

**Biersdorfer Krankenhausgespräche**  
**16 September 2016 | Biersdorf am See**

# **Finanzierung in der Pflege – wohin geht der Weg?**

**Dr. Patrick Jahn**

*Wissenschaftlicher Leiter | DPR Fachkommission DRG*

*Leiter Stabsstelle Pflegeforschung | Universitätsklinikum Halle (Saale)*

---





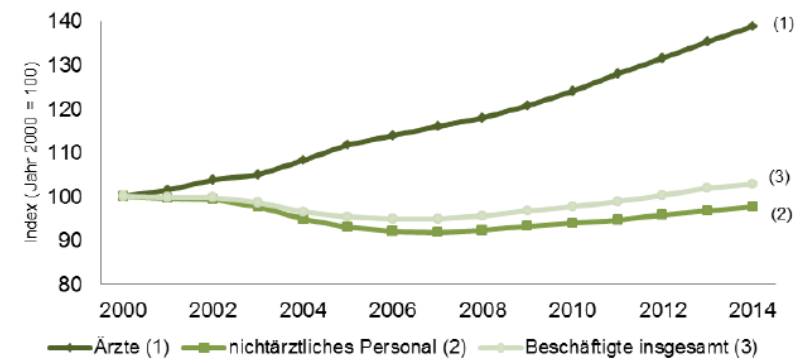




	Beschäftigte insgesamt* (in VK)	dar. Ärzte (in VK)	dar. Pflegedienst (in VK)
2000	834.585	108.696	332.269
2001	832.530	110.152	331.472
2002	833.541	112.763	327.384
2003	823.939	114.105	320.158
2004	805.988	117.681	309.510
2005	796.097	121.610	302.346
2006	791.914	123.715	299.328
2007	792.299	126.000	298.325
2008	797.554	128.117	300.417
2009	807.875	131.227	303.656
2010	816.257	134.847	306.213
2011	825.195	139.068	310.815
2012	837.745	142.874	313.478
2013	850.099	146.988	316.275
2014	859.427	150.757	318.749

\*ohne nichthauptamtl. Ärzte/Zahnärzte und ohne Personal in Ausbildungsstätten

Entwicklung des Krankenhauspersonals  
in Vollkräften (VK)

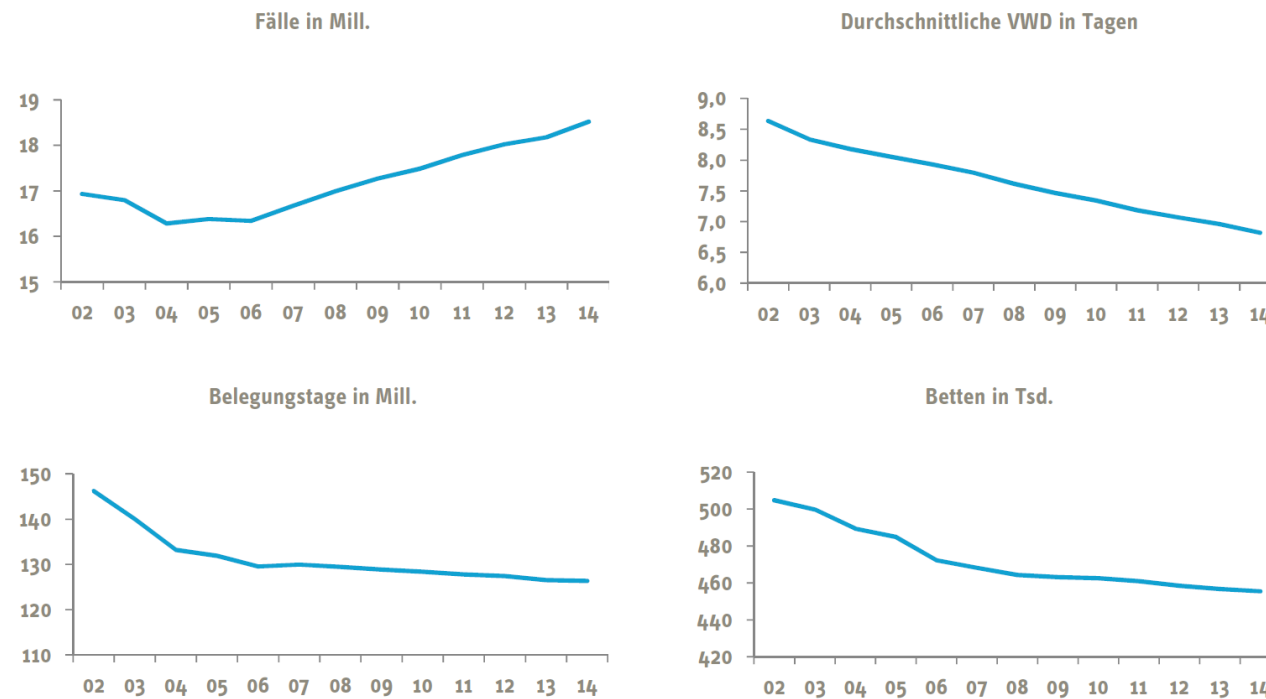


Quelle: destatis



## Entwicklung wichtiger Leistungskennziffern

2002 bis 2014

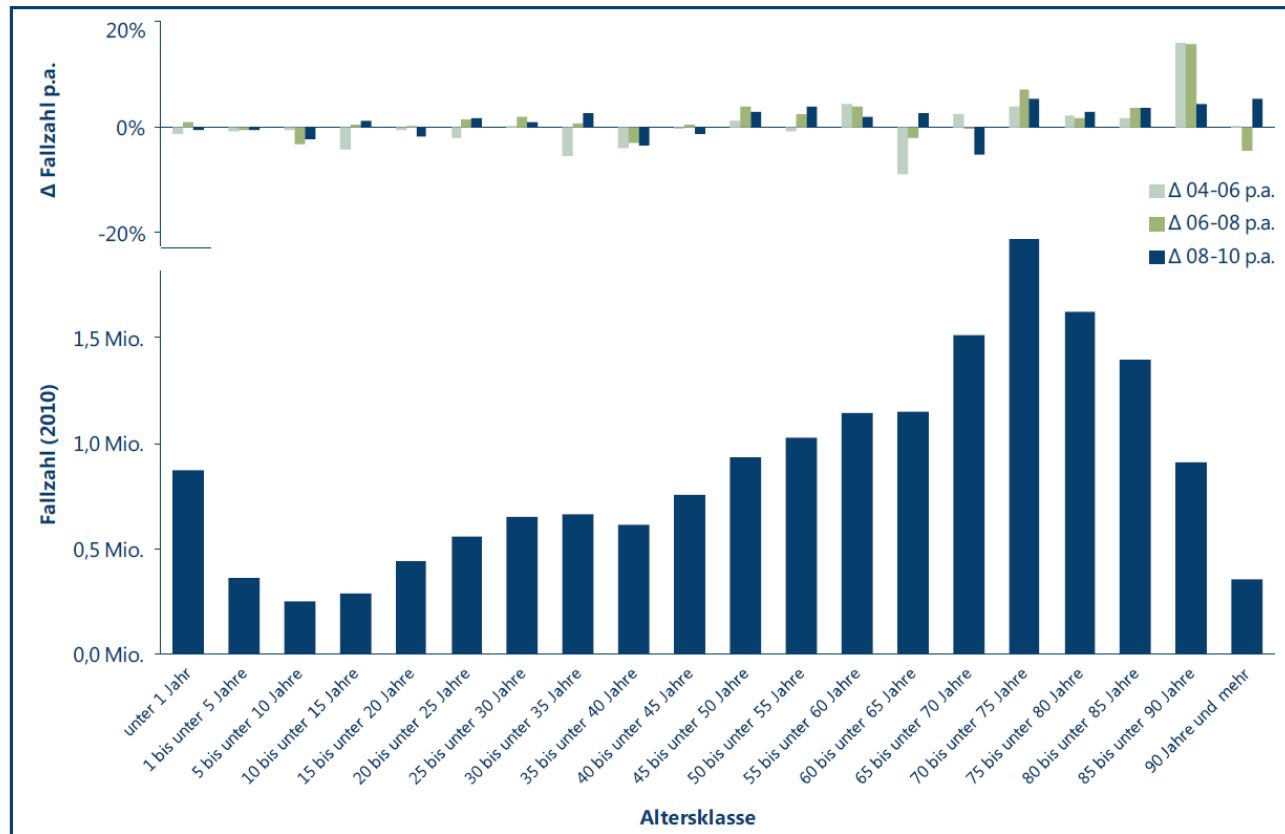


Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt a (2002ff.). – Anmerkung: Die dargestellten Werte beziehen sich auf Allgemeinkrankenhäuser.

Quelle: RWI 2016



Abbildung 44: Altersverteilung der Fälle (2004-2010)

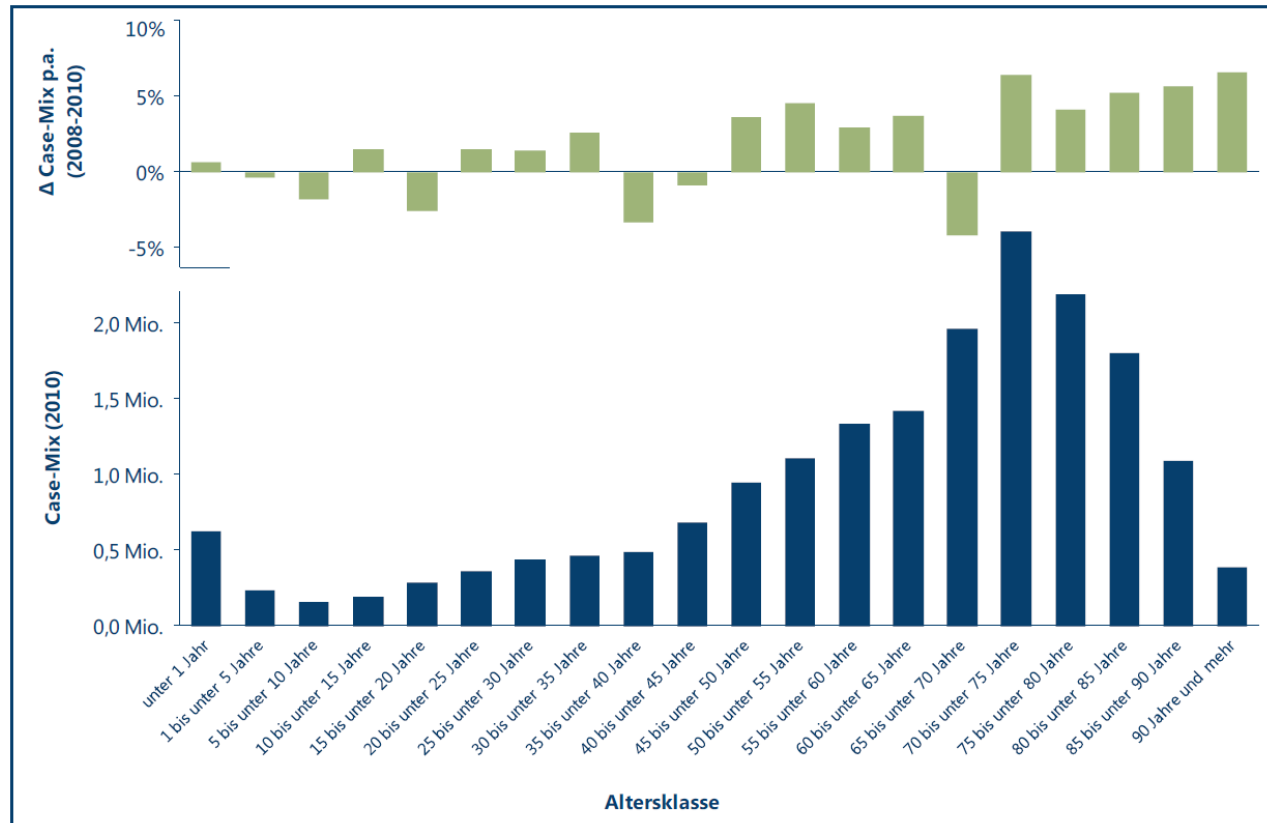


Quelle: IGES; InEK

Quelle: IGES; InEK 2013



Abbildung 46: Case-Mix nach Altersklasse der Behandlungsfälle (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Quelle: IGES; InEK 2013



# Delegation ärztliche Tätigkeiten

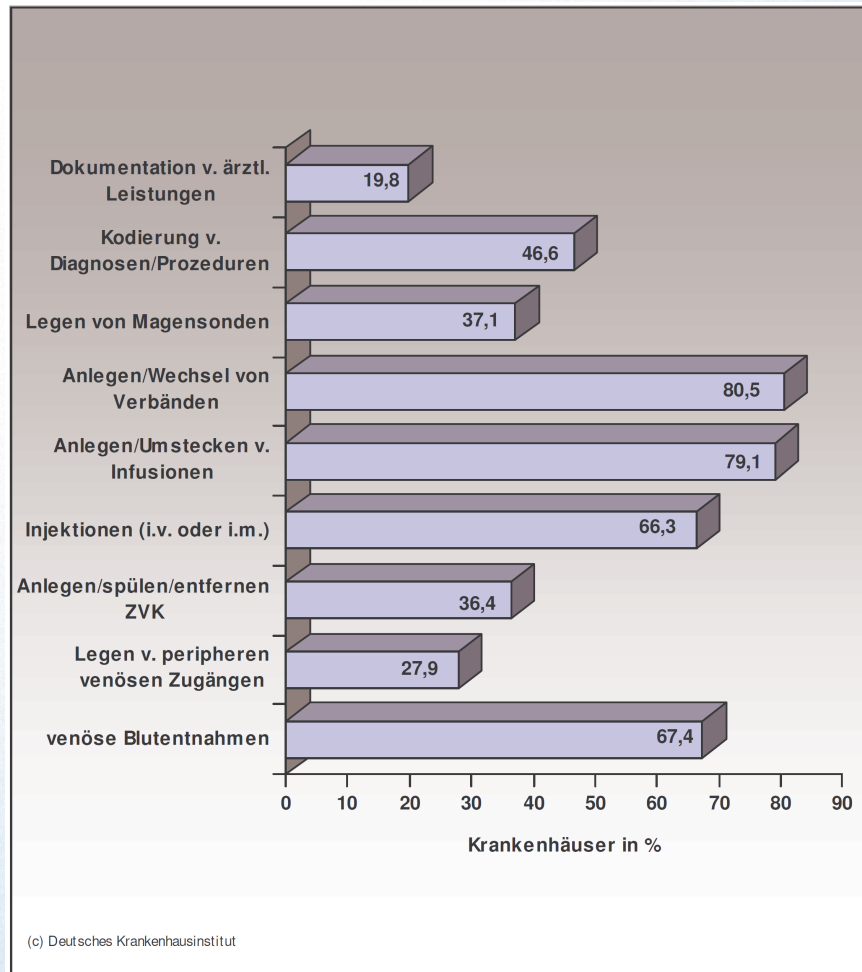


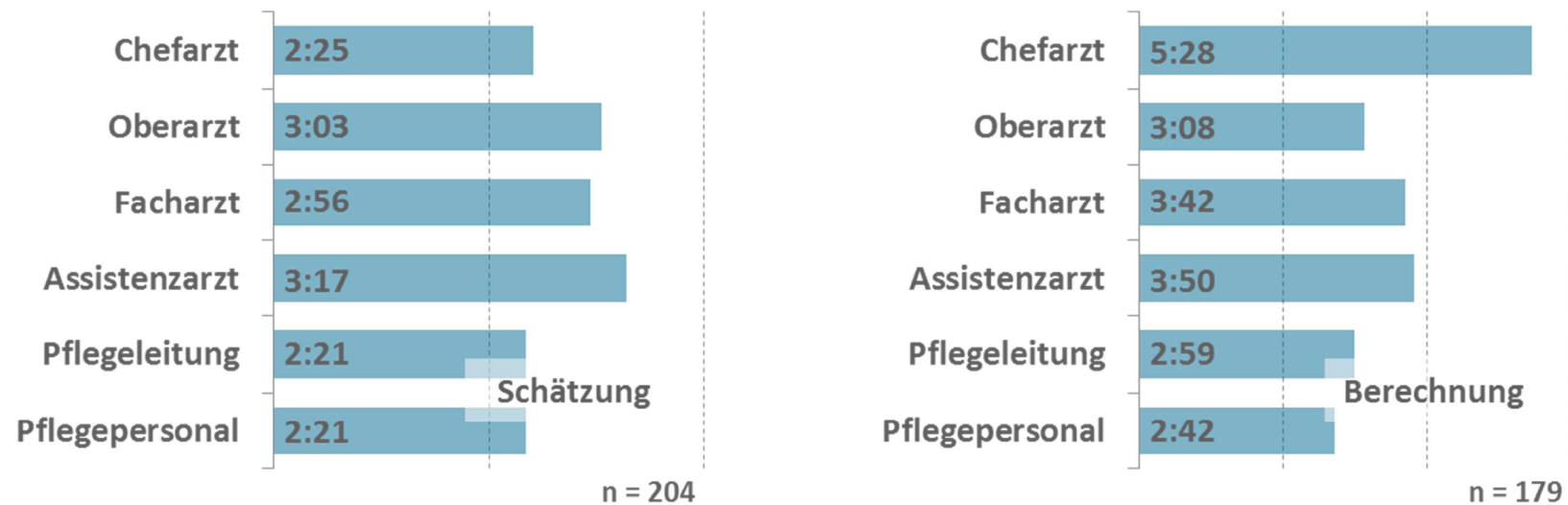
Abb. 5: Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen



Quelle: DKI 2008

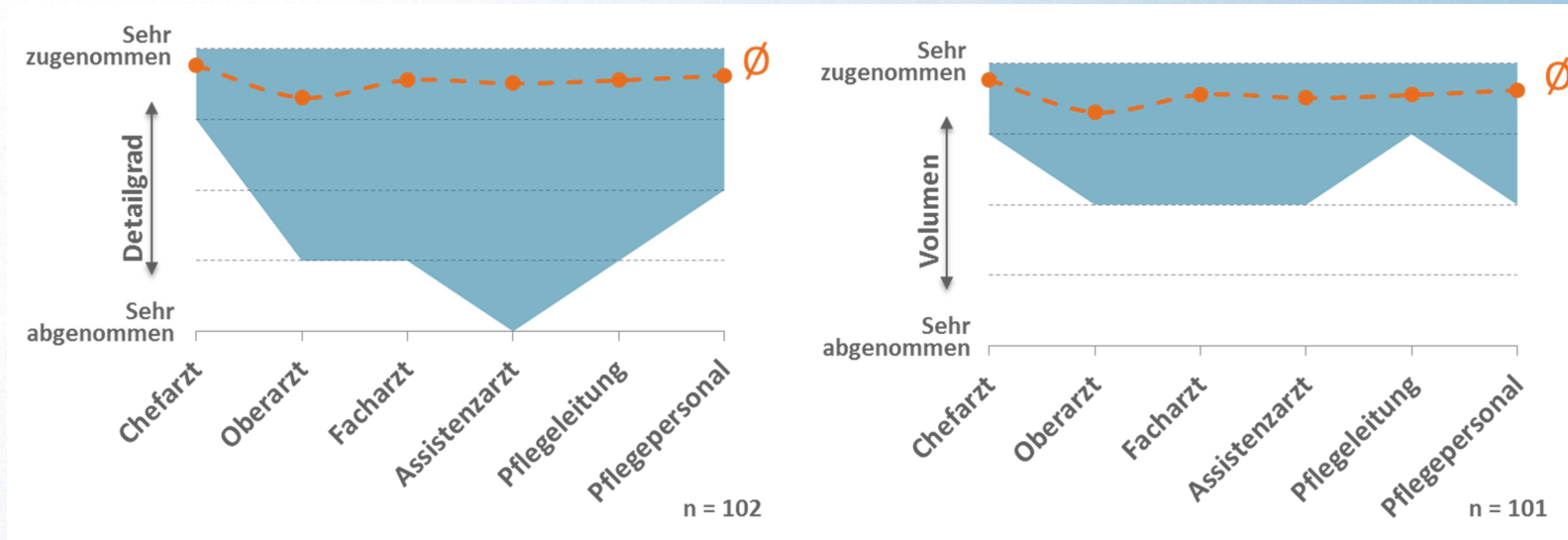


Abbildung 3: Selbsteinschätzung vs. tatsächlicher Aufwand



Quelle: HIMSS 2015





**94 %** aller Befragten bestätigen: Der **Detailgrad** der Dokumentation hat zugenommen.

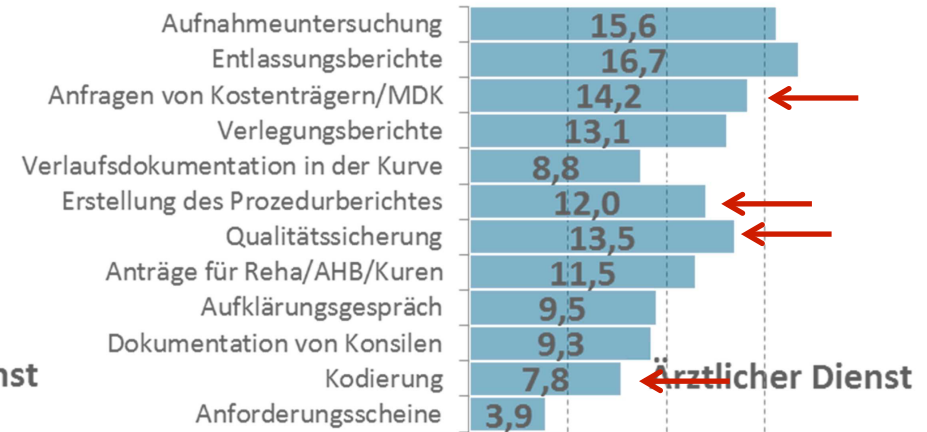
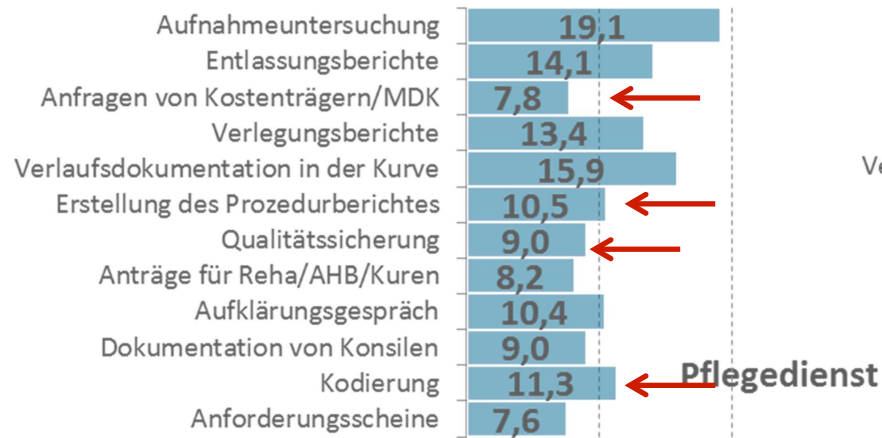
**97 %** aller Befragten gaben an: Das **Volumen** der Dokumentation hat zugenommen.

**65 %** der Ärzte und Pflegekräfte betonen: Der Detailgrad hat **sehr stark** zugenommen.

**72 %** der Ärzte und Pflegekräfte empfinden: Das Volumen hat **sehr stark** zugenommen.

Quelle: HIMSS 2015

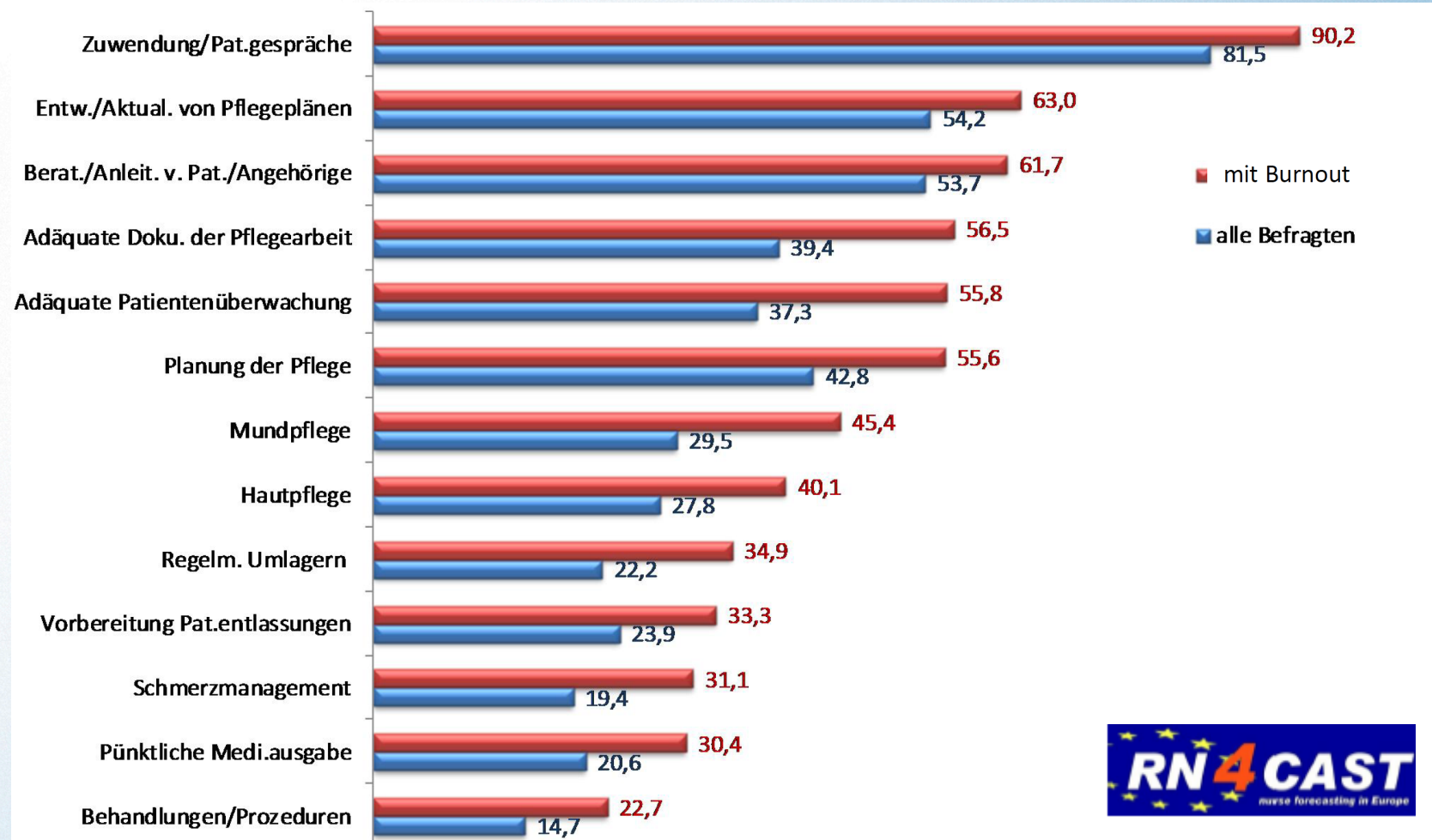




Quelle: HIMSS 2015



# Rationierte Leistungen





### Die **Schwerpunkte** des Gesetzes, u.a.:

Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu **330 Millionen Euro** pro Jahr zur Verfügung.

Der Versorgungszuschlag von **500 Millionen Euro** wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

Eine bereits eingerichtete **Expertenkommission** aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein **erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten** und der **allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern** sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

---



### Die **Schwerpunkte** des Gesetzes, u.a.:

Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu **330 Millionen Euro** pro Jahr zur Verfügung.

Der Versorgungszuschlag von **500 Millionen Euro** wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

Eine bereits eingerichtete **Expertenkommission** aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein **erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten** und der **allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern** sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

---

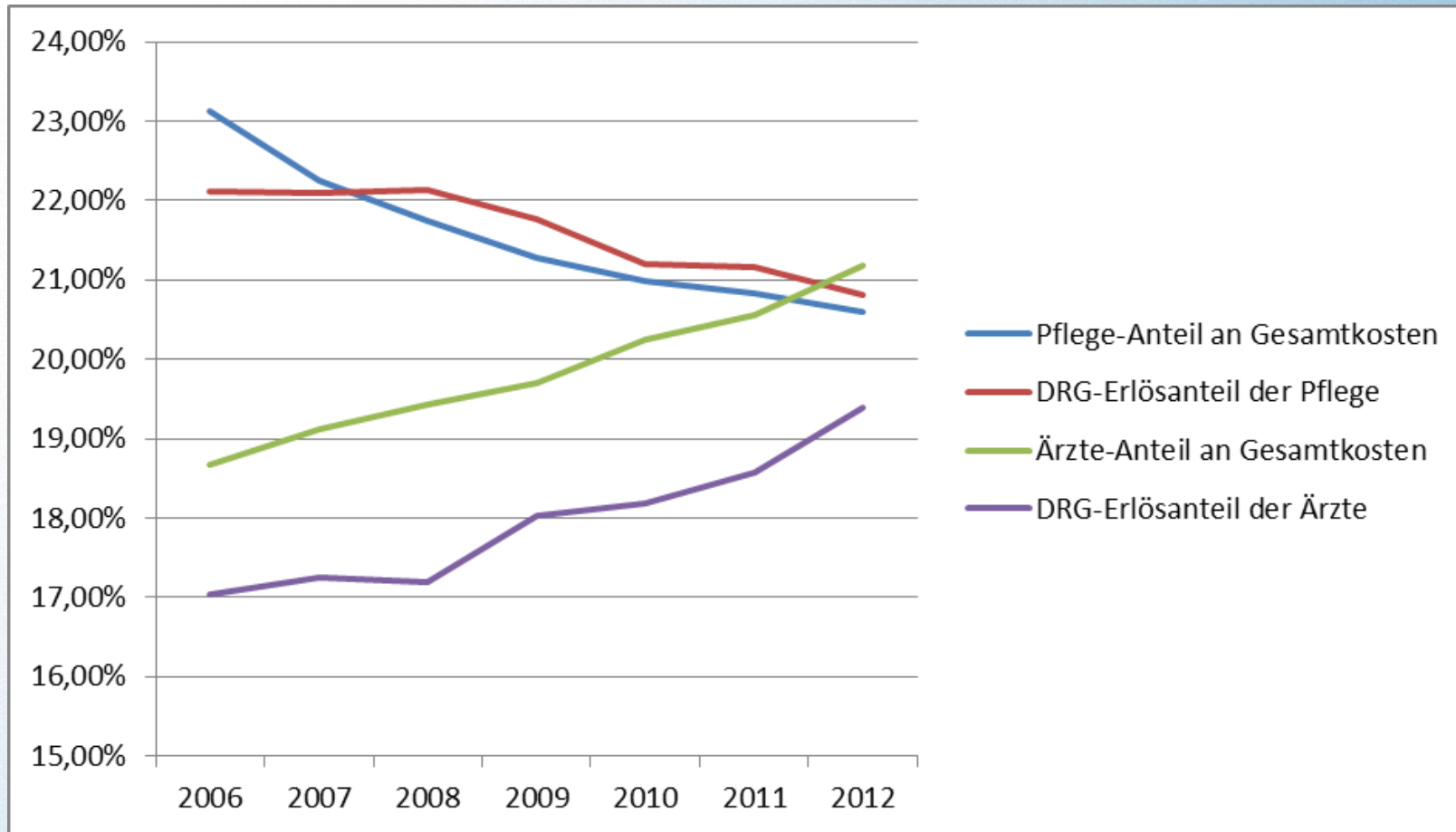


**Hieraus zeigen sich folgende drei Regelungsbedarfe:**

- 1. sachgerechte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten**
- 2. sachgerechte Abbildung des allgemeinen Pflegebedarf in Krankenhäusern (Leistungs- und normative Ebene)**
- 3. Kontrolle der Mittelverwendung (aus dem Pflegestellenförderprogramm)**



## Entwicklung der Kostenanteile PD und ÄD



(Quelle: IBES-Institut)



Anlage 5	Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflege- dienst	Personal- kosten med.- techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Trans- plantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	
				1	2		3	4a			4b <sup>1</sup>
Normal- station	1	Pflegetage	PPR- Minuten <sup>2</sup>	Pflegetage	PPR- Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzel- kosten- zuordnung	nicht relevant	PPR- Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzel- kosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage

## PPR-Minuten Normalstation:

- ▶ Personalkosten des Pflegedienstes
- ▶ Sachkosten für Arzneimittel
- ▶ Sachkosten übriger medizinischer Bedarf

Quelle: Kalkulationshandbuch, Version 3.0-10.Juli 2007



### Beispiel Berechnung Pflegepersonalkosten pro Fall

1. PPR-Minuten für alle Patienten „Station Innere Medizin“: 1.866.667
2. Gesamtpersonalkosten für den Pflegedienst „Station Innere Medizin“: 896.000 GE
3. Kosten je PPR-Minute für diese Station:

$$896.000 \text{ GE} / 1.866.667 = 0,48 \text{ GE je PPR-Minute}$$

4. Fallbezogene Erfassung der PPR-Minuten: 937 PPR-Minuten
5. Multiplikation der erfassten PPR-Minuten mit Kosten je PPR-Minute

$$937 * 0,48 \text{ GE} = 449,76 \text{ GE}$$

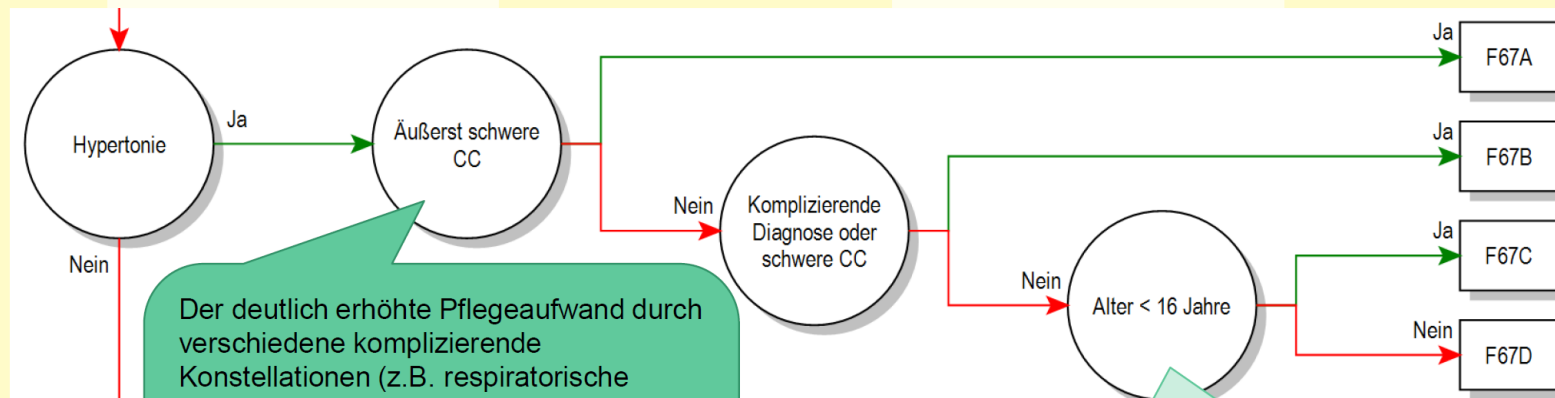
Dem Fall sind Kosten in Höhe von **449,76 GE** an Personalkosten des Pflegedienstes für die pflegerische Versorgung auf der Normalstation zuzuordnen.



## Klassifikatorische Abbildung

### Beispiel: Basis-DRG F67 [Hypertonie] (I)

➤ DRG-Zuordnung:



Der deutlich erhöhte Pflegeaufwand durch verschiedene komplizierende Konstellationen (z.B. respiratorische Insuffizienz, Nierenversagen/Dialyse, Staph. aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder MRSA, ...) lässt sich mit dem PCCL fassen. Fälle mit PCCL > 3 (äußerst schwere CC) werden aufgewertet in die DRG F67A.

Der höhere Pflegeaufwand bei Kindern führt zur Aufwertung in die DRG F67C.



### Klassifikatorische Abbildung

#### Beispiel: Basis-DRG F67 (II)

- Vergleich der Kosten in den DRGs F67A, F67B, F67C und F67D (Daten aus dem G-DRG-Report-Browser 2015):

DRG	mittlere Verweildauer	Personalkosten des Pflegediensts	Gesamtkosten	Anteil Pflegedienst an Gesamtkosten	mittlere Tageskosten Pflegedienst	Vergleich Tageskosten zur DRG F67D
F67A	11,0	1.016,48	3.504,37	29,01%	92,41	+ 42,1%
F67B	6,7	509,34	2.042,19	24,94%	76,02	+ 16,9%
F67C	3,7	441,07	1.667,90	26,44%	119,21	+ 83,3%
F67D	4,5	292,65	1.361,52	21,49%	65,03	

- Der deutlich erhöhte bzw. höhere Pflegeaufwand spiegelt sich in einer besseren Vergütung der DRGs F67A, F67B und F67C im Vergleich zur DRG F67D wider.



### Lösungen müssen geeignet sein, um:

- Pflegeaufwand erklären können.
- möglichst unbürokratisch und wenig Streitbehaftet sein.
- Keine Einzelleistungsdokumentation erzwingen.
- Dokumentationsaufwand nicht unnötig erhöhen.
- Auswirkungen auf Erlösverteilung entwickeln.

.... und somit letztendlich **bedarfsgerecht Pflege** am Bett sicher stellen.



### **Pflegebedarfsfaktoren (PBF) ...**

- Bestimmen den **Umfang der zu leistenden pflegerischen Maßnahmen**
- Sind **Marker im DRG-System** (ICD-Diagnose, OPS oder Scores) auf Fallebene zur Erklärung von Kostenunterschieden bzgl. Pflegeleistungen
- Können über Einbindung in Definition von DRGs, Aufnahme in die CC-Matrix (Schweregradsteigerung) oder über Zusatzentgelte (ZE) zu einer **sachgerechteren Erlösverteilung** verwendet werden.



- 1. sachgerechte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten**



### Hinw.:

Dieser Code ist für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einer Pflegestufe zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes die Pflegestufe, ist der Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in eine Pflegestufe vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code 9-984.4 anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegender Pflegestufe beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus 9-984.0 bis 9-984.3 und 9-984.5 zusätzlich der Code 9-984.4 anzugeben

9-984.0 Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)

9-984.1 Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)

9-984.2 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)

9-984.3 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)

9-984.4 Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe

9-984.5 Pflegebedürftig nach Pflegestufe 0

Hinw.: Dieser Code ist für Patienten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGBXI anzugeben

---



## **Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)**

### **Analysen**

- In § 21-Daten im Datenjahr 2014 bei Erstanwendung des neu eingeführten Codes vermutlich noch unvollständig erfasst
- Leistungsdefinition des OPS an Pflegestufe gebunden → „hartes Kriterium“
- Eher Patientenmerkmal („Patient ist pflegebedürftig“) als Leistungsbezeichnung („Patient erhält aufwendige Pflege an bestimmten Tagen“)
- Fälle (ab Pflegestufe II) mit regelhaft höheren durchschnittlichen Tageskosten in der Erwachsenenpsychiatrie

(InEK 2015)



### **2. sachgerechte Abbildung des allgemeinen Pflegebedarf in Krankenhäusern (Leistungsebene)**



### **Pflegeaufwand / Erklärung von Pflegebedarf (ICF Code):**

- Mentale Funktion
- Emotionale Funktion
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes
- Schmerz
- Mobilität
- sich waschen, seine Körperteile pflegen
- Funktionen der Haut
- Funktionen der Nahrungsaufnahme
- Funktion der Aufrechterhaltung des Körpergewichts
- Defäkationsfunktion
- Miktionsfunktion
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- Kommunikation
- Lernen und Wissensanwendung



### Pflegeaufwand / Erklärung von Pflegebedarf (ICF Code):

- Mentale Funktion
  - Emotionale Funktion
  - Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes
  - Schmerz
  - **Mobilität**
  - **sich waschen, seine Körperteile pflegen**
  - **Funktionen der Haut**
  - **Funktionen der Nahrungsaufnahme**
  - Funktion der Aufrechterhaltung des Körpergewichts
  - Defäkationsfunktion
  - Miktionsfunktion
  - Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
  - Kommunikation
  - Lernen und Wissensanwendung
- (Kleinknecht et al. 2011, 2016)
-



## ICD-10 U50 “Motorische Funktionseinschränkung”

### Funktionseinschränkung (U50-U52)

#### **U50.- Motorische Funktionseinschränkung**

*Hinw.:* Einmalige Kodierung der motorischen Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure™).

#### **U50.0- Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung**

- U50.00 Barthel-Index: 100 Punkte
- U50.01 Motorischer FIM: 85-91 Punkte

#### **U50.1- Leichte motorische Funktionseinschränkung**

- U50.10 Barthel-Index: 80-95 Punkte
- U50.11 Motorischer FIM: 69-84 Punkte

#### **U50.2- Mittlere motorische Funktionseinschränkung**

- U50.20 Barthel-Index: 60-75 Punkte
- U50.21 Motorischer FIM: 59-68 Punkte

#### **U50.3- Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung**

- U50.30 Barthel-Index: 40-55 Punkte
- U50.31 Motorischer FIM: 43-58 Punkte

#### **U50.4- Schwere motorische Funktionseinschränkung**

- U50.40 Barthel-Index: 20-35 Punkte
- U50.41 Motorischer FIM: 31-42 Punkte

#### **U50.5- Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung**

- U50.50 Barthel-Index: 0-15 Punkte
- U50.51 Motorischer FIM: 13-30 Punkte





## B44 Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems (2014!)

<b>GFK + Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls</b>	
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems <b>mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung</b> , mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems <b>ohne schwere motorische Funktionseinschränkung</b> , mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
<b>GFK ohne Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls</b>	
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems <b>mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung</b> , ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems <b>ohne schwere motorische Funktionseinschränkung</b> , ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls



**Personalkosten Normalstation**

	<b>B44A</b>	<b>B44C</b>	<b>Diff. Abs.</b>
<b>Ärztlicher Dienst</b>	976,90	943,00	33,90
<b>Pflegedienst</b>	2.218,20	1.725,60	492,60
<b>med./techn. Dienst</b>	106,70	142,50	-35,80
	<b>B44B</b>	<b>B44D</b>	<b>Diff. Abs.</b>
<b>Ärztlicher Dienst</b>	835,20	733,90	101,30
<b>Pflegedienst</b>	1.895,60	1.388,50	507,10
<b>med./techn. Dienst</b>	62,00	52,80	9,20



**Personalkosten Normalstation**

	<b>B44A</b>	<b>B44C</b>	<b>Diff. Abs.</b>
Ärztlicher Dienst	976,90	943,00	33,90
<b>Pflegedienst</b>	<b>2.218,20</b>	<b>1.725,60</b>	<b>492,60</b>
med./techn. Dienst	106,70	142,50	-35,80
	<b>B44B</b>	<b>B44D</b>	<b>Diff. Abs.</b>
Ärztlicher Dienst	835,20	733,90	101,30
<b>Pflegedienst</b>	<b>1.895,60</b>	<b>1.388,50</b>	<b>507,10</b>
med./techn. Dienst	62,00	52,80	9,20



### Klassifikatorische Abbildung

Beispiel: Basis-DRG F67 (II)

- Vergleich der Kosten in den DRGs F67A, F67B, F67C und F67D (Daten aus dem G-DRG-Report-Browser 2015):

DRG	mittlere Verweildauer	Personalkosten des Pflegediensts	Gesamtkosten	Anteil Pflegedienst an Gesamtkosten	mittlere Tageskosten Pflegedienst	Vergleich Tageskosten zur DRG F67D
F67A	11,0	1.016,48	3.504,37	29,01%	92,41	+ 42,1%
F67B	6,7	509,34	2.042,19	24,94%	76,02	+ 16,9%
F67C	3,7	441,07	1.667,90	26,44%	119,21	+ 83,3%
F67D	4,5	292,65	1.361,52	21,49%	65,03	

- Der deutlich erhöhte bzw. höhere Pflegeaufwand spiegelt sich in einer besseren Vergütung der DRGs F67A, F67B und F67C im Vergleich zur DRG F67D wider.



**Klassifikatorische Abbildung**  
 Beispiel: Basis-DRG F67 (II)

- Vergleich der Kosten in den DRGs F67A, F67B, F67C und F67D (Daten aus dem G-DRG-Report-Browser 2015):

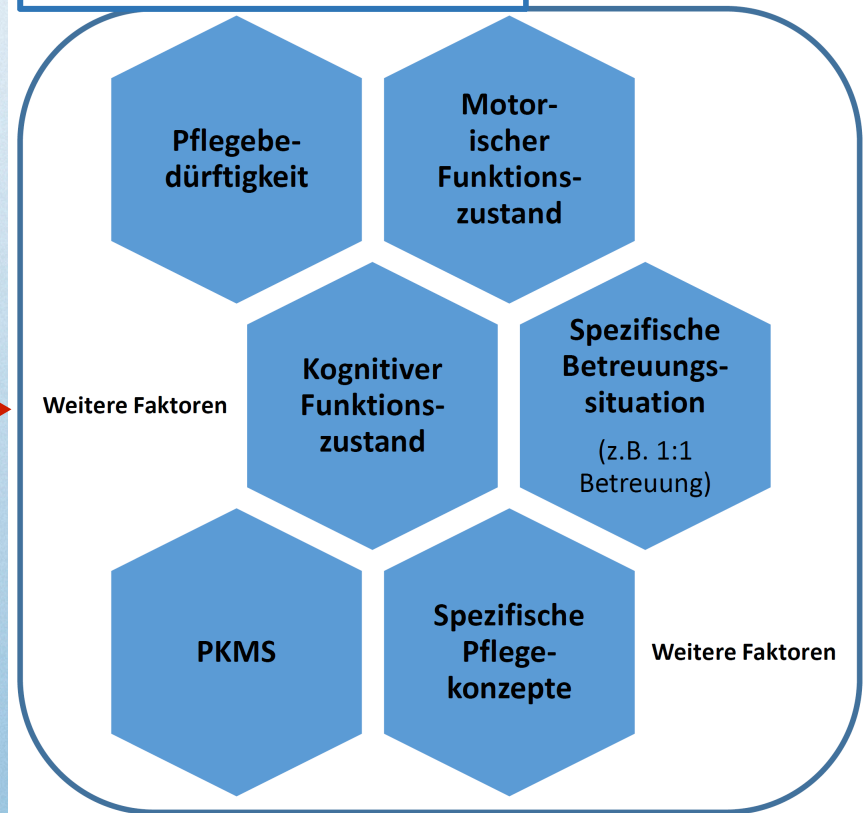
DRG	mittlere Verweildauer	Personalkosten des Pflegedienstes	Gesamtkosten	Anteil Pflegedienst an Gesamtkosten	mittlere Tageskosten Pflegedienst	Vergleich Tageskosten zur DRG F67D
F67A	11,0	1.016,48	3.504,37	29,01%	92,41	+ 42,1%
F67B	6,7	509,34	2.042,19	24,94%	76,02	+ 16,9%
F67C	3,7	441,07	1.667,90	26,44%	119,21	+ 83,3%
F67D	4,3	292,65	1.504,92	21,43%	65,65	

- Der deutlich erhöhte bzw. höhere Pflegeaufwand spiegelt sich in einer besseren Vergütung der DRGs F67A, F67B und F67C im Vergleich zur DRG F67D wider.

20

© InEK 2015

**Pflegebedarfsfaktoren**





### Neuer Maßstab für Pflegebedürftigkeit

- Abhängigkeit von personeller Hilfe
- nicht nur bei einigen Verrichtungen der Grundpflege
- sondern in allen relevanten Bereiche der elementaren Lebensführung

#### Gemessen wird

- Grad der **Selbständigkeit** statt Zeitaufwand
- **Keine Minutenzählerei mehr!**





### Pflegebedarfsfaktor (PBF) ...

- passend zur neuen Definition von **Pflegebedarf (NBA)**
  - Unterstützungsbedarf gemäß dem Patientenzustand und nicht Zeitbindung
- **Systemimmanente Lösung**. Bisherige Erfahrungen können bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems
  - Nebendiagnosen wie U51... sind bereits eingeführt.
  - raschere Einführung möglich
- anschlussfähig zu **Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren** auch aus Routinedaten, die auch auf standardisierte Assessments zurückgreifen für Ergebnisbeschreibung und auch Risikoadjustierung
- Nutzung von **Routinedaten** bedeutet auch weniger Dokumentationsaufwand und leistet einen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege



## **Funktionseinschränkungen**

### **Bewertung**

- Barthel-Index, FIM und MMSE beschreiben nicht exakt den geleisteten Pflegemehraufwand, aber den Pflegebedarf von Fällen recht trennscharf
- Daher sind sie reinen Diagnosekodes wie z.B.  
*R26.3 Immobilität*  
bei der Identifikation komplexer Fälle überlegen
- Aber: Ermittlung und Erfassung des Barthel-Index ist komplex und in stark unterschiedlichem Maße bereits etabliert

**Fazit:** Mögliches weiteres Instrument zur Abbildung der Pflege  
(insbes. solange keine Pflegestufen in Kalk.daten verfügbar)



## 2. sachgerechte Abbildung des allgemeinen Pflegebedarf

### ▶ Normative Ebene

- Vorgaben für **Mindestbesetzungszahlen** für besonders **sensible Bereiche** (bspw. ITS, Transplantationsabteilungen (incl. KMT) oder Geriatrie bzw. **sensible Situationen** (bspw. Nachtdienst).



## Pflegepersonal- regelung

	S1	S2	S3
A1	52	62	88
A2	98	108	134
A3	179	189	215
A4	289	299	325

Seit 2012  
für PKMS

Quelle: InEK (2010a, 2010b).



## Planungsinstrumente für Pflegeausstattung

**Nursing-intensity  
weights**

<i>Acuity</i>	<i>Patients: Nurse</i>	<i>NIW</i>
5	1:1	12.00
4	2:1	6.00
3	4:1	3.00
2	8:1	1.50
1	16:1	0.75

**Pflegepersonal-  
regelung**

	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>
<b>A1</b>	52	62	88
<b>A2</b>	98	108	134
<b>A3</b>	179	189	215
<b>A4</b>	289	299	325

Seit 2012  
für PKMS

Quelle: InEK (2010a, 2010b).

**Acuity-  
Dependency tool**

Stufe	Zahl Pfleger/Bett in VZÄ
0	0.99
1a	1.39
1b	1.72
2	1.97
3	5.96

Quelle: Shelford Group (2013).



Folgende Schritte sind zu realisieren:

- Kalkulationshäuser melden die DRG bezogenen PPR Minuten und nicht nur Kosten
- Eine mit Fachexperten aus den verschiedenen Leistungsbereichen besetzte „Fachkommission Pflegepersonalbedarf“ unter maßgeblicher Beteiligung des DPR gewichtet diese Ergebnisse DRG oder Basis-DRG bezogen (ca. 550 Basis-DRGs).
- Daraus ergeben sich normative Personalzeiten. In diesem Prozess wird auch für die Kalkulation die PPR weiterentwickelt.
- Ergebnis der Bewertung ist eine DRG oder Basis-DRG bezogen und somit bedarfsgerechte Festlegung eines Mindestpflegezeitwertes (MPZ) und damit Personalbindung
- Dieser kann dann einrichtungsbezogen bzw. für eine FAB pro Jahr ermittelt werden.



## 2. sachgerechte Abbildung des allgemeinen Pflegebedarf

### ► Normative Ebene

- Vorgaben für **Mindestbesetzungszahlen** für besonders **sensible Bereiche** (bspw. ITS, Transplantationsabteilungen (incl. KMT) oder Geriatrie bzw. sensible Situationen (bspw. Nachtdienst).
- Ergänzend sollte die Festlegung eines Mindestpflegezeitwertes (MPZ) auf Basis der in den Kalkulationshäusern erhobenen DRG bezogenen PPR Minuten erfolgen. **Festlegung eines fachabteilungsbezogenen Mindeststandard der pflegerischen Personalausstattung** und somit eine Homogenisierung der Personalbesetzung zwischen den Einrichtungen ermöglicht werden.
- Dieses Vorgehen ist ähnlich der Bestimmung der Nursing Intensity Weights in den USA. Es berücksichtigt die PPR als Kalkulationsinstrument und ermöglicht eine konsentiertere Weiterentwicklung.



### 3. Kontrolle der Mittelverwendung

- Der Pflegeanteil am Gesamterlös muss aber letztlich auch für Personal eingesetzt werden. Ein verbindlicher Charakter wird durch die Bindung des Instruments an die Vergütung erzeugt.
- Die Verwendung der Mittel entsprechend der ermittelten Personalbesetzung gemäß der Krankenhaus-Buchführungsverordnung wird in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern vereinbart.
- Gesetzliche Regelung, die Einrichtungen verpflichtet, den Pflegeanteil am Gesamterlös der Einrichtung in den Budgetverhandlungen auf Einrichtungsebene mit den Kostenträgern hinsichtlich der **Verwendung zur Finanzierung der Personalkosten unter Berücksichtigung Fachabteilungsbezogenen Mindeststandards der pflegerischen Personalausstattung aus den MPZ** zu vereinbaren und die Verwendung durch einen unabhängigen Wirtschaftsprüfer bestätigen zu lassen.







**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit !**

**Kontakt: [patrick.jahn@uk-halle.de](mailto:patrick.jahn@uk-halle.de)**

---