



Sachstand

Abbildung stationärer Pflegeleistungen in ausgewählten Ländern

Abbildung stationärer Pflegeleistungen in ausgewählten Ländern

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 025/21
Abschluss der Arbeit: 23. April 2021
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	4
2.	Belgien	5
3.	Schweiz	6
4.	Österreich	7

1. Ausgangslage

Die Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung mit vorhergehender bedarfsgerechter Personalbemessung in den Krankenhäusern ist regelmäßig Gegenstand politischer Diskussionen.¹ Für eine bedarfsgerechte Personalbemessung bedarf es einer Abbildung pflegerischer Leistungen. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)² vom 18. Dezember 2018, wurde die Krankenhausvergütung ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt (§ 17b Absatz 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG³ sowie § 9 Absatz 1 Nummer 2a Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen, Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG⁴). Die Pflegepersonalkosten werden damit unabhängig von Fallpauschalen vergütet. Zuvor wurden Pflegekräfte im Krankenhaus lediglich über sogenannte Fallpauschalen⁵, welche die Krankenversicherung für die Behandlung ihres Versicherten an das Krankenhaus zahlt, mitvergütet. Nach wie vor wird jedoch die Fallpauschalen-Vergütung ohne die Pflegekostenanteile in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ausgewiesen. Die Krankenhäuser und Krankenkassen vereinbaren die krankenhausesindividuelle Pflegepersonalausstattung in der unmittelbaren Patientenversorgung⁶ auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der entsprechenden Kosten (Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntG). Daneben werden weitere Instrumente

-
- 1 So war die Thematik am 25. November 2020 und am Rande auch am 12. April 2021 Gegenstand einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages.
 - 2 BGBl I S. 2394.
 - 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 9c des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) geändert worden ist.
 - 4 Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist.
 - 5 Seit 2004 rechnen die Krankenhäuser ihre Leistungen auf der Basis diagnosebezogener Fallpauschalen ab (Diagnosis Related Groups, DRGs). Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt EDV-gestützt und wird insbesondere bestimmt durch die Krankheitsart (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie die erbrachten Leistungen (Operationen und Prozeduren). Näheres siehe Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Krankenhausfinanzierung, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>. Kritisch zum DRG-System insgesamt und explizit auch in Bezug auf den Pflegebereich mit Blick auf die Vergangenheit: Simon, Michael, Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.), Working Paper Nummer 196, 2020, abrufbar unter https://gesundheit-sozialles.verdi.de/++file++5fad088fc59f243f766be36e/download/p_fofoe_WP_196_2020.pdf. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 23. April 2021.
 - 6 Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

wie Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)⁷ für pflegesensitive Bereiche angewendet. Von verschiedenen Organisationen und zum Teil auch von der Politik⁸ wird aber ein langfristig angelegtes Personalbemessungsinstrument gefordert, um die Arbeitssituation der Pflegenden zu verbessern.⁹

Der vorliegende Sachstand stellt Beispiele aus dem Ausland zu pauschalen Pflegepersonalbemessungsinstrumenten vor, und zwar bezogen auf die Länder Belgien, Schweiz und Österreich.

2. Belgien

In Belgien ist ein angepasstes DRG-System zunächst zum Vergleich der Krankenhäuser untereinander nunmehr auch zur Finanzierung im Einsatz.¹⁰ Zudem existieren in Belgien Mindestvorgaben für pflegerisches Personal in den Krankenhäusern, die angeben, wie viele Vollzeitäquivalente für einen Bereich zur Verfügung stehen müssen. Hierfür wird ein fixes Finanzierungsbudget festgelegt.

Daneben wird ein variables Budget herangezogen. Das variable Budget wird u. a. auf der Grundlage des pflegerischen Aufwands berechnet. Hierfür kommen in Belgien seit dem Jahr 2014 Pflegefallgruppen, die **Nursing Related Groups (NRGs)**, für internistische, chirurgische, pädiatrische Stationen sowie Intensivstationen zur Anwendung. Diese basieren auf verschiedenen Pflegediagnosen. Neben dem Fachbereich, dem Alter der Patientinnen und Patienten und der Berücksichtigung, ob eine Operation stattgefunden hat, wird auch die Dauer des Aufenthaltes miteinbezogen. Das entsprechende Codierungshandbuch wurde im Jahr 2019 durch die Version 2.0 aktualisiert.

7 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 28. März 2021 (BGBl. I S. 591) geändert worden ist.

8 Siehe hierzu auch: Antrag des Abgeordneten Harald Weinberg sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.: Jetzt bedarfsgerechte Personalbemessung in Krankenhäusern einführen, BT-Drs. 19/17544 vom 4. März 2020.

9 Deutscher Pflegerat e. V., Personalbemessung jetzt regeln!, Pressemitteilung vom 12. April 2021, abrufbar unter <https://deutscher-pflegerat.de/2021/04/12/personalbemessung-jetzt-regeln/>; Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Pflegepersonen brauchen klares Signal, Pressemitteilung vom 12. April 2021, abrufbar unter <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++49c76ab8-9b61-11eb-a498-001a4a160119>; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Den Pflegenden eine Zukunft sichern – Personalbemessung jetzt regeln, Pressemitteilung vom 12. April 2021, abrufbar unter <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/Personalbemessung-jetzt-regeln.php>; Fachgesellschaft Pro Pflege e. V., Konzept zur Pflegepersonalbedarfsbemessung im Krankenhaus, 2018, Kurzfassung, abrufbar unter [Kurzfassung Personalbemessungskonzept.pdf \(pro-pflege.eu\)](https://www.pro-pflege.eu/Kurzfassung_Personalbemessungskonzept.pdf).

10 Näheres zur belgischen Krankenhausfinanzierung siehe Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Short Report, Payment methods for hospital stays with a large variability in the care process, 2018, abrufbar unter https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/sonstiges/Stephani_et_al_2018_KCE_variability.pdf.

Im Rahmen dieses NRG-Modells wird zwischen zwei Arten von Pflegezeiten unterschieden:

- 24 Stunden ununterbrochene Pflege auf der gleichen Pflegestation. Diese Zeiten stellen etwa 60 Prozent der Daten dar.
- Pflegezeiträume, die weniger als 24 Stunden dauern. Dies sind Tage mit Verlegungen zwischen den Stationen sowie z. B. Aufnahmen und Entlassungen. Diese Zeiten stellen etwa 40 Prozent der Daten dar.

Differenzierungen werden auch vorgenommen im Hinblick darauf, ob der Aufwand die Grundversorgung (z. B. Körperpflege, Ernährung) oder komplexe physiologische Funktionen (z. B. medikamentöse Versorgung, Beatmung, Wund- und Hautbehandlungen) betrifft.¹¹

3. Schweiz

Neben der Finanzierung der Krankenhäuser über angepasste DRG-Fallpauschalen¹² werden in der Schweiz die Pflegeleistungen explizit in den Krankenhäusern erfasst, um den Bedarf an Pflegepersonal zu ermitteln. Dafür kommt seit 1997 ganz überwiegend das **Leistungserfassungssystem in der Pflege (LEP®)** zur Anwendung; ein von der LEP AG¹³ vertriebenes, kostenpflichtiges Softwareprodukt, mit dem die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen erfasst werden.

Die Version Nursing 3 besteht aus einem Klassifikationssystem mit 15 Leistungsgruppen, die 150 Pflegevariablen mit verschiedenen Ausprägungen (einfach bis sehr aufwendig bzw. kurz bis sehr lang) umfassen. LEP® unterscheidet zwischen Tätigkeiten, welche einzelnen Patienten zugeordnet werden können (direkte Pflegetätigkeiten) und allen anderen Verrichtungen (indirekte Pflegetätigkeiten), beispielsweise Managementarbeiten auf Stationen, Ausbildungstätigkeiten und Tätigkeiten bei der Qualitätssicherung. Jede Pflegevariable ist mit einem Zeitwert versehen, der durch ein Expertenteam entwickelt wurde. Zusätzlich wird pro Schicht die so genannte subjektive Einschätzung der Arbeitsbelastung durch die Pflegenden erhoben. Hierbei sollen die Pflegen-

11 Beauport, Delphine/D'Havé, Arabella, Federal Public Service of Health, Food Chain Safety and Environment, Development and use of Nursing Related Groups in the Belgian Budget of Financial Means for hospitals, 2016, abrufbar unter https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/development_and_use_of_nursing_related_groups_nrg_in_the_belgian_budget_of_financial_means_for_hospitals.pdf; Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, Generaldirektion Gesundheitspflege, Kurzdossier Gesundheitspflege, Allgemeine Krankenhäuser, Tom Auwers (Hrsg.), 2019, S. 21, abrufbar unter https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/kurzdossier_gesundheitspflege_ak_v04.pdf; Simon, Michael/Mehmecke, Sandra, Nurse-to-Patient Ratios, Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.), Working Paper Nummer 027, 2017, S. 84 ff., abrufbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_foe_WP_027_2017.pdf.

12 Zuständig für die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege des schweizerischen DRG-Systems ist die SwissDRG AG. Näheres dazu siehe SwissDRG AG, abrufbar unter <https://www.swissdrgrg.org/de>.

13 Näheres dazu sowie zum Klassifikationskatalog siehe LEP, Methode zur Dokumentation und Auswertung von Leistungen im Gesundheitswesen, abrufbar unter <https://www.lep.ch/de/>.

den auf einer Skala von eins bis sieben angeben, wie hoch sie die Arbeitsbelastung während des Diensts empfunden haben. Die Dokumentation erfolgt digital über elektronische Formulare, Online-Dokumentation, Barcodierung und mit Hilfe mobiler Endgeräte wie Tablets. Auch in Deutschland wird in einigen Krankenhäusern LEP® als Instrument zur Aufwandserfassung genutzt.¹⁴

4. Österreich

In Österreich wird die **Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)** – ein abgewandeltes DRG-System – genutzt.¹⁵ Bei der Berechnung des Pflegepersonalbedarfs nimmt die Pflegepersonalregelung (PPR) Einfluss.¹⁶ Die PPR ist ein System zur Pflegepersonalberechnung in Krankenhäusern, welches in den 1990iger Jahren in Deutschland entwickelt worden ist, um einem bestehenden Pflegepersonal-mangel entgegenzutreten.¹⁷ Das System dient der Bestimmung des täglichen Pflegeaufwandes und dem damit einhergehenden Pflegepersonalbedarfs.

Nach dem PPR-System werden Patienten täglich in unterschiedliche Pflegekategorien eingeteilt und daraufhin wird ihnen ein Zeitwert zugeordnet, welcher den Pflegeaufwand des jeweiligen Tages abbildet. Ausgangspunkt ist das Alter des Patienten, da für Erwachsene und Kinder jeweils

-
- 14 Leber, Wolf-Dietrich/Vogt, Charlotte, Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split, in: Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Klauber, Jürgen/Geraedts, Max et al. (Hrsg.), S. 111 ff. (137 f.), abrufbar unter <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2020/>; Vojnovic, Jelena, Diagnosis Related Groups (DRG) und die Pflege unter Berücksichtigung der Rationalisierungs- und Rationierungsdiskussion, Diplomarbeit, 2010, abrufbar unter http://othes.univie.ac.at/11941/1/2010-11-03_0403062.pdf.
- 15 Grundlegend hierzu: Bundesministerium für Gesundheit, Das österreichische LKF-System, 2010, S. 15 f., abrufbar unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html); zu der aktuellen Fassung des Systems: Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, LKF-Systembeschreibung 2021 (Stand: 1. Januar 2021), S. 7 ff., abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2021/Aenderungen-und-Systembeschreibung-2021.html>.
- 16 Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., Zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus, 2018, S. 11, abrufbar unter <http://www.pro-pflege.eu/fachgesellschaft/neuigkeiten/detail/umfassendes-konzept-zur-pflegepersonalbedarfsmessung-im-krankenhaus>.
- 17 Zu der Einführung von PPR in Deutschland: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz), BT-Drs. 12/3608 vom 5. November 1992, S. 49 ff., 143 ff.; die PPR wurde in Deutschland aufgrund einer zu großen Differenz bei der Personalberechnung und des hohen Erfassungsaufwandes bereits 1997 wieder außer Kraft gesetzt: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG), BT-Drs. 13/6087 vom 12. November 1996, S. 36; vgl. beispielsweise zu Bestrebungen der Einführung einer „PPR 2.0“ in Deutschland: Antrag des Abgeordneten Harald Weinberg sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.: Jetzt bedarfsgerechte Personalbemessung in Krankenhäusern einführen, BT-Drs. 19/17544 vom 4. März 2020.

ein eigenes Einordnungssystem vorgesehen ist.¹⁸ In einem nächsten Schritt wird eine Unterscheidung zwischen der allgemeinen Pflege (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Lagerung) und speziellen Pflege (Operationen, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphasen, medikamentöse Versorgung, Wund- und Hautbehandlungen) getätigt.¹⁹ Innerhalb dieser Pflegekategorien erfolgt eine weitere Einstufung nach Pflegeintensität des Patienten.²⁰ Für die Gesamteinstufung ist in der PPR ein Minutenwert hinterlegt, welcher den Pflegeaufwand für den jeweiligen Tag und Patienten festlegt.

Anhand der insgesamt von einer Station bzw. Krankenhaus festgehaltenen PPR-Minuten kann der Personalbedarf der jeweiligen Station bzw. des Krankenhauses berechnet werden. So nutzen in Österreich, wie auch in Deutschland einige Krankenhäuser die PPR als internes Steuerungsinstrument.²¹

-
- 18 So gibt es für Erwachsene nur neun Pflegekategorien, während für Kinder 27 Kategorien vorgesehen sind: Thomas, Dominik/Reifferscheid, Antonius et al., Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland, 2014, S. 21, abrufbar unter <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5832c9aef1b4cd68fea7792e/download/DP%20204-Wasem-endg.pdf>.
- 19 Stafflinger, Heidemarie, Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Arbeiterkammer Oberösterreich, 2019, S. 40, abrufbar unter https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitundgesundheit/B_2019_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf.
- 20 Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., Zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus, 2018, S. 12, abrufbar unter <http://www.pro-pflege.eu/fachgesellschaft/neuigkeiten/detail/umfassendes-konzept-zur-pflegepersonalbedarfsmessung-im-krankenhaus>.
- 21 Stafflinger, Heidemarie, Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Arbeiterkammer Oberösterreich, 2019, S. 43, siehe S. abrufbar unter https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitundgesundheit/B_2019_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf; siehe für eine kritische Betrachtung der PPR: Egger, Tania, Warum die PPR und PPR 2.0 problematisch sind..., Beitrag vom 9. November 2020, abrufbar unter <https://wir-brauchen-pflege.at/warum-die-ppr-und-ppr-2-0-problematisch-sind/>; Leber, Wolf-Dietrich/Vogt, Charlotte, Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split, in; Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Klauber, Jürgen/Geraedts, Max et al. (Hrsg.), S. 111 ff. (136 ff.), abrufbar unter <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2020/>.