

# Pflegepersonalquotient

## (§ 137j SGB V)

### Hintergrund

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) ist die Einführung eines „Pflegepersonalquotienten“ im § 137j SGB V vorgenommen worden. Der Pflegepersonalquotient, teilweise auch als Ganzhausansatz bezeichnet, ist definiert als Zahl, die

„das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt“ (§ 137j Abs. 1 SGB V)<sup>1</sup>.

Die Ermittlung des Pflegepersonalquotienten erfolgt ab dem Jahr 2020 jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das InEK berechnet den Quotienten auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges (synonym: Pflegeerlöskatalog), der in § 137j Abs. 1 SGB V als „*Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands*“ bezeichnet wird. Der Quotient ist für jedes Krankenhaus so zu berechnen, dass die Summe der vom Krankenhaus auf Grundlage des Pflegeerlös-/Pflegelastkatalogs abgerechneten Bewertungsrelationen pro Jahr durch die Zahl der Vollkräfte des Pflegedienstes im Jahresdurchschnitt geteilt wird. Das InEK veröffentlicht ab 2021 eine vergleichende Zusammenstellung der für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten auf seiner Internetseite. Daneben wird das BMG ermächtigt,

„durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und zu versorgenden Patienten festzulegen, bei der davon auszugehen ist, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist“ (§137j Absatz 2).

Mit dem Pflegepersonalquotient soll damit zusätzlich zu den durch § 137i SGB V eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen für sogenannte „pflegesensitive Bereiche“ eine zweite Untergrenze je Krankenhaus errechnet und festgelegt werden. Die Konstruktion des Pflegepersonalquotient weist damit auf bedeutende Entwicklungen für den Pflegedienst der Krankenhäuser hin – mit erheblichen Konsequenzen für die Finanzierung von Pflegepersonalkosten und nicht zuletzt für die Pflegepersonalausstattung. Ziel dieses Positionspapiers ist, für diese Konsequenzen zu sensibilisieren und mit den folgenden vier Punkten die Diskussion in der (Fach-)Öffentlichkeit wieder zu verstärken.

### **1. Das Ansinnen, eine „Vergleichbarkeit“ der Krankenhäuser in Bezug auf die Pflegepersonalausstattung zu erreichen, ist positiv zu bewerten – aber Pflegepersonalquotienten erscheinen hierfür nicht als geeignetes Instrument.**

Die Veröffentlichungspflicht der Pflegepersonalquotienten schafft erstmals eine relative Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern, was durchaus als Vorteil gesehen werden kann. Dadurch könnten Krankenhäuser mit einer vergleichbar guten – oder auch schlechten – Pflegepersonalausstattung identifiziert werden. Somit könnte für personell gut ausgestattete Kliniken etwa die Personalakquise positiv beeinflusst werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass eine echte Vergleichbarkeit der Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zum tatsächlichen Pflegebedarf der Patient/innen der einzelnen Krankenhäuser mit dem Pflegepersonalquotienten nicht gegeben ist. Der Pflegepersonalquotient baut auf der zentralen Annahme auf, der Pflegeerlös-/Pflegelastkatalog (bzw. „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“) bilde den Pflegeaufwand ab. Es wird

<sup>1</sup> Mit Ausnahme der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden psychiatrischen und psychosomatischen Stationen (§ 137j Abs. 1 SGB V).

angenommen, mit dem Katalog seien *„tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar“* (§ 137j Abs. 1 SGB V). Hiermit wird behauptet, der Katalog bilde pflegerische Leistungen ab. Die Annahme, der Pflegeerlös-/Pflegetlastkatalog bilde den Pflegeaufwand im Sinne von Pflegezeitaufwand ab, ist falsch. Dies gilt selbstverständlich auch für den Pflegeaufwand im Sinne von „erbrachten Pflegeleistungen“. Der Pflegeerlös-/Pflegetlastkatalog bildet nicht den Pflegeaufwand ab, sondern lediglich den in die DRG-Kalkulation eingegangenen Kostenanteil für die Pflegepersonalkosten. Damit geben die Pflegepersonalquotienten keinerlei Auskunft über das Verhältnis zwischen angefallenem Pflegeaufwand und tatsächlicher Personalbesetzung. Aufgrund der gesetzlichen Formulierung („Pflegeaufwand“) wird suggeriert, dass der Pflegebedarf der Patient/innen zu einem sehr hohen Anteil gedeckt sei, obwohl dieser gar nicht erfasst ist und de facto zu einem erheblichen Anteil weiter unberücksichtigt bleibt. Das kann zu einer erheblichen Fehlinformation der Öffentlichkeit führen.

## **2. Die Ergebnisse der Pflegepersonalquotienten können als (gefährliche) Grundlage für Budgetverhandlungen missbraucht werden.**

Durch die Übermittlung des jeweiligen Pflegepersonalquotienten an die Verhandlungspartner droht, dass der Quotient zum zentralen Gegenstand der Verhandlungen gemacht wird. Bei Einhaltung der auf dieser Datenbasis (letztlich der Ist-Kosten der Kalkulationshäuser) festgelegten Mindestvorgaben auf voraussichtlich niedrigem Niveau (Perzentilansatz), *„bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist“* (§137j Absatz 2), muss angenommen werden, dass Steigerungen über den Personalstand hinaus, der bis Ende 2019 erreicht wurde, kaum mehr verhandelt werden (können). Bis dahin wurde keine Pflegepersonalausstattung erreicht, die den Anforderungen der Patientensicherheit und angemessenen Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen entspricht.

## **3. Die Pflegepersonalquotienten dienen einer weiteren (gefährlichen) „Pflegepersonaluntergrenze“.**

Die Festlegung der (weiteren) Untergrenze auf Grundlage der Pflegepersonalquotienten aller Krankenhäuser – also *„für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand (...), bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist“* (§137j Absatz 2) – lässt vermuten, dass dies auch auf Basis des Perzentilansatzes geschehen soll. Ansonsten bräuchte das BMG die Kenntnis über alle Pflegepersonalquotienten nicht, die als Grundlage für die Festlegung der Untergrenze dienen sollen. Aufgrund der Berechnungsweise der Pflegepersonalquotienten und der damit fehlenden Aussagekraft zum Pflegebedarf kann keine darauf basierende Untergrenze festgesetzt werden, die *„das erforderliche Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegeaufwand“* vorschreibt, wie in § 137j Abs. 2 SGB V vorgesehen, da der Pflegeaufwand – verstanden als Pflegezeitaufwand oder erbrachter Pflegeleistungen – weiter unbekannt bleibt.

## **4. Die Pflegepersonalquotienten dienen als Vorbereitung eines zukünftigen Systems bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen.**

In der Analyse der Konstruktion des Pflegepersonalquotienten wird deutlich: Der Quotient soll das Verhältnis der Zahl an Vollkräften im Jahresdurchschnitt zur Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen nach Pflegeerlös-/Pflegetlastkatalog pro Jahr ausdrücken. Der Quotient soll damit für einen Vergleich zwischen den Krankenhäusern genutzt und die geplante Untergrenze soll auf Grundlage einer Auflistung der Quotienten aller Krankenhäuser festgelegt werden. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass bei identischer Summe an Bewertungsrelationen auch eine identische Zahl an Vollkräften finanzierbar sei. Das wäre aber nur dann der Fall, wenn diese Bewertungsrelationen auch mit einem bundesweit einheitlichen Pflegeentgeltwert multipliziert werden – damit läge dann ein Zahlbetrag einer Pauschale vor. Offenbar greift der geplante Pflegepersonalquotienten bereits einem zukünftigen System bundesweit einheitlicher Pflegepauschalen vor, in dem sich – analog zum DRG-System – der Zahlbetrag einer Pauschale aus der Multiplikation der im Pflegeerlös-/Pflegetlastkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit einem bundesweit geltenden Pflegeentgeltwert ergibt.

## Zusammenfassung

Die Pflegepersonalquotienten geben weder Auskunft darüber, ob und in welchem Maße die Pflegepersonalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser bedarfsgerecht ist oder gar dem zu deckenden Pflegeaufwand entsprechen, noch erlauben sie Rückschlüsse darauf, ob die tatsächliche Ist-Besetzung der eigentlich finanzierbaren und angemessenen Pflege entspricht. Die hier aufgeführten Punkte zeigen den deutlichen Bedarf einer grundsätzlichen Überprüfung der Konzeption des Pflegepersonalquotienten auf. Sollte der § 137j unverändert bestehen bleiben, so ist eine weitere Verschlechterung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser und damit eine weitere Minderung der Patientensicherheit zu befürchten.

Stattdessen muss als Sofortmaßnahme interimsmäßig eine bereits entwickelte PPR 2.0 eingeführt werden. Parallel dazu muss die pflegewissenschaftliche Entwicklung eines analytischen Instrumentes zur Pflegepersonalbedarfsermittlung auf der Grundlage des Pflegebedarfs erfolgen. Dafür muss seitens des Gesetzgebers die finanzielle Grundlage geschaffen werden und zeitnah eine Auftragsvergabe erfolgen.

Eine ausführliche Diskussion zur Einführung des Pflegepersonalquotient findet sich in:

*Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Nr. 096. Oktober 2018, S. 83-92. Online verfügbar unter: [https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync\\_id=8222](https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8222) (abgerufen am 07.10.2020).*

Der Bundesvorstand, Berlin; 15. Dezember 2020

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.**

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de) | [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)