

# **Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V**

## **Zwischenbericht**

des  
GKV–Spitzenverbandes und der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

an das Bundesministerium für Gesundheit

Stand: 30.01.2018



## Inhaltsverzeichnis

### Inhalt

<b>I. Vorwort .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Organisation des Verhandlungsprozesses .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Übersicht der zu beteiligenden Organisationen .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Verhandlungsverlauf.....</b>	<b>5</b>
„Kleine Verhandlungsrunden“ .....	5
„Große Verhandlungsrunden“ .....	6
<b>3 Übermittlung des Zeit- und Arbeitsplans .....</b>	<b>8</b>
<b>III. Stand der Umsetzung .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Identifikation pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern .....</b>	<b>9</b>
Ermittlung pflegeintensiver Fachabteilungen .....	9
Bewertung des Beschwerdemanagements und der CIRS-Systeme als weitere Informationsquellen .....	9
Ergänzende Auswertungen des Hamburg Center for Health Economics (hche).....	10
Analysen des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) .....	10
Erkenntnisse durch die Befragung von Pflegeexperten aus Wissenschaft und Praxis.....	11
Auswahl der ersten pflegesensitiven Bereiche .....	11
<b>2 Ermittlung des Pflegebedarfs.....</b>	<b>12</b>
Ermittlung der patientenindividuellen Pflegelast .....	13
<b>3 Ermittlung der tatsächlichen Pflegepersonalausstattung und der Pflegelast.....</b>	<b>13</b>
<b>4 Ermittlung und Festlegung von Pflegepersonalgrenzen .....</b>	<b>14</b>
Schweregradadjustierte Pflegepersonaluntergrenzen .....	15
Pflegepersonaluntergrenzen in Abhängigkeit vom Pflegebedarf .....	15
<b>IV. Ergänzender Ansatz auf Ebene des Gesamthauses .....</b>	<b>16</b>
<b>V. Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>17</b>

## I. Vorwort

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) zu vereinbaren (§ 137i SGB V). Ab dem 01.01.2019 sollen die normierten Pflegepersonaluntergrenzen für die Krankenhäuser verbindlich gelten.

Insgesamt umfasst der gesetzliche Auftrag sechs Vereinbarungen:

- |   |                |
|---|----------------|
| 1. Vereinbarung über Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen               | bis 30.06.2018 |
| 2. Vereinbarung über Mehrkosten   | ohne Frist     |
| 3. Vereinbarung über den Nachweis der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen             | bis 30.06.2018 |
| 4. Vereinbarung über Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen | bis 30.06.2018 |
| 5. Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG                    | bis 31.07.2018 |
| 6. Vereinbarung zur Überführung der Mittel des Pflegesonderprogramms in den Pflegezuschlag  | bis 31.10.2018 |

Für die zügige Abarbeitung des Auftrags innerhalb des engen, vom Gesetzgeber definierten Zeitraumes haben die Selbstverwaltungspartner die Verhandlungen unmittelbar nach Verkündung des Gesetzes im Juli 2017 aufgenommen. In einem am 12.09.2017 vorgelegten Zeitplan wurden die Arbeitsschritte zur Abarbeitung des Auftrags dargelegt.

Wesentliches Hindernis bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen innerhalb der gesetzlichen Frist ist, dass es zur deutschen Versorgungssituation keine Studien gibt, auf deren Basis Pflegepersonaluntergrenzen valide abgeleitet werden könnten. Die Datengrundlage über die tatsächliche Pflegepersonalausstattung in den unterschiedlichen (pflegesensitiven) Bereichen der Krankenhäuser muss daher erst geschaffen werden. Gleiches gilt für den Pflegebedarf bzw. die Pflegelast der in den pflegesensitiven Bereichen zu versorgenden Patientinnen und Patienten<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht nachfolgend durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Patient, Pflegeexperte, Pflegedirektor, Pflegewissenschaftler) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.

Eine weitere Herausforderung ist die fehlende ordnungspolitische Definition des im Gesetz geforderten Bezugspunktes „Krankenhausbereich“. Pflegepersonaluntergrenzen können nur umgesetzt werden, wenn sie eindeutig einer Organisationseinheit eines Krankenhauses zugeordnet werden können. Dies ist jedoch nicht ohne weiteres möglich, da es keine klaren Kriterien dafür gibt, was eine Fachabteilung oder eine Station ist.

Im vorliegenden Zwischenbericht der Selbstverwaltungspartner nach § 137i Abs. 2 Satz 6 SGB V wird der Umfang der bisherigen Beratungen auch unter Einbindung der nach § 137i Abs. 1 Satz 9 SGB V genannten Organisationen beschrieben. Es werden die Recherche- und Analyseergebnisse zur Identifikation pflegesensitiver Bereiche erörtert und das methodische Vorgehen hinsichtlich der Ermittlung von Pflegepersonaluntergrenzen dargestellt. Dies umfasst auch einen ergänzenden methodischen Ansatz, bei dem die Pflegepersonalausstattung ins Verhältnis zu den Pflegeerlösen eines jeden Krankenhauses gesetzt wird.

Die Selbstverwaltungspartner haben das Ergebnis der Sondierungsgespräche von CDU, CSU und SPD vom 12.01.2018, Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen in Krankenhäusern einzuführen, zur Kenntnis genommen. Das weitere Vorgehen muss sich jedoch zunächst am nach wie vor geltenden Wortlaut des § 137i SGB V orientieren.

## **II. Organisation des Verhandlungsprozesses**

Die Vertragsparteien haben sich bereits im Juni 2017 auf einen Verhandlungsplan geeinigt. Es wurde vereinbart, dass sich DKG und GKV-Spitzenverband bis Ende 2018 monatlich zu bilateralen Verhandlungsrunden (sogenannte „Kleine Verhandlungsrunden“) treffen. Darüber hinaus wurde vereinbart, die zu beteiligenden Organisationen einmal im Quartal zu sogenannten „Großen Verhandlungsrunden“ einzuladen, um über den aktuellen Verhandlungsstand zu informieren und zu diskutieren. Darüber hinaus werden in den Sitzungen eigene Vorschläge und (schriftliche) Stellungnahmen der zu beteiligenden Organisationen beraten.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQTIG) werden aufgrund ihrer gesetzlich vorgesehenen Rolle für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen ständig eingebunden.

Das BMG steht mit den Vertragsparteien von Anfang an in ständigem fachlichen Austausch und nimmt an allen Verhandlungsrunden teil.

### **1 Übersicht der zu beteiligenden Organisationen**

Gemäß § 137i SGB V Abs. 1 SGB V sind bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen insbesondere der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR), Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Abs. 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. qualifiziert zu beteiligen. Ihnen ist insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen und ihre Stellungnahmen sind zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen.

### **2 Verhandlungsverlauf**

Es fand in den letzten neun Monaten ein breiter Verhandlungs- und Beratungsprozess zwischen den Selbstverwaltungspartnern, den zu beteiligenden Organisationen, dem InEK, dem IQTIG und dem BMG statt.

#### **„Kleine Verhandlungsrunden“**

Die Vertragsparteien haben sich im Berichtszeitraum bis einschließlich Januar 2018 insgesamt zu sieben bilateralen Verhandlungsrunden – unter Beteiligung des BMG, des InEK und vereinzelt des

IQTIG – getroffen. Die Selbstverwaltungspartner haben sich zudem zu zwei weiteren Verhandlungsrunden – ebenfalls unter Beteiligung des BMG – zu spezifischen Themengebieten getroffen.

In den bisherigen Verhandlungen standen insbesondere folgende Themen im Mittelpunkt:

- Identifikation und Abgrenzung von pflegesensitiven Bereichen (siehe Kapitel III. 1)
- Ermittlung und Berücksichtigung des Pflegebedarfs bzw. der Pflegelast von Patienten (siehe Kapitel III. 2)
- Ermittlung der tatsächlichen Pflegepersonalausstattung in pflegesensitiven Krankenhausbereichen unter Berücksichtigung der Pflegelast (siehe Kapitel III. 3)
- Entwicklung und Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen (siehe Kapitel III. 4)
- Ergänzender Ansatz auf Ebene des Gesamthauses (siehe Kapitel IV.)

#### **„Große Verhandlungsrunden“**

Darüber hinaus fanden zwei Verhandlungsrunden mit den zu beteiligenden Organisationen am 24.08.2017 und 21.11.2017 statt.

In der ersten Sitzung am 24.08.2017 haben die DKG und der GKV-Spitzenverband ihre ersten Überlegungen zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen, zur Definition von Pflegepersonaluntergrenzen und zur Verbesserung der Datengrundlage mit den zu beteiligenden Organisationen ausgetauscht.

Vor Aufnahme der Verhandlungen haben die zu beteiligenden Organisationen ihre Positionen zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in Stellungnahmen schriftlich dargelegt. Diese waren Bestandteil der Diskussionen in der ersten Sitzung, aus denen die Ansätze zur IQTIG-Beauftragung sowie der Pflegeexpertenbefragung hervorgingen. In den Papieren dargestellt sind die jeweiligen Positionen zu einer Vielzahl von Eckpunkten, u. a. zur Problematik der Identifikation pflegesensitiver Bereiche vor dem Hintergrund unterschiedlicher Organisationsstrukturen in Krankenhäusern, der Berücksichtigung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus des Pflegepersonals, dem Verständnis von Untergrenzen, der Notwendigkeit der Ermittlung des Pflegebedarfs der Patienten oder der Problematik von Substitutionseffekten. Angesprochen wurden weiterhin Erfahrungen mit internationalen Regulierungen und Prozessvorschläge für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Näheres ist den Positionspapieren der Organisationen zu entnehmen (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1:** Übersicht zu den Positionspapieren der zu beteiligenden Organisationen gemäß § 137i Abs. 1 Satz 9 SGB V

Organisation	Titel	Datum
Organisationen gem. § 2 Abs. 1 Patientenbeteiligungsverordnung: Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.	Grundsätze für die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus aus Sicht der PatientenvertreterInnen nach § 140f SGB V	22.08.2017
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	Zusammenfassung der Positionen der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	22.08.2017
Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)	Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern	22.08.2017
Deutscher Pflegerat (DPR)	Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern - Vorschläge des Deutschen Pflegerates zur Umsetzung	22.08.2017
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)	Grundsätzliche Anmerkungen der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA	24.08.2017

In der zweiten Sitzung am 21.11.2017 haben die Vertragsparteien ihre unterschiedlichen Vorstellungen insbesondere zur Berücksichtigung des Pflegebedarfs und zur Ermittlung der Pflegepersonalausstattung dargestellt und mit den Organisationen diskutiert. Es wurde zudem die Auswahl möglicher pflegesensitiver Bereiche präsentiert, auf die sich die Vertragsparteien im Vorfeld verständigt haben. Die zu beteiligenden Organisationen haben im weiteren Diskussionsverlauf ihre Vorstellungen zu den einzelnen Themenkomplexen vorgetragen. Seitens der Patientenorganisationen wurden „Vorüberlegungen zu einem System zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Pflegepersonaluntergrenzen“ schriftlich eingebracht und in den Beratungen berücksichtigt.

### 3 Übermittlung des Zeit- und Arbeitsplans

Am 12.09.2017 haben die Vertragsparteien dem BMG den Zeit- und Arbeitsplan gemäß § 137i Abs. 2 Satz 3 SGB V vorgelegt. In diesem haben die Vertragsparteien Verhandlungseckpunkte zu den weiteren Schritten vereinbart, die für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen notwendig sind. Der Zeit- und Arbeitsplan wurde zudem zeitnah den zu beteiligenden Organisationen übermittelt.

Zum Zeit- und Arbeitsplan wurden von den zu beteiligenden Organisationen drei Stellungnahmen vorgelegt. Darin arbeiten die Organisationen inhaltliche Anmerkungen und Kritik an den geplanten Arbeitsschritten sowie dem Abstimmungsprozess heraus. In der zweiten „Großen Verhandlungsrunde“ am 21.11.2017 wurden wesentliche Inhalte von den zu beteiligenden Organisationen vorgetragen und von den Vertragsparteien aufgegriffen und diskutiert.

**Tabelle 2:** Übersicht zu den Stellungnahmen zum Zeit- und Arbeitsplan der zu beteiligenden Organisationen gemäß § 137i Abs. 1 SGB V

Organisation	Titel	Datum
Organisationen gemäß § 2 Abs. 1 Patientenbeteiligungsverordnung	Stellungnahme zum Entwurf eines Arbeits- und Zeitplans für die Entwicklung und Vereinbarung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V	23.08.2017
Organisationen gemäß § 2 Abs. 1 Patientenbeteiligungsverordnung	Stellungnahme zum gemeinsamen Zeit- und Arbeitsplan von DKG und GKV-Spitzenverband vom 12.09.2017	20.10.2017
Deutscher Pflegerat	Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern	November 2017



### **III. Stand der Umsetzung**

#### **1 Identifikation pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern**

Pflegesensitive Krankenhausbereiche sind im Sinne des Gesetzgebers solche Bereiche, in denen aus Sicht des Patientenschutzes sowie aus Sicht der Versorgungsqualität ein Zusammenhang zwischen der Anzahl an Pflegekräften sowie dem Vorkommen von unerwünschten Ereignissen, wie beispielsweise Dekubitus oder Infektionen der Operationswunde (sogenannte „pflegesensitive Ergebnisindikatoren“), besteht. Dies bedeutet, dass pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse anfällig sind, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt.

Erste Hinweise auf pflegesensitive Bereiche basieren auf einem Gutachten des Hamburg Center for Health Economics (hche) vom 16.11.2016, in dem der Zusammenhang zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in einzelnen Fachabteilungen von Krankenhäusern untersucht wurde. Im Ergebnis wurden 15 Fachabteilungen identifiziert, für die sich dieser Zusammenhang nachweisen lässt. Da allerdings die Auswertungen des Gutachtens zu wenig belastbar sind, um alleine auf dieser Grundlage erste pflegesensitive Bereiche auszuwählen, wurden weitere Datenquellen und qualitative Ansätze genutzt.

Die Ergebnisse des hche-Gutachtens, der weiteren internen Auswertungen sowie der im Zeit- und Arbeitsplan festgelegten weiteren Analysen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

#### **Ermittlung pflegeintensiver Fachabteilungen**

In der ersten Sitzung der „Großen Verhandlungsrunde“ am 24.08.2017 wurden erste Auswertungen zum Pflegebedarf der Patienten vorgestellt. Der Pflegebedarf wurde dabei anhand der Häufigkeit von PKMS-Fällen einer Fachabteilung bzw. den Anteilen an Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984) oder an Funktionseinschränkungen (Diagnosen U50, U51, U52) einer Fachabteilung approximiert. Im Ergebnis war die Fachabteilung Geriatrie bei allen Auswertungen auf dem obersten Rang, dicht gefolgt von der Fachabteilung Neurologie.

#### **Bewertung des Beschwerdemanagements und der CIRS-Systeme als weitere Informationsquellen**

Trotz erheblicher Bedenken zur Verwertbarkeit der Daten des Beschwerdemanagements, die seitens der zu beteiligenden Organisationen (hier insbesondere der Deutsche Pflegerat und die Organisationen gemäß § 2 Abs. 1 Patientenbeteiligungsverordnung) geäußert wurden, wurden im Zeit- und Arbeitsplan Auswertungen des Beschwerdemanagements der Krankenkassen und der CIRS-Systeme der Krankenhäuser vereinbart. Im Ergebnis ließen jedoch weder die Auswertungen

des Beschwerdemanagements noch die Auswertungen der CIRS-Systeme aufgrund unterschiedlicher Limitationen weitere Rückschlüsse zur Identifikation pflegesensitiver Bereiche zu.

### **Ergänzende Auswertungen des Hamburg Center for Health Economics (hche)**

Weiterhin wurde geprüft, ob anhand der Sterbehäufigkeiten nach Fachabteilungen pflegesensitive Bereiche identifiziert werden können. Hierbei wurde geprüft,

- ob Patienten im Krankenhaus in bestimmten Fachabteilungen häufiger versterben,
- ob Patienten im Krankenhaus eher unter der Woche oder am Wochenende versterben und
- ob es Unterschiede in den Sterberaten zwischen Tag und Nacht gibt.

Betrachtet wurde der Durchschnitt über alle Tage. Eine Auswertung erfolgte für das Jahr 2014 differenziert nach Tagen, Schichten und Alter (< 75 Jahre, > 75 Jahre). In die Analysen wurden nur Patienten einbezogen, die nicht innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme verstorben sind. Die Patienten wurden den Fachabteilungen zugeordnet, in denen sie während des Krankenhausaufenthaltes am längsten verweilt haben.

Im Ergebnis wurden keine systematischen Unterschiede zwischen Wochentagen und Wochenende sowie zwischen Tag- und Nachtschicht evident, so dass sich hieraus keine weiteren Hinweise auf pflegesensitive Bereiche ergeben.

### **Analysen des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)**

Im Ergebnis der Diskussionen in der „Großen Verhandlungsrunde“ am 24.08.2017 waren sich die Beteiligten einig, dass das IQTIG den Auftrag erhält zu prüfen, inwiefern aus den Daten der externen Qualitätssicherung (ESQS) Hinweise auf pflegesensitive Bereiche ableitbar sind. Eine entsprechende Beauftragung durch das BMG erfolgte am 09.10.2017.

Das IQTIG legte im November 2017 ein Ergebnispapier vor, dessen Auswertungen die folgenden drei Teilbereiche beinhalten: (i) Identifizierung potenzieller pflegebezogener Qualitätsindikatoren im Rahmen der QSKH-Richtlinie, (ii) Analyse der Ergebnisse dieser Qualitätsindikatoren in Bezug auf Pflegerrelevanz in den einzelnen Fachbereichen (Bezugsjahre 2014 und 2015), (iii) Analyse der Ergebnisvarianz hinsichtlich einer möglichen Korrelation mit der Personalausstattung der jeweiligen Abteilungen.

Auffälligkeiten zeigen sich allein bei den Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe. Konkret ergibt sich aus den Analysen, dass die Bereiche Herzchirurgie, Geriatrie, Thorax- und Unfallchi-

rurgie als die Versorgungsbereiche identifiziert wurden, in denen die pflegerischen Ressourcen besonders bedeutsam sind und ein Handlungsbedarf erkennbar ist.

### **Erkenntnisse durch die Befragung von Pflegeexperten aus Wissenschaft und Praxis**

Im Laufe des Verhandlungsprozesses haben sich die Vertragsparteien darauf geeinigt, einen Auftrag zur Befragung von Pflegeexperten bis Dezember 2017 zu vergeben. Die Expertenbefragung dient dazu, neben der fachlichen Expertise der Vertreter der zu beteiligenden Organisationen auch die Erfahrungen und Erkenntnisse von Pflegeexperten unterschiedlicher Disziplinen (z. B. Pflegedirektoren, Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegewissenschaftler) umfassend zu berücksichtigen, um weitere Erkenntnisse, die für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen relevant sind, zu gewinnen.

Die Frist zur Übermittlung der Angebote endete am 24.11.2017. Nach sorgfältiger Angebotsprüfung wurde der Auftrag zur Pflegeexpertenbefragung am 21.12.2017 an das IGES-Institut vergeben. Gemäß dem Auftrag sollen insgesamt 75 Pflegewissenschaftler, Pflegedirektoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie Pflegefachkräfte telefonisch befragt werden. Um möglichst ein breites Spektrum an Erfahrungen zu erfassen, plant das IGES-Institut bei der Auswahl der zu befragenden Personen einen unterschiedlichen Qualifikationsmix, ein Mindestmaß an Berufserfahrung, unterschiedliche Krankenhausprofile sowie regionale Aspekte zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Befragung sollen den Vertragsparteien bis spätestens 23.03.2018 vorliegen.

### **Auswahl der ersten pflegesensitiven Bereiche**

Auf Basis der dargestellten Analysen und unter Beachtung der gesetzlichen Ausführungen in § 137i Abs. 1 Satz 4 SGB V haben sich die Vertragsparteien auf folgende, vorläufige pflegesensitive Bereiche geeinigt:

- Geriatrie
- Neurologie
- Kardiologie
- Herzchirurgie
- Unfallchirurgie (für Allgemeine Chirurgie)
- Intensivmedizin

Neben der vorläufigen Auswahl dieser ersten Bereiche soll die im Dezember 2017 beauftragte Befragung von Pflegeexperten aus Wissenschaft und Praxis weitere Erkenntnisse zur Identifikation pflegesensitiver Bereiche liefern. Anhand der Befragungsergebnisse sollen dabei insbesondere die

oben genannten Bereiche evaluiert und die Liste um zusätzliche Bereiche erweitert werden. Für diese könnten in einem zweiten Schritt ebenfalls Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt werden.

Die Vertragsparteien haben zudem vereinbart, einen Auftrag zur Datenerhebung und -auswertung in Bezug auf die derzeitige Pflegepersonalausstattung und Pflegelast in den sechs genannten pflegesensitiven Bereichen auszuschreiben. Auf Basis der Datenauswertungen sowie der Ergebnisse der Expertenbefragung sollen in einem ersten Schritt aus diesen sechs pflegesensitiven Bereichen vier ausgewählt werden. Für diese vier Bereiche werden anschließend nach dem „Perzentilansatz“ Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt (siehe Kapitel III. 4).

## **2 Ermittlung des Pflegebedarfs**

Die Erfassung und Berücksichtigung des individuellen Pflegebedarfs von Patienten in pflegesensitiven Krankenhausbereichen wurde seitens des Gesetzgebers als keine wesentliche Voraussetzung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen betrachtet. Jedoch ist der Pflegebedarf der Patienten sehr heterogen. So haben demente Patienten, frisch operierte Patienten und weitere Patientengruppen einen erheblich höheren Pflegebedarf, der bei der Ermittlung und Festlegung von Personaluntergrenzen berücksichtigt werden sollte. Daher haben sich die Vertragsparteien darauf geeinigt, die Entwicklung eines Instruments zur Adjustierung des Schweregrades in Auftrag zu geben.

In einer ursprünglichen Version des Vergabekonzepts sollte ein Algorithmus auf Basis vorhandener Daten nach § 21 KHEntgG und § 301 SGB V entwickelt werden. Mit Hilfe der bereits heute erfassten patientenindividuellen Einflussgrößen wie beispielsweise Haupt- und Nebendiagnosen, OPS, Pflegegrade und weiteren Einflussgrößen (Alter, Geschlecht, Krankenhausprofil etc.) sollte der patientenindividuelle Pflegebedarf approximiert und anschließend in geeigneter Weise kategorisiert werden. Das Ziel des zu entwickelnden Algorithmus war, mittels einer adäquaten Kategorisierung von Einflussgrößen eine unmittelbare Zuordnung zu Pflegeaufwandskategorien zu ermöglichen.

Anknüpfend an diese Vorüberlegungen legten die Organisationen gemäß § 2 Abs. 1 Patientenbeteiligungsverordnung ein Papier mit „Anmerkungen zum Vorschlag der Entwicklung eines Pflegebedarfsgroupers zur Unterstützung der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen“ vor. Sie arbeiten darin die Notwendigkeit einer Berücksichtigung individueller Pflegebedarfe heraus und skizzieren, wie diese in patientenspezifische „Pflege-Relativgewichte“ überführt werden könnten. Sie verweisen zudem auf die mit einem solchen System einhergehende notwendige und bereits heute stattfindende Steuerung der Patientenbelegung durch das Klinikmanagement. Sofern bei

der Steuerung der Belegung eine grundsätzliche Orientierung an der vorhandenen Pflegepersonalbesetzung erfolge, könne angenommen werden, dass ständige Personalwechsel oder kurzfristige Einsätze des Personals die Ausnahme seien. Sie begrüßen die Flexibilisierung des Systems der Pflegepersonaluntergrenzen, die durch den Einbezug der individuellen Pflegebedarfe der Patienten erreicht werden könnte.

Die Vertragsparteien einigten sich insbesondere vor dem Hintergrund des zeitlich engen Auftrags zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen darauf, das InEK mit der Ausarbeitung eines alternativen methodischen Ansatzes zur Pflegebedarfserfassung auf der Basis von Pflegeerlösanteilen zu beauftragen. Die Beauftragung erfolgte im November 2017. Im Folgenden werden die Grundsätze des InEK-Konzepts zur Risikoadjustierung der Pflegelast dargestellt.

### **Ermittlung der patientenindividuellen Pflegelast**

Beim InEK-Konzept wird der patientenindividuelle Pflegebedarf approximiert und als sogenannte „Pflegelast“ bezeichnet. Dabei wird auf die Kostenbestandteile der Kalkulationsmatrix zurückgegriffen und die Pflegelast als „typischerweise in einer DRG kalkulierte Personalkosten für Pflege am Krankenhausbett“ definiert. Die bei der DRG-Kalkulation berücksichtigten Pflegepersonalkosten können für jede DRG individuell bestimmt werden und ergeben unter Berücksichtigung der mittleren Verweildauer eine Pflegelast je DRG je Verweildauertag. Bestimmte, über Zusatzentgelte vergütete Pflegekosten werden im Modell additiv berücksichtigt.

Im Ergebnis wird ein Pflegelast-Katalog berechnet, der für jede DRG die Pflegelast pro Verweildauertag und additive Komponenten in Form eines Relativgewichts enthält. Die Pflegelast einer Organisationseinheit lässt sich dann anhand der abgerechneten DRGs der behandelten Patienten in Verbindung mit den individuellen Verweildauern und den abgerechneten pflegekostenrelevanten Zusatzentgelten berechnen. Durch den Pflegelast-Katalog ist für jeden Tag die Pflegelast für die entlassenen Patienten einer Organisationseinheit bestimmbar.

Die Pflegelast je Patient auf diese Weise zu erfassen, dient ausschließlich der Gewichtung unterschiedlicher Patienten eines pflegesensitiven Bereiches entsprechend ihrer Pflegebedarfe.

### **3 Ermittlung der tatsächlichen Pflegepersonalausstattung und der Pflegelast**

Derzeit liegen zur Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern sowie zum Pflegebedarf der Patienten und den sich daraus abzuleitenden Pflegepersonaluntergrenzen nur begrenzt auswertbare Daten vor. Die Verhandlungsparteien haben sich daher grundsätzlich darauf geeinigt, dass es

einer empirischen Datengrundlage bedarf, um daraus abgeleitete Pflegepersonaluntergrenzen festlegen zu können. Im Laufe des Verhandlungsprozesses lagen unterschiedliche Konzepte zur Datenerhebung vor, die insbesondere hinsichtlich der zu verwendenden Bezugsgröße (schichtgenaue versus jahresdurchschnittliche Datenerhebung) voneinander abwichen.

Auf Basis eines abgestimmten Konzeptes haben sich die Vertragsparteien darauf geeinigt, ein externes Institut mit der datenbasierten Herleitung von Pflegepersonaluntergrenzen zu beauftragen. Die Datenerhebung und -auswertungen haben dabei auf Grundlage einer möglichst repräsentativen Krankenhausstichprobe schichtgenau für vorab definierte Zeiträume für alle sechs pflegesensitiven Bereiche zu erfolgen.

Die zu erstellenden Auswertungen bezüglich des Verhältnisses der Pflegepersonalausstattung zur Belegung bzw. zur Pflegelast der Patienten sollen ermöglichen, mittels des Perzentilansatzes für jeden pflegesensitiven Bereich Pflegepersonaluntergrenzen zu ermitteln. Zudem sollen alternative Konzepte bezüglich der Anwendung des Pflegelastkonzepts bei der Bestimmung der Pflegepersonaluntergrenzen (siehe Kapitel III. 4) berücksichtigt werden. Die Auftragsvergabe soll in Kürze erfolgen.

#### **4 Ermittlung und Festlegung von Pflegepersonalgrenzen**

Die Vertragsparteien hatten sich bereits im Zeit- und Arbeitsplan im Grundsatz darauf verständigt, dass die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentilansatzes“ erfolgen soll, der neben der tatsächlichen Pflegepersonalausstattung auch die Pflegelast der Patienten berücksichtigt. Der Perzentilansatz geht dabei auf das hche-Gutachten<sup>2</sup> zurück, das im Rahmen der Beratungen in der Pflegeexpertenkommission vom BMG beauftragt worden war. Gemäß dem Ansatz wird das Versorgungsniveau über eine Pflegepersonaluntergrenze normiert, die dem x-ten Perzentil (z. B. Dezil oder Quartil) entspricht. Krankenhäuser, deren Personalausstattung unterhalb einer Pflegepersonaluntergrenze eines pflegesensitiven Bereichs liegt, müssen dann das Verhältnis von Pflegenden zu Patienten bzw. zu deren Pflegelast mindestens bis zur Perzentilgrenze verbessern. Die Perzentilgrenze soll dabei das pflegerische Versorgungsniveau darstellen, unter dem die Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet ist. Dieses Vorgehen muss für jeden pflegesensitiven Bereich auf Basis der erhobenen Daten durchgeführt werden.

---

<sup>2</sup> Schreyögg, J., Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Vorgelegt im Zuge der Beratungen in der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“.

Hinsichtlich der Berücksichtigung der Pflegelast bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen gibt es zwei alternative Herangehensweisen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

### **Schweregradadjustierte Pflegepersonaluntergrenzen**

Dieser Ansatz sieht vor, dass auf Grundlage des InEK-Modells alle pflegesensitiven Bereiche nach ihrem Schweregrad (Pflegelast) differenziert werden, so dass je Bereich beispielsweise drei Schweregradgruppen entstehen. In Abhängigkeit dieser Schweregradeinteilung entstehen somit Krankenhäuser mit niedrigem, mittlerem und hohem Schweregrad im jeweiligen pflegesensitiven Bereich. Für diese drei Schweregrade würden dann unterschiedliche Pflegebelastungszahlen als reine Pflegekraft-Patientenquote gelten (z. B. 1:12 niedriger Schweregrad, 1:10 mittlerer Schweregrad; 1:8 hoher Schweregrad). Das gleiche Verfahren wird für die Nachtschichtbesetzung angewandt.

Die Einteilung nach Schweregradgruppen erfolgt für die pflegesensitiven Bereiche für jedes Krankenhaus zum Zwecke der Planungssicherheit einmal jährlich im Rahmen der Budgetverhandlungen und gilt dann für das jeweilige Budgetjahr. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass keine wesentlichen Abweichungen im Leistungsspektrum des jeweiligen Krankenhauses in den pflegesensitiven Bereichen – und damit auch für die Schweregradklassen – innerhalb eines Jahres auftreten.

### **Pflegepersonaluntergrenzen in Abhängigkeit vom Pflegebedarf**

Bei diesem Ansatz steht der Pflegebedarf eines Patienten, der über die „Pflegelast“ des InEK-Modells approximiert wird, im Fokus der Betrachtung. Für jeden pflegesensitiven Bereich wird dafür das Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegelasten ermittelt, wobei die Personal-Patienten-Zahl als „Pflegevollkraft zu Pflegelastäquivalent“ normiert wird. Im Ergebnis wird für jeden pflegesensitiven Bereich das derzeitige Versorgungsniveau in Abhängigkeit vom Schweregrad der zu behandelnden Patienten erfasst. Die Festsetzung eines Versorgungsniveaus beim x-ten Perzentil führt für jeden pflegesensitiven Bereich zu einer schweregradgerechten Pflegepersonaluntergrenze sowohl für die Tagschicht als auch die Nachschicht.

## **IV. Ergänzender Ansatz auf Ebene des Gesamthauses**

Um gezielte Verschiebungen von Pflegepersonal aus „nicht pflegesensitiven“ in pflegesensitive Bereiche zu verhindern, hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien beauftragt, mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen auch geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten vorzusehen. Zur Beurteilung dieser Verlagerungseffekte ist es grundsätzlich erforderlich, neben der Personalbesetzung der pflegesensitiven Bereiche auch die Pflegepersonalbesetzung des Gesamtkrankenhauses (also inkl. aller nicht pflegesensitiven Bereiche) zu betrachten.

Sofern die enge zeitliche Frist bis zur Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen nicht gehalten werden kann, ermöglicht ein ergänzender Ansatz auf Ebene des Gesamthauses, Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis des Gesamtkrankenhauses zu erarbeiten. Dieser Ansatz könnte als erste Stufe der Umsetzung der eigentlichen gesetzlichen Aufgabe, Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen festzulegen, vorgeschaltet werden. Für diesen Gesamthausansatz soll, vereinfacht dargelegt, für jedes Krankenhaus die Vollkräfteanzahl aller im Krankenhaus im Jahresdurchschnitt tätigen examinierten Pflegekräfte dem aus dem erbrachten Leistungsspektrum (vereinbartes Fallpauschalenvolumen) zu ermittelnden Pflegeerlös gegenübergestellt werden. Der sich ergebende Quotient aus examinierten Pflegevollkräften und Pflegeerlösen soll anschließend auf Ebene jedes einzelnen Krankenhauses in Beziehung zu allen Krankenhäusern betrachtet werden. Auf der Basis der entstehenden Verteilung kann dann eine Pflegepersonaluntergrenze mittels Perzentilansatz festgelegt werden. Die ermittelte Pflegepersonaluntergrenze kann, wenn gewünscht, regelmäßig aktualisiert werden.



## V. Zusammenfassung und Ausblick

Seit Juli 2017 arbeiten die DKG und der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der PKV mit hoher Sitzungstaktung und unter Beteiligung der nach § 137i Abs. 1 Satz 9 SGB V genannten Organisationen an dem Auftrag des § 137i SGB V, Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche zu normieren.

Der Fokus sowohl der ersten neun bilateralen Verhandlungsrunden als auch der ersten beiden „Großen Verhandlungsrunden“ – jeweils unter Beteiligung des BMG – lag auf den Fragen, wie pflegesensitive Bereiche identifiziert und abgegrenzt und auf welcher Datenbasis Informationen zur derzeitigen Pflegepersonalausstattung und zum Pflegebedarf erhoben werden können. Zudem wurden Varianten der Normierung von Pflegepersonaluntergrenzen intensiv diskutiert.

Im Laufe des Verhandlungsprozesses konnten sich die Vertragsparteien auf folgende sechs vorläufige pflegesensitive Bereiche verständigen:

- Neurologie
- Geriatrie
- Herzchirurgie
- Kardiologie
- Unfallchirurgie (für Allgemeine Chirurgie)
- Intensivmedizin

Neben der vorläufigen Auswahl dieser ersten Bereiche wurde im Dezember 2017 das IGES-Institut mit einer Befragung von Pflegeexperten aus Wissenschaft und Praxis beauftragt, um weitere Erkenntnisse zur Identifikation pflegesensitiver Bereiche zu erlangen. Die Befragungsergebnisse, die voraussichtlich im März 2018 vorliegen werden, dienen einerseits der Evaluierung der vorläufigen sechs pflegesensitiven Bereiche, für die zunächst für vier der sechs Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen vereinbart werden sollen. Andererseits soll die oben stehende Liste um zusätzliche Bereiche erweitert werden. Für diese zusätzlichen Bereiche könnten in einem zukünftigen Schritt ebenfalls Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt werden.

Die Vertragsparteien haben sich darüber hinaus darauf verständigt, den Pflegebedarf bzw. die Pflegelast bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen zu berücksichtigen. Ein entsprechendes Pflegelastkonzept, das auf den Pflegepersonalkostenanteilen der DRGs basiert, wird derzeit vom InEK entwickelt. Im Ergebnis wird ein Pflegelast-Katalog berechnet, der für jede DRG die Pflegelast pro Verweildauertag sowie additive Komponenten für pflegekostenrelevante Zusatzent-

gelte enthält. Die zu ermittelnde Pflegelast je pflegesensitiven Bereich soll in einem weiteren Schritt bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen Berücksichtigung finden.

Für die konkrete Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen haben sich die Vertragsparteien auf die methodische Vorgehensweise („Perzentil-Ansatz“) aus dem für die Pflegeexpertenkommission erstellten hche-Gutachten geeinigt. Um die Untergrenzen möglichst realitätsnah festlegen zu können, wurde ein Konzept zur Datenerhebung konsentiert, auf dessen Basis das Verhältnis der tatsächlichen Pflegepersonalausstattung zu den zu versorgenden Patienten sowie zu deren Pflegelast ausgewertet werden soll.

Die DKG und der GKV-Spitzenverband sind sich zwar einig, dass anhand der zu erhebenden Daten, auf die der „Perzentil-Ansatz“ angewendet wird, die Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen sind. Uneinigkeit besteht jedoch in der Frage, wie die konkrete Normierung aussieht. Während die DKG die Auffassung vertritt, Pflegepersonaluntergrenzen als Mindestverhältnis von Pflegekräften zu Patienten, adjustiert an drei Stufen der Pflegeschwere, festzulegen, befürwortet der GKV-Spitzenverband die Berücksichtigung der unterschiedlichen Pflegelast der zu pflegenden Personen. Das bedeutet, eine Pflegepersonaluntergrenze beschreibt das Verhältnis von Pflegekräften zur Pflegelast der zu versorgenden Patienten.

Die Herausforderung besteht dabei u. a. darin, Informationen über die Personalplanung und Ist-Personalbesetzung einerseits und die zu versorgenden Patienten andererseits auch datentechnisch miteinander zu verknüpfen. Dies geschieht in den meisten Krankenhäusern bislang nicht bzw. wäre derzeit mit hohem Aufwand verbunden. Das Pflegepersonalmanagement erfolgt üblicherweise für Stationen eines Krankenhauses, die Leistungsabrechnung hingegen über DRGs, die unabhängig von den Organisationseinheiten eines Krankenhauses sind. Für beide Managementaufgaben gibt es unabhängige Softwarelösungen.

Die Selbstverwaltungspartner haben unabhängig voneinander bereits im Gesetzgebungsprozess darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Fristen zu knapp bemessen sind, um Datenlücken zu schließen und dann die Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren. Trotz intensiver Arbeit am Gesetzesauftrag bleibt der Zeitrahmen problematisch.

Aus diesem Grund prüfen die Vertragsparteien einen zusätzlichen methodischen Ansatz, der sich vermutlich schneller umsetzen ließe und als Interimslösung geeignet wäre, bis die Grundlagen für die Normierung von Pflegepersonaluntergrenzen geschaffen sind. Bei diesem Ansatz werden die Vollkräfte im Bereich der Pflege zu den Pflegeerlösen eines Krankenhauses im Jahresdurchschnitt ins Verhältnis gesetzt. Dieses Vorgehen schafft Transparenz darüber, inwieweit die finanziellen

Mittel für die Pflegekräfte auch tatsächlich dafür eingesetzt werden. Auch hierbei ließe sich über einen „Perzentil-Ansatz“ eine nicht mehr tolerierbare Untergrenze definieren.

Ob der gesetzliche Auftrag, Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festzulegen, erfolgreich umgesetzt werden können, wird im Wesentlichen von den Auswertungen der Ist-Pflegepersonalausstattung und der Pflegelast in den Krankenhäusern abhängen. Nach Vergabe dieses Auftrages werden sich die Selbstverwaltungspartner den anderen fünf Vereinbarungen, die ebenfalls in diesem Jahr zu treffen sind, widmen.