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2014 (15.04.2014).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2017): Personalausstattung in pflegesensitiven Bereichen - "Pflegerlast". Konzeptpapier, vorgelegt zur zweiten Sitzung der großen Beratungsrunde über die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V am 21.11.2017. Siegburg: InEK.
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2018): Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegerlast-Katalog) - Version 0.99. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegerlast-Katalog (9.04.2018).
- Leber, Wulf-Dietrich (2018): Freibier für die Pflege. Online verfügbar unter: <https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/artikeldetailseite-ohne-heftzuweisung/36083-freibier-fuer-die-pflege/> (25.09.2018).
- Wingefeld, Klaus (2011): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Schaeffer, Doris; Wingefeld, Klaus (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 263-290.