



## Fair und versorgungsrelevant – Pflege richtig vergüten

Anreize für patientenindividuelle, gute Pflege und attraktive Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Impulspapier im Auftrag der  
AOK Rheinland-Hamburg

26. Oktober 2021



## Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung .....	4
2	Vom Regen in die Traufe: Wie das DRG-System die Pflege vernachlässigte und wie das Pflegebudget zu einem teuren Grundkurs in Ökonomie geworden ist. ....	7
2.1.	Die Pflege im DRG-System .....	7
2.2.	Antworten der Politik.....	8
2.3.	Neue Probleme .....	10
3	Was soll ein Vergütungsmodell der Pflege leisten? Helfen Modelle aus dem In- und Ausland?.....	13
3.1.	Ziele von Vergütungsmodellen .....	13
3.2.	Beispiele und Einordnung von Vergütungsmodellen.....	14
4	Gute Pflege leisten – gute Pflege bezahlen! Vom optimalen Modell zu machbaren Ansätzen.....	19
4.1.	Das ideale Vergütungsmodell .....	19
4.2.	Ein pragmatischer Ansatz.....	20
5	Literatur .....	24

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Vergütung .....	10
Abbildung 2:	Veränderung der Zahl der Vollkräfte nach Dienstarten im Krankenhaus 2014-2019 .....	12
Abbildung 3:	Ziele eines Vergütungsmodells für die Pflege.....	13
Abbildung 4:	Pflegepersonal-Regelung .....	15
Abbildung 5:	Fallbeispiel Leistungsdokumentation über LEP .....	16
Abbildung 6:	Einordnung verschiedener Vergütungs- und Regelsysteme für Pflegepersonal im Krankenhaus .....	18
Abbildung 7:	Die Abrechnung nach Pflegeminuten braucht eine Obergrenze .....	22

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Veränderung der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen und Pflegedienst 2003 bis 2019 .....	8
Tabelle 2:	Bewertung der Modelle in Bezug auf Zielerreichung .....	19
Tabelle 3:	Bewertung aller Modelle in Bezug auf Zielerreichung .....	23

## 1 Zusammenfassung

In Deutschland wurde die Vergütung der Krankenhausleistungen im Jahr 2004 auf das DRG-System umgestellt. Damit wurde ein starker Anreiz zur effizienten Leistungserbringung innerhalb des Krankenhauses gesetzt: bei gegebener Leistungsmenge erfolgt ein sparsamer Umgang mit den Ressourcen. Gleichzeitig setzt das DRG-System für das Krankenhaus einen ebenfalls starken Anreiz zur Erlösmaximierung, die vor allem über den ärztlichen Dienst erreicht wird, während die Pflege kaum erlösrelevant ist. Dies wiederum führt dazu, den Personalmix im Krankenhaus zu Gunsten des ärztlichen und zu Lasten des Pflegediensts auszurichten. Während im Jahr 2003 – vor Einführung der DRG – auf eine Vollkraft im ärztlichen Dienst 2,81 Vollkräfte im Pflegedienst kamen, waren es im Jahr 2018 nur 2,01.

Zur besseren Berücksichtigung der Pflege im DRG-System wurden im Laufe der Zeit verschiedene Maßnahmen ergriffen. Im Jahr 2009 gab es das erste Pflegestellenförderprogramm, im Jahr 2016 das zweite. 2010 wurde der Pflegekomplexmaßnahmen-score (PKMS) eingeführt und 2018 fand eine Erweiterung der Möglichkeiten zur Abbildung des Pflegeaufwands innerhalb des DRG-Systems statt. Für festgelegte Gruppen von DRG konnte der Pflegeaufwand für bestimmte Pflegegrade über ein Zusatzentgelt abgerechnet werden. Die weiter anhaltende Kritik an der Belastung der Pflege und die zunehmende Zahl an offenen Stellen führte im Jahr 2018 zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und der konzertierten Aktion Pflege. Unter anderem wurden Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) eingeführt und die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG beschlossen. Seit 2020 werden die Pflegepersonalkosten eines Krankenhauses nach dem Selbstkostendeckungsprinzip von den Krankenkassen vergütet („Pflegebudget“).

Pflegepersonaluntergrenzen können prinzipiell die Patientensicherheit erhöhen. Sie können jedoch auch zu einer Verlagerung von Personal aus Bereichen ohne PpUG in Bereiche mit PpUG führen. Darüber hinaus sind PpUG ungenau, manipulationsanfällig und aufwändig in der Dokumentation. Schwerwiegend sind die Folgen der Selbstkostendeckung bei den Pflegepersonalkosten. Das grundsätzliche Problem von Selbstkostendeckung jeglicher Art ist, dass die Entscheidung über die Nutzung von Ressourcen und ihre Finanzierung auseinanderfallen. Der Entscheider hat keinerlei Anreiz, mit den Ressourcen sparsam umzugehen. Dies ist keine überraschende Erkenntnis, wird aber auf vielen Politikgebieten immer wieder missachtet. Einzig die Knappheit von Pflegekräften am Arbeitsmarkt setzt derzeit dem unbeschränkten Aufwuchs des Pflegebudgets eine Grenze. Gleichwohl kommt es zu erheblichen Verlagerungen zwischen den Dienstarten im Krankenhaus. Es erstaunt daher nicht, dass es bereits ein Jahr vor Einführung des Pflegebudgets zu Umschichtungen gekommen ist. Die Zahl der Vollkräfte in der Pflege stieg 2019 um außergewöhnliche 4,2%. Das sind rund 3%-Punkte mehr als in früheren Jahren. Dagegen sank ihre Zahl im Funktionsdienst erstmals. Mit -1,4% lag die Veränderungsrate um rund 4%-Punkte niedriger als in früheren Jahren. Dies deutet auf größere Verschiebungen zwischen den Dienstarten im Rahmen der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) hin, die wenig geeignet ist, um Pflege am Bett abzubilden.

Ferner ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser eine Sogwirkung auf das Personal in der Altenpflege und in Rehabilitationskliniken entfalten. Erste Anzeichen lassen sich bereits ebenfalls 2019 erkennen. Gesamtgesellschaftlich dürfte es so zu einer ungünstigen Allokation der knappen Personalressourcen kommen. Denn der Bedarf in der Altenpflege wird aufgrund der starken Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stetig wachsen, während gleichzeitig der Nachwuchs zahlenmäßig zurückgeht. Damit dürften die Wartelisten in der Altenpflege länger werden. Neben diesen Verwerfungen schafft das Pflegebudget einen enormen bü-

rokratischen Aufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen und die Aufspaltung der Krankenhausrechnung in nunmehr zwei Komponenten bietet durch ihre höhere Komplexität Raum für Manipulationsversuche. Dies führt zu einer Steigerung von Abrechnungsstreitigkeiten.

Im Ergebnis verstößt das Pflegebudget gegen grundlegende ökonomische Prinzipien und führt langfristig zu einer Verschwendung von wertvollen Ressourcen, die dringend benötigt werden, um eine stark alternde Gesellschaft qualitativ hochwertig versorgen zu können. Auch die dezentrale Managementkompetenz der einzelnen Krankenhäuser bleibt so weitgehend ungenutzt, obwohl Krankenhäuser in der Vergangenheit bewiesen haben, dass hier ein großes Potenzial liegt. Aufgrund eines ineffizienten Ressourceneinsatzes kann es zu Rationierung von Leistungen bei hilfsbedürftigen Menschen kommen, was ethisch nicht vertretbar wäre. Für die Vergütung von Pflegeleistungen im Krankenhaus sollte daher eine Alternative erarbeitet werden.

Unseres Erachtens sollte ein nachhaltiges Vergütungssystem für die Pflege im Krankenhaus die folgenden sechs Ziele anstreben:

- (1) Hohe Versorgungsqualität für die Patienten,
- (2) nachhaltige Finanzierbarkeit für die Solidargemeinschaft,
- (3) Verteilungsgerechtigkeit bei der knappen Ressource Personal zwischen den Krankenhäusern, zwischen Regionen und zwischen den Gesundheitssektoren,
- (4) hohe Attraktivität des Pflegeberufs,
- (5) Gewährleistung unternehmerischer Freiheit zur Nutzung der Managementkompetenz der Krankenhäuser und
- (6) Vermeidung eines hohen Maßes an Bürokratie und möglichst wenig Interpretationsspielraum bei den Vertragspartnern.

Dabei können nicht alle Ziele gleichzeitig in vollem Maße erreicht werden. Es gibt Abhängigkeiten untereinander, woraus Zielkonflikte resultieren. Wir bewerten verschiedene Vergütungsmodelle und Regulierungssysteme hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Tabelle 3 im Hauptteil gibt eine Übersicht zu unseren Bewertungen der verschiedenen diskutierten Vergütungsmodelle und Regulierungssysteme.

Personaldirigistische Regelsysteme machen Vorgaben zum Einsatz des Pflegepersonals. Hierzu zählen PpUG und Nurse-to-patient-ratios wie sie unter anderem in Teilen der USA, Australien, Südkorea und Großbritannien verwendet werden. In diese Kategorie fällt auch der „Pflegequotient“, der das Verhältnis zwischen eingesetztem Personal und dem individuellen Pflegeaufwand auf Krankensebene festlegt. Die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ist eine Mischung aus einem am geschätzten Bedarf orientierten und einem dirigistischen Modell. Personaldirigistische Modelle setzen meist auf nationale Vorgaben hinsichtlich des Einsatzes von Personal, ohne auf betriebliche Besonderheiten vor Ort zu achten. Dadurch geht Flexibilität verloren, was im Einzelfall zu einer ungünstigen Allokation von Personalressourcen führt.

Die Pflegepersonal-Regelung (PPR) aus den 1990er Jahren sowie ihre aktuelle Weiterentwicklung zur PPR 2.0 basieren auf geschätzten Pflegebedarfen. Anders als beim Pflegebudget zieht die Orientierung am geschätzten Pflegebedarf eine Obergrenze ein. Auch würde die PPR, wenn sie auf der Hausebene ansetzt, eine größere unternehmerische Gestaltungsfreiheit erlauben. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass die Personalkosten unter der PPR 2.0 deutlich höher ausfallen als im Jahr 2019. Damit stellt sich die Frage nach der optimalen gesamtwirtschaftlichen Allokation von Personal, d.h. auch unter Berücksichtigung anderer Branchen. Offen ist

zudem, ob der Zusatznutzen hinsichtlich der Versorgungsqualität durch einen deutlichen Zuwachs an Personalressourcen in der Krankenhausversorgung groß genug ist, um die damit verbundene höhere Belastung der Versicherungsgemeinschaft zu rechtfertigen.

Pauschalierende Systeme wie Nursing Related Groups (NRG) erlauben große Gestaltungsfreiheit auf der betrieblichen Ebene, leiden aber auch unter manchen bekannten Nachteilen des DRG-Systems. Sie erhöhen die bereits große Komplexität des DRG-Systems und könnten Verwerfungen hinsichtlich der Verteilungsgerechtigkeit zwischen Kliniken und Regionen zur Folge haben.

Das ideale Vergütungsmodell würde die erbrachte Pflegequalität vergüten. Damit würde das Ziel einer hohen Versorgungsqualität unmittelbar erreicht. Gleichwohl müsste beachtet werden, dass Qualitätssteigerungen auch mit Kostensteigerungen verbunden sein können und es einen Punkt geben dürfte, ab dem weitere Qualitätssteigerungen auch bei steigendem Personaleinsatz ausbleiben. Die direkte Vergütung der Pflegequalität würde maximale unternehmerische Freiheit erlauben und Kreativität freisetzen, auf welche Art und Weise Qualität erreicht werden kann. Die Attraktivität des Pflegeberufs könnte ebenfalls gewinnen, wenn eine höhere Vergütung von Qualität teilweise auch an die einzelne Pflegekraft weitergegeben würde. Allerdings braucht es dafür eine breite Messbarkeit der Pflegequalität, die derzeit nicht gegeben ist. Die damit verbundene Komplexität und Anforderungen an Daten dürften überdies den bürokratischen Aufwand erhöhen.

Wenn davon auszugehen ist, dass die tatsächlich am Patienten geleisteten Pflegeminuten mit der erbrachten Pflegequalität positiv korrelieren, können alternativ leistungsorientierte Modelle wie zum Beispiel die schweizerische Leistungserfassungs- und Prozessdokumentation Pflege (LEP) eine kurzfristig realisierbare Option sein. Ein anderer pragmatischer Ansatz zur Vergütung der „Pflege am Bett“, den wir vorschlagen, orientiert sich ausschließlich an den am Patienten erbrachten Pflegeminuten, die direkt mit den Krankenkassen abgerechnet würden. Damit würde die Pflege erlösrelevant und im Krankenhausbetrieb einen deutlich höheren Stellenwert erhalten. Auch Patienten würden von der pflegerischen Zuwendung profitieren, was sich positiv auf die Pflegequalität und die Patientenzufriedenheit auswirken dürfte.

Eine aufwandsarme Messung der Pflegeminuten wäre über die Nutzung digitaler Techniken (Barcodes, RFID, Touchscreens, optimierte Erfassungsmasken) realisierbar. Dabei müssen die Pflegeminuten unterschieden werden, ob sie eine examinierte Pflegekraft oder eine Hilfskraft erbringt. Alle patientenfernen Tätigkeiten sollten dagegen pauschal im Rahmen der DRG vergütet werden. Für diese Tätigkeiten würde dadurch ein Anreiz gesetzt, sie möglichst ressourcensparend zu erbringen. Die Preise je Minute sollten auf Hausebene festgelegt werden. Die Personalkosten des Arbeitgebers je Qualifikationsniveau liegen vor, ebenso wie die Zahl der Vollkräfte und die Arbeitszeit einer Vollkraft. Daraus lässt sich ein Minutenpreis errechnen.

Dieser Ansatz hat Vor- und Nachteile. Einige Vorteile wurden bereits genannt: (i) Die Pflege am Bett wird erlösrelevant, (ii) die Pflegekraft spürt keinen zeitlichen Druck, wenn sie sich dem pflegebedürftigen Patienten widmet, wodurch die Attraktivität des Pflegeberufs und vermutlich auch die Pflegequalität steigen, (iii) die Messung der Pflegeminuten erfolgt bürokratiearm, (iv) für patientenferne Tätigkeiten entsteht ein Anreiz, sie möglichst effizient zu erbringen.

Gleichwohl ergeben sich auch Nachteile. Ein Problem ist das des Missbrauchs. Der Medizinische Dienst könnte durch statistische Analysen der abgerechneten Leistungen Auffälligkeiten identifizieren und im Fall von nicht erklärbaren Auffälligkeiten das Gespräch mit dem Krankenhaus suchen. Ferner entsteht der Anreiz für ein Krankenhaus, die Zahl der Pflegeminuten beliebig

auszuweiten. Denn wenn die patientenfernen Tätigkeiten über die DRG bereits vergütet sind, entsteht mit jeder Pflegeminute ein positiver Deckungsbeitrag für das Krankenhaus. Dieser Anreiz ist gewollt; er hat aber keine Grenze nach oben. Wir schlagen daher vor, eine Menge an Pflegeminuten festzulegen, oberhalb der der Preis je Pflegeminute sinkt; und darüber hinaus eine Maximalmenge, oberhalb der keine Pflegeminuten mehr abgerechnet werden können.

Wir empfehlen, diese Mengengrenzen auf der Hausebene, nicht auf der Fallebene festzulegen, damit das Krankenhaus auf unterschiedliche Pflegebedarfe von Patienten flexibler reagieren kann. Die Kosten wären nach oben gedeckelt und es würden nur die beim Patienten erbrachten Pflegeminuten darunterfallen. Damit gäbe es – anders als im Pflegebudget – Grenzen, die das System stabilisieren. Das hier vorgeschlagene Modell kann im Laufe der Zeit um Vergütung von Pflegequalität erweitert werden – je nach Verfügbarkeit von Qualitätsmessinstrumenten in der Pflege.

## **2 Vom Regen in die Traufe: Wie das DRG-System die Pflege vernachlässigte und wie das Pflegebudget zu einem teuren Grundkurs in Ökonomie geworden ist.**

### **2.1. Die Pflege im DRG-System**

In Deutschland wurde die Vergütung der Krankenhausleistungen im Jahr 2004 auf diagnosebezogene Fallpauschalen umgestellt (DRG<sup>1</sup>-System). Seitdem erhalten Krankenhäuser je DRG eine pauschale Vergütung, die sich an den durchschnittlichen Kosten zur Erbringung der Leistung orientiert. Das Krankenhaus entscheidet dabei selbst, welche Ressourcen es zur Erbringung der Leistung einsetzt. Damit wird ein starker Anreiz zur effizienten Leistungserbringung innerhalb des Krankenhauses gesetzt und bei gegebener Leistungsmenge erfolgt ein sparsamer Umgang mit den Ressourcen.

Gleichzeitig setzt das DRG-System für das einzelne Krankenhaus einen starken Anreiz zur Erlösmaximierung. Da sich die DRG-Fallpauschalen in erster Linie an Prozeduren orientiert haben, wird die Erlösmaximierung vor allem über den ärztlichen Dienst erreicht. Der Pflegebedarf eines Patienten findet in den DRG dagegen keine explizite Berücksichtigung. Er kann jedoch bei gleicher medizinischer Diagnose aufgrund unterschiedlicher Schweregrade stark variieren. Die Pflege ist im DRG-System damit wenig erlösrelevant (Leber und Vogt 2020). Dies schafft einen Anreiz, den Personalmix im Krankenhaus zu Gunsten des ärztlichen und zu Lasten des Pflegediensts auszurichten.

Da die Investitionsfördermittel der Länder den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zum Erhalt und zur Modernisierung ihrer Unternehmenssubstanz seit vielen Jahren nicht decken, muss ein Krankenhaus ausreichend hohe Überschüsse erwirtschaften, um investitionsfähig zu bleiben und am Markt bestehen zu können (Augurzyk et al. 2021). Dies verstärkt den Anreiz, den Personalmix im Krankenhaus zu Gunsten des ärztlichen Dienstes auszurichten.

Während im Jahr 2003 – vor der Einführung der DRG – auf eine Vollkraft im ärztlichen Dienst 2,81 Vollkräfte im Pflegedienst kamen, waren es im Jahr 2018 nur 2,01 (Destatis 2021). Im Jahr 2019 ist die Relation zwar auf 2,06 gestiegen, was aber vor allem auf Umbuchungseffekte im

---

<sup>1</sup> Diagnosis related group.

Vorfeld der Einführung des weiter unten erläuterten Pflegebudgets zurückzuführen sein dürfte (Tabelle 1). Die gesamte Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst sank bis 2007, stieg 2008 leicht und 2009 stärker an, was auf das erste Pflegestellenförderprogramm 2009 zurückzuführen sein könnte. Das zweite Pflegestellenförderprogramm von 2016 könnte den überdurchschnittlichen Zuwachs der Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst im Jahr 2016 erklären. Allerdings lag auch der Anstieg der Fallzahl in ähnlicher Größenordnung, sodass die Relation von Pflegedienst zu Fallzahl unverändert blieb.

Die Zahl der Vollkräfte je Fall ist seit Einführung des DRG-Systems bis etwa 2016 gesunken, was sich auf die Attraktivität des Pflegeberufs negativ auswirken kann. Im Jahr 2016 lag sie 10,1% unter dem Niveau von 2003. Seitdem nimmt sie erstmals in relevanter Größenordnung zu, sodass sie 2018 noch 7,7% unter dem Niveau von 2003 lag. In Bezug auf die Belegungstage blieb die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst bis etwa 2008 weitgehend konstant und ist seitdem deutlich gestiegen. 2018 war sie um 13,3% höher als 2003. Anders im ärztlichen Dienst: Hier ist die Zahl der Vollkräfte je Fall seit 2003 deutlich gestiegen. Im Jahr 2019 lag sie 31% höher als 2003.<sup>2</sup>

**Tabelle 1: Veränderung der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen und Pflegedienst 2003 bis 2019**

Jahr	Beleg.tage				Je Tsd.				Je Tsd.						
	Fälle		in Tsd.		VK PD		Fälle		Bel.tage		VK ÄD		PD:ÄD		
<b>2003</b>	<b>17.295.910</b>	<b>100,0</b>	<b>153.518</b>	<b>100,0</b>	<b>320.158</b>	<b>100,0</b>	<b>18,5</b>	<b>100,0</b>	<b>2.085</b>	<b>100,0</b>	<b>114.105</b>	<b>100,0</b>	<b>6,6</b>	<b>100,0</b>	<b>2,81</b>
2004	16.801.649	97,1	146.746	95,6	309.510	96,7	18,4	99,5	2.109	101,1	117.681	103,1	7,0	106,2	2,63
2005	16.539.398	95,6	143.244	93,3	302.346	94,4	18,3	98,8	2.111	101,2	121.610	106,6	7,4	111,5	2,49
2006	16.832.883	97,3	142.251	92,7	299.328	93,5	17,8	96,1	2.104	100,9	123.715	108,4	7,3	111,4	2,42
2007	17.178.573	99,3	142.893	93,1	298.325	93,2	17,4	93,8	2.088	100,1	126.000	110,4	7,3	111,2	2,37
2008	17.519.579	101,3	142.535	92,8	300.417	93,8	17,1	92,6	2.108	101,1	128.117	112,3	7,3	110,8	2,34
2009	17.817.180	103,0	142.414	92,8	303.656	94,8	17,0	92,1	2.132	102,2	131.227	115,0	7,4	111,6	2,31
2010	18.032.903	104,3	141.942	92,5	304.708	95,2	16,9	91,3	2.147	102,9	134.079	117,5	7,4	112,7	2,27
2011	18.344.156	106,1	141.676	92,3	310.817	97,1	16,9	91,5	2.194	105,2	138.955	121,8	7,6	114,8	2,24
2012	18.620.442	107,7	142.024	92,5	313.478	97,9	16,8	90,9	2.207	105,8	142.874	125,2	7,7	116,3	2,19
2013	18.787.168	108,6	141.340	92,1	316.275	98,8	16,8	90,9	2.238	107,3	146.988	128,8	7,8	118,6	2,15
2014	19.148.626	110,7	141.534	92,2	318.558	99,5	16,6	89,9	2.251	107,9	150.660	132,0	7,9	119,3	2,11
2015	19.239.574	111,2	141.281	92,0	320.905	100,2	16,7	90,1	2.271	108,9	154.364	135,3	8,0	121,6	2,08
2016	19.532.779	112,9	142.170	92,6	325.119	101,5	16,6	89,9	2.287	109,7	158.148	138,6	8,1	122,7	2,06
2017	19.442.810	112,4	141.152	91,9	328.327	102,6	16,9	91,2	2.326	111,5	161.208	141,3	8,3	125,7	2,04
<b>2018</b>	<b>19.392.466</b>	<b>112,1</b>	<b>140.225</b>	<b>91,3</b>	<b>331.370</b>	<b>103,5</b>	<b>17,1</b>	<b>92,3</b>	<b>2.363</b>	<b>113,3</b>	<b>164.636</b>	<b>144,3</b>	<b>8,5</b>	<b>128,7</b>	<b>2,01</b>
2019	19.415.555	112,3	139.268	90,7	345.407	107,9	17,8	96,1	2.480	118,9	167.952	147,2	8,7	131,1	2,06

Quelle: Destatis: Grunddaten 2005 bis 2021, eigene Berechnungen

## 2.2. Antworten der Politik

Neben den erwähnten Pflegestellenförderprogrammen 2009 und 2016 wurde zur besseren Berücksichtigung der Pflege im DRG-System 2010 der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) eingeführt. Er wurde zur Abbildung hochaufwendiger Pflegeleistungen unabhängig von der medizinischen Diagnose entwickelt. Damit ergab sich im DRG-System zum ersten Mal die Möglichkeit, Pflegeleistungen über ein Zusatzentgelt direkt zu vergüten. Allerdings betraf der PKMS lediglich circa 5% der Krankenhausfälle und ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser verbunden. Seine Komplexität führt bei den Kostenträgern ebenfalls zu einem hohen Aufwand bei der Abrechnungsprüfung (Leber und Vogt 2020). In den Jahren 2017 bis 2019 wurde ein Pflegezuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro jährlich gewährt<sup>3</sup>. 2018 fand eine Erweiterung der Möglichkeiten zur Abbildung des Pflegeaufwands innerhalb des DRG-Systems

<sup>2</sup> Da es mit der Einführung des DRG-Systems zu einer veränderten Erfassung der Fallzahlen gekommen ist, sollte zusätzlich auch das Jahr 2005 als Ankerjahr für die zeitlichen Vergleiche in Betracht gezogen werden. Die im Text getroffenen qualitativen Aussagen würde in diesem Fall jedoch erhalten bleiben.

<sup>3</sup> Er wurde über die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt.



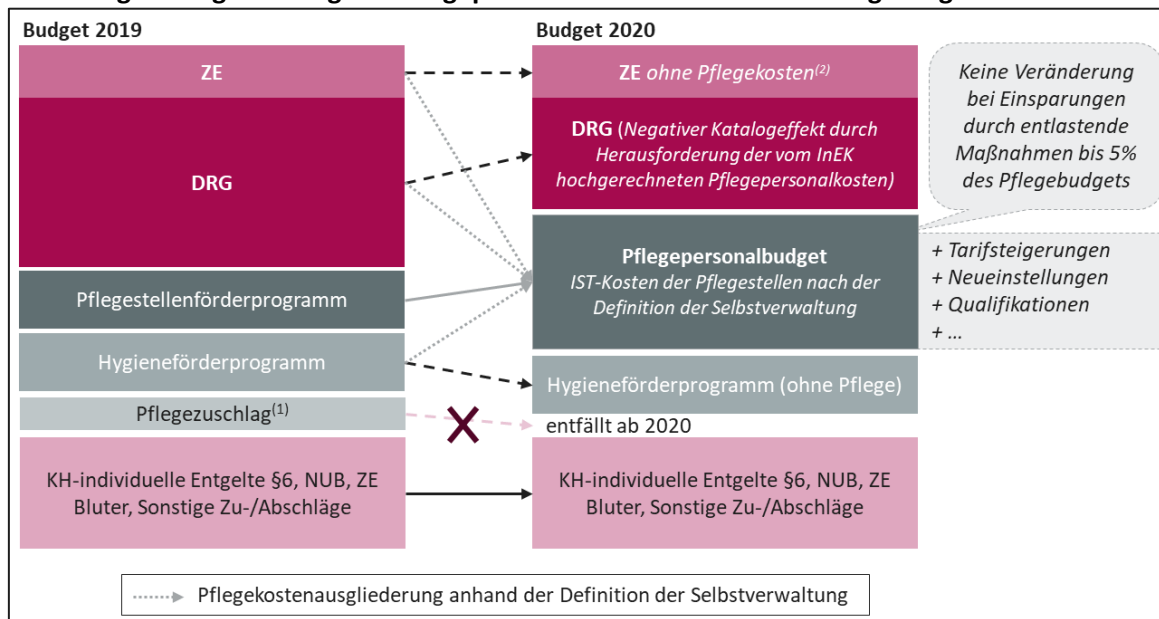
statt. Für festgelegte Gruppen von DRG wurde eine bürokratiearme Möglichkeit geschaffen, den Pflegeaufwand für bestimmte Pflegegrade, die in der Pflegeversicherung Anwendung finden, ab einer Verweildauer von fünf Tagen über ein Zusatzentgelt abzurechnen.

Die weiter anhaltende Kritik an der Belastung der Pflege in Krankenhäusern und die zunehmende Zahl an offenen Stellen, die nicht ohne Weiteres besetzt werden konnten, führte schließlich im Jahr 2018 zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und der konzertierten Aktion Pflege. Mit dem PpSG wurden weitreichende Schritte zur Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege eingeleitet. Neben Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine bessere Personalausstattung und Arbeitsbedingungen wurden Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) eingeführt. Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) soll den bedarfsgerechten Einsatz des Pflegepersonals unterstützen und eine sichere Pflege gewährleisten (Stoff-Ahnis und Leber 2021). Sie regelt die Festlegung von Personaluntergrenzen in so genannten pflegesensitiven Krankenhausbereichen. Für 2019 wurden zunächst vier Bereiche festgelegt: Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie. Im Jahr 2020 kamen vier weitere Bereiche hinzu: Neurologie, neurologischer Schlaganfall, neurologische Frührehabilitation und Herzchirurgie. Nach einer ausführlichen Evaluation wurden für 2021 mit der Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der Pädiatrie und der pädiatrischen Intensivmedizin vier weitere pflegesensitive Bereiche festgelegt.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt die pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus auf Grundlage des nach §21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHG) übermittelten Datensatzes sowie anhand von Indikatoren-DRG. Die Einhaltung der PpUG wird von jedem Krankenhaus anhand von monatlichen Durchschnittswerten ermittelt und dokumentiert. Für die Nichteinhaltung der PpUG sind zwei Sanktionsformen vorgesehen: Vergütungsabschläge und die externe Regulierung der Fallzahl. Die Art der Sanktionen wird zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart (Stoff-Ahnis und Leber 2021).

Außerdem wurde im PpSG die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System beschlossen (Abbildung 1). Seit 2020 werden die Pflegepersonalkosten eines Krankenhauses nach dem Selbstkostendeckungsprinzip von den Krankenkassen vergütet (Wasem 2020). Es wird hier auch vom „Pflegebudget“ gesprochen. Im Gegenzug wurden die DRG-Fallpauschalen entsprechend abgesenkt. Das Pflegebudget soll alle Pflegepersonalkosten finanzieren, die für patientennahe Tätigkeiten in bettenführenden Bereichen anfallen. Die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung regelt, welche Pflegepersonalkosten für das Pflegebudget angesetzt werden dürfen, was sich in einigen Bereichen sehr kompliziert gestaltet, beispielsweise im Bereich von Aufnahmestationen.

Abbildung 1: Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Vergütung



(1) Bis 2016 Versorgungszuschlag

(2) z. B. PKMS, Pflegegrade

Quelle: hcb, das zukünftige Pflegebudget im Krankenhaus – Klinikverbund Hessen e.V.

Zur unterjährigen Liquiditätssicherung der Krankenhäuser hat das InEK auf Basis der fallspezifischen Pflegekosten tagesbezogene Bewertungsrelationen je DRG ermittelt. Die Summe dieser Bewertungsrelationen wird mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert. Daraus ergibt sich das krankenhausbezogene Pflegebudget. Der individuelle Pflegeentgeltwert wird mit den Krankenkassen auf Basis der abgegrenzten Pflegepersonalkosten verhandelt. Bis zur Verhandlung des Pflegeentgeltwertes mit den Kostenträgern rechnet das Krankenhaus seine Leistungen auf Basis des vorläufigen gesetzlich festgelegten Pflegeentgeltwertes ab (Leber und Vogt 2020). Ein fehlender Abschluss in der Budgetverhandlung führt daher zu einer Vorfinanzierung, die die Liquidität eines Krankenhauses maßgeblich beeinflussen kann.

Weiterführend legt ein Änderungsantrag zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) fest, dass der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ein Personalbemessungsinstrument für die Pflege schaffen müssen, was ab Januar 2025 einsatzbereit ist. Die Basis hierzu soll ein wissenschaftliches Institut oder ein Sachverständiger auf analytischer Basis unter Einbeziehung empirischer Daten entwickeln. Die Verwendung des zu schaffenden Bemessungsinstrumentes und dessen Einfluss auf die Vergütung der Pflege wird im Gesetz nicht näher geregelt.

### 2.3. Neue Probleme

Veränderungen an der Regulierung und an den Vergütungssystemen führen zur Behebung oder Linderung von bestehenden Missständen, bringen aber stets auch unerwünschte Nebeneffekte mit sich. Beispielsweise schränken personaldirigistische Maßnahmen auf Bundesebene wie die PpUGV die unternehmerische Gestaltungsfreiheit ein. Damit kann lokalen Besonderheiten nicht mehr betriebsindividuell begegnet werden. Eine passgenaue Reaktion ist nicht mehr möglich und es kann zu Effizienzverlusten kommen, d.h. knappe Ressourcen werden zum Teil nicht mehr optimal eingesetzt. Würde der Betrieb selbst über den Personaleinsatz entscheiden können,

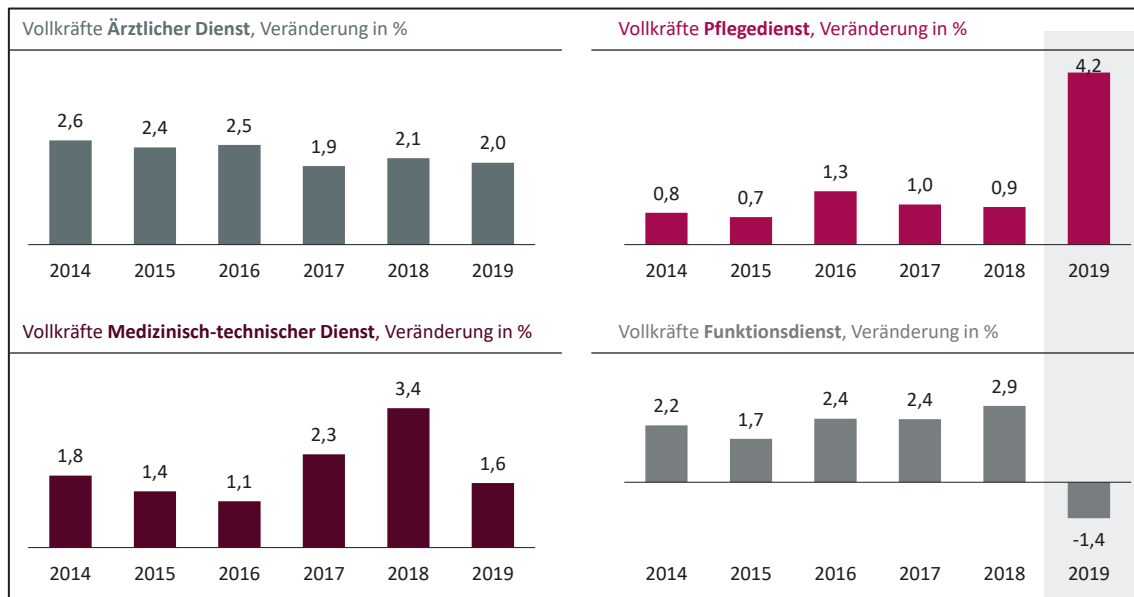
könnte er aufgrund seines Wissens um die lokalen Besonderheiten eine bessere Lösung realisieren. Darüber hinaus sind Pflegepersonaluntergrenzen ungenau, manipulationsanfällig und aufwändig in der Dokumentation. Ob sie zu einer besseren Pflegequalität einen Beitrag leisten, darf bezweifelt werden.

So kann es zu Verlagerungseffekten kommen, wenn Pflegekräfte aus Bereichen ohne eine PpUG in Bereiche mit einer PpUG verschoben werden, insbesondere wenn auf dem Arbeitsmarkt Mangel an Pflegekräften besteht. In den betroffenen Bereichen kann es dadurch zu einer Unterbesetzung kommen, die möglicherweise gravierendere Folgen für die Versorgung haben kann als die Nicht-Einhaltung der PpUG in einem regulierten Bereich. Zwischen dem ersten und dritten Quartal 2019 sank die Quote der Nichteinhaltung der PpUG von 12% auf nur noch 3%, Neueinstellungen allein können diese Entwicklung nicht erklären (Leber und Vogt 2020). Dies könnte daher auch an Verlagerungen aus Bereichen ohne PpUG in Bereiche mit PpUG liegen.

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ist zwar der Versuch erkennbar, Pflegeleistungen höhere Wertschätzung durch ein separates Vergütungssystem beizumessen. Sie ist jedoch mit erheblichen Fehlanreizen verbunden. Das grundsätzliche Problem von Selbstkostendeckung ist, dass die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Ressourcen und die Finanzierung der eingesetzten Ressourcen auseinanderfallen. Der Entscheider hat damit keinerlei Anreiz, mit den Ressourcen sparsam umzugehen, was zur Folge hat, dass der Financier – in diesem Fall die Solidargemeinschaft der Versicherten – übermäßig belastet wird. Dies ist keine überraschende Erkenntnis und es bedarf dazu auch keines Grundkurses in Ökonomie. Hinzu kommt, dass die Definition der Kostenstellen für das eingesetzte Krankenpflegepersonal in der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) nicht trennscharf ausgestaltet ist. Einzig die Knappheit von Pflegekräften am Arbeitsmarkt setzt derzeit dem unbeschränkten Aufwuchs eine Schranke. Hinzu kommt, dass die Höhe der Ausgaben auf dem Konto „Pflege“ kein Maßstab für Pflegequalität ist. Der Patient interessiert sich nicht dafür, wie viel das Krankenhaus im Pflegekonto ausgibt. Er will gut gepflegt werden.

Im Krankenhaus fehlt damit der Anreiz zur effizienten Leistungserbringung. Wenn der Pflegedienst im Krankenhaus vollständig durch Dritte finanziert wird, während das Krankenhaus alle anderen Dienste selbst vergüten muss, wird ein rational handelndes Haus sämtliche pflegenahe Tätigkeiten, die sich an andere günstigere Dienstleistungen delegieren ließen, nicht delegieren. Denn mit der Delegation würde die Selbstkostendeckung entfallen und dem Krankenhaus Kosten entstehen. Ebenso führt die Trennung des Pflegedienstes von den anderen Dienstleistungen dazu, dass das Krankenhaus sehr genau prüfen muss, welcher Dienstleistung Personal zugeordnet wird. Das betrifft vor allem den Funktionsdienst, der je nach Interpretation auch in Teilen dem Pflegedienst zugeordnet werden kann. Bei der bisherigen pauschalen Vergütung nach DRG hatte diese Zuordnung für das Krankenhaus keine finanziellen Konsequenzen. Unter dem Pflegebudget sind die finanziellen Konsequenzen jedoch enorm. Es überrascht daher nicht, dass es bereits im Jahr vor der Einführung des Pflegebudgets zu entsprechenden Umschichtungen gekommen ist. Die Zahl der Vollkräfte in der Pflege stieg 2019 um außergewöhnliche 4,2% (Abbildung 2). Das sind rund 3%-Punkte mehr als in früheren Jahren. Dagegen sank die Zahl im Funktionsdienst um 1,4% und liegt damit um rund 4%-Punkte niedriger als in früheren Jahren.

**Abbildung 2: Veränderung der Zahl der Vollkräfte nach Dienstarten im Krankenhaus 2014-2019**



Quelle: Augurzky et al. (2021): KRR21

Wenn die Lage auf dem Arbeitsmarkt angespannt ist, ist ferner davon auszugehen, dass Krankenhäuser eine Sogwirkung auf das Personal in der Altenpflege und in Rehabilitationskliniken entfalten. Denn Pflegeheime und Rehakliniken müssen ihr Pflegepersonal selbst vergüten. Ein Krankenhaus kann dagegen so viele Pflegekräfte einstellen, wie es möchte, ohne dass sich seine Personalkosten erhöhen. Während im Jahr 2019 die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser um 4,2% gestiegen ist (Abbildung 2), hat die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Altenpfleger um 31,6% zugenommen (Destatis 2021). Zwar ist das derzeitige Niveau noch gering: 8.543 der 345.408 Vollkräfte im Pflegedienst stammen aus der Altenpflege. Das Pflegebudget dürfte seine Wirkung aber erst noch richtig entfalten. Es ist zu befürchten, dass der Sog von der Altenpflege in die Krankenhäuser anhalten wird, womit es gesamtgesellschaftlich zu einer ungünstigen Allokation der Personalressourcen kommen kann. Denn der Bedarf in der Altenpflege wird aufgrund der starken Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stetig wachsen (Heger 2021). Gleichzeitig fehlt es an Nachwuchs. Rothgang et al. (2016) gehen bis 2030 von einer Versorgungslücke von rund 350.000 Vollzeitkräften in der Pflege aus. Damit dürften die Wartelisten in der Altenpflege länger werden.

Neben diesen Verwerfungen bei der Allokation knapper Personalressourcen schafft das Pflegebudget enormen bürokratischen Aufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen. Die Verhandlung von Pflegebudgets für das erste Jahr 2020 nehmen sehr viel Zeit in Anspruch. Während dieser Zeit besteht Planungsunsicherheit, was die Betriebsführung erschwert. Außerdem kann es bei manchen Krankenhäusern zu Liquiditätsengpässen kommen, wenn die Vorabzahlungen für die Pflegekosten unterhalb der tatsächlichen Kosten liegen. Zusätzlich bietet die Aufspaltung der Krankenhausrechnung in nunmehr zwei Komponenten durch ihre höhere Komplexität Raum für Manipulationsversuche. Dies führt zu einer Steigerung von Abrechnungsstreitigkeiten (Leber und Vogt 2020).

Die erwähnten Probleme, die sich aus dem Pflegebudget ergeben, waren vor seiner Einführung bekannt. Eine Diskussion findet sich zum Beispiel in (Rüter 2018). Das Pflegebudget verstößt gegen grundlegende ökonomische Prinzipien und führt langfristig zu einer Verschwendung von

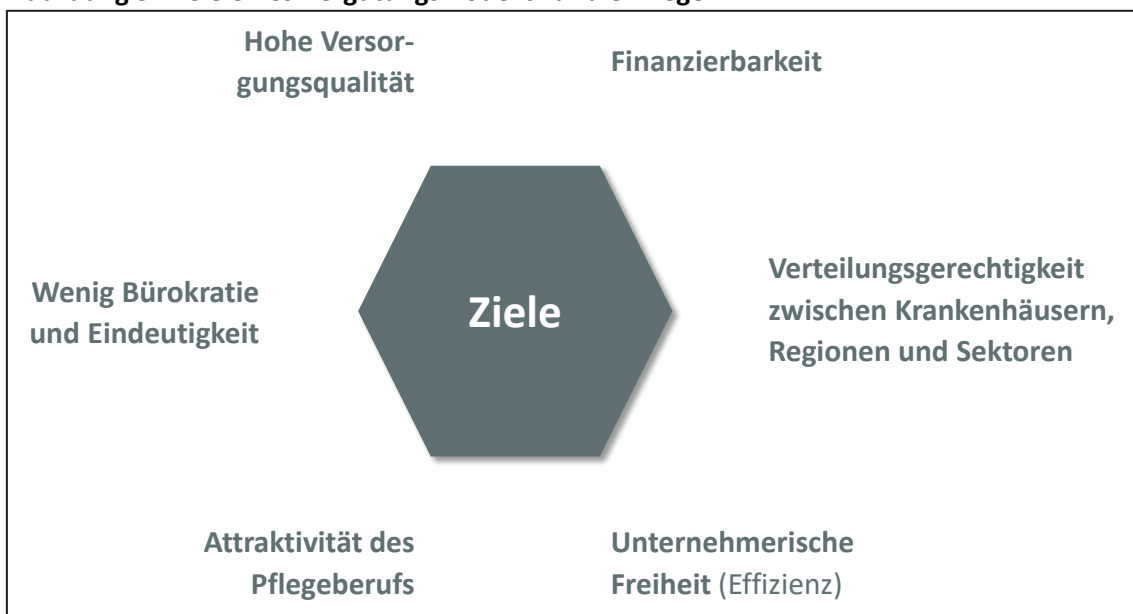
wertvollen Ressourcen, die dringend benötigt werden, um eine stark alternde Gesellschaft qualitativ hochwertig versorgen zu können. Wir erachten daher das Pflegebudget als eine nicht nachhaltige Form der Pflegevergütung und aufgrund des mittelfristig angelegten ineffizienten Einsatzes knapper Ressourcen zudem als ethisch nicht vertretbar.

### 3 Was soll ein Vergütungsmodell der Pflege leisten? Helfen Modelle aus dem In- und Ausland?

#### 3.1. Ziele von Vergütungsmodellen

Wie oben bereits angesprochen gibt es unterschiedliche Ziele bei der Vergütung von Pflegeleistungen, die mehr oder weniger explizit aufgeführt werden. Für die weitere Diskussion listen wir verschiedene Ziele auf, die unseres Erachtens wichtig und erstrebenswert sind. Im Zentrum stehen (1) die Erbringung einer hohen Versorgungsqualität für die Patienten und (2) die Gewährleistung der Finanzierbarkeit der Leistungen für die Solidargemeinschaft der Versicherten. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass (3) Verteilungsgerechtigkeit bei der knappen Ressource Personal unter den Krankenhäusern, zwischen Regionen sowie zwischen den Gesundheitssektoren erreicht wird. Um genügend Personal für die Pflege zu gewinnen, muss (4) der Pflegeberuf attraktiv sein. Um ein günstiges Verhältnis zwischen Kosten und Versorgungsqualität zu erreichen, braucht es (5) unternehmerische Freiheit, damit vor Ort eine effiziente Allokation der Ressourcen erreicht werden kann und zudem die Bereitschaft besteht, Innovationen in das System zu bringen. Schließlich sollte ein Vergütungsmodell (6) ein zu hohes Maß an Bürokratie vermeiden und möglichst wenig Interpretationsspielraum bei den Vertragspartnern lassen („Eindeutigkeit“), um Streitigkeiten zu minimieren. Abbildung 3 stellt die sechs Ziele überblicksartig dar.

**Abbildung 3: Ziele eines Vergütungsmodells für die Pflege**



Quelle: hcb

### 3.2. Beispiele und Einordnung von Vergütungsmodellen

Vergütungsmodelle und Regulierungssysteme können unterschiedlich klassifiziert werden. Wir ordnen sie fünf Kategorien zu: (i) personaldirigistisch, (ii) selbstkostenorientiert, (iii) leistungsorientiert (im Hinblick auf Pflegeleistung), (iv) pauschalierend und (v) orientiert am geschätzten Pflegebedarf. Die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien ist dabei nicht trennscharf. Die Kategorien erreichen außerdem die in Abbildung 3 genannten Ziele in unterschiedlichem Ausmaß.

Beim DRG-System handelt sich um ein pauschalierendes und leistungsorientiertes Vergütungssystem. In pauschalierenden Vergütungssystemen kann das Krankenhaus eigenständig entscheiden, wie es die Erlöse betriebsintern verwendet. Sie erreichen damit eine hohe innerbetriebliche Effizienz. Je nach Ausgestaltung begrenzen sie den bürokratischen Aufwand. Das Pflegebudget ist dagegen ein selbstkostenorientiertes Vergütungssystem<sup>4</sup>, das die Attraktivität des Pflegeberufs steigern kann, wenn es nicht dazu führt, dass in zu großem Ausmaß die Delegation von einfacheren Tätigkeiten unterlassen wird. Hinsichtlich der anderen fünf Ziele schneidet es aber schlecht ab. Pflegepersonaluntergrenzen sind rein dirigistischer Natur, die nur indirekt mit der Vergütung zusammenhängen. Sie können die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhen, wenn es nicht zu großen Verlagerungseffekten zwischen den Fachabteilungen führt. Sie können möglicherweise auch einen Beitrag zur Vermeidung von Pflegemängeln leisten. Hinsichtlich der anderen Ziele schneiden sie aber nicht gut ab.

Im Folgenden stellen wir weitere Vergütungs- und Regulierungsmodelle für die einzelnen Kategorien vor und bewerten sie hinsichtlich der Erreichung der Ziele. Die **Pflegepersonal-Regelung (PPR)** war ursprünglich zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs konzipiert worden, wurde aber indirekt auch zur Vergütung von Pflegeleistungen eingesetzt. In der PPR werden Pflegeminutenwerte für bestimmte Kategorien der allgemeinen und speziellen Pflege festgelegt. Jeder Patient wird einer Kategorie zugeordnet. Zusätzlich gibt es für den administrativen Aufwand je Tag und je Fall festgelegte Minutenwerte, die sogenannten Grund- und Fallwerte (Abbildung 4). Bei der PPR handelt es sich um ein am geschätzten Pflegebedarf orientiertes Modell. Die Einstufungskriterien bieten einen breiten Interpretationsspielraum und es bleibt unklar, inwieweit die PPR den tatsächlichen pflegerischen Aufwand erfasst (FPP 2019).

---

<sup>4</sup> Eine Ausnahme bildet die Leiharbeit, deren Kosten nur bis zur im Tarifvertrag festgeschriebenen Höhe übernommen werden.

**Abbildung 4: Pflegepersonal-Regelung**

		Spezielle Pflege		
		S1: Grundleistungen	S2: Erweiterte Leistungen	S3: Besondere Leistungen
Allgemeine Pflege	A1: Grundleistungen	52 Min.	62 Min.	88 Min.
	A2: Erweiterte Leistungen	98 Min.	108 Min.	134 Min.
	A3: Besondere Leistungen	179 Min.	189 Min.	215 Min.

Leistungen ohne direkten Bezug zum einzelnen Patienten

- Täglicher Grundwert: 30 Minuten
- Fallwert: 70 Minuten

Quelle: hcb

Gleiches gilt auch für die überarbeitete Fassung **PPR 2.0** (Osterloh 2019). Hier wurden über eine fachlich-inhaltliche Bewertung der Leistungsinhalte die Minutenwerte in allen Kategorien angepasst. Die Grund- und Fallwerte wurden aktualisiert, erhöhte Anforderungen an Qualitätssicherung, neue Pflegekonzepte und aktivierende Pflegekonzepte berücksichtigt sowie Expertenstandards und Anforderungen an das Entlassmanagement berücksichtigt. Die PPR 2.0 würde auch die PKMS ablösen. Insgesamt ergeben sich in der PPR 2.0 im Durchschnitt höhere Minutenwerte je Fall als in der ursprünglichen PPR (Fleischer 2020). Da schon die durch die PPR verursachten Mehrkosten für die Pflege im Krankenhaus nicht finanzierbar waren (Osterloh 2019), bleibt zu befürchten, dass sich die Problematik der Finanzierung durch die PPR 2.0 eher verschärfen wird. Babapirali et al. (2021) zitieren eine Untersuchung des Klinikums Karlsruhe, die von einem Personalmehrbedarf von 25 bis 30% ausgeht.

Manche Modelle zur Pflegevergütung verfolgen einen leistungsorientierten Ansatz, wie beispielsweise der Pflegekomplexmaßnahmenscore (**PKMS**), die belgischen Nursing related Groups (**NRG**) und die schweizerische Leistungserfassungs- und Prozessdokumentation Pflege (**LEP**). Der PKMS wurde als Ergänzung zur PPR entwickelt, um hochaufwendige Pflege besser abbilden zu können (Blum et al. 2012). Er ist mit einem hohen Dokumentations- und Schulungsaufwand verbunden. Bis 2019 wurde der so dokumentierte Pflegeaufwand als Zusatzentgelt innerhalb des DRG-Systems vergütet. Die in Belgien angewandten NRG<sup>5</sup> (Stephani, V. et al. 2018) ähneln dem PKMS. Auch sie bilden lediglich einen bestimmten Teil des Pflegebedarfs ab und das jeweilige Krankenhaus kann<sup>6</sup> eine zusätzliche Vergütung anhand des über die NRG ermittelten Pflegeprofils erhalten (Stephani, V. et al 2018).

NRG werden auch in Deutschland diskutiert. NRG dienen als Grundlage zur Vergütung von Pflegeleistungen, die während eines stationären Aufenthalts erbracht werden (Simon 2021). Die Überlegungen gehen dahin, ein Pflege-Fallgruppensystem zu entwickeln und die darin enthaltenen Fallgruppen über Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen abzubilden. Neben den Pflegepersonalkosten müssten hierzu auch die Pflegesachkosten aus dem DRG-System ausgegliedert werden, weil Pflegepersonalbedarf und Pflegesachkosten korrelieren (Simon 2021).

<sup>5</sup> Nursing related group. Jede NRG hat ein Gewicht basierend auf der erforderlichen Personalstärke.

<sup>6</sup> Basierend auf dem Anteil von Patiententagen für die das NRG-Gewicht höher ist als das nationale mediane NRG-Gewicht.

Unter den betrachteten leistungsorientierten Vergütungssystemen bietet die schweizerische LEP die umfassendste Lösung (Thomas et al. 2014). Je Behandlungsfall werden alle Pflege-Einzelinterventionen erfasst. Für jede Intervention sind Zielwerte in Minuten festgelegt, die einrichtungsintern angepasst werden können. Es sind Interventionen sowohl mit als auch ohne Fallzuordnung vorhanden. So werden auch patientenferne und administrative Tätigkeiten abgebildet. Auf Basis der Pflegeminuten werden in der Schweiz die Pflegekosten innerhalb der Swiss-DRG abgebildet. Die LEP bietet die Möglichkeit einer aufwandsgerechten Abrechnung von Pflegeleistungen sowie einer umfassenden Leistungstransparenz. In Abbildung 5 zeigt ein Fallbeispiel zu einer Leistungsdokumentation über LEP mögliche Einzelinterventionen auf. Es beschränkt sich auf fallbezogene Interventionen.

**Abbildung 5: Fallbeispiel Leistungsdokumentation über LEP**

<b>Patient</b>	Weiblich, 50 Jahre		
<b>Diagnose</b>	Abszess der Gallenblase, keine Vorerkrankungen		
<b>Aufnahmegrund</b>	Entfernung des Abszesses und der Gallenblase		
<b>LEP</b>		<b>Anzahl Interventionen</b>	<b>LEP-Min.</b>
<b>Aufnahmetag</b>			<b>116</b>
Administration/Koordination einfach		2	5
Pflegegespräch/Instruktion kurz		2	10
Überwachen einfach		1	5
Blutentnahme einfach		1	10
Periphere Leitung legen aufwändig		1	15
Infusion richten/anschließen einfach	Antibiotikagabe intravenös wegen des Abszesses	3	10
Medikation oral einfach	orale Schmerzmittelgabe	2	3
Essen/Trinken einfach		2	5
Pflegedokumentation einfach		2	5
<b>Operationstag</b>			<b>213</b>
Administration/Koordination einfach		2	5
Pflegegespräch/Instruktion kurz		2	10
Patientenbegleitung/-transport intern		2	10
Infusion richten/anschließen einfach	Antibiotika und Schmerzmittelgabe intravenös	5	10
Medikation oral einfach	Prämedikation für Narkose	1	3
Injektion einfach	Thromboseprophylaxe	2	5
Pflegedokumentation einfach		3	5
Überwachen einfach		6	5
Mobilisation wenig aufwändig	Mobilisation nach OP + Begleitung Toilettengang	2	15
Körperpflege/Kleiden wenig aufwändig	Hilfestell. Körperpflege/Kleidungswechsel postop.	1	15
Essen/Trinken einfach		2	5
<b>1. Tag post-OP</b>			<b>122</b>
Administration/Koordination einfach		2	5
Pflegegespräch/Instruktion kurz		2	10
Besprechung mit ärztl. Dienst kurz		1	5
Arzt avisieren/Verordnung		1	3
Infusion richten/anschließen einfach	Antibiotikagabe intravenös wegen des Abszesses	3	10
Medikation oral einfach	Schmerzmedikation	3	3
Injektion einfach	Thromboseprophylaxe	2	5
Pflegedokumentation einfach		3	5
Verbandswechsel/Wundpflege einfach	Verbandswechsel Operationswunde	1	10
Essen/Trinken einfach		2	5
<b>LEP-Minuten gesamt</b>			<b>451</b>

Quelle: hcb, lep.ch

Ergänzend zu den genannten Vergütungsmodellen gibt es dirigistische Regelsysteme, die den Einsatz des Pflegepersonals im Verhältnis zur Patientenzahl oder zu Pflegeminuten festlegen. Hierzu zählen die in Abschnitt 2.2 beschriebenen **Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)** ebenso

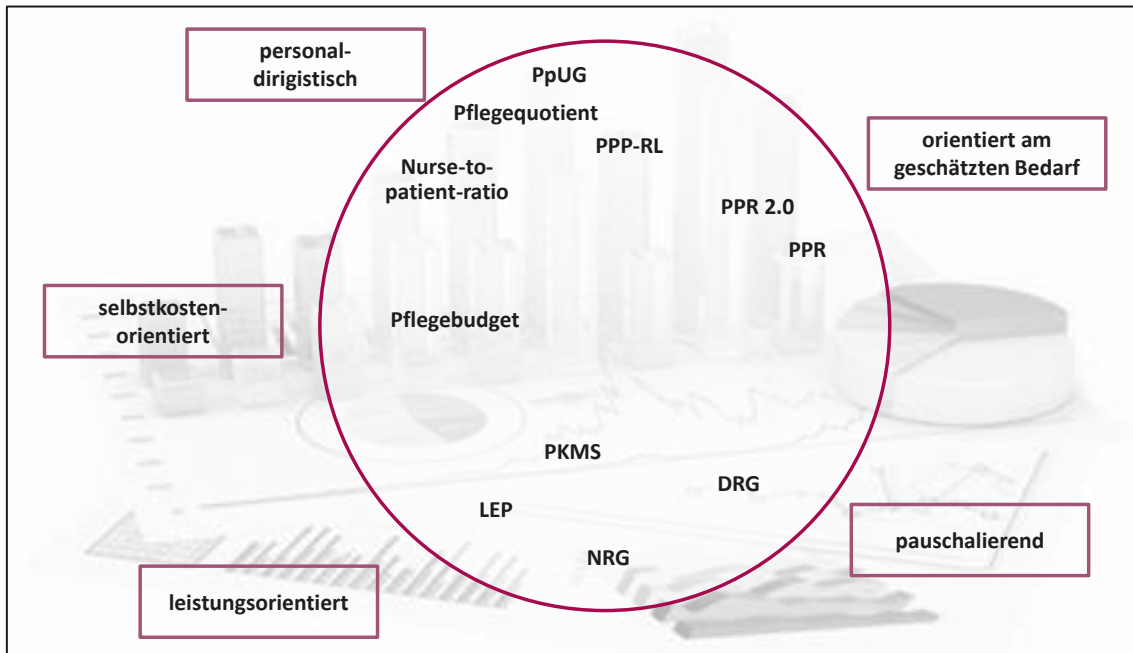


wie die in verschiedenen Ländern verwendeten **Nurse-to-patient-ratios**. Diese werden unter anderem in Teilen der USA, Australien, Südkorea und Großbritannien angewendet. In diese Kategorie fällt außerdem der **Pflegequotient**, der das Verhältnis zwischen eingesetztem Personal und dem individuellen Pflegeaufwand auf Krankenhausebene festlegt. Dazu wurde ein Pflegekostenkatalog entwickelt, mit dem der durchschnittliche pflegerische Aufwand pro Tag auf Station, bezogen auf jede einzelne DRG, dargestellt wird (Babapirali et al. 2021).

Die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (**PPP-RL**) ist eine Mischung aus einem am geschätzten Bedarf orientierten und einem dirigistischen Modell. Hier findet die Ermittlung der Vollkraftstunden je Behandlungsbereich anhand von festgelegten Minutenwerten je Patient statt. Der Umsetzungsgrad im Hinblick auf die einrichtungsindividuellen verbindlichen Mindestvorgaben wird anhand des Verhältnisses zwischen den tatsächlich erbrachten Vollkraftstunden zu den Vollkraftstunden gemäß der vorgegebenen Mindestbesetzung gemessen. Ab dem 1.1.2024 müssen die Mindestvorgaben eingehalten werden, bis dahin gilt eine Übergangsregelung: Ab dem 1.1.2020 müssen die Mindestvorgaben zu 85% und ab dem 1.1.2022 zu 90% erfüllt werden. Bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses. Daneben gibt es auch Abschläge bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflicht, die ab dem 1.1.2022 wirksam werden.

Abbildung 6 verortet die einzelnen Modelle im Raum der fünf Kategorien. Alle Modelle besitzen Vor- und Nachteile. Personaldirigistische Modelle setzen auf nationale Vorgaben hinsichtlich des Einsatzes von Personal, ohne auf betriebliche Besonderheiten zu achten. Dadurch geht Flexibilität verloren, was im Einzelfall zu einer ungünstigen Allokation von Personalressourcen führt. Selbstkostenorientierung kann helfen, die Attraktivität des Pflegediensts zu erhöhen, wenn prinzipiell unbegrenzt viel Personal eingesetzt werden kann, um Pflegekräfte zu entlasten. Allerdings führt die Selbstkostenorientierung ohne eine Deckelung langfristig zu immer weiterwachsenden Kosten und der Grenznutzen der eingesetzten Personalressourcen hinsichtlich der Versorgungsqualität sinkt immer mehr.

**Abbildung 6: Einordnung verschiedener Vergütungs- und Regelsysteme für Pflegepersonal im Krankenhaus**



Quelle: hcb

Die Orientierung am geschätzten Pflegebedarf würde hier Abhilfe schaffen, wenn nur die Pflegestellen finanziert würden, die sich aus dem geschätzten Pflegebedarf ergeben und zusätzlich sichergestellt ist, dass der Bedarf auch wirklich gedeckt wird. Ebenso würde er, wenn er auf der Hausebene ansetzte, eine größere unternehmerische Gestaltungsfreiheit erlauben, womit im Betrieb eine günstigere Allokation der Personalressourcen erreicht werden kann. Allerdings handelt es sich nur um eine Schätzung der Bedarfe. Erfahrungen mit der PPR haben gezeigt, dass die Schätzungen deutlich höher ausfielen als der Ist-Bestand an Personal. Ob gerechtfertigt oder nicht würde dies den Ressourcenbedarf für die Krankenhausversorgung stark erhöhen. Es stellt sich dann die Frage nach der optimalen gesamtwirtschaftlichen Allokation von Personal, d.h. auch unter Berücksichtigung anderer Branchen als das Gesundheitswesen. Ein Mehr im Gesundheitswesen bedeutet ein Weniger in anderen Branchen, was die Qualität von anderen Lebensbereichen verschlechtern kann. Offen ist auch, ob der Zusatznutzen hinsichtlich der Versorgungsqualität durch einen deutlichen Zuwachs an Personalressourcen in der Krankenhausversorgung groß genug ist, um die damit verbundene höhere Belastung der Versicherungsgemeinschaft zu rechtfertigen.

Pauschalierende Systeme wie die DRG erlauben ebenfalls große Gestaltungsfreiheit auf der betrieblichen Ebene, leiden aber unter den in Kapitel 1 erwähnten Nachteilen in der Pflege. NRG können diesbezüglich eine Verbesserung darstellen, weil sie anders als die DRG die pflegerischen Bedarfe und Leistungen in den Fokus rücken. Allerdings versprechen sie auch nicht automatisch eine höhere Pflegequalität. Durch ihre Kalkulation auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten werden alle darüber liegenden Kosten nicht finanziert. Dementsprechend müssten Kliniken mit höheren Pflegepersonalkosten ihre durchschnittlichen Kosten je Vollkraft senken. In Folge des Personalabbaus würden die anschließend kalkulierten durchschnittlichen Kosten sinken, wodurch ein weiterer Personalabbau ausgelöst würde („Kellertreppeneffekt“). Analog zum DRG-System müssten auch für ein NRG-System zahlreiche Vorgaben und Regelungen getroffen werden, um solche und andere unerwünschte Nebeneffekte zu vermeiden. Entsprechend wird die

Einführung eines NRG-Systems eine erhebliche Komplexitätssteigerung des bereits komplizierten Finanzierungssystems zur Folge haben.

Zudem gibt es eine Reihe weiterer Probleme im Zusammenhang mit der Einführung eines NRG-Systems. Es fehlt an einem bundesweit einheitlich angewendetem Pflegeklassifikationssystem analog zur Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) im DRG-System. Des Weiteren werden die Pflegesachkosten im DRG-System nicht separat abgebildet, was eine Ausgliederung kompliziert gestaltet. Aber auch im verbleibenden DRG-System werden bei Ausgliederung der Kosten für Pflegeleistungen Probleme entstehen. Beispielsweise sind bei Kostenvarianzen innerhalb der Pflegepersonalkosten die nach der Ausgliederung verbleibenden DRG nicht mehr kostenhomogen und es müsste ein großer Teil der DRG neu kalkuliert werden. All dies hätte weitere Konsequenzen in Hinblick auf die Verteilung des Gesamterlösvolumens. Es käme zu Umverteilungen zwischen DRG, Kliniken und Bundesländern (Simon 2021).

Tabelle 2 fasst unsere Bewertungen der einzelnen Modelle in Bezug auf ihre Zielerreichung zusammen.

**Tabelle 2: Bewertung der Modelle in Bezug auf ihre Zielerreichung**

Zielerreichung:	Versorgungsqualität	Finanzierbarkeit	Attraktivität Pflegeberuf	Unternehmerische Freiheit <sup>1)</sup>	Wenig Bürokratie und Eindeutigkeit	Verteilungsgerechtigkeit
Pflege in DRG	Unklar	Hoch	Gering	Hoch	Mittel	Hoch
Pflegebudget	Unklar	Gering	Hoch	Gering	Gering	Gering
PPR	Unklar	Gering	Hoch	Gering	Mittel	Mittel
PPR 2.0	Steigend	Gering	Hoch	Gering	Mittel	Mittel
Nursing related groups (NRG)	Unklar	Hoch	Mittel	Hoch	Mittel	Hoch
PKMS	Unklar	Hoch	Gering	Gering	Mittel	Hoch
LEP	Steigend	Mittel	Hoch	Hoch	Mittel	Hoch
Pflegequotient	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
PpUG	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
PPP-RL	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
Nurse-to-patient ratios	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel

Quelle: hcb; (1) zur Nutzung der dezentralen Managementkompetenz

## 4 Gute Pflege leisten – gute Pflege bezahlen! Vom optimalen Modell zu machbaren Ansätzen.

### 4.1. Das ideale Vergütungsmodell

Am besten für die Patientenversorgung ist die Orientierung der Vergütung an der erbrachten Pflegequalität. Damit würde das Ziel einer hohen Versorgungsqualität unmittelbar erreicht. Gleichwohl müsste beachtet werden, dass Qualitätssteigerungen auch mit Kostensteigerungen verbunden sein können und es einen Punkt geben dürfte, ab dem weitere Qualitätssteigerungen

so teuer würden, dass sie die Finanzierbarkeit des Systems untergraben würden. Die direkte Vergütung der Pflegequalität würde außerdem maximale unternehmerische Freiheit erlauben und Kreativität freisetzen, auf welche Art und Weise Qualität erreicht werden kann. Die Attraktivität des Pflegeberufs könnte ebenfalls gewinnen, wenn eine höhere Vergütung von Qualität teilweise auch an die einzelne Pflegekraft weitergegeben werden kann. Allerdings scheitert dieser Ansatz derzeit an der Messbarkeit der Pflegequalität. Die damit verbundene Komplexität und Anforderungen an Daten würden überdies den bürokratischen Aufwand erhöhen.

#### **4.2. Ein pragmatischer Ansatz**

Wenn davon auszugehen ist, dass die tatsächlich geleisteten Pflegeminuten mit der erbrachten Pflegequalität positiv korrelieren, können alternativ leistungsorientierte Modelle wie zum Beispiel die LEP eine kurzfristig realisierbare Option darstellen. Ein anderer pragmatischer Ansatz zur Vergütung der „Pflege am Bett“ orientiert sich an Pflegeleistungen, die direkt am Patienten erbracht werden. Am einfachsten messbar sind die am Patienten erbrachten Pflegeminuten, die direkt in die Abrechnung mit den Krankenkassen einfließen können. Damit würde die Pflege erlösrelevant und im Krankenhausbetrieb einen deutlich höheren Stellenwert erhalten. Auch Patienten würden von der pflegerischen Zuwendung profitieren, was sich positiv auf die Pflegequalität und die Patientenzufriedenheit auswirken dürfte.

Eine weitgehend aufwandsfreie Messung der Pflegeminuten ist über die Nutzung digitaler Techniken (Barcodes, RFID, Touchscreens, optimierte Erfassungsmasken) realisierbar. Sie kann zum Beispiel über ein Armband der Pflegekraft automatisiert erfolgen. Das Armband müsste so eingestellt sein, dass es die Zeiterfassung automatisch startet, wenn die Pflegekraft das Patientenzimmer betritt und sich ihrem Patienten widmet<sup>7</sup>. Die Zeiterfassung erfolgt ohne Zuordnung zur Pflegekraft, sondern nur zum Patienten, um sie mit der Versicherung des Patienten abrechnen zu können. Eine Leistungsüberwachung der einzelnen Pflegekraft wird damit ausgeschlossen.

Außerdem müssten die Pflegeminuten danach unterschieden werden, ob es sich um eine examinierte Pflegekraft, eine Pflegehilfskraft oder eine ungelernte Pflegekraft<sup>8</sup> handelt. Das Armband müsste entsprechend differenziert werden. Auf der Gesamthausebene kann der Medizinische Dienst prüfen, ob zum Beispiel die Zahl der Armbänder je Qualifikationsniveau mit der Zahl der Pflegekräfte je Qualifikationsniveau übereinstimmt. Die Erfassung der Pflegeminuten würde mit der digitalen Zeiterfassung aufwandsarm erfolgen und damit bürokratische Tätigkeiten in der Pflege reduzieren können. Die Attraktivität des Pflegeberufs würde dadurch steigen. Sie würde aber auch dadurch steigen, dass Zeit beim Patienten nicht mehr ein Kostenfaktor, sondern dann ein Erlösfaktor wäre.

Im Rahmen der Abrechnung von Pflegeleistungen würde sich auch eine einheitliche Pflegefachsprache anbieten, um Interoperabilität zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu schaffen. Dies ließe sich sowohl über eine Pflegeklassifikation als auch über eine Pflegeterminologie abbilden. Steht allein die Abrechnung im Fokus, ist eine Pflegeklassifikation ausreichend.

---

<sup>7</sup> Ein Patientenarmband mit korrelierendem Sensor wäre wahrscheinlich am besten umsetzbar. Es könnte eine Mischung aus Raum- und Patientensensor geben. Alles was nicht direkt auf einen Patientensensor geschrieben wird, könnte gleichverteilt auf alle Patienten, die sich im Raum befinden, zugerechnet werden.

<sup>8</sup> Hierunter fallen beispielsweise Praktikanten (auch freiwilliges soziales Jahr) und Hilfskräfte zur Nahrungsaufnahme.

Im Hinblick auf eine Verringerung der Bürokratie bietet sich eine Pflegeterminologie als Basis für die Abrechnung an, da diese im Gegensatz zur Klassifikation eine möglichst genaue Abbildung des Gegenstandsbereichs versucht (bvitg 2017). So könnten die Daten zur Pflegedokumentation und Pflegeabrechnung in einem Schritt dokumentiert werden und es würde kein weiterer Aufwand entstehen. Mit der ICNP (International Classification of Nursing Practise) besteht bereits eine durch die WHO (World Health Organisation) anerkannte Referenzterminologie im Bereich Pflege, mit der die derzeit existierenden Modelle zusammengeführt werden könnten.

Das Tätigkeitsspektrum von Pflegekräften beinhaltet allerdings noch weitere Leistungen, die nicht direkt am Patienten erbracht werden. Auch sie müssen vergütet werden. Wir empfehlen, all diese patientenfernen Tätigkeiten pauschal im Rahmen der DRG zu vergüten. Darunter fallen zum Beispiel die Stationsübergabe, Visitenausarbeitung, Telefondienst, Dienstplanung, Hol- und Bringdienste, Dokumentation von Vitalwerten, Fort- und Weiterbildung. Durch die pauschale Vergütung in den DRG wird für diese Tätigkeiten ein Anreiz gesetzt, sie möglichst ressourcensparend zu erbringen.

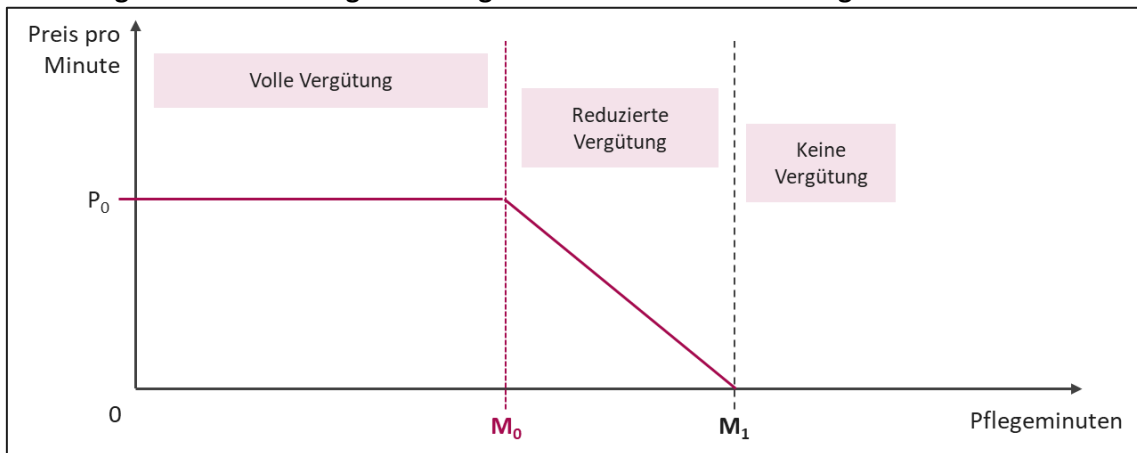
Die Vergütungshöhe bzw. Preis je Pflegeminute hängt vom Qualifikationsniveau der Pflegekraft ab. In dem vorgeschlagenen Modell gäbe es damit drei Minutenpreise. Die Preise je Minute sollten nicht bundesweit einheitlich festgelegt werden. Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist stärker lokal geprägt als der Arbeitsmarkt für Ärzte. Daher muss das lokale Lohnniveau der Pflegekräfte eine Rolle bei der Festlegung der Preise je Minute spielen. Der Preis je Minute könnte für ein gegebenes Krankenhaus aus der Personalstatistik bestimmt werden. Die Personalkosten des Arbeitgebers je Qualifikationsniveau liegen vor, ebenso wie die Zahl der Vollkräfte und die Arbeitszeit einer Vollkraft. Daraus lässt sich ein Minutenpreis errechnen.

Der hier geschilderte Ansatz hat Vorteile und Nachteile. Einige Vorteile wurden bereits genannt: (i) Die Pflege am Bett wird erlösrelevant, (ii) die Pflegekraft spürt keinen zeitlichen Druck, wenn sie sich dem pflegebedürftigen Patienten widmet, wodurch die Attraktivität des Pflegeberufs und vermutlich auch die Pflegequalität steigen, (iii) die Messung der Pflegeminuten erfolgt bürokratiearm, (iv) für patientenferne Tätigkeiten entsteht ein Anreiz, sie möglichst effizient zu erbringen.

Gleichwohl ergeben sich – wie bei jedem regulierten Vergütungssystem – auch Nachteile bzw. Probleme. Ein Problem ist das des Missbrauchs. Denkbar ist, dass Pflegeminuten in einem leeren Patientenzimmer erbracht werden, um leistungslos Erlöse zu generieren. Allerdings müssen diese Pflegeminuten stets einem Patienten zugeordnet werden, damit sie abgerechnet werden können. Dies könnte ein Patientensensor unterstützen. Statistische Analysen der Abrechnungsdaten können systematische Verzerrungen aufzeigen und entsprechende Fragen des Medizinischen Diensts nach sich ziehen. Wichtig dafür ist, dass der Pflegegrad eines Patienten mit erhoben wird, um die Korrelation zwischen Pflegegrad und Pflegeminuten analysieren zu können. Ferner ist es möglich, dass eine Pflegekraft zwar durchaus Zeit mit einem Patienten verbringt, aber ohne pflegerische Maßnahmen durchzuführen, sondern nur um die „Zeit totzuschlagen“. Wenn „Zeit totzuschlagen“ in einem Krankenhaus gehäuft vorkäme, würden wiederum statistische Analysen entsprechende Auffälligkeiten zeigen. Der Medizinische Dienst kann daraufhin das Gespräch mit dem Krankenhaus suchen. Möglicherweise sind auch technische Lösungen denkbar, um die Erfassung der Pflegeminuten über das Armband der Pflegekraft vor Missbrauch zu schützen. So könnte die Erfassung im Patientenzimmer nur dann starten, wenn auch der richtige Patient im Zimmer anwesend ist.

Abgesehen von echtem Missbrauch entsteht aber auch der Anreiz für ein Krankenhaus, die Zahl der Pflegeminuten so weit wie möglich auszuweiten. Wenn die patientenfernen Tätigkeiten über die DRG bereits vergütet sind, entsteht mit jeder Pflegeminute ein gewisser positiver Deckungsbeitrag für das Krankenhaus. Dieser Anreiz ist zwar gewollt; er hat aber keine Grenze nach oben. Es braucht also zusätzlich eine „Bremse“, um einen ungebremsten Mengenanreiz zu vermeiden. Wir schlagen dazu vor, eine Menge  $M_0$  an Pflegeminuten festzulegen, oberhalb der der Preis je Pflegeminute sinkt, und darüber hinaus eine Menge  $M_1$ , oberhalb der keine Pflegeminuten mehr abgerechnet werden können (Abbildung 7). Zu diskutieren ist, ob  $M_0$  und  $M_1$  zusammenfallen sollen. Dann würde der Preis nicht erst langsam fallen, sondern abrupt auf null gehen. Wir empfehlen, die Mengengrenzen auf der Hausebene, nicht auf der Fallebene festzulegen, sodass das Krankenhaus auf unterschiedliche Pflegebedarfe von Patienten reagieren kann.

**Abbildung 7: Die Abrechnung nach Pflegeminuten braucht eine Obergrenze**



Quelle: hcb

Die Mengengrenzen  $M_0$  und  $M_1$  könnten zum Beispiel als Ergebnis aus einer Bedarfskalkulation nach §137k SGB V hervorgehen. Die Kosten wären damit nach oben gedeckelt und es würden nur die beim Patienten erbrachten Pflegeminuten vergütet. Damit gäbe es – anders als im Pflegebudget – Grenzen, die das System stabilisieren. Tabelle 3 ergänzt Tabelle 2 um die Bewertung der beiden zusätzlichen Modelle aus Kapitel 4.

**Tabelle 3: Bewertung aller Modelle in Bezug auf Zielerreichung**

Zielerreichung:	Versorgungsqualität	Finanzierbarkeit	Attraktivität Pflegeberuf	Unternehmerische Freiheit <sup>1)</sup>	Wenig Bürokratie und Eindeutigkeit	Verteilungsgerechtigkeit
Pflege in DRG	Unklar	Hoch	Gering	Hoch	Mittel	Hoch
Pflegebudget	Unklar	Gering	Hoch	Gering	Gering	Gering
PPR	Unklar	Gering	Hoch	Gering	Mittel	Mittel
PPR 2.0	Steigend	Gering	Hoch	Gering	Mittel	Mittel
Nursing related groups (NRG)	Unklar	Hoch	Mittel	Hoch	Mittel	Hoch
PKMS	Unklar	Hoch	Gering	Gering	Mittel	Hoch
LEP	Steigend	Mittel	Hoch	Hoch	Mittel	Hoch
Pflegequotient	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
PpUG	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
PPP-RL	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
Nurse-to-patient ratios	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
Vergütung Pflegequalität	Steigend	Hoch	Hoch	Hoch	Mittel	Hoch
Vergütung Pflegeminuten	Steigend	Hoch	Hoch	Hoch	Hoch	Hoch

Quelle: hcb

1) zur Nutzung der dezentralen Managementkompetenz

Das hier vorgeschlagene Modell der Vergütung von erbrachten Pflegeminuten kann im Laufe der Zeit erweitert werden, um sich dem idealen Vergütungsmodell aus Abschnitt 4.1 anzunähern. Je nach Verfügbarkeit von Qualitätsmessinstrumenten in der Pflege kann schrittweise auch die Pflegequalität vergütet werden. Manche pflegesensitiven Qualitätsindikatoren könnten schon heute genutzt werden, z.B. Stürze, Dekubitus, nosokomiale Infektionen, Lob- und Beschwerden. Zu- und Abschläge für die Pflegequalität können dabei auf der Hausebene, Fallebene oder auf der Ebene der Pflegeminuten festgelegt werden. Welche Ebene hierfür sinnvoll ist, hängt vom Qualitätsmaß ab und muss diskutiert werden. Auch eine Kombination aller Ebenen kann eine Option sein. Zuschläge sind grundsätzlich motivierender als Abschläge. Jedoch braucht es einen Mechanismus, um ein Budget für die Vergütung von Qualitätszuschlägen aufzubringen. Es könnte über einen anteiligen Abschlag auf den Preis für eine Pflegeminute und/oder auf die fallbezogene DRG-Pauschale aufgebracht werden.

## 5 Literatur

Boris Augurzky, Sebastian Krolop, Adam Pilny, Christoph M. Schmidt, Christiane Wuckel (Augurzky et al. 2021: KRR21): Krankenhaus Rating Report 2021: Mit Wucht in die Zukunft katapultiert

Statistisches Bundesamt 2021 (Destatis 2021: Grunddaten der Krankenhäuser): Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2019

Stephani, V. et al 2018. KCE REPORT 302Cs (Stephani, V. et al 2018): Short Report - Payment Methods For Hospital Stays With A Large Variability In The Care Process

Prof. Dr. Michael Simon (Simon 2021): Nursing Related Groups. In "Das Krankenhaus", 9.2021, S. 794-802

Dörte Heger (Heger 2021): Wachstumsmarkt Pflege, K. Kacobs et al., Pflege-Report 2021, [https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_10)

Heinz Rothgang, Thomas Kalwitzki, Rolf Müller, Rebecca Runte, Rainer Unger, (Rothgang et al. 2016): BARMER GEK Pflegereport 2016,

Dr. Georg Rüter (Rüter 2018): Standpunkt: Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: zu Ende gedacht?, Das Krankenhaus 12.2018, S. 1-5

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP 2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus

Jürgen Wasem (Wasem 2020): Systeme der Krankenhausfinanzierung, Krankenhausreport 2020

Wulf-Dietrich Leber, Charlotte Vogt (Leber und Vogt 2020): Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split, Krankenhausreport 2020

Stefanie Stoff-Ahnis, Wulf-Dietrich Leber (Stoff-Ahnis, Leber 2021): Pressekonferenz – Drei Säulen für gute Pflege im Krankenhaus, GKV Spitzenverband 2021

Fachgesellschaft Profession Pflege e. V (FPP 2019): Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus, [Pflegepersonalbemessungskonzept.pdf \(pro-pflege.eu\)](#)

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

HTA Austria - Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH (HTA 2021): Patient-reported outcome measures (PROMs) und Patient-reported experience measures (PREMs) in PatientInnenversorgung und Gesundheitspolitik, <https://aihta.at/page/patient-reported-outcome-measures-proms-und-patient-reported-experience-measures-prems-in-patientinnen-versorgung-und-gesundheitspolitik/de>

Falk Osterloh (Osterloh 2019): Pflegekräfte: Den Personalbedarf messen, Dtsch Arztebl 2019; 116(35-36): A-1526 / B-1260 / C-1240, [Pflegekräfte: Den Personalbedarf messen \(aerzteblatt.de\)](#)



Dr. Steffen Fleischer (Fleischer 2020): Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene – PPR 2.0, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Anke Wittrich, Elisabeth Burhardt (Wittrich und Burhardt 2021): Weichenstellung für eine verbesserte Pflegepersonalausstattung, das Krankenhaus 8.2021, S.680-683

Judith Babapirali, Dr. Holger Bunzemeier, Anja König, Andreas Günther-Aschenbach, Prof. Dr. Norbert Roeder (Babapirali et al. 2021); Pflege im Krankenhaus erfolgreich in die Zukunft führen, das Krankenhaus 9.2021, S. 786-792

Dr. Karl Blum, Dr. Sabine Löffert, Dr. Matthias Offermanns, Dr. Petra Steffen (Blum et al. 2012): Krankenhausbarometer – Umfrage 2012, Deutsches Krankenhaus-Institut

Dominik Thomas, Antonius Reifferscheid, Natalie Pomorin, Jürgen Wasem (Thomas et al. 2014); Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) 2014

Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung – KHBV), letzte Änderung 07.08.2021

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG), letzte Änderung 11.07.2021

Dr. Peter Geibel et al. (bvitg 2017): Terminologie-Systeme in der Medizin und Pflege – Status Quo und Perspektiven für Deutschland, Bundesverband Gesundheit-IT – bvitg e. V. 2017