



Auswirkungen der Personalkostenvergütung auf die Prozesse im Krankenhaus

Julia Oswald und Holger Bunzemeier

- 8.1 Zusammenhang zwischen G-DRG-System und Personalsteuerung im Krankenhaus – 146**
 - 8.1.1 Personalkostenvergütung im G-DRG-System – 146
 - 8.1.2 Anreizwirkung des G-DRG-Systems – 147
 - 8.1.3 Auswirkungen auf die Personalsteuerung der Krankenhäuser – 148
 - 8.1.4 Personalsteuerung und Versorgungsprozesse – 151

- 8.2 Politische Reaktionen auf eine erlöriorientierte Personalsteuerung – 155**
 - 8.2.1 Aktuelle gesetzliche Regelungen zur Verbesserung und Finanzierung des Personalbedarfs in der Pflege – 155
 - 8.2.2 Erwartete Wirkungen der Pflegepersonalkostenvergütung – 156

- 8.3 Handlungsbedarf des Krankenhausmanagements – 160**
 - 8.3.1 Systemabhängiger Handlungsbedarf – 160
 - 8.3.2 Systemunabhängiger Handlungsbedarf – 162

- 8.4 Fazit – 163**

- Literatur – 164**

■ Zusammenfassung

Mit der Struktur des Krankenhausfinanzierungssystems werden geplante und nicht geplante Anreize für Krankenhäuser gesetzt, Kosten und Erlöse zu steuern. Mit einem Personalkostenanteil von über 60 % an den Gesamtkosten liegt dabei der Schwerpunkt auf den Personalkosten. Eine Folge davon kann eine kosten- und erlösbezogene Personalsteuerung und damit eine qualitative Veränderung der patientenbezogenen Versorgungsprozesse sein. Der Beitrag ordnet die Personalkostenvergütung in die G-DRG-Vergütungssystematik ein. Er beschreibt die Entwicklung des Personaleinsatzes bzw. der Personalkosten seit Einführung des fallbezogenen, preisbasierten Finanzierungssystems, die politischen Reaktionen auf die praktizierte erlösorientierte Personalsteuerung sowie die erwarteten Auswirkungen einer tagesbezogenen, kostenbasierten Pflegevergütung gemäß PpSG auf die Leistungen und Kosten der Versorgungsprozesse sowie auf die Erlössituation der Krankenhäuser. Davon abgeleitet wird der finanzierungssystemabhängige Handlungsbedarf des einzelnen Krankenhauses und es wird dargestellt, welche Rahmenbedingungen das Krankenhausmanagement für eine interne Personalsteuerung systemunabhängig schaffen muss, damit die Qualität der Versorgungsprozesse sichergestellt ist. Die datengestützte Diskussion greift die Erfahrungen in der Praxis mit auf.

The hospital funding system sets expected and unexpected incentives for hospitals to manage costs and revenues. With a share of over 60% of the total costs, staff cost are in the focus of management activity. One consequence of this can be a cost- and revenue-related staff control and thus a qualitative change in patient-related care processes. This article classifies the funding of staff cost within the G-DRG system. It describes the development of staff deployment and staff costs since the introduction of the case-related, price-based funding system and the political reactions to the practice of revenue-oriented staff management. It also explores the expected effects of the introduction of a day-based, cost-based funding of nursing costs according to PpSG, re-

garding the performance and costs on the care processes as well as the revenue situation of the hospitals. Finally, the authors derive a need for action on the part of the individual hospital with respect to changes in hospital funding and show which framework conditions for internal personnel control hospital management must create independently of the system in order to ensure the quality of the care processes. The data-based discussion covers practical experience.

8.1 Zusammenhang zwischen G-DRG-System und Personalsteuerung im Krankenhaus

8.1.1 Personalkostenvergütung im G-DRG-System

Mit Einführung des G-DRG-Systems im Jahr 2003/2004 wurde als Abrechnungseinheit der Vergütung für stationäre Krankenhausleistungen die Fallpauschale (G-DRG) gewählt (§ 17b KHG). Sie vergütet die Leistung in Abhängigkeit der Art des behandelten Krankheitsbildes und durchgeführter diagnostischer und therapeutischer Prozeduren. Die G-DRG-Version 2019 umfasst mehr als 1.300 Fallpauschalen.

Für die meisten G-DRGs werden bundeseinheitlich gültige Bewertungsrelationen kalkuliert, die für die Leistungsabrechnung mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert multipliziert werden müssen. Die Berechnung der Bewertungsrelationen für jede einzelne DRG erfolgt jährlich auf Basis der Personal-, Sach- und Infrastrukturkostendaten der InEK-Kalkulationskrankenhäuser. Gefolgt wird hierbei einem Vollkostenansatz auf Istkostenbasis. Die kalkulationsrelevanten Personalkosten umfassen Löhne und Gehälter, Zuschläge/Zulagen/Sachbezüge, Sozialabgaben, Altersversorgung, Beihilfen sowie sonstige Personalaufwendungen. Verteilt werden die Kosten des medizinischen Personals dabei möglichst verursachungsgerecht in Abhängigkeit von dessen Tä-

tigkeitsumfang. Dabei sind für die Bemessung der Arbeitszeitanteile (Personalkostenverrechnung) Ergebnisse von Zeiterfassungen, statistische Unterlagen wie Stellenpläne, Dienstpläne und Leistungsstatistiken oder Schätzungen zugrunde zu legen (InEK 2016). Bspw. basiert die Verteilung der Personalkosten des Pflegedienstes der Normalstation auf den Minutenwerten der Pflegepersonalregelung (PPR) oder ähnlich sachgerechter Systeme. Der Kalkulationsatz pro PPR-Minute wird ermittelt, indem die Pflegepersonal-Istkosten eines Jahres durch die angefallenen PPR-Minuten dividiert werden. Die in die Kalkulation einfließenden Pflegepersonalkosten pro Fall ergeben sich dann aus der Multiplikation des Kalkulationsatzes mit den PPR-Minuten der entsprechenden Einzelfälle. Die restlichen Personalkosten (Verwaltungsdienst, Technischer Dienst u. a.) fließen neben den übrigen Sachkosten als Infrastrukturkosten in die Kostenkalkulation ein.

Um die Pflege im System sachgerechter abzubilden, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in den letzten Jahren klassifikatorische Anpassungen vorgenommen. Dies führte bspw. zur Etablierung der Zusatzentgelte für die hochaufwendige Pflege (PKMS) und der Zusatzentgelte zur Abbildung der Pflegebedürftigkeit. Überdurchschnittlich personalintensive G-DRGs werden seit 2017 zudem durch die jährlich anzuwendende Sachkostenkorrektur aufgewertet, die zu einer relativen Aufwertung der in den G-DRGs berücksichtigten Personalkosten zulasten der berücksichtigten Sachkosten führt. Durch die Mittelumverteilung konnte die Vergütung für Personal- und Infrastrukturkosten und damit insbesondere auch die Vergütung der Pflege für 2019 um +1,68 % gesteigert werden (InEK 2019).

Allgemein zu erwartende Personalkostenentwicklungen werden nicht über die Bewertungsrelationen umgesetzt, sondern über Anpassungen der Landesbasisfallwerte – die Entgeltbasis des Entgeltsystems – abgebildet (§ 10 KHEntG). Das betrifft regelhafte und struk-

tuelle Tarifsteigerungen, die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben wie bspw. Erhöhung des Mindestlohns, die Umsetzung von BSG-Urteilen bspw. zur Arbeitszeit sowie sonstige Sachverhalte.

8.1.2 Anreizwirkung des G-DRG-Systems

Durch die Ausgestaltung des G-DRG-Systems sollten nach den Vorstellungen des Gesetzgebers die Leistungsgerechtigkeit des Entgelts verbessert und Anreize zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit gesetzt werden (s. nachstehende Übersicht). So verstärkt ein Preisprinzip (= Entgeltbasis) den Anreiz zur wirtschaftlichen Leistungserstellung, da sich die Krankenhäuser gezwungen sehen, die Kosten der Personal-, Sach- und Betriebsmittel unterhalb der Vergütung zu justieren (Breyer 1991). Aufgrund des hohen Kostenanteils von über 60 % ist dabei die Steuerung der Personalkosten von großer Relevanz für die Kostenwirtschaftlichkeit eines Krankenhauses. Die Fallpauschale (= Abrechnungseinheit) hat einen starken Leistungsbezug und soll zu einer gerechten Verteilung der Finanzmittel führen. Außerdem beinhaltet sie den Anreiz, möglichst viele Patienten zu behandeln, und führt zu einer Fallzahlsteigerung. Die einzelnen Leistungen der Diagnostik, Therapie, Pflege und Versorgung sowie die Verweildauer je Patient werden jedoch aufgrund der Pauschalierung ggf. reduziert. Eine Kombination mit anderen Abrechnungseinheiten (Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge) kann ungeplante Wirkungen ausbalancieren (z. B. Patienten- und/oder Leistungsselektion). Abgemildert werden Anreize zur Erlössteigerung aufgrund von Fallzahlausweitungen, indem das Budget mit den Instrumenten des Mehrerlösausgleichs sowie des Fixkostendegressionsabschlags flexibilisiert wird.

Geplante Anreize des G-DRG-Systems, abgeleitet aus § 1 KHG

Oberziele:

- Ausgabenbegrenzung der GKV über eine
- Erlösbegrenzung und Kostenbegrenzung der Krankenhäuser

Unterziele:

- Begrenzung der Verweildauer und der Einzelleistungen je Fall
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung
- Verbesserung der Verteilungswirkungen zwischen den Krankenhäusern (Geld folgt der Leistung für die Patientenbehandlung)
- Verbesserung der Verteilungswirkungen zwischen den Krankenkassen (Geld folgt den Leistungen für die Versorgung der Versicherten der jeweiligen Krankenkassen)
- Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz

Rahmenbedingungen:

- Qualitätssicherung
- Bedarfsgerechtigkeit
- Wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses

(Quelle: Schmidt-Rettig 2008 in Anlehnung an Breyer 1991 sowie GEBERA und DKI 1983)

Mittlerweile lässt sich feststellen, dass seit Einführung des G-DRG-Systems vielfältige Entwicklungen in Richtung der intendierten Ziele angestoßen wurden (Reifferscheid et al. 2013). Positive Auswirkungen betreffen die Optimierung des Leistungsangebots, Schwerpunktbildungen und Spezialisierungen, Reorganisationsmaßnahmen der internen Prozesse sowie Kooperationen und Fusionen (IGES 2013). Gleichzeitig sind jedoch auch die Kosten und damit die Ausgaben der Krankenkassen trotz verschiedener Kostendämpfungsmaßnahmen stark angestiegen: Von 2003 bis 2017 sind die bereinigten Kosten der Krankenhäuser um

durchschnittlich 64 % gestiegen. Die Personalkosten haben sich seitdem insgesamt um 58 % erhöht. Zu den größten Personalkostenblöcken zählt der Arztdienst mit 22,4 % an den bereinigten Kosten im Jahr 2017, gefolgt vom Pflegedienst mit 21,0 % und dem Medizinisch-Technischen Dienst mit 9,6 % (s. Abb. 8.1 zur Entwicklung des Pflege- und Arztdienstes) (Statistisches Bundesamt 2018a).

Ursächlich für den Personalkostenanstieg im Arzt- und Pflegedienst ist ein Anstieg der Vollkräftezahlen aufgrund des veränderten medizinischen Leistungsspektrums (Art und Menge) sowie aufgrund von Tarifsteigerungen, die jedoch über die Erlösstrukturen nur teilweise abgebildet wurden. Im Zusammenhang mit der unzureichenden Investitionsfinanzierung der Länder, die zulasten der Betriebskostenfinanzierung geht, führt dies laut Krankenhaus Rating Report seit Jahren zu einer angespannten wirtschaftlichen Lage in den Krankenhäusern (Augurzky et al. 2019). So benötigen fast drei Viertel (73,3 %) der Krankenhäuser operative Ergebnisse von mindestens 4 %, um eigenmittelfinanzierte Investitionen zu finanzieren (BDO und DKI 2015).

8.1.3 Auswirkungen auf die Personalsteuerung der Krankenhäuser

Um die notwendigen Investitionen und die ebenfalls nicht vollständig über das Vergütungssystem gedeckten Tarifsteigerungen refinanzieren zu können, wurden in einer Vielzahl von Krankenhäusern Instrumente für eine erlösorientierte Personalsteuerung ausgebaut (= Politik-Folgen-Management). Bei erlösorientierten Verfahren wird der Personalbedarf aus den empirisch ermittelten Erlösanteilen der Fallpauschalen auf der Grundlage der InEK-Kalkulationsmatrix, die jährlich mit dem G-DRG-Reportbrowser veröffentlicht wird, abgeleitet. Aus den Berechnungen wird eine personelle Über(Unter-)deckung abgeleitet, wenn mehr (weniger) Vollkräfte eingesetzt

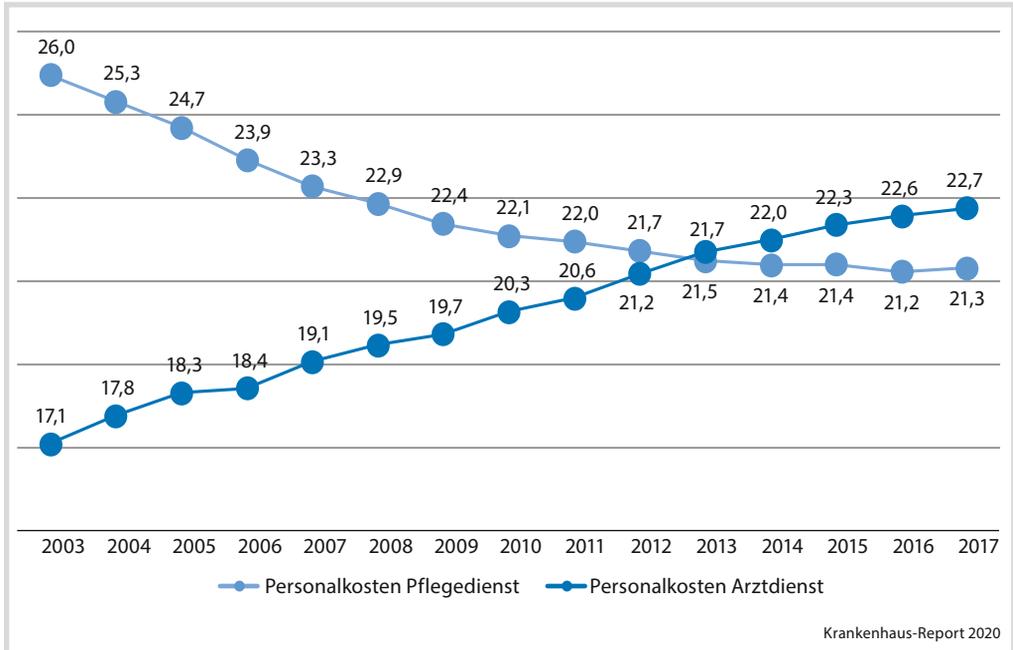


Abb. 8.1 Anteil der Personalkosten Pflegedienst und Arztdienst an den bereinigten Kosten der Krankenhäuser von 2003 bis 2017 in % (Anmerkung: ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) (Quelle: Eigene Berechnungen, Statistisches Bundesamt 2018a)

werden als über Erlöse finanziert sind (Plücker 2015). Es wird damit kein Bezug zum tatsächlichen Personalbedarf hergestellt. Über die Hälfte der befragten Krankenhäuser (53,0 %) wenden zur Bestimmung des Personalbedarfs im Arztdienst diesen erlösorientierten empirischen Ansatz an. Im Pflegedienst kam die Methode bei 43,5 % der Krankenhäuser zum Einsatz (Blum et al. 2010). Eine Befragung zur Situation der Pflege in hessischen Krankenhäusern ergab ebenfalls, dass diese (neben der PPR) die Verwendung von InEK-Kostendaten zur Personalbedarfsermittlung deutlich zu präferieren scheinen (Braun et al. 2014).

Die erlösorientierte Personalsteuerung führte für den Pflegedienst zum sogenannten Kellertreppeneffekt¹ (Simon 2008). Dieser

beschreibt den kontinuierlichen Rückgang des Anteils der Pflegekosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser, hervorgerufen durch Reduzierungen beim Pflegepersonal zur Sicherung der finanziellen Lage und der damit verbundenen Reduktion des Umfangs der kalkulierten Pflegekosten je G-DRG. Lag der Anteil der Pflegekosten im Jahr 2003 noch bei 26 %, sank er zum Jahr 2016 auf 21,2 %. Im Jahr 2017 stieg er wieder leicht auf 21,3 % an. Parallel dazu lässt sich ein Anstieg des Anteils der Personalkosten des Arztdienstes von 17,1 % im

Relativgewichte je G-DRG zugrunde gelegt wird, wird jedes Jahr so bestimmt, dass die Summe der effektiven bundesdeutschen Bewertungsrelationen zwischen einer neuen G-DRG-Version und der vorangehenden Version konstant bleibt (InEK 2019). Absenkungen einzelner Relativgewichte werden danach durch Erhöhungen anderer Relativgewichte innerhalb des Systems kompensiert. Folglich können sich zwar die Bewertungsrelationen einzelner G-DRGs verändern, jedoch nicht die G-DRG-Gesamtsumme.

¹ Der Kellertreppeneffekt kann für einzelne Kostenarten oder -stellen innerhalb der InEK-Kalkulation festgestellt werden, existiert aufgrund der Logik der G-DRG-Kalkulation jedoch nicht für das System insgesamt: Die Bezugsgröße, die zur Berechnung der

■ Tabelle 8.1 Quantitative Personalentwicklung in Abhängigkeit von Fallzahl und Verweildauer (Quelle: Eigene Berechnungen, Statistisches Bundesamt 2018b)

	Stat. Fälle in Mio. Euro	Verweildauer in Tagen	Belegungstage in Tsd	Arztdienst in Vollkräfte	Pflegedienst in Vollkräfte
1991	14,5	14	204.204	95.208	326.082
1995	15,9	11,5	182.627	101.590	350.571
2003	17,3	8,9	159.937	114.105	320.158
2007	17,2	8,3	142.251	126.000	298.235
2017	19,5	7,3	142.170	161.208	328.327
Veränderung 1991 bis 2017 in %	34,5	-47,9	-30,4	69,3	0,7

Krankenhaus-Report 2020

8

Jahr 2003 auf 22,7 % im Jahr 2017 darstellen (s. ■ Abb. 8.1).

Damit wird deutlich, dass seit 2013 relativ betrachtet mehr Finanzmittel der Krankenhäuser in den erlösnahen Arztbereich geflossen sind als in den erlösfernen Pflegebereich. Eine Erklärung dafür dürfte im Zusammenhang mit der kürzeren Verweildauer und dem Anstieg der Fallzahlen liegen (s. ■ Tab. 8.1). Unter der Annahme, dass 60 % der pflegerelevanten Leistungsmenge von der Fallzahl (fallfix) und 40 % von der Verweildauer (fallvariabel) abhängen (Augurzky et al. 2016), ergibt sich für die Leistungsentwicklung der vergangenen Jahrzehnte bei rückläufigen Belegungstagen ein unterproportionaler Anstieg des Pflegepersonalbedarfs im Vergleich zum Fallzahlanstieg. Nicht berücksichtigt wurde dabei die Pflegeintensität pro Verweildauertag. Sie nimmt bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung und Fallzahlerhöhung zu, weil pro Tag mehr pflegerische Leistungen zu erbringen sind (Zander et al. 2017). Anders stellt sich die Entwicklung im Arztdienst dar: Die Leistungen weisen in der Regel einen eher fallfixen Charakter auf, sodass der Personalbedarf entsprechend der Fallzahlentwicklung auch rein rechnerisch proportional ansteigen muss. Unberücksichtigt bleiben bei dieser Betrachtung weitere Einflussfaktoren, die den Personalbedarf der Berufsgruppen beeinflusst haben und durch die Personalsta-

tistik nicht erfasst werden (neue Arbeitszeitregelung der Ärzte ab 2004, Veränderungen des Aufgabenspektrums der Pflege u. a.).

Bisher nicht empirisch belegt ist die Beantwortung der Frage, ob die aus der G-DRG-Kalkulation abgeleiteten Mittel zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten dafür auch verwendet oder ob diese Mittel in Teilen zur Stärkung anderer Krankenhausbereiche eingesetzt werden (z. B. zur Finanzierung anderer Berufsgruppen, notwendiger Sanierungsmaßnahmen oder zur Überschusserwirtschaftung). Thomas et al. (2014) kommen aufgrund eigener Berechnungen in einem Gutachten zu dem Schluss, dass nennenswerte Umverteilungseffekte der Zuweisungen nicht nachweisbar sind, „sondern über alle Einrichtungen hinweg in etwa das Geld, was für die Pflege in den G-DRGs kalkuliert ist, auch für die Pflege ausgegeben wird.“ (Thomas et al. 2014, S. 13) Sie stützen ihre Erkenntnisse auf einen Vergleich der geschätzten Sollkostenanteile gemäß G-DRG-Report-Browser mit den Istkostenanteilen, d. h. den tatsächlichen bereinigten Ausgaben der Allgemeinkrankenhäuser im Pflegebereich laut Statistischem Bundesamt.

Zu einer anderen Einschätzung kommt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). In einem Antwortschreiben der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage einiger Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

vom 24.05.2018 wird auf eigene Berechnungen der DKG verwiesen, die auf der Grundlage bestimmter Annahmen sowie des Kostennachweises der Krankenhäuser 2016 und des G-DRG-Report-Browsers 2018 (Datenjahr 2016) schlussfolgert, dass das hochgerechnete G-DRG-Erlösvolumen für den Pflegedienst die Pflegepersonalkosten um rd. 160 Mio. € überschreitet (Bundesregierung 2018).

Auch das Problem der Überkapazitäten, insbesondere in Bezug auf die häufig wirtschaftlich und medizinisch nicht optimale Betriebsgröße deutscher Krankenhäuser, wird indirekt für vermutete Qualitätsdefizite verantwortlich gemacht. Angesichts der Arbeitsmarktlage und der unzureichenden Erlöse für die Finanzierung des Krankenhauspersonals aufgrund einer suboptimalen Betriebsgröße einzelner Krankenhäuser, verstärkt sich hier das Qualitätsproblem. Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen wurden die Gründe und Reformoptionen für die Über- und Fehlversorgungen noch einmal ausführlich dargestellt (BMF 2018). Der Beirat fordert u. a. eine Zentralisierung der Krankenhausversorgung auf weniger Krankenhäuser. Eine aktuelle Krankenhausstrukturstudie der Bertelsmann-Stiftung bspw. kommt zu dem Ergebnis, dass der künftige stationäre Behandlungsbedarf mit deutlich weniger Akutkrankenhäusern gedeckt werden kann. Für die untersuchte Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen empfehlen die Autoren die Schließung von rd. zwei Drittel der Krankenhäuser und die Ausstattung der verbleibenden Einrichtungen mit mehr Betten und Behandlungskapazitäten. Sie gehen auch bundesweit von einem erheblichen Potenzial zur Reduzierung des stationären Behandlungsbedarfs aus (Loos et al. 2019). Aus personalwirtschaftlicher Sicht hätte diese radikale Umstrukturierung zur Folge, dass sich die Personalausstattung in den verbleibenden Krankenhäusern aufgrund von Umverteilungen quantitativ verbessert.

Damit stellt sich weiterhin die Grundsatzfrage, welches Verhältnis zwischen Personal und Patienten unter Berücksichtigung einer be-

darfsgerechten Versorgungsqualität angemessen und für die Preisfindung als Kalkulationsgrundlage geeignet ist.

8.1.4 Personalsteuerung und Versorgungsprozesse

8.1.4.1 Personalbedarf und Versorgungsqualität

Generell ist von einem positiven Zusammenhang zwischen Personalausstattung im Pflegedienst und Qualität der Leistung innerhalb der Versorgungsprozesse auszugehen. Das betrifft sowohl die Anzahl der Pflegekräfte als auch deren Qualifikation. Dafür sprechen die meisten internationalen und nationalen Studienergebnisse. In Bezug auf den Pflegedienst liefern hierfür z. B. der „Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus“ des IGES-Instituts (Albrecht et al. 2017), die RWI-Untersuchung von Augurzyk et al. (2016) zur „Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ sowie die Studie von Schreyögg und Milstein im Auftrag des BMG „zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland“ (Schreyögg und Milstein 2016a) Anhaltspunkte (s. auch Schneider und Geraedts 2016). Trotz großer Kritik (z. B. Simon 2017) bildet letztere die Grundlage für die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen.

Kaum erforscht ist bisher *das Ausmaß* des Zusammenhangs von Personalausstattung und Versorgungsqualität (Albrecht et al. 2017; Wietek 2015). Eine Untersuchung zu den Auswirkungen einer sinkenden Pflegequalität auf die Prozess- und Ergebnisqualität in der Versorgung wurde durch die internationale Pflegestudie RN4Cast vorgelegt (Zander et al. 2017). Basierend auf der Befragung von examinieren Pflegekräften im Jahr 2009/2010 und 2015 gibt sie Aufschluss darüber, welche Tätigkeiten Pflegekräfte aufgrund von Zeit- und Personalmangel vernachlässigen oder unterlassen und welche Wechselwirkungen sich in Bezug auf die Arbeitsumgebung ergeben. Die häufigs-

ten Tätigkeiten, die aufgrund von Zeitmangel rationiert wurden, betreffen die Zuwendung/Patientengespräche (rd. 80 %), gefolgt von der Entwicklung/Aktualisierung von Pflegeplänen/-behandlungspfaden (ca. 55 %) und der Beratung/Anleitung von Patienten und/oder ihren Angehörigen (ca. 55 %) (s. auch eine Untersuchung von Bräutigam et al. 2014, in der deutsche Pflegekräfte und Ärzte zu der Einschätzung gelangen, dass insbesondere die interaktionsintensiven Tätigkeiten vernachlässigt werden). Weniger vernachlässigt wurden therapeutische Tätigkeiten wie die Behandlung und Prozeduren (ca. 15 %), das Schmerzmanagement (ca. 20 %) sowie die Vorbereitung von Patienten auf die Entlassung (ca. 27 %). Dem Ansatz liegt das Konzept der „impliziten“ Rationierung von notwendigen Pflegeleistungen zugrunde. Das bedeutet, dass die einzelne Pflegekraft selbst entscheidet, was rationiert wird und was nicht. Die Einschätzung erfolgt damit intuitiv. Voraussetzung für eine belastbare Ableitung des Personalbedarfs ist jedoch, dass festgelegt ist, welche pflegerischen Leistungen für die Patientengruppen überhaupt notwendig sind.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass ein Zusammenhang zwischen Personaleinsatz und Qualität der Leistung innerhalb des Versorgungsprozesses zwar gegeben ist, jedoch aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren (Leistungsvermögen und Motivation der Mitarbeiter, Persönlichkeits- und Krankheitsartenmuster der Patienten, Arbeitsorganisation, Führung u. a.) in der Regel eine variable und keine konstante Relation vorliegt. Die Folge ist, dass sich Personalbedarfsberechnungen und damit verbundene Finanzierungsfragen im Krankenhaus nicht einfach lösen lassen. Für den Pflegedienst kommt erschwerend hinzu, dass der pflegerische Output nach Art und Umfang nicht definiert ist. Werden in der Medizin Leistungen über Leitlinien abgebildet, existiert für die Berufsgruppe der Pflege (mit Ausnahme der evidenzbasierten Expertenstandards nach dem SGB XI) kein Konsens darüber, was die Pflege am Patienten leisten soll: Es ist „darauf hinzuweisen, dass nach

wie vor eine zweckgerichtete Diskussion über ein konsentiertes gesellschaftliches Qualitätsniveau fehlt, auf dessen Grundlage die pflegerische Leistungserbringung ausgestaltet und finanziert werden kann.“ (Fachgesellschaft Profession Pflege 2018, S. 7). Die Konsequenz ist, dass ein Personalbedarf ohne direkten Leistungsbezug ermittelt wird, der dann seitens der Berufsgruppe der Pflege häufig in Frage gestellt wird. Es lässt sich zwar eine Untergrenze bzw. Mindestbesetzung ermitteln (z. B. PpUG), nach oben hin bestehen jedoch große Spielräume beim ggf. wünschenswerten Personalbedarf in Bezug auf die unmittelbare Patientenbetreuung. Beachtenswert ist darüber hinaus, dass der Qualifikationsmix in der Pflege als Folge pflegentlastender Maßnahmen und eines qualifikationsgerechten Einsatzes von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern sehr unterschiedlich gestaltet ist. Eine allgemeingültige Abgrenzung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen gelingt damit nicht.

8.1.4.2 Aktuelle Ansätze zur Personalbedarfsermittlung

Diese Problematik spiegelt sich auch in den jahrzehntelangen Initiativen der Krankenhauspolitik und -praxis zur Pflegepersonalbedarfsermittlung wider. Seit über 50 Jahren wird versucht, den Personalbedarf in der Pflege adäquat zu bestimmen und ggf. regulativ vorzugeben (Plücker 2015). Bisher konnte sich jedoch weder national noch international ein Instrument zur Abbildung von Pflegeaufwand bzw. Pflegebedarf flächendeckend durchsetzen. Eine differenzierte Analyse findet sich dazu bei den Pflegewissenschaftlern Wietek und Kraus (2016). Auf der Grundlage einer systematischen Literaturanalyse wurden vorhandene Defizite und Einschränkungen der bestehenden Instrumente und Methoden zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Personalbemessung aufgezeigt. Es konnten insgesamt 135 Instrumente identifiziert werden, davon 64 mit Relevanz für den Krankenhausbereich in der internationalen und nationalen Literatur. Auch Schreyögg und Milstein (2016b) können sich in ihrer „Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen

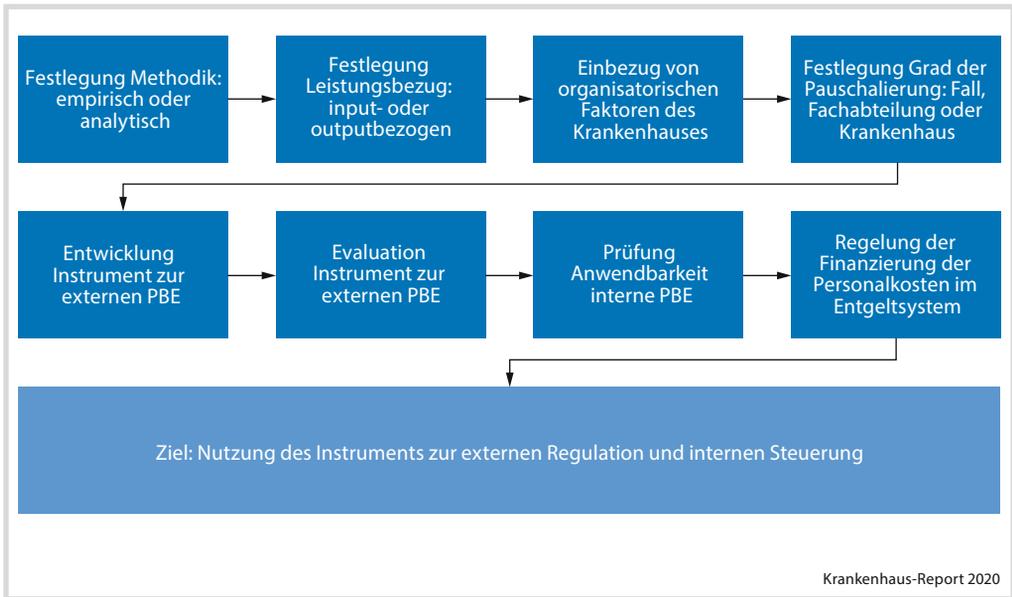
in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern“ nicht für oder gegen die Verwendung eines der untersuchten Instrumente aussprechen. Sie verweisen vielmehr darauf, vor einem möglichen Instrumenteneinsatz weitere Entscheidungskriterien heranzuziehen:

Zum einen müsse es um die Beantwortung der Frage gehen, wie detailliert erfasst und geplant werden soll. Dazu unterscheiden sie individuelle und summarische Planungsinstrumente. Individuelle normative Instrumente setzen beim einzelnen Fall/Patienten an. Die Zeitwerte des Pflegeaufwands werden entweder erlösorientiert aus dem G-DRG-System oder leistungsbezogen aus einem eigenen Klassifikationssystem wie bspw. der PPR oder der LEP (Leistungserfassung in der Pflege) abgeleitet. Bezugspunkt der summarischen Planungsinstrumente ist die Fachabteilung, für die eine durchschnittliche Arbeitsbelastung geplant wird. Ein gängiges deutsches Verfahren ist hier die Arbeitsplatzmethode oder die Nutzung von Kennzahlen, die das Mindestverhältnis von Pflegepersonal zu Patienten je Fachabteilung definieren (z. B. die G-BA-Vorgaben bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen oder die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGs)).

Zum anderen sei die Entscheidung nach dem konkreten Regulierungs- bzw. Verbindlichkeitsgrad zu treffen. Hier verweisen sie auf die Möglichkeiten, auf eine Regulierung zu verzichten (Steuerung durch die Krankenhäuser), sie an die Vergütung zu binden oder verpflichtende Richtlinien einzuführen. Sie stellen fest, dass die eigenverantwortliche Personalsteuerung durch die Krankenhäuser „die international am weitesten verbreitete Einbindung in das System“ ist (Schreyögg und Milstein 2016b, S. 29).

Gegenwärtig fordern zahlreiche Organisationen und Verbände von der Politik bedarfsgerechte Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser (APS et al. 2018). In diesen wird die PPR in modifizierter Form als geeignetes internes und exter-

nes Leistungserfassungsinstrument angesehen. Auch einige andere Experten sprechen sich für die Nutzung und/oder verbindliche Wiedereinführung der PPR in überarbeiteter Form aus (z. B. Simon 2018; Thomas et al. 2014). Die PPR galt von 1993 bis 1996 als verbindliche Vorgabe für die Finanzierung und wird seitdem auf freiwilliger Basis für interne Zwecke des Personalmanagements in einigen Krankenhäusern sowie zur Kalkulation der G-DRGs eingesetzt. Nach der Befragung von Braun et al. (2014) wenden z. B. fast 40 % der hessischen Krankenhäuser dieses Verfahren an. Kritiker des Ansatzes verweisen auf zu große methodische und inhaltliche Schwächen des Instruments, das auch nach einer Modifikation aus fachlicher Sicht nicht den Empfehlungen der internationalen Literatur entspricht (Fachgesellschaft Profession Pflege 2018; Wietek und Kraus 2016). Ein aktueller Lösungsvorschlag zur Weiterentwicklung der Pflegepersonalbedarfsermittlung hat 2019 eine Expertengruppe im Auftrag des Deutschen Pflgerats (DPR) vorgelegt (DPR 2019). Das erst in groben Zügen skizzierte Instrument zur Personalbemessung (PPBI-Modell) soll die Stärken der PPR nutzen und sich außerdem an international verbreiteten leicht anzuwendenden Rating- und Scoringssystemen orientieren. Die DKG hat sich daraufhin dafür ausgesprochen, die Weiterentwicklung zu unterstützen. Sie verfolgt dabei den Ganzhaus-Ansatz (DKG 2019). Danach soll der notwendige Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus definiert werden, sodass innerbetrieblich größtmögliche Entscheidungsspielräume beim Personaleinsatz in den Organisationseinheiten bestehen bleiben. Mittlerweile wurde im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) vereinbart, dass der DPR, die DKG und ver.di bis zum 31. Dezember 2019 einen Interims-Vorschlag für ein Personalbemessungsinstrument vorlegen sollen. Nach Prüfung durch die Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure soll im zweiten Schritt ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument entwickelt und nach erfolgreicher Erprobung und unter Berücksichtigung der bestehenden Re-



Krankenhaus-Report 2020

▣ **Abb. 8.2** Aspekte zur Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus

gelingen zu Personalvorgaben zur Umsetzung vorgeschlagen werden (KAP 2019).

Insgesamt gliedert sich damit der gesamte Problemkreis in folgende Fragenkomplexe:

- Methodik/Datengrundlage: Soll der Personalbedarf empirisch oder analytisch bestimmt werden?
- Leistungsbezug: Sollen sich Personalbedarfsplanungen am Input (Pflegebedarf → Pflegeleistungen → Pflegestellen) und/oder am Output/Outcome (Versorgungsqualität → Pflegestellen) orientieren?
- Organisatorische Einflussfaktoren: Wie sollen die organisatorischen Rahmenbedingungen des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt werden?
- Pauschalierungsgrad: Von welcher Ebene soll die Personalbedarfsermittlung ausgehen? Soll die durchschnittliche Arbeitsbelastung für einen Fall/eine Patientengruppe, für eine Fachabteilung oder für das gesamte Krankenhaus zugrunde gelegt werden?

Ausgehend von der Zielsetzung, ein Instrument zu entwickeln, das sowohl zur externen ordnungspolitischen Regulierung als auch zur internen Steuerung eingesetzt werden kann, sind die benannten Entscheidungskriterien zu diskutieren und zu bewerten (s. ▣ Abb. 8.2). Erst im nächsten Schritt sollte das Instrument zur Personalbedarfsermittlung entwickelt sowie dann evaluiert werden. Wenn das Instrument auch für die regelmäßige interne Personalbedarfsermittlung anwendbar ist, besteht der letzte Schritt darin, die Finanzierung der Personalkosten im Entgeltsystem zu regeln (Integration des Instruments in das Finanzierungssystem).

8.2 Politische Reaktionen auf eine erlösorientierte Personalsteuerung

8.2.1 Aktuelle gesetzliche Regelungen zur Verbesserung und Finanzierung des Personalbedarfs in der Pflege

Die Gesundheitspolitik reagierte auf die vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten (ungeplanten) Anreizwirkungen des G-DRG-Systems 2019 mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (PpUGV) und dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) (BGBL 2018) (= Management-Folgen-Politik).

Durch folgende Maßnahmen sollen Anreize zur Verbesserung der Personalausstattung und -finanzierung gesetzt werden:

- Pflegepersonaluntergrenzen in sogenannten pflegesensitiven Bereichen
- Einführung eines Pflegepersonalquotienten mit einer Untergrenze, der das Verhältnis des Gesamtpflegeaufwandes eines Krankenhauses zu den Vollkräften in der Pflege darstellt (Gesamthausansatz)
- Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen in der Pflege
- Herauslösen der Pflegepersonalkosten aus den G-DRGs und Einführung eines Pflegebudgets nach dem Selbstkostendeckungsprinzip
- Getrennte Vergütung von Pflegepersonalkosten und sonstigen Betriebskosten

■ Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in pflegesensitiven Bereichen und Gesamthausansatz

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sollen den Versorgungsprozess sichern. Die seit 2019 geltenden Untergrenzen für die Geriatrie, Intensivmedizin, Unfallchirurgie und Kardiologie legen das Mindest-

verhältnis der Patienten zu den Pflegekräften unterschieden nach Tag- und Nachschicht über eine Verhältniszahl (z. B. „2,5 zu 1“ in der Tagschicht der Intensivmedizin) fest. Die Datengrundlage bildete eine Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG im Auftrag der DKG und des GKV-Spitzenverbandes. Das Gutachten legt die Pflegepersonalausstattung aus 139 Krankenhäusern im Verhältnis zu den versorgten Patienten in 177 pflegesensitiven Bereichen offen (Friedrich et al. 2018). Nach Vorgabe des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes sollen die bestehenden PpUG bereits 2020 risikoadjustiert werden und damit berücksichtigen, dass Krankenhäuser unterschiedlich pflegeaufwendige Patienten versorgen, die eine differenzierte Vorgabe von Untergrenzen erforderlich machen. Zusätzlich zu den oben genannten Fachgebieten sollen zukünftig weitere pflegesensitive Bereiche bestimmt werden, für die PpUG eingeführt werden sollen. Mit der Einführung des Pflegepersonalquotienten (Gesamthausansatz) im Jahr 2020 sollen die Pflegepersonaluntergrenzen flankiert werden. Mit dem Pflegepersonalquotienten soll der gesamte Pflegeaufwand eines Krankenhauses erfasst und in Relation zur Vollkräftezahl in der Pflege gesetzt werden. Das BMG wird zu dem Pflegepersonalquotienten eine Untergrenze festlegen. Eine Unterschreitung der Untergrenze soll sanktioniert werden.

■ Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen in der Pflege

Anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen ist für den Pflegedienst im Krankenhaus ab 2018 eine vollständige Refinanzierung von Tarifierhöhungen vorgesehen (§ 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntG).

■ Herauslösen der Pflegepersonalkosten aus den G-DRGs und Zusatzentgelten

Ab dem Jahr 2020 soll die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von preisbasiertem G-DRG-System und krankenhausesindividueller Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt werden. Das neue Entgeltsystem setzt voraus, dass die in den Bewertungsrelationen

und Zusatzentgelten des G-DRG-Systems erhaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung ermittelt und ausgegliedert werden. Laut Schätzungen werden durch die Systemumstellung rd. 20 % der Gesamtkosten der Kostenkalkulation (rd. 15 Mrd. €) umverteilt (Baum 2018).

■ ■ **Getrennte Vergütung von Pflegepersonalkosten (Pflegebudget) und sonstigen Betriebskosten (Erlösbudget, Erlössumme und sonstige Erlöse)**

Die Selbstverwaltungspartner haben im Frühjahr 2019 eine Vereinbarung zur Abgrenzung der Pflegekosten getroffen. Die Vorgaben der Abgrenzungsvereinbarung sind von den Krankenhäusern rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 umzusetzen. Die Abgrenzungen bilden die Grundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG, das ab 2020 die Kosten für das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen finanziert. Mit Einführung des Pflegebudgets wird das Pflegestellenförderprogramm beendet. Der Pflegeanteil des Hygieneförderprogramms geht ebenfalls im Pflegebudget auf und wird nicht mehr gesondert vergütet. Zusätzlich werden Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag in Höhe von 40 % (200 Mio. €) in die Landesbasisfallwerte überführt. Das Pflegebudget muss zweckgebunden verwendet werden. Eine Deckelung in Bezug auf die Menge (Mitarbeiterzahl) und auf die Vergütung innerhalb tariflicher Grenzen ist nicht vorgesehen. Als Anreiz für einen effizienten Personaleinsatz können in einem bestimmten Rahmen pflegeentlastende sowie pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden. Es ist zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Artikels noch nicht absehbar, welche Maßnahmen als pflegeentlastend dem Pflegebudget zuzuordnen sein werden bzw. ob für die Zuordnung zum Pflegebudget neben den Leistungsinhalten (Pflege am Bett) auch die Qualifikation des Personals entscheidend sein wird. Es kann deshalb noch nicht abgeschätzt werden, ob sich aus der Einführung des Pflegebudgets neue Delegations- und Substitutionsprozesse erge-

ben und ggf. sogar neue pflegeentlastende Berufsbilder entstehen werden. Bei sehr restriktiven Vorgaben für die Vereinbarung von Pflegebudgets wäre hingegen nicht auszuschließen, dass die Entwicklungen der vergangenen Jahre zur Einführung pflegeentlastender Maßnahmen in den Krankenhäusern umgekehrt werden.

In einer Vereinbarung zu den Grundsätzen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems haben sich die Selbstverwaltungspartner ebenfalls im Frühjahr 2019 darauf verständigt, dass für 2020 das G-DRG System in ein aG-DRG-System umgewandelt wird. Das „a“ steht für ausgegliedert und verdeutlicht, dass aus den Bewertungsrelationen der Pflegekostenanteil ausgegliedert wurde. Zu jeder G-DRG wird im Fallpauschalenkatalog eine weitere Spalte aufgeführt, in der tagesbezogene Bewertungsrelationen für die Pflege ausgewiesen werden. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausesindividuell zu vereinbarenden tagesbezogenen Pflegeentgeltwert, der mit der Verweildauer des individuellen Behandlungsfalls und der Bewertungsrelation für die Pflege zu multiplizieren ist.

8.2.2 Erwartete Wirkungen der Pflegepersonalkostenvergütung

Ausgehend von den gesetzlichen Neuregelungen erwarten Experten und Krankenhauspraktiker bei der Umsetzung der Maßnahmen – hier mit Fokus auf die neue Pflegepersonalkostenvergütung – neben den geplanten auch ungeplante Anreize und Steuerungswirkungen. Diese können aus betriebswirtschaftlicher Perspektive nach

- leistungsbezogenen
- kostenbezogenen und
- erlösbezogenen

Entwicklungen differenziert werden. Die Leistungsebene betrifft Auswirkungen auf die Kern- und Unterstützungsleistungen inner-

halb der Versorgungsprozesse in den einzelnen Krankenhausbereichen. Der eigentliche Kernprozess beinhaltet die medizinischen und pflegerischen Leistungen für die Behandlung eines Patienten. Unterstützt werden die Kernleistungen durch die patientenfernen Supportprozesse der Diagnostik, Therapie, Versorgung und Verwaltung. Die Kostenebene betrifft den Einsatz der personellen Ressourcen innerhalb der Prozesse und die Erlösebene bildet die Vergütung der Prozessleistungen ab.

Da das neue Finanzierungssystem noch nicht implementiert ist, lassen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur erste Vermutungen dazu anstellen – u. a. auf der Grundlage der Begründung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (BMG 2018) sowie von Stellungnahmen und Einschätzungen der Selbstverwaltungspartner (DKG, GKV) sowie des Deutschen Pflegerats (DPR). Hierzu gehört auch die Einschätzung, dass aufgrund der Arbeitsmarktlage das zusätzliche Personal nicht rekrutiert werden kann.

Leistungsebene (Leistungen innerhalb der Prozesse):

- (+) Geht man von einem positiven Zusammenhang zwischen Menge und Qualität aus, kann eine Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung im Krankenhaus – aufgrund größerer Spielräume zur Finanzierung von Pflegepersonal – die Beseitigung von Mangelsituationen in der pflegerischen Versorgung begünstigen und darüber zu Qualitätsverbesserungen führen (BMG 2018). Entsprechend der nationalen und internationalen Studienergebnisse zum Zusammenhang von Personalausstattung und Versorgungsqualität betrifft das unerwünschte Ereignisse wie bspw. im Krankenhaus erworbene Druckgeschwüre (Schneider und Geraedts 2016), Pneumonien und Hüftfrakturen (Albrecht et al. 2017), Wundinfektionen, Lungenentzündungen, Sepsis und Harnwegsinfektionen (Twigg et al. 2013 in Griffiths et al. 2014; Twigg et al. 2015) sowie das Unterlassen
- von pflegerischen Leistungen (Ausserhofer et al. 2014; Zander et al. 2014). Auch die Sterblichkeit bestimmter Patientengruppen (bspw. nach Aiken et al. 2014 chirurgische, orthopädische und gefäßchirurgische Patienten) könnte durch eine angemessene Zahl von Pflegefachpersonen bzw. die Erhöhung des Ausbildungsniveaus verringert werden. Außerdem gibt es eine Evidenz dafür, dass eine bessere Personalausstattung die Verweildauer im Krankenhaus reduzieren kann (Pronovost et al. 1999) und mit einer höheren Patientenzufriedenheit einhergeht (Aiken et al. 2016; 2012).
- (+) Die von den Pflegekräften wahrgenommenen Arbeitsbelastungen in ihrem Arbeitsalltag sind seit Einführung des G-DRG-Systems gestiegen (z. B. Braun et al. 2011). Sie werden auf die Leistungsverdichtung (kürzere Verweildauer und Anstieg von pflegeintensiven Patienten) sowie nicht zufriedenstellende Rahmenbedingungen (unverhältnismäßige Bezahlung, Organisationsmängel, unregelmäßige Arbeitszeiten, hoher administrativer Aufwand, mangelnde Wertschätzung und Leistungsunterstützung u. a.) zurückgeführt (s. auch Bräutigam et al. 2014; Zander et al. 2013). Negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Pflegekräfte, wie der Anstieg von psychischen Belastungen bzw. die Zunahme von Burnout-Erkrankungen (z. B. Zander et al. 2014) sowie eine stärkere Neigung, den Arbeitsplatz oder den Beruf zu wechseln (z. B. Becker 2016), könnten durch mehr qualifiziertes Personal abgemildert werden, was wiederum die Versorgungsqualität positiv beeinflussen kann.
- (+) (–) Die Versorgungsqualität wird auch davon bestimmt werden, in welchem Ausmaß sich die Pflege zukünftig weiter auf ihre Kernaufgaben konzentrieren kann. Die Gefahr einer möglichen Rückabwicklung der Professionalisierung der Pflege wird dabei u. a. von der Festlegung, welche Pflegekosten beim Pflegebudget Berücksichtigung finden, beeinflusst. Wenn bspw. Pfl-

gehilfskräfte bei der Kostenausgliederung nicht berücksichtigt werden, verstärkt sich der Anreiz, Hilfspersonal freizusetzen und/oder examinierte Pflegefachkräfte auch für pflegefremde Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung einzusetzen (Wagner und Lemke 2019; DPR 2018).

- (–) Der Versorgungsprozess innerhalb einer Fachabteilung wird gemeinsam von Medizin und Pflege sowie weiteren Berufsgruppen getragen. Die neue Vergütung wendet sich vom berufsgruppenübergreifenden Ansatz des G-DRG-System ab. Wenn die medizinischen Leistungen preisbasiert und die pflegerischen Leistungen kostenbasiert vergütet werden, können Zuordnungsfragen die Umsetzung von Prozessinnovationen ggf. erschweren. Die Ungleichbehandlung der Berufsgruppen bei der Finanzierung birgt darüber hinaus die Gefahr von Akzeptanzproblemen mit der Folge, dass sich die Kommunikation und arbeitsteilige Zusammenarbeit zwischen den Beschäftigten verschlechtert (Augurzky 2018). Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit von Informationsverlusten und Fehlern bei der Patientenversorgung (Braun et al. 2011).
- (–) Aufgrund der fehlenden Verknüpfung von Pflegeleistung und Vergütung besteht der Anreiz für Krankenhäuser, Personalausstattung erlös- bzw. selbstkostenorientiert und nicht auf der Grundlage von leistungsorientierten Personalbedarfsermittlungen zu bestimmen. Unklar bleibt damit, „ob tatsächlich in solchen Krankenhäusern Pflege aufgebaut wird, in denen bisher zu wenige Pflegende vorgehalten werden.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 246).
- (–) Außerdem besteht die Gefahr, dass abhängig von der Finanzierung der höheren Kosten von Leasingpersonal ein Anreiz gesetzt wird, dass dieser Bereich gestärkt wird und mehr Pflegende aus der Anstellung im Krankenhaus in die Anstellung in Personalagenturen wechseln könnten.

Kostenebene (Ressourceneinsatz innerhalb der Prozesse):

- (–) Während ein Preisprinzip mit Leistungsbezug, wie die G-DRG-Fallpauschalen, den Anreiz setzt, nur die Ressourcen in den Prozess zu geben, die unter Qualitätsaspekten notwendig sind, verstärkt ein Kostenprinzip ohne direkten Leistungsbezug, wie die tagesbezogenen Pflegeentgelte, den Anreiz, so viel Personal wie möglich in den Prozess zu geben (GKV 2018). Die neue Vergütungsregelung auf Basis der (Selbst-) Kostenkalkulation mindert den Anreiz, die Kosten zu beeinflussen, z. B. über den Einsatz von kostengünstigerem Personal (statt Pflegehilfskräfte Einsatz von examinierten Pflegefachkräften für patientenferne Tätigkeiten) (Leber 2019). Abgemildert werden kann der Anreiz eines ineffizienten Personaleinsatzes dadurch, dass im Pflegebudget pflegeentlastende und pflegesubstituierende Maßnahmen anteilig berücksichtigt werden können.
- (+) Der Einsatz von mehr und höher qualifiziertem Pflegepersonal kann eine höhere Kosteneffizienz bewirken, wenn dadurch entsprechend weniger Versorgungsfehler und unerwünschte Ereignisse auftreten und damit weniger medizinische und pflegerische Leistungen am Patienten notwendig werden (s. auch ICN 2009 und die dort aufgeführten Studien).
- (+) Mit Einführung des Pflegebudgets wird neben der Leistungstransparenz auch die Personalkostentransparenz nach außen aufgrund der Nachweispflichten der einzelnen Krankenhäuser im Rahmen der Budgetverhandlungen steigen.
- (–) Es ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser aufgrund der Zweckbindung des Pflegebudgets nach Einsparmöglichkeiten in anderen Leistungsbereichen des Krankenhauses suchen werden, um die nicht gedeckten Investitionskosten finanzieren zu können oder um Überschüsse zu erwirtschaften.
- (–) Die Einführung des Pflegebudgets führt zu zwei voneinander unabhängigen Vergü-

tungssystemen und damit zu einem Anstieg des administrativen Aufwands sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Krankenkassen (Dokumentation, Personalnachweis, Budgetverhandlungen, Kontrolle von unerwünschten Manipulationsmöglichkeiten) (Baum 2019; Leber 2019).

Erlösebene (Finanzmittel zur Vergütung der Pflegeleistungen):

- (–) (+) Die Pflegeleistung erhält für Krankenhäuser eine größere Erlösrelevanz. Die Entwicklung der Erlössituation hängt dabei von den Rahmenbedingungen des einzelnen Krankenhauses ab. Von mehr Erlösen könnten Krankenhäuser mit vergleichsweise hohen Pflegekosten, einer geringen Auslastung bei hoher Personalvorhaltung, wenig pflegeentlastendem Personal, langen Verweildauern und/oder vielen Fehlbelegungen profitieren.
- (+) (–) Durch die Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips verringert sich generell das Erlösrisiko für Krankenhäuser im Bereich der Pflege. Gleichzeitig können sich Liquiditätsrisiken in der Übergangsphase vom neuen zum alten System einstellen, wenn am 1. Januar 2020 der Pflegeanteil aus den G-DRG-Fallpauschalen bereits herausgerechnet ist, das einzelne Krankenhaus jedoch noch keinen krankenhausspezifischen Pflegeentgeltwert für den Vereinbarungszeitraum vereinbaren konnte und bis dahin einen vom Gesetzgeber vorgegeben Entgeltwert ansetzen muss. Das betrifft insbesondere Krankenhäuser, die Leistungen mit einem hohen pflegeintensiven Leistungsanteil erbringen (z. B. Geriatrie).
- (+) (–) Die Zweckbindung der Pflegepersonalkosten bewirkt, dass das einzelne Krankenhaus die Erlöse aus der stationären Behandlung nicht mehr so flexibel verteilen kann. Aus Managementsicht wird damit der betriebswirtschaftliche Entscheidungsspielraum eingeschränkt (Baum 2019).

■ ■ Exkurs: Arbeitsmarktinduzierte Anreizwirkungen auf die Personalsteuerung

Überlagert wird die Diskussion der Personalkostenfinanzierung von der Arbeitsmarktsituation für Ärzte und in den letzten Jahren insbesondere für Pflegekräfte. Hatten lt. Krankenhausbarometer im Jahr 2011 noch rd. 80 % der Krankenhäuser Probleme, Stellen im Arztdienst zu besetzen, ging der Anteil im Jahr 2016 auf rd. 60 % zurück. Im Pflegedienst nahm der Anteil der offenen Stellen hingegen von 37 % im Jahr 2011 auf 50 % im Jahr 2016 deutlich zu (Blum et al. 2016). Die Stellenbesetzungsprobleme führen aufgrund des Fachkräftemangels in vielen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen zu einem Pflegenotstand (Patientenbezug) und Notstand der Pflegenden aufgrund der Arbeitsverdichtung (Personalbezug). Laut der Bundesanstalt für Arbeit waren in den Krankenhäusern im Jahr 2018 15.700 Stellen in der Pflege unbesetzt, in der Altenpflege sind 23.900 offene Stellen gemeldet worden. Vier Jahre zuvor waren es in der Krankenpflege nur 9.800 und in der Altenpflege nur 14.200 offene Stellen (BfA 2019). Schätzungen zur künftigen Entwicklung der Pflegestellenlücke in Deutschland schwanken stark. Je nachdem, ob die Pflege im Gesundheitswesen insgesamt oder in Bezug auf einzelne Qualifizierungen (examinierte Krankenpflege, Altenpflege, Pflegehelfer u. a.) betrachtet wird, sowie in Abhängigkeit der zugrunde gelegten Methodik werden in Studien Personalengpässe in der Pflege von bis zu 490.000 Vollzeitäquivalenten bis zum Jahr 2030 prognostiziert (Albrecht et al. 2017).

Geeignete Ansätze, den Stellenbesetzungsproblemen zu begegnen, bestehen darin, Einsparungen bei der Arbeitsmenge zu erzielen oder das Fachkräfteangebot auszuweiten. Seitens der Krankenhäuser gehen viele Initiativen in diese Richtung. Zunehmende Bedeutung – auch vor dem Hintergrund des wirtschaftlichen Drucks der Krankenhäuser – gewinnt die Ausschöpfung von Möglichkeiten der Delegation und Substitution und die damit verbundene Etablierung neuer Gesund-

heitsberufe (z. B. Arztassistenten, akademisierte Pflegeberufe). Es wird dabei davon ausgegangen, dass sich u. a. die Effizienz des Personaleinsatzes erhöht und dass die Attraktivität der Gesundheitsberufe nachhaltig steigt (Sachverständigenrat 2007). Die Neujustierung der Aufgabenverteilung betrifft zum einen den Arztdienst und zum anderen den Pflegedienst unter Beachtung weiterer Berufsgruppen (Ofermanns und Bergmann 2010, 2008). Sehr verbreitet ist die Delegation von ärztlichen Leistungen an Pflegekräfte in den Krankenhäusern. In einer Untersuchung von Bräutigam et al. geben rd. 80 % der befragten 1.749 Pflegekräfte an, Aufgaben vom Arztdienst übernommen zu haben. Hierbei handelt es sich um verschiedene diagnostische und therapeutische Aufgaben sowie Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben (Bräutigam et al. 2014). Um die Mehrbelastung des Pflegedienstes zu kompensieren, werden außerdem Aufgaben der Pflegekräfte auf andere Berufsgruppen übertragen. Der Arbeitsreport von Bräutigam et al. (2014) kommt auf einen Wert von rd. 45 % der Tätigkeiten des Pflegedienstes. Hierbei handelt es sich sowohl um pflegenaher als auch pflegeferne Leistungen, die z. B. von Stationsassistenten, Pflegehilfskräften, Reinigungsdienst, vom Sozialdienst und weiteren Berufsgruppen übernommen werden. Eine Arbeits erleichterung wird nach einer Studie des Instituts Arbeit und Technik (IAT) in Teilen auch durch den zunehmenden Einsatz von digitalen Technologien erreicht (Bräutigam et al. 2017).

Um neues Personal zu gewinnen, werben Krankenhäuser verstärkt Personal aus dem Ausland an. Lag der Anteil lt. Krankenhaus-Barometer im Jahr 2015 noch bei 22 %, beschäftigen im Jahr 2017 bereits ein Viertel der Krankenhäuser Pflegekräfte aus dem Ausland (Blum et al. 2017). Zudem nutzt eine Vielzahl von Kliniken die Möglichkeit des Personalleasings. Je nach Krankenhausgröße liegt der Anteil zwischen 40 und 60 % (Blum et al. 2018). Um Mitarbeiter langfristig zu halten, setzen Krankenhäuser auf Angebote zu Gesundheitsförderung/Gesundheitsmana-

gement, Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten/Führungskräfteentwicklung, flexible Dienstzeiten, Wunscharbeitszeiten u. a. Instrumente zur Mitarbeiterbindung (Blum et al. 2018).

Auch die Bundesregierung sucht nach Lösungen, den Wettbewerb um Pflegekräfte zu entschärfen und das Angebot an qualifizierten Fachkräften zu erhöhen. Konkrete Maßnahmen zur Ausbildung und Qualifizierung, zum Personalmanagement, zum Arbeitsschutz und zur Gesundheitsförderung, zu innovativen Versorgungsansätzen und zur Digitalisierung, zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland und zu den Entlohnungsbedingungen in der Pflege wurden dazu 2019 in der „Konzertierten Aktion Pflege (KAP)“ definiert.

Ungeachtet dessen werden kurzfristig nicht ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen (Augurzky et al. 2016). Gegenwärtig zahlen sogar einige Kliniken Abwerbbeprämien an wechselbereite Pflegekräfte.

Selbst wenn sich also in den Krankenhäusern der finanzielle Spielraum erhöht, kann bei der derzeitigen Arbeitsmarktlage nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass die Krankenhäuser ihre Personalausstattung erhöhen und erweitern können.

8.3 Handlungsbedarf des Krankenhausmanagements

8.3.1 Systemabhängiger Handlungsbedarf

Der Handlungsbedarf des Krankenhausmanagements erklärt sich zum einen systemabhängig und zum anderen systemunabhängig, wobei es bezüglich der Konsequenzen durchaus Überschneidungen gibt. Der systemabhängige Handlungsbedarf bezieht sich auf den Zusammenhang von extern regulierter Krankenhausfinanzierung und interner Steuerungsnotwendigkeit (Erlösmanagement). Der systemunabhängige Handlungsbedarf ergibt sich aus der betriebswirtschaftlichen Notwendig-

keit, Art, Umfang und Qualität der pflegerischen Leistungen sicherzustellen (Leistungsmanagement) und ihre Kostendeckung zu gewährleisten (Kostenmanagement). Mit Einführung der Pflegepersonalkostenvergütung, die das Prinzip der Kostenerstattung verfolgt, bestimmen zukünftig die Pflegepersonalkosten die Erlöse für die Pflege.

Damit werden ggf. Arbeitsinhalte (Leistungen) und Strukturen der Kern- und Supportprozesse innerhalb der Krankenhausabteilungen überdacht. Hiermit entsteht dann die Notwendigkeit für das Krankenhausmanagement, die Prozesse so zu gestalten, dass die finanzielle Situation des Krankenhauses weiterhin gesichert ist.

Ausgehend von der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erstreckt sich die Gestaltungsaufgabe des Managements ggf. auf die Restrukturierung der Prozesse in der Pflege sowie auf den Personaleinsatz der Pflegekräfte. Das betrifft die Festlegung, wo und zu welchen Zeiten das zusätzliche Personal, das eingestellt werden konnte, zum Einsatz kommen soll. Außerdem ist zu entscheiden, in welchem Umfang und in welcher Qualität die pflegerischen Leistungen erbracht werden sollen. Zum Tragen kommen weiterhin organisatorische Entscheidungen wie die Festlegung der Arbeitszeitmodelle und die Dienstplangestaltung. Da die Vergütung sich an den tatsächlichen Pflegepersonalkosten des einzelnen Krankenhauses orientiert und nicht am analytisch ermittelten Pflegebedarf der Patienten, besteht keine Notwendigkeit, die Personalentscheidungen durch eine leistungsorientierte Personalbedarfsrechnung abzusichern.

Bezüglich der Supportprozesse betreffen die Auswirkungen der Personalkostenvergütung die Leistungen, die innerhalb der administrativen und kaufmännischen Prozesse erbracht werden. Mit der Parallelität von tagesbezogenem Pflegebudget und fallbezogenem G-DRG-Budget (Erlösbudget, Erlössumme, sonstige Erlöse) erweitern sich die Dokumentations-, Informations- und Kalkulationsaufgaben. Außerdem erhöht sich der Abstimmungsbedarf zwischen den Verantwortli-

chen für die Kern- und Supportprozesse innerhalb des Krankenhauses und krankenhausesübergreifend mit den Krankenkassen.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Schwerpunkte:

- Anpassung der Kostenrechnung und des Personalinformationssystems zur Ermittlung der pflegesatzfähigen Pflegepersonalkosten unter Berücksichtigung der Pflegepersonalabgrenzungsverordnung (§ 17b Abs. 4 Satz 2 KHG), der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) und des InEK-Kalkulationshandbuches; Anpassung der Abrechnungs- und KIS-Systeme
- Planung der Personalausstattung und der Personalkosten je Pflegeeinheit, Zusammenführung der Teilbudgets zum Gesamtpflegebudget des Krankenhauses
- Erstellung der Verhandlungsunterlagen für die Entgeltverhandlungen nach den gesetzlichen Vorschriften und Verhandlung des Pflegebudgets, Klärung von Streitfragen bei Umsetzungsschwierigkeiten
- Abgleich der Ist-Pflegepersonalkosten mit den refinanzierten Pflegepersonalkosten sowie Ermittlung des Liquiditätsrisikos bei retrospektiven Entgeltverhandlungen unter Berücksichtigung des bundeseinheitlich festgelegten Betrages während der Übergangsphase
- Analyse der Abweichungsursachen auf der Grundlage der festgelegten Überwachungsbereiche, -grenzen und -zeiten
- Entwicklung eines Budgetberichts, der die Entwicklung der Stellenbesetzung auf den Stationen und die Personalkosten transparent macht
- Etablierung eines Controllings im Bereich Personal und im Bereich der Pflege, das die zusätzlichen Aufgabenkomplexe steuert, d. h. die Überwachung der Einhaltung des Pflegebudgets, der Pflegepersonaluntergrenzen und der Untergrenzen zum Pflegepersonalquotienten

Im Rahmen der Umsetzung der Reorganisationsmaßnahmen muss festgelegt werden, durch welches administrative Personal bzw.

Pflegepersonal die Zusatzaufgaben mit welchen Kompetenzen erfüllt werden sollen. Außerdem ist festzulegen, ob dafür zusätzliches Personal zur Verfügung gestellt werden soll und wie es finanziert werden kann. Informationsveranstaltungen zu den Auswirkungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes und gezielte Schulungen und Fortbildungen zu den neuen Vergütungsregeln müssen die Mitarbeiter auf die neuen Aufgaben vorbereiten. Die Vielzahl an Daten und Informationen, die dabei zu verarbeiten sind, der umfassende Dokumentationsaufwand und die Erfüllung der Nachweispflichten macht den Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien notwendig. Handlungsbedarf besteht hier vor allem in der Vorhaltung von Business Intelligence Lösungen, damit alle leistungs-, kosten- und erlösrelevanten Daten zusammengeführt werden können. Lt. Krankenhaus-Controlling-Studie 2018/2019 besteht hier vor allen in kleinen Kliniken noch ein Aufholbedarf. Nur die Hälfte der befragten Krankenhäuser nutzt ein Data-Warehouse (Maier et al. 2019). Außerdem bedarf es einer digitalen Pflegedokumentation und eines IT-gestützten Personalinformationssystems.

8.3.2 Systemunabhängiger Handlungsbedarf

Unabhängig davon, wie die Finanzierung der Krankenhausleistungen gestaltet ist, müssen Krankenhäuser interne Rahmenbedingungen schaffen, die eine bedarfsgerechte, sichere und finanzierbare Patientenversorgung in den jeweiligen Krankenhausbereichen sicherstellen.

Aus der Prozessperspektive heraus bildet der Kernprozess der Patientenversorgung den Bezugspunkt der Gestaltungsüberlegungen. Die Umsetzung des Behandlungs- und Pflegeprozesses entsprechend der medizinischen und pflegerischen Ziele erfordert einen bedarfsgerechten Personaleinsatz. Bei der leistungsorientierten Personalbedarfsermittlung des Pflegedienstes sind die Patientenstruktur

(medizinische Indikationen), der Pflegeaufwand, die Qualität der Pflegeleistungen sowie die Qualifikation des Pflegepersonals zu berücksichtigen. Als einfache und praktikable Berechnungsgrundlage können die durchschnittlichen Leistungen einer Fachabteilung zugrunde gelegt werden. Ein stärkerer Leistungsbezug (medizinische Indikation und Pflegeabhängigkeit) kann hergestellt werden, wenn als Bezugsgröße der über die Krankheitsart definierte Behandlungsfall gewählt wird. Hier ist zu prüfen, ob als interne Kalkulationsgrundlage die durchschnittlichen Leistungen innerhalb eines Behandlungspfades für die Ermittlung des Personalbedarfs herangezogen werden können. Die pflegerischen Leistungen könnten in Form der PPR-Kategorisierung verweildauerbezogen und in Abhängigkeit des Arbeitszeitaufwands pro Tag dargestellt werden. Weitere pflegerische Tätigkeiten, die auf der Pflegeeinheit anfallen (z. B. Nachtdienst), sind gesondert zu erfassen. Darüber hinaus sind organisatorische Rahmenbedingungen (z. B. Organisation der Patientenaufnahme u. a. Einflussbereiche, Qualifikation des Pflegepersonals) und sonstige Gegebenheiten (z. B. Einsatz von Digitalisierung), die den originären Pflegezeitaufwand für den Patienten beeinflussen, ggf. bei der Ermittlung des gesamten Arbeitszeitbedarfs im Pflegedienst zu berücksichtigen. Der Vorteil von Behandlungspfaden besteht darin, dass sie disziplinübergreifend und prozessorientiert das Leistungsgeschehen bei Patientengruppen mit ähnlichem Therapieschema strukturieren (u. a. Schmidt-Rettig 2017; Schlichtermann et al. 2005). Für eine Indikation kann es verschiedene Behandlungs- und Pflegepfade geben, die einen unterschiedlichen Aufwand abbilden. Um die unterschiedlichen Begleiterkrankungen und Pflegeprobleme abzubilden, schlägt Fischer (2002) sogenannte „Ko-Pfade“ (Copathways) unter Verweis auf Dykes und Wheeler (1997) vor. Ziel sollte es sein, die aufwands- und/oder umsatzstärksten Behandlungspfade abzubilden. Die Quote der Patienten, die beim Einsatz von Behandlungspfaden (zeitweise) abweichen, ist mit 20 bis

25 % relativ gering (Dykes 2002). Die Diskussion der Behandlungs- und Pflegepfade fördert gleichzeitig die Auseinandersetzung mit der Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgungsprozesse. Überlegungen seitens der Krankenhausleitung hierzu erfordern es, die medizinisch und pflegerisch Verantwortlichen der mittleren Führungsebene (Chefärzte, Bereichsleitung Pflege) einzubeziehen, da bei ihnen die Produktverantwortung für die Patientenversorgung liegt.

Damit das daran anknüpfende Personalmanagement in enger Abstimmung zwischen Medizin und Pflege wahrgenommen werden kann, bedarf es der Führungs- und Managementqualifikation. Ohne ein akademisch qualifiziertes Pflegemanagement kann den Engpässen im Pflegebereich und dem Anstieg des Komplexitätsgrades der pflegerischen Aufgaben kaum begegnet werden. Unterstützt werden müssen das Personalmanagement sowie das Pflegemanagement durch ein Controlling, das innerhalb des Gesamtcontrollingsystems des Krankenhauses ausgebaut wird und die notwendigen entscheidungsrelevanten Informationen liefert. Studienergebnisse zum Stand des Controllings in deutschen Krankenhäusern zeigen, dass sowohl beim Controlling des Personalbereichs als auch beim Controlling in der Pflege ein erheblicher Nachholbedarf besteht (Maier et al. 2018, 2019).

8.4 Fazit

Die neuen gesetzlichen Finanzierungsregeln für die Pflege kommen ohne Leistungsbezug aus. Diese Systemschwäche kann dazu führen, dass der Ansatz einer erlösorientierten Personalsteuerung der Krankenhäuser für den Bereich der Pflege durch eine kostenorientierte Personalsteuerung abgelöst wird. Da es sich dabei um eine quantitative Verbesserung der Personalausstattung handelt, ist davon auszugehen, dass Initiativen, Projekte und Forschungsvorhaben zur Frage des qualitativ angemessenen, analytisch ermittelten leistungsbezogenen Personalbedarfs für die Pflege auch zukünftig

nicht die Basis der Krankenhausfinanzierung bilden. Daher wird auch ein solches Instrument zur internen Steuerung und Prozessgestaltung nicht zur Verfügung stehen. Abzuwarten bleibt, welche Ansätze und Instrumente hierzu aus dem KAP-Vorgaben ggf. verbunden mit dem PPBI-Modell zum externen und internen Ansatz der Pflegepersonalbedarfsermittlung entwickelt werden.

Die neue Finanzierung vergütet die Personalkosten der Pflege nach anderen Regelungen als die Personalkosten der Ärzte und des übrigen Krankenhauspersonals (Kostenerstattungsprinzip vs. Preisprinzip (G-DRGs)). Dieser Systembruch kann dazu führen, dass die Beziehung zwischen den am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen, die bereits aufgrund von Generationen- und Rollenkonflikten, dem wirtschaftlichen Druck der Krankenhäuser und anderer Aspekte häufig konfliktbeladen ist, weiter belastet wird. Statt das kollegiale Zusammenwirken mit Blick auf effizientere und effektivere Versorgungsprozesse zu stärken, könnte die getrennte Vergütung eine Annäherung der unterschiedlichen Berufsgruppen erschweren. Ein weiterer Konflikt kann sich durch die Regelungen zur Pflegepersonaluntergrenze in pflegesensitiven Bereichen ergeben, die für den ärztlichen Dienst nicht vorgesehen sind. Schließlich können die Pflegepersonaluntergrenzen, die bisher nur in einzelnen Fachabteilungen bestehen, zusätzlich auch innerhalb der Pflege Konflikte hervorrufen, wenn bspw. Personal aus anderen Fachabteilungen zur Erfüllung der Quoten verlagert wird oder Betten zur Einsparung von Pflegepersonal aufgrund von Fachkräftemangel nicht belegt werden. Mit den gesetzlichen Vorgaben zur Ausweitung der Untergrenzen auf weitere Krankenhausbereiche sowie zum Pflegequotienten soll hier ab 2020 gegengesteuert werden. Gelingt es, ein Instrument zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung (s. o.) zu entwickeln und umzusetzen, ist zu prüfen, ob das Stufenprogramm der PpUGs überhaupt noch notwendig ist.

Eine weitere Frage betrifft die betriebswirtschaftlichen Entscheidungsspielräume der

Krankenhäuser. Eines der Ziele der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip zum Preisprinzip (G-DRG-System) war, die Gestaltungsspielräume der Krankenhausbetriebsführung zu erweitern. Mit der partiellen Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip werden diese wieder eingeschränkt. Die Entwicklung und Implementierung eines Instruments, das gleichzeitig die Anforderungen an die Finanzierung von Krankenhäusern im G-DRG-Vergütungssystem wie auch an die krankenhauserinterne Personalsteuerung erfüllt, muss daher die Balance zwischen Gestaltungsfreiheit zur wirtschaftlichen Sicherung des Krankenhauses/Existenzsicherung und staatlicher Regulierung/Steuerung über die Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung im Blick haben.

Krankenhäuser mit dem Ziel, aus der Betriebskostenfinanzierung Überschüsse zu erwirtschaften, um z. B. Investitionsmaßnahmen umzusetzen bzw. den Anforderungen ihrer Träger oder Aktionäre gerecht zu werden, können diese nach Einführung der Selbstkostendeckung für die Pflege ausschließlich bei den Erlösen für andere Berufsgruppen und den Sachkosten erzielen. Damit dürfte der Druck auf die Personalkosten für andere Berufsgruppen weiter zunehmen, genauso wie die Bemühungen der Krankenhäuser, bei den Sachkosten weitere Einsparungen vorzunehmen.

Inwieweit die neuen gesetzlichen Regelungen und die damit verbundenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Personalsituation sowie der Qualitätsverbesserung der Versorgungsprozesse eine wirkliche Veränderung erwirken, hängt in starkem Maße von den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes ab.

Somit stellt sich die Frage der Verbesserung der Versorgungsprozesse als magisches Dreieck dar: Die drei Parameter der Krankenhausfinanzierung, der Verfügbarkeit von Fachkräften und der krankenhauserinternen Steuerung. Ziel von Gesundheitspolitik und Krankenhausmanagement muss es daher sein, diese drei Parameter zukünftig auszubalancieren.

Literatur

- Aiken LH, Sermeus W, Heede KV et al (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. <https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>. Zugegriffen: 15. Aug. 2019
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931):1824–1830
- Aiken LH, Sloane DM, Griffiths P et al (2017) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 26:559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Albrecht M, Loos S, Möllenkamp M, Sander M, Schiffhorst G, Braeseke G, Stengel V (2017) Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Augurzyk B (2018) GroKo schmeißt Pflege aus dem Team. In: *Bibliomed Manager, News des Tages*. <https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/artikeldetailseite-ohne-heftzuweisung/34467-groko-schmeisst-pflege-aus-dem-team/>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Augurzyk B, Bünnings C, Dördelmann S, Greiner W, Hein L, Scholz S, Wübker A (2016) Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. *RWI-Materialien Heft 104*. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Augurzyk B, Krolop S, Mensen A, Schmidt M, Wuckel C (2019) Krankenhaus Rating Report. Ende des Wachstums? *Medhochzwei, Heidelberg*
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M et al (2014) Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* 23(2):126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Baum (2018) Heftige Debatte über Pflegefinanzierung. 17. Nationales DRG-Forum. <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/34717-heftige-debatte-ueber-pflege-finanzierung/>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Baum G (2019) DKG zum Pflerix: Es geht um Details. *f&w* 3:206–207
- BDO, DKI (2015) Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. <https://www.bdo.de/de/themen/weitere-veroeffentlichungen/studien/>

- krankenhausstudie-2015-investitionsfahigkeit-der. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Becker K (2016) Loyale Beschäftigte – ein Auslaufmodell? *Pflege Ges* 21(2):145–161
- BfA (2019) Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Mai 2019. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>. Zugegriffen: 12. Juli 2019
- BGBL (2018) Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 45*, ausgegeben zu Bonn am 14. Dezember 2018
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2010) Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). <https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2016) Krankenhaus Barometer. Umfrage 2016 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2016_12_19_kh_barometer_final.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2017) Krankenhaus Barometer. Umfrage 2017 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). <https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2018) Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). <https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- BMF (2018) Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen 01/2018. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Fehlversorgung-in-deutschen-Krankenhaeusern.html. Zugegriffen: 3. Sept. 2019
- Braun B, Darmann-Finck I, Stegmüller K, Greiner A-D (2014) Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachtenn-final-1.pdf>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Braun B, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R (2011) Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akut-Krankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. *artec-paper* Nr. 173. <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00106820-1.pdf>. Zugegriffen: 15. August 2019
- Bräutigam C, Evans M, Hilbert J, Öz F (2014) Arbeitsreport Krankenhaus Arbeitspapier Nr. 306. Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2019
- Bräutigam C, Enste P, Evans M, Hilbert J, Merkel S, Öz F (2017) Digitalisierung im Krankenhaus. Mehr Technik – bessere Arbeit? Study Nr. 364. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf (https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_364.pdf). Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Breyer F (1991) Die Kalkulation von Preisen im Krankenhauswesen. Ziele, Methoden und Auswirkungen. Forschungsstätte der evangelischen Studiengemeinschaft, Heidelberg
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). Deutscher Bundestag, Drucksache 19/4453 vom 24.09.2018. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/044/1904453.pdf>. Zugegriffen: 4. Juli 2019
- Bundesregierung (2018) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Marie Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/2017, übermittelt am 24.05.2018. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/023/1902321.pdf>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- DKG (2019) DKG legt Eckpunkte für Strukturveränderungen und Personalbemessung fest Ende einer destruktiven Krankenhauspolitik. <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/ende-einer-destruktiven-krankenhauspolitik/>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- DPR (2018) Stellungnahme des Deutschen Pflegegerates e.V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) Stand: 24.09.2018. https://www.bundestag.de/resource/blob/572032/7dba8fa44a5f9c44d8548d107c2ef31c/19_14_0036-13-DPR_PpSG-data.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- DPR (2019) Pflegepersonalstärkung durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung. https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/PPBl_DPR_Positionspapier_1903.pdf?m=1552638791&. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Dykes PC (2002) Entwurf und Einführung von interdisziplinären Versorgungspfaden – ein Überblick. In: Dykes PC, Wheeler K (Hrsg) *Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade*. DRG-Managementinstrumente. Huber, Bern, S 33–66
- Dykes PC, Wheeler K (1997) *Planning, implementing and evaluating critical pathways: A guide for health care survival into the 21st century*. Springer, New York

- Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. (2018) Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus. <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/neuigkeiten/Pflegepersonalbemessungskonzept.pdf>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Fischer W (2002) Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Huber, Bern
- Friedrich S, Karwetzky C, Straub N, Diserens P, Penter V, Beivers A (2018) Studie zur Pflegepersonal-ausstattung und „Pflegebelastung“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Studie der KPMG Prüfungsgesellschaft im Auftrag der DKG und des GKV-Spitzenverbandes. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonal-ausstattung_und_Pflegebelastung_Studie_final.pdf. Zugegriffen: 3. Sept. 2019
- GEBERA, DKI (1983) Modellversuch alternative Pflegesatzmodelle. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, S 174–4992
- GKV (2018) Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG (Bundestagsdrucksache 19/4453). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/20181005_GKV-SV_Stn_PpSG_final.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- GmbH IGES (2013) G-DRG-Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). <https://www.g-drg.de/content/view/full/4094>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Griffiths P, Ball J, Drennan J, James L, Jones J, Recio A, Simon M (2014) The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements. Centre for Innovation and Leadership in Health Sciences, University of Southampton. <https://eprints.soton.ac.uk/367526/>. Zugegriffen: 15. Aug. 2019
- ICN (2009) Evidenzbasierte sichere Personalausstattung. Positionspapier International Council of Nurses. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN-Position-Evidenzbasierte-sichere-Pflegepersonal-ausstattung-deutsch-2018-10-19.pdf>. Zugegriffen: 15. Aug. 2019
- In E (2019) Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2019. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- InEK (2016) Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0. https://www.g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- KAP (2019) Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Leber W-D (2019) GKV zum Pflexit: Integrale Vergütung. f&w 3:208–210
- Loos A, Albrecht M, Zich K (2019) Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf. Zugegriffen: 15. Juli 2019
- Maier B, Crasselt N, Heitmann C (2018) Controlling im deutschen Krankensektor 2017/2018. Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern. Fokusthema: Personalcontrolling. http://www.dvkc.de/uploads/media/1805_Krankenhaus_Controlling_Studie_2017_18_final.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Maier B, Crasselt N, Heitmann C (2019) Controlling im deutschen Krankensektor 2018/2019. Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern. Fokusthema: Sachkostencontrolling, Controlling in der Pflege
- Offermanns M, Bergmann K (2008) Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung-aerztlicher-dienst_langfassung.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2019
- Offermanns M, Bergmann K (2010) Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung_pflege_kurzfassung.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2019
- Plücker W (2015) Personalbedarf. In: Zapp W (Hrsg) Krankenhausmanagement. Organisatorischer Wandel und Leadership. Kohlhammer, Stuttgart, S 226–230
- Pronovost PJ, Jenckes MW, Dorman T, Garrett E, Breslow MJ, Rosenfeld BA, Lipsett PA et al (1999) Organizational characteristics of intensive care units relat-

- ed to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA* 281(14):1310–1317
- Reifferscheid T, Thomas D, Wasem J (2013) Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Schattauer, Stuttgart, S 3–19
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>. Zugegriffen: 14. Aug. 2019
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Schlüchtermann J, Sibbel R, Prill M-A (2005) Clinical Pathways als Prozesssteuerungsinstrument im Krankenhaus. In: Oberender P (Hrsg) Clinical Pathways: Facetten eines neuen Versorgungsmodells. Kohlhammer, Stuttgart, S 43–58
- Schmidt-Rettig B (2008) Krankenhausfinanzierung. In: Eichhorn S, Schmidt-Rettig B (Hrsg) Krankenhaus-Managementlehre. Kohlhammer, Stuttgart
- Schmidt-Rettig B (2017) Managementstrukturen und Leistungsorganisation. In: Oswald J, Schmidt-Rettig B, Eichhorn S (Hrsg) Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Bd. 2. Kohlhammer, Stuttgart, S 242–294
- Schneider P, Geraedts M (2016) Staffing and the incidence of pressure ulcers in German hospitals: a multi-centre cross-sectional study. *Nurs Health Sci* 18(4):457–464. <https://doi.org/10.1111/nhs.12292>
- Schreyögg J, Milstein R (2016a) Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Hamburg Center for Health Economics. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Schreyögg J, Milstein R (2016b) Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Pflegebericht.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Simon M (2017) Stellungnahme zum Änderungsantrag 18(14)249.2 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten. Bundestags-Drucksache 18/10938, vorgelegt zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 17. Mai 2017. [http://www.pflegenotstand-hamburg.de/media/files/Stellungnahme-Simon-18_14_0259\(17\)_PflegePersUntergrenze_ESV-Simon.pdf](http://www.pflegenotstand-hamburg.de/media/files/Stellungnahme-Simon-18_14_0259(17)_PflegePersUntergrenze_ESV-Simon.pdf). Zugegriffen: 3. September 2019
- Simon M (2018) Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Study Nr. 096, Hans-Böckler-Stiftung https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_096_2018.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Simon M (2008) Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf_fof/96671.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Statistisches Bundesamt (2018a) Kostennachweis der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.3. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Statistisches Bundesamt (2018b) Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Thomas D, Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J (2014) Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204. <https://www.wiwi.uni-due.de/forschung/publikationen/ibes-diskussionsbeitraege/>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Twigg DE, Gelder L, Myers H (2015) The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes. *J Adv Nurs* 71(7):1564–1572
- ver.di, APS, AWMF, DGP, DGB, DPR, DNVF, BAGP et al (2018) Gemeinsame Forderung der Organisationen. (Weiter-)Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstools für die Pflege in Krankenhäusern. <https://deutscher-pflegerat.de/aktuelles/Download%20aktuelles/>

[2018-09-17_Gemeinsame_Forderung_final.pdf?m=1537183427&](#). Zugegriffen: 6. Juli 2019

- Wagner F, Lemke L (2019) DPR zum Pflexit: Negative Effekte ausschließen. f&w 3:212–213
- Wieteck P (2015) Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung. Bundesdrucksache18/5372. <https://www.bundestag.de/resource/blob/386728/7bc285002ebd2f9c9b67d019503f79e7/esv-dr--pia-wieteck-data.pdf>. Zugegriffen: 6. Juli 2019
- Wieteck P, Kraus S (2016) Personalbedarf Pflege. Sektorübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen. RECOM, Kassel

- Zander B, Dobler L, Busse R (2013) The introduction of DRG funding and hospital nurses changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: Comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *Int J Nurs Stud* 50:219–229
- Zander B, Bäumler M, Busse R (2014) Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11):727–734. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1364016>
- Zander B, Köppen J, Busse R (2017) Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasmann J (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2013*. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Schattauer, Stuttgart, S 61–78

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

