

Agiles Controlling

Pflege als aktuelle Herausforderung

26. Deutscher Krankenhaus-Controller-Tag
Köln 27.06.2019

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Ausgliederung der Pflege aus den DRGs
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Digitale Pflegedokumentation
4. Fazit

GKV-Bewertung: Wahrscheinlich eine Fehlentscheidung!

- ▶ Pflegemängel sind kein Grund, die leistungsorientierte Fallvergütung mit DRGs zu zerschlagen.
- ▶ Es droht ein Rückfall in die Selbstkostendeckung.
- ▶ Es droht ein Dominoeffekt, wenn auch andere Gruppen gesonderte Finanzierungssysteme fordern (z. B. die Ärzte).
- ▶ Es drohen Folgeprobleme in der Altenpflege.
- ▶ Zwei Rechnungen bzw. Rechnungskomponenten heißt: doppelte Bürokratie.
- ▶ Eine seriöse Trennung der Vergütungssegmente braucht zwei bis drei Jahre Vorbereitungszeit.

Vereinbarungen zur Pflegeausgliederung

Thema	Frist				erledigt
	2019	2020	2021	20XX	
Bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Personalkosten	31. Jan				✓
Streichung von Prozedurenschlüsseln für Pflege	28. Feb				✓
Grundlagenvereinbarung	April				✓
Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG	31. Jul				
Fallpauschalenvereinbarung –vermindert um Pflege	30. Sep	jährlich	jährlich	jährlich	
Pflegeerlöskatalog	30. Sep	jährlich	jährlich	jährlich	
Abrechnungsbestimmungen für die Anwendung des Pflegeerlöskataloges	30. Sep	jährlich	jährlich	jährlich	
Zwischenbericht über Auswirkungen der Pflegeausgliederung			31. Aug		
Endbericht über Auswirkungen der Pflegeausgliederung				31. Aug. 25	

Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019

Vereinbarung
nach § 17b Absatz 4 Satz 2
des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)
zur Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten
und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal
(Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,
und
dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln,
gemeinsam

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Grundgedanken der Ausgliederung:

Hohe Kongruenz zwischen Bundesebene (InEK)
und der Ebene vor Ort (Budgetverhandlung)

Einheitliche Abgrenzung

Transparenz über Abgrenzungsschritte

Anlage 1: Kontenabgrenzung – auszugliedernde Module gemäß InEK-Matrix

Kostenartengruppe	Kostenstellengruppe											
	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur		
	Personalkosten Ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflegedienst	Personalkosten med.- techn. Dienst / Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Implantate / Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Personal- und Infrastruktur	Sachkosten nicht med. Infrastruktur	
1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8		
Normalstation	1	X										
Intensivstation	2	X										
Dialyseabteilung	3	X										
OP-Bereich	4											
Anästhesie	5											
Kreißaal	6											
Kardiologische Diagn. /Ther.	7											
Endoskopische Diagn. /Ther.	8											
Radiologie	9											
Laboratorien	10											
Diagn. Bereiche	11											
Therap. Verfahren	12											
Patientenaufnahme	13	X										

Legende:



Die Module sind vollständig auszugliedern.



Relevant sind nur die Kosten der bettenführenden Aufnahmestation.

Anlage 2: Ergänzende Zuordnungsregeln

Anlage 2: Ergänzende Zuordnungsregeln

Die Festlegungen dieser Anlage gelten ausschließlich zum Zwecke der Kostenabgrenzung gemäß § 17b Abs. 4 S. 2 KHG.

1. Kostenartenzuordnung

Pflegepersonalkosten: (6001, 6101, 6201, 6301, 6401)

Nach Anlage 4 der KHBV gehören zu den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen die Vergütung an die Pflegedienstleitung und an Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett). Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege- und -behandlungseinheiten sowie Dialysestationen, ferner Vergütungen an Schüler und Stationssekretärinnen, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (siehe auch Konto 6011 "Sonstiges Personal").

Vergütungen für Pflegepersonal, das im medizinisch-technischen Dienst, Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst oder Verwaltungsdienst eingesetzt wird, sind auf die entsprechenden Konten (6002, 6003, 6005 und 6007) zu buchen und sind nicht Teil der auszugliedernden Pflegepersonalkosten.

Ergänzende Erläuterungen zu den Buchungsvorgaben der KHBV:

Pflegedienstleitung auf den Konten 6x01 ist im Sinne einer Bereichs- und Stationsleitung zu verstehen.

Zusätzlich sind zu berücksichtigen:

Fremdpersonal:

Für den Fremdpersonaleinsatz lassen sich grundsätzlich zwei Konstellationen unterscheiden:


Arbeitnehmerüberlassung:

Das Krankenhaus setzt leihweise von externen Unternehmen (Verleihunternehmen) überlassene Arbeitskräfte (Leiharbeitnehmer) ein. Der Leiharbeitnehmer ist vertraglich nicht bei dem Krankenhaus angestellt, sondern bleibt Mitarbeiter des Verleihunternehmens. In erster Linie sollen dadurch temporäre Auslastungsspitzen abgedeckt werden. Die Leiharbeitnehmer werden in die Arbeitsorganisation

- ▶ **Fremdpersonal:**
Aufwendungen für Fremdpersonal werden zunächst als Sachaufwand gebucht. Sie sind umzugliedern und werden im Zuge der Personalkostenverrechnung entsprechend der Tätigkeitsanteile den einzelnen Kostenstellen zugeordnet.
- ▶ **Auszubildende:**
Der anzurechnende Anteil der Kosten ist bei den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung entsprechend zu berücksichtigen.

InEK-Konzept vom 07.03.2019

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
InEK GmbH
Konzept gem. § 17b Abs. 4 KHG zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten



**Konzept gem. § 17b Abs. 4 KHG zur Ausgliederung von
Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System**

Einleitung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) wurde in § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Budgetjahr 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert werden. Die Vergütung der Pflegepersonalkosten wird gleichzeitig in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben auf Basis eines Konzeptes des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Ausgliederung vorzunehmen und erstmals für das Budgetjahr 2020 entsprechende Vergütungskataloge zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene waren gehalten, bis zum 31.01.2019 die auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu definieren und auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist, zu vereinbaren. Die Krankenhäuser müssen die Zuordnungsregelungen rückwirkend ab dem 01.01.2019 anwenden. Die Begründung zum PpSG gibt eine Orientierung zur Konkretisierung der Definition der Pflegepersonalkosten. Das vorliegende Konzept folgt bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Definition der Vertragsparteien auf Bundesebene soweit diese Definition zum Zeitpunkt der Erstellung des Konzeptes bekannt ist.

Grundsätzlich ist die durch das PpSG (Änderung des § 17b Abs. 4 KHG) vorgegebene knappe zur Verfügung stehende Zeit bis zur ersten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Verbindung mit einer in diesem Zeitrahmen möglichst sachgerechten Umsetzung zu setzen. Anpassungen in der Kostenzuordnung können erfahrungsgemäß nur mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung von allen Krankenhäusern umgesetzt werden. Gleichzeitig ist der Umbau eines Vergütungssystems immer mit Risiken in Hinblick auf die Mengenentwicklung, Fallzahlentwicklung und die Verteilungswirkung der Finanzmittel verbunden. Entsprechend müsste zur Verbesserung der Risikoeinschätzung nach Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und deren rückwirkender Anwendung in den Krankenhäusern ab 01.01.2019 auf der Grundlage des Datenjahres 2019 die erste Ausgliederung vorgenommen werden. Die Daten des Datenjahres 2019 liegen allerdings erst im Jahr 2020 vor. Da nach der gesetzlichen Vorgabe in § 17b Abs. 4 KHG das Vergütungssystem 2020 schon einen G-DRG-Fallpauschalen-Katalog mit ausgegliederten Pflegepersonalkosten (im Folgenden „G-DRG-Katalog (gesamt)“ und einen Pflegepersonalkatalog beinhalten soll, kann für die Erstellung

→ Alle wesentlichen Bereiche werden auf 23 Seiten erörtert.

→ Konzept ist nicht Anlage der Grundlagenvereinbarung, da die DKG mit einigen Teilen nicht einverstanden ist:
PKMS, Sachkostenabsenkung, ...

DRG–Grundlagenvereinbarung

(Vorstand des GKV–Spitzenverbandes am 06.05. und der DKG 07.05.2019)



Spitzenverband

§ 4 Abs. 4: „Die Vertragsparteien beabsichtigen, Grundsätze zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems zeitnah in einem Grundlagenvertrag zu vereinbaren.“

Vereinbarung

von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020

gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

(DRG–Grundlagenvereinbarung)

zwischen

dem GKV–Spitzenverband, Berlin,

und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln,

gemeinsam

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

- ▶ Grundsätze für
 - aG–DRG–System 2020
 - Pflegefinanzierung 2020
- ▶ Fokus auf das 1. Anwendungsjahr
- ▶ Grundsätzlich gilt: So wenige Änderungen wie nötig im ersten Jahr
- ▶ Kostenerhebung in der Kalkulation nach dem 100 %–Ansatz
- ▶ Fallkosten als Grundlage für die Entgeltkataloge 2020
- ▶ Sortierung der aG–DRG auf Basis der mittleren Kosten der Inlier ohne Pflegekosten (Netto)
- ▶ Pflegekosten notwendig für Plausibilitätsprüfungen

DRG-Grundlagenvereinbarung

- ▶ Ausgliederung ist ein mehrjähriger Prozess → lernendes System.
- ▶ Casemixvolumen: Normierung des ersten aG-DRG-Kataloges 2020 auf Basis eines zu erstellenden aG-DRG-Kataloges 2019
- ▶ Aufbau des Pflegeerlöskataloges: **separate Spalte** in der Anlage 1 zur FPV

Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen
Fallpauschalen-Katalog aG-DRG-Version 2020

DRG	Parti- tion	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegelbarmer	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾	Untere Grenzwelkdauer		Obere Grenzwelkdauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- falspauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme ⁴⁾	Bewertungsrelation für Pflege am Betr./je Tag
						Erster Tag mit Abschlag ^{2), 3)}	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{2), 3)}	Bewertungs- relation/Tag				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
B70I	M	Apoplexie, ein Belegungstag	0,333		1,0								
B71A	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para-/Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC	4,106		21,9	6	0,576	40	0,129	0,176			
B71B	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para-/Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para-/Tetraplegie	1,765		11,4	3	0,436	23	0,107	0,141			
B71C	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para-/Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para-/Tetraplegie	1,182		9,3	2	0,385	19	0,087	0,113			
B71D	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,651		4,8	1	0,385	11	0,094	0,111			
B72A	M	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre	1,354		7,3	1	0,961	17	0,182	0,160			
.....	..	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr			

← Separate Spalte

- ▶ Keine separate Ausweisung von Pflegeanteilen bei Zusatzentgelten

DRG-Grundlagenvereinbarung

Unbewertete DRG

- ▶ Sofern möglich werden BWR für Pflege am Bett/Tag ausgewiesen.

Zusatzentgelte mit Pflegeanteilen im aG-DRG-System

- ▶ Zusatzentgelte, die einen hohen Anteil von Pflegepersonalkosten an den Gesamtkosten aufweisen, können bleiben.
- ▶ Das InEK hat Vorkehrungen für den Fall zu treffen, dass die für die Zusatzentgelte grundlegenden OPS-Ziffern in 2020 nicht mehr gültig sind.

Besondere Einrichtungen und sonstige Entgeltbereiche

- ▶ Bewertung der Berechnungstage mit 1,0

DRG-Grundlagenvereinbarung

- ▶ Einigkeit darüber, dass hier kein neues Prüffeld entstehen darf

- ▶ Formulierung im Grundlagenvertrag:

„Kürzungen von Belegungs- /Berechnungstagen [...] werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte [...] nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt.“

Ergebnis der Schiedsstelle am 20.05.2019

- ▶ **Bestätigung der Sichtweise des GKV-Spitzenverbandes:**
Die Ausgliederung der Pflegekosten ist nicht der Sachkostenvereinbarung zuzuordnen, sondern Gegenstand der Fallpauschalenvereinbarung und der Kataloge des Jahres 2020, die im Streitfall per BMG-Ersatzvornahme geregelt werden müssen.
- ▶ Die bisherigen Vereinbarungen zur „Sachkostenabsenkung“ und „gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen“ werden für ein Jahr fortgeschrieben.
- ▶ Ergänzung: Etwaige Folgen der Vereinbarungen werden bei der Pflegekostenausgliederung berücksichtigt.
- ▶ Absenkung und Abstufung bleiben.

Grundlagen

- ▶ § 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG:
„[...] bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln, [...]“

- ▶ § 6a Abs. 3 KHEntgG:
 - Nachweis zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie zu den Pflegepersonalkosten
 - Vorlage der Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, der Ist-Daten des laufenden Jahres sowie der Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum
 - jährlich bis zum 30. April: Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung

Mögliche Überschriften in der Vereinbarung

- ▶ Excel–Ablaufschema als Anlage
- ▶ Vorzulegende Budgetunterlagen
- ▶ Nachweise
- ▶ Jahresüberlieger 2019/2020
- ▶ Kappung in 2020 und 2021
- ▶ Pflegeentlastende Maßnahmen
- ▶ Zweckentsprechende Mittelverwendung (Rückzahlungsmechanismus)
- ▶ Mehr– oder Mindererlösausgleiche

Gang der Handlung

1. Ausgliederung der Pflege aus den DRGs
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Digitale Pflegedokumentation
4. Fazit

Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i SGB V)

Gesetzliche Aufgaben und Fristen



Spitzenverband

	Aufgabe	Frist	Konfliktlösung	Status
1	Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen	30.06.2018	Ersatzvornahme durch das BMG (PpUGV)	✓
2	Mehrkostenvereinbarung	-	Streichung durch TSVG	-
3	Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle	✓
4	Sanktionen bei Nichteinhaltung	30.06.2018 Neu: 31.01.2019	Automatische Schiedsstelle	✓
5	Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG im Rahmen der jährlichen Fortschreibung	31.07.2018 Neu: 31.12.2018	Schiedsstelle auf Antrag	✓
6	Überprüfung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 PpUGV	31.08.2019	GSAV: Ersatzvornahme durch das BMG	
7	Vereinbarung über Pflegepersonaluntergrenzen für Neurologie und Herzchirurgie	31.08.2019	GSAV: Ersatzvornahme durch das BMG	
8	Jährliche Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in weiteren pflegesensitiven Bereichen (erstmalig für 2021)	31.08. (jährlich)	GSAV: Ersatzvornahme durch das BMG	
9	Jährliche Fortschreibung der Nachweisvereinbarung (erstmalig für 2020) <small>(vorgesehen im GSAV)</small>	1.11. (jährlich)	GSAV: Automatische Schiedsstelle	
9	Wissenschaftliche Evaluation inkl. Bericht an BMG und BT	31.12.2022	-	

Identifikation pflegesensitiver Bereiche



Spitzenverband

Vorgaben im § 137i SGB V

hche | Hamburg Center
for Health Economics
**Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen
Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven
Ergebnisparametern in Deutschland**

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

1. Intensivmedizin

2. Kardiologie

3. Geriatrie

4. Unfallchirurgie

5. Herzchirurgie

6. Neurologie

IQTIG-Analysen zu
Qualitätsindikatoren der ESQS

Analyse von CIRS-Systemen und
Beschwerdemanagementsystemen

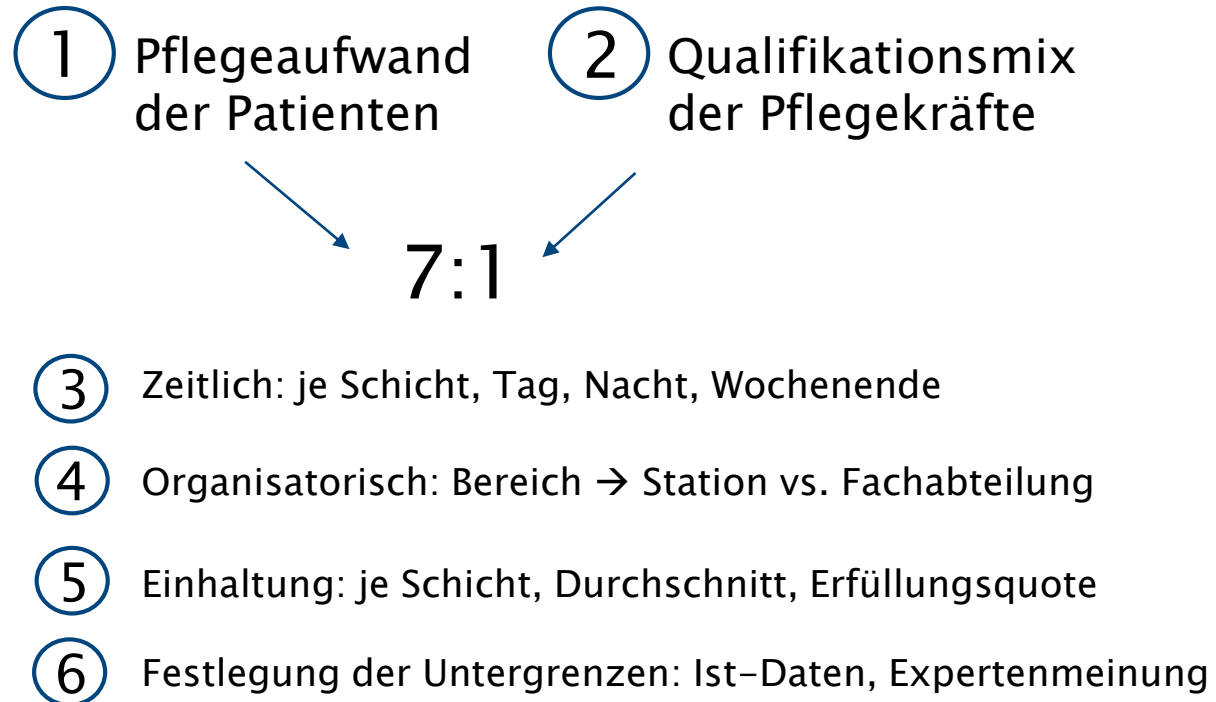
**Pflegepersonaluntergrenzen –
Expertenbefragung**

Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten
zur Identifikation von pflegesensitiven
Bereichen in Krankenhäusern

IGES

März 2018

Problemdimensionen



Hauptproblem: Pflege war eine empirische Wüste

- ▶ Wir hatten **keine Transparenz** über die **Stationsbesetzung** in den Krankenhäusern.
- ▶ Wir wissen nicht, wo und wann Fehler geschehen.
- ▶ Wir haben **kaum Studien** zur **deutschen Versorgungssituation**.

Ansatz der Selbstverwaltungspartner:

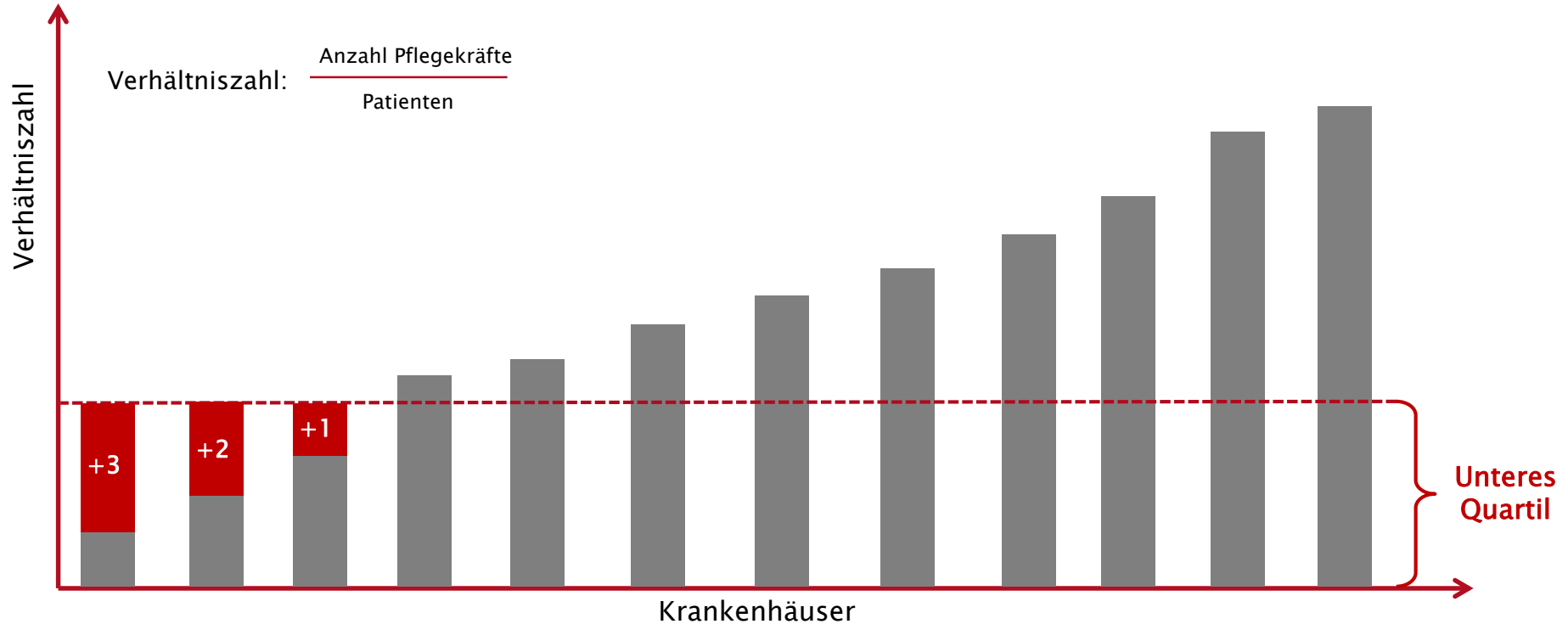
1. Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen verteilungsbasiert anhand des sog. Perzentilansatzes
2. Erhebung und Auswertung von empirischen Daten zur IST-Pflegepersonalausstattung und Pflegeaufwand in Deutschland

Der Perzentilansatz

Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Personalanhaltszahlen!



Spitzenverband



KPMG-Studie 2018 zur Stationsbesetzung (1 / 2)

Intensivmedizin: Zwei Schweregradgruppen



Spitzenverband

Bereich: Intensivmedizin														
Variante 1: Patienten je Pflegekraft	Schweregrad: hoch					Schweregrad: niedrig								
	n	10%- Grenze	Anzahl unter Grenz- wert	25%- Grenze	Anzahl unter Grenz- wert	n	10%- Grenze	Anzahl unter Grenz- wert	25%- Grenze	Anzahl unter Grenz- wert				
Exam. PK														
Früh_WT	30	2,0	*	3	1,7	*	7	29	2,8	*	3	2,0	*	7
Spät_WT	28	2,4	*	2	2,2	*	7	27	2,5	*	2	2,2	*	6
Nacht_WT	28	3,1	*	2	2,7	*	7	23	3,4	*	2	3,3	*	5
Früh_WE	30	2,4	*	3	2,0	*	7	28	3,0	*	2	2,4	*	7
Spät_WE	28	2,6	*	2	2,3	*	7	27	3,1	*	2	2,4	*	6
Nacht_WE	29	3,0	*	2	2,6	*	7	25	3,7	*	2	2,9	*	6
Exam. PK + PHP														
Früh_WT	22	1,8	*	2	1,7	*	5	24	2,5	*	2	1,8	*	6
Spät_WT	21	2,3	*	2	2,1	*	5	20	2,5	*	2	2,1	*	5
Nacht_WT	21	3,1	*	2	2,7	*	5	17	3,5	*	1	3,0	*	4
Früh_WE	20	2,2	*	2	1,9	*	5	15	2,3	*	1	1,9	*	3
Spät_WE	20	2,5	*	2	2,3	*	5	16	2,7	*	1	2,4	*	4
Nacht_WE	23	3,0	*	2	2,6	*	5	19	3,7	*	1	3,2	*	4

* signifikant auf 95%-Niveau | WT: Wochentag | WE: Wochenende

Tabelle 7 Übersicht der Schweregrade in der Intensivmedizin (Variante 1)

Quelle: Abschlussbericht online
abrufbar; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflegelast_Studie_final.pdf

KPMG–Studie 2018 zur Stationsbesetzung (2/2)

Geriatric: Ohne Schweregraddifferenzierung



Spitzenverband

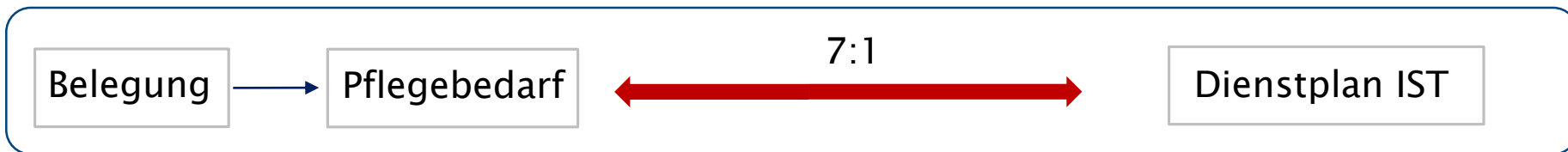
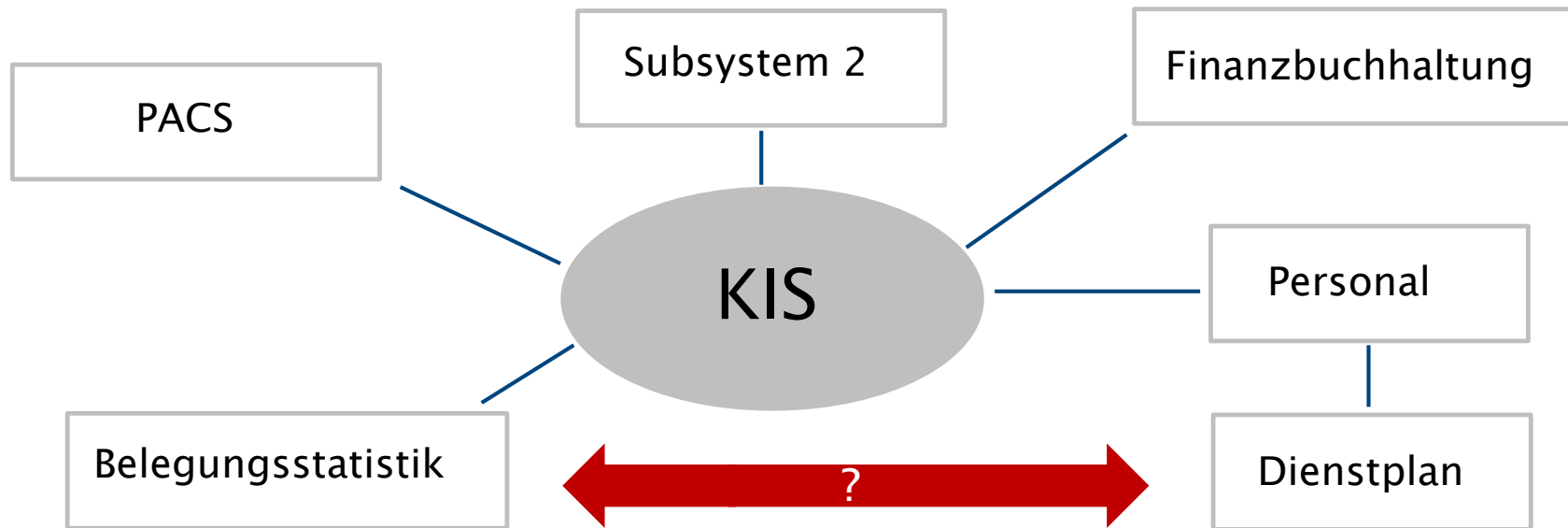
Bereich: Geriatrie (Variante 1a)						
Variante 1: Patienten je Pflegekraft	Ohne Schweregraddifferenzierung					
	n	10%- Grenze	Anzahl unter Grenzwert	25%- Grenze	Anzahl unter Grenzwert	
Exam. PK						
Früh_WT	29	10,1	2	9,6	7	*
Spät_WT	28	17,9	2	14,8	7	*
Nacht_WT	27	37,2	2	28,4	6	*
Früh_WE	28	13,4	2	11,2	7	*
Spät_WE	28	20,4	2	15,3	7	*
Nacht_WE	27	37,6	2	30,3	6	*
Exam. PK + PHP						
Früh_WT	28	8,5	2	7,0	7	*
Spät_WT	27	13,3	2	12,1	6	*
Nacht_WT	27	27,8	2	24,2	6	*
Früh_WE	28	9,4	2	8,7	7	*
Spät_WE	26	13,6	2	12,7	6	*
Nacht_WE	27	28,6	2	24,3	6	*

* signifikant auf 95%-Niveau | WT: Wochentag | WE: Wochenende

Tabelle 15 Übersicht der Schweregrade in der Geriatrie (Variante 1a)

Quelle: Abschlussbericht online
abrufbar; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflegelast_Studie_final.pdf

Dienstpläne und Belegungsstatistik



Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

vom 05.10.2018



Spitzenverband

Veröffentlichung im
Bundesgesetzblatt am
10.10.2018

1632 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Vom 5. Oktober 2018

Auf Grund des § 137i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, der durch Artikel 8b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ab dem 1. Januar 2019.

(2) Als pflegesensitiv werden die nach Maßgabe von § 3 zu ermittelnden Bereiche in Krankenhäusern festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie erbracht werden.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Pflegefachkräfte sind Personen, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufgesetz

Schichtenteilungen unberührt. Führt die Arbeitszeitgestaltung eines Krankenhauses dazu, dass eine Schicht sowohl der Tagschicht als auch der Nachtschicht nach den Sätzen 2 und 3 unterfällt, so kann das für diese Schicht vorgehaltene Personal anteilig den Schichten nach Satz 1 zugeordnet werden.

§ 3

Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in den Krankenhäusern

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt bis zum 31. Oktober 2018 die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern auf Grundlage

1. der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Jahres 2017 und
2. der in der Anlage enthaltenen Diagnosis Related Groups (Indikatoren-DRGs).

(2) Ein pflegesensitiver Bereich in Krankenhäusern umfasst die jeweilige Fachabteilung mit ihren Stationen für jeden Standort des Krankenhauses gesondert. Erstreckt sich eine Fachabteilung, die als pflegesensitiver Bereich in den Krankenhäusern ermittelt wird, über mehrere Standorte eines Krankenhauses, so gilt die Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Standort

Quelle:

[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%27bgbl118s1632.pdf%27\]#_bgbl_1539592672832](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl118s1632.pdf%27]#_bgbl_1539592672832)

Pflegepersonaluntergrenzen

- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen gelten schichtbezogen auf allen Stationen der pflegesensitiven Bereiche je Krankenhausstandort.

	Intensiv- medizin		Geriatric		Kardiologie		Unfallchirurgie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Max. Anzahl von Patienten pro 1 Pflegekraft	2,5*	3,5*	10	20	12	24	10	20
Max. Anteil von Pflegehilfskräften	8%	8%	20%	40%	10%	15%	10%	15%

* Diese Verhältniszahlen für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gelten für die Jahre 2019 und 2020.
Ab dem 01.01.2021 gilt für die Tagschicht das Verhältnis von „2 : 1“ und für die Nachtschicht das Verhältnis von „3 : 1“ (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 PpUGV).

Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

KPMG-Studie



PpUGV



- Keine Risikoadjustierung
- Keine Wochentagsdifferenzierung
- 2 statt 3 Schichten
- 4 statt 6 pflegesensitive Bereiche

PpUG–Nachweis–Vereinbarung

Quartalsmeldungen der Krankenhäuser

- ▶ Ermittlung für jede Station eines pflegesensitiven Bereiches je Standort
- ▶ Quartalsweise Übermittlung zum 15.04., 15.07., 15.10. und 15.01.

Pflege-sensitiver Bereich	Station	Monat	Schicht-art	Pflegepersonal-ausstattung		Patienten-belegung	Anzahl gerissener Schichten
				Fachkräfte	Hilfskräfte		
Intensiv-medizin	Station 1	Januar	Tag	3	1	15	2 von 31
			Nacht	1	2	15	3 von 31
	Station 2	Januar	Tag	2	2	15	2 von 31
			Nacht	1	2	15	4 von 31
Geriatric	Station 1	Januar	Tag	2	3	25	6 von 31
			Nacht	1	2	25	10 von 31

Beispiel

Auswertung der Nachweise 1. Quartal 2019

Grundgesamtheit:

- ▶ Verwertbare Daten von 798 Krankenhäusern mit 21.462 schicht- und stationsbezogene Meldungen für die vier pflegesensitiven Bereiche im 1. Quartal 2019
- ▶ Durchführung der Plausibilisierung der Daten durch das InEK → Bereinigung von Mehrfachnennungen sowie vertauschten Angaben (bspw. Tag-/Nachtschicht), Entfernung von Nullzeilen
- ▶ Limitationen: erstmalige Datenmeldung der Krankenhäuser, keine Sanktionierung bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

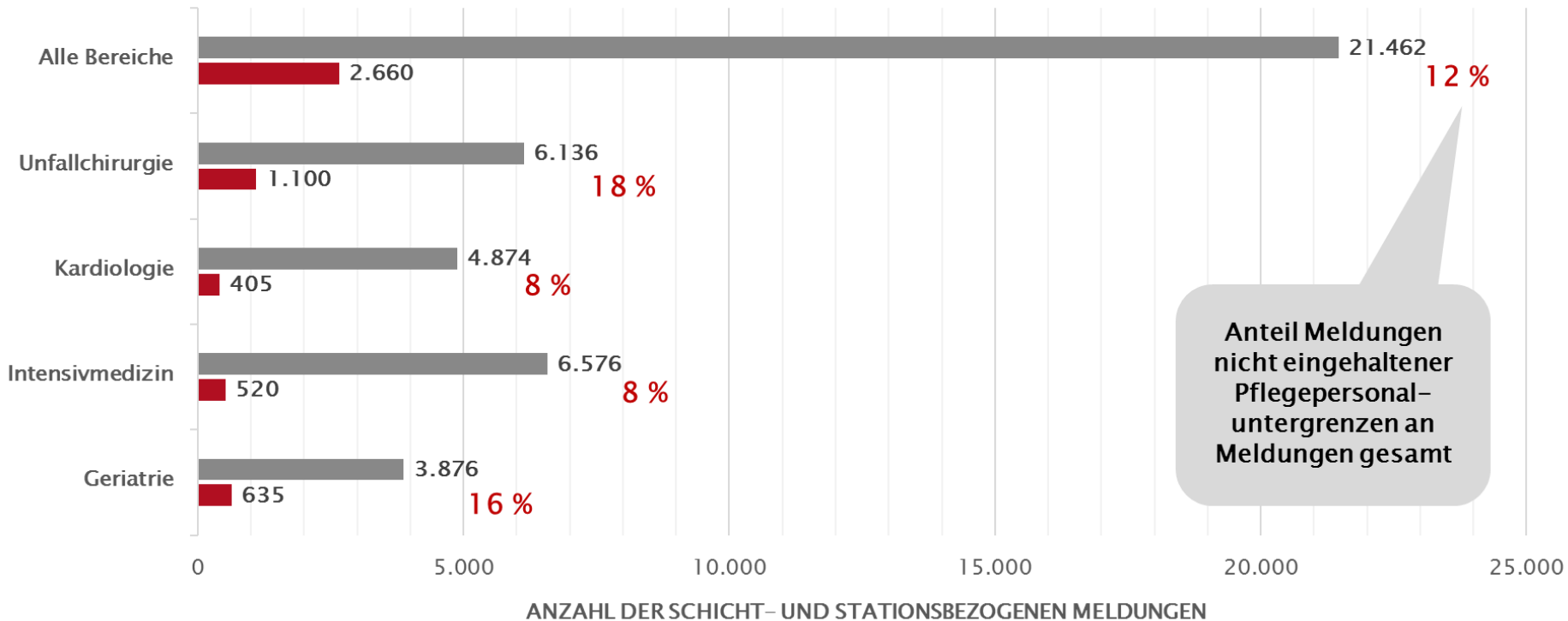
Nichteinhaltung Pflegepersonaluntergrenzen je pflegesensitiven Bereich

Monatliche Durchschnittswerte



Spitzenverband

■ Meldungen gesamt ■ Meldungen nicht eingehaltener Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt

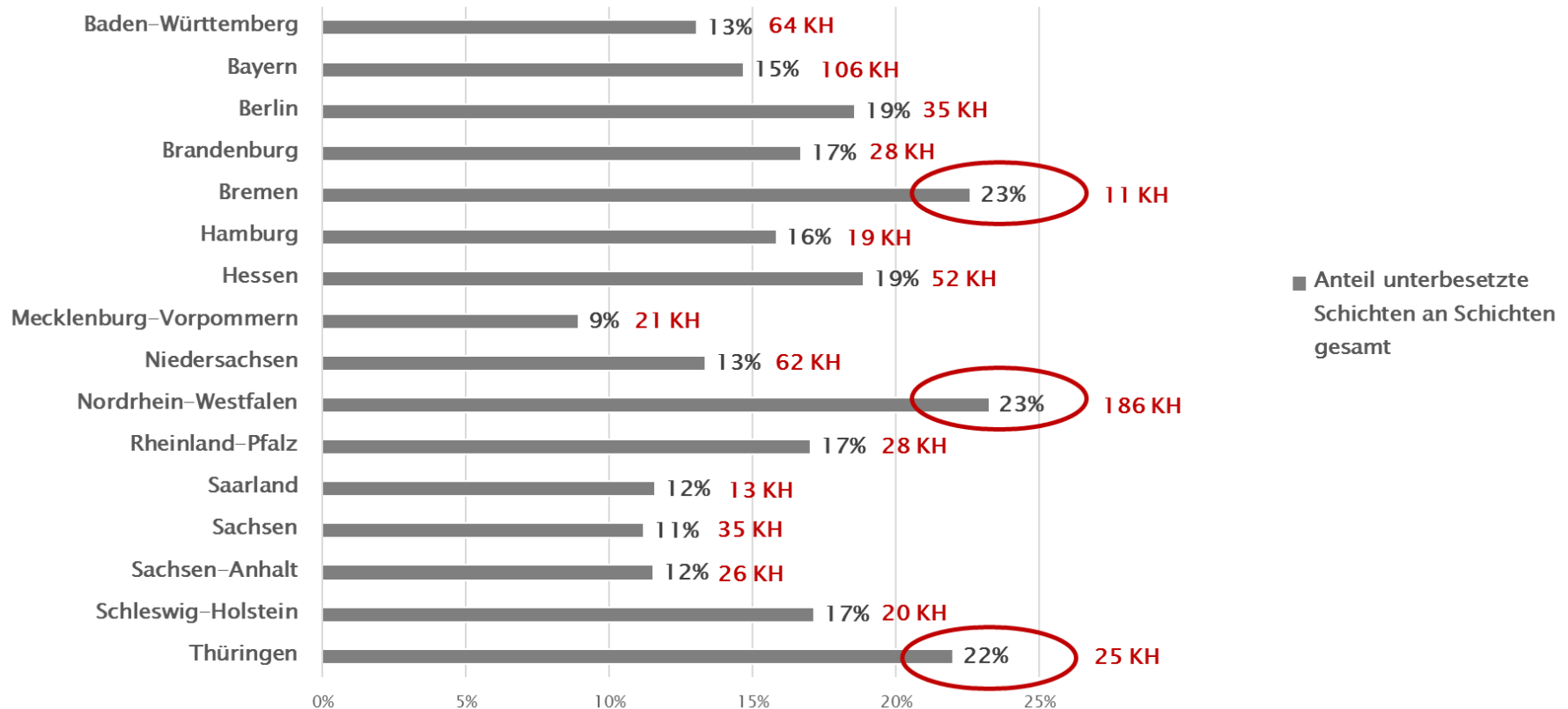


Unterbesetzte Schichten je Bundesland

Anzahl der Krankenhäuser



Spitzenverband



PpUG–Sanktions–Vereinbarung

§ 137i Abs. 1 S. 10 SGB V i. V. m. § 137i Abs. 5 SGB V

Konsentierte Eckpunkte und Dissens

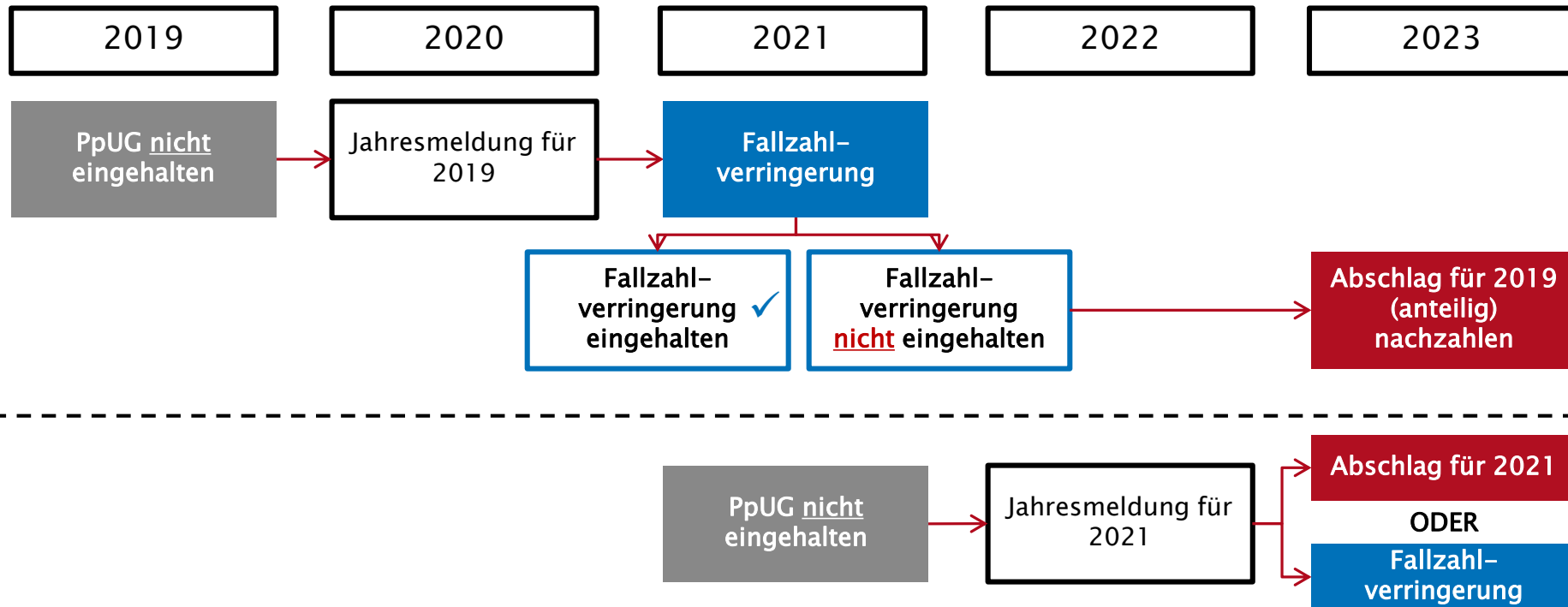
Eckpunkte	Sanktion
1. Nichtmeldung der Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none">• InEK–Meldung: zwei Wochen Nachmeldefrist, 10.000 Euro Sanktion• Quartalsmeldungen: zwei Wochen Nachmeldefrist, 20.000 Euro Sanktion• Jahresmeldung: vier Wochen Nachmeldefrist<ul style="list-style-type: none">– 2019: 20 % Unterschreitung der PpUG– 2020: 33 % Unterschreitung der PpUG– 2021: 50 % Unterschreitung der PpUG– ab 2022: 66 % Unterschreitung der PpUG
2. Abschlagshöhe	<ul style="list-style-type: none">• 2019: 1,35–facher Wert der Personalkosten für Unterbesetzung• ab 2020: 0,35–facher Wert
3. Unzulässige Personalverlagerungen	<ul style="list-style-type: none">• vorerst keine Sanktion (Prüfung in 2019)
4. Ausnahmetatbestände	<ul style="list-style-type: none">• ergänzend zu § 8 Abs. 2 PpUGV: hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Nachbarkrankenhäusern
5. Fallzahlverringerung	<ul style="list-style-type: none">• Dissens

Fallzahlverringerung als Sanktion

Festsetzung der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG vom 25.03.2019



Spitzenverband



PpSG: Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

ab
2021

jährlich weitere Bereiche mit
Pflegepersonaluntergrenzen

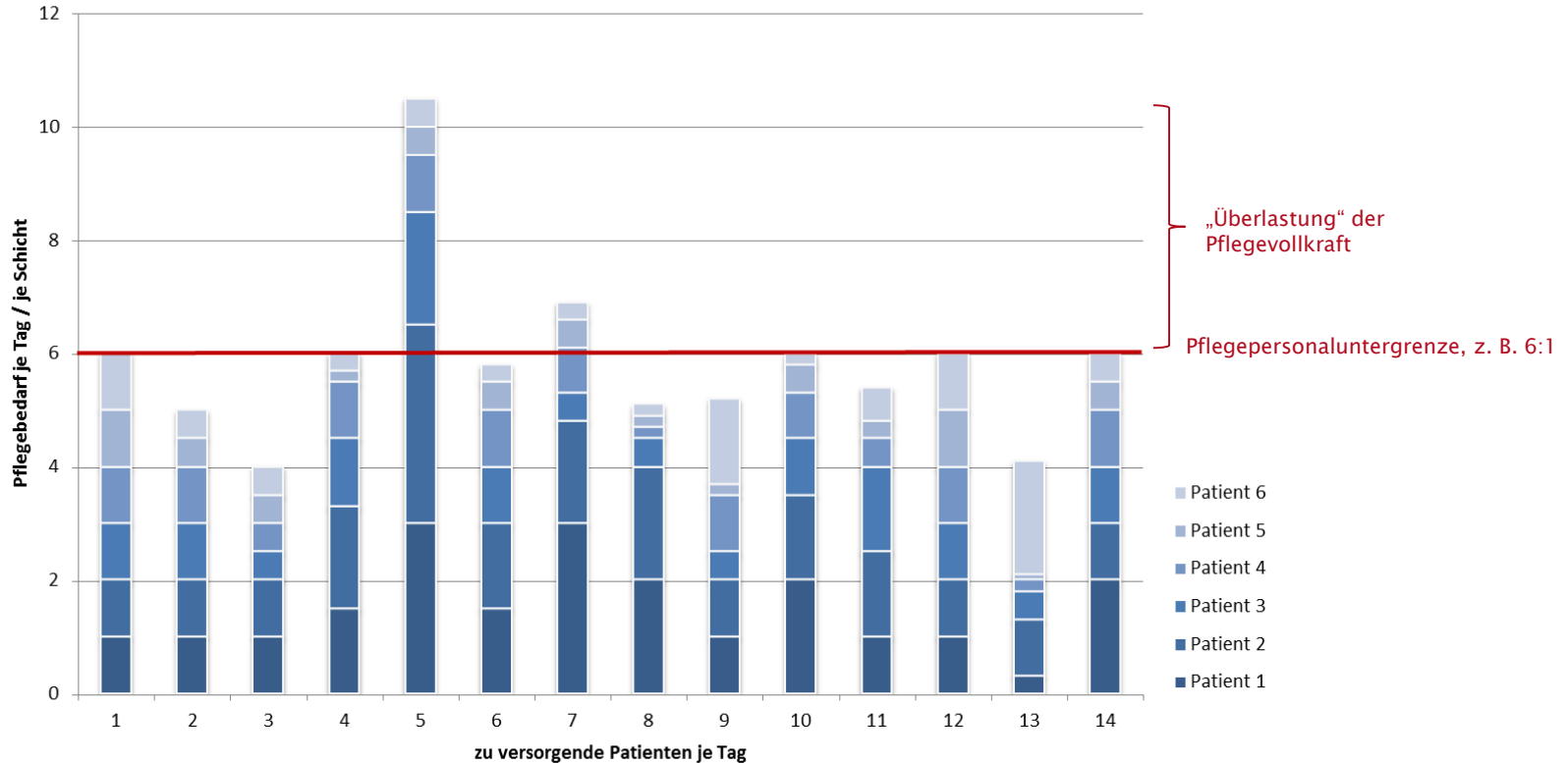
2020

- neue Pflegepersonaluntergrenzen für bestehende vier Bereiche
- Ergänzung: Herzchirurgie und Neurologie
- Schweregradadjustierung anhand Pflegeaufwand

2019

- verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in vier Bereichen
- 1. Quartal: keine Sanktionen bei Nichteinhaltung

Heterogener Pflegeaufwand – Notwendigkeit einer Risikoadjustierung



Heterogener Pflegeaufwand – Notwendigkeit einer Risikoadjustierung

Mögliche Ansätze



Spitzenverband

Schweregradgruppen	Pflegebedarfsäquivalent	...
<ul style="list-style-type: none">• 2 bis 3 Schweregradgruppen (hoch, mittel, niedrig)• Zuordnung der pflegesensitive Bereiche anhand ihrer Pflegelast einer Schweregradgruppe• Differenzierte Pflegepersonaluntergrenzen je Schweregradgruppe je pflegesensitiven Bereich (<u>drei</u> je Bereich)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Eine</u> Pflegepersonaluntergrenze je pflegesensitiven Bereich: Pflegekraft zu Pflegebedarfsäquivalent• Unterstützt Personaleinsatzplanung in Abhängigkeit des tatsächlichen Pflegebedarfs einer Station• Personaleinsatzplanung bleibt Aufgabe des Krankenhausmanagements• Erfordert digitale Unterstützung	

Datenerhebung und Auswertung des InEK

§ 137i Abs. 3a SGB V

- ▶ Ziel: Schaffung einer repräsentativen Datengrundlage für schweregradadjustierte Pflegepersonaluntergrenzen
- ▶ Aktuelle Datenerhebung für sechs pflegesensitive Bereiche
- ▶ InEK–Ziehung der Krankenhäuser für Datenerhebung (25.01.2019):
 - Ziehung von **794 Krankenhäuser** für die Datenlieferung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen
 - ▶ > 60 % der Krankenhäuser für einen pflegesensitiven Bereich, nur zwei Krankenhäuser für fünf Bereiche
 - Frist für Datenlieferung der Krankenhäuser an das InEK: 31.05.2019
 - pauschale Aufwandserstattung für Krankenhäuser
 - Übergabe der Datenauswertung durch das InEK an Selbstverwaltungspartner im Juli 2019

Weitere Informationen sowie die Liste der gezogenen Krankenhäuser finden Sie unter: <https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen/Weiterentwicklung>.

Pflegepersonaluntergrenzen–Vereinbarung für 2020

§ 137i Abs. 1 SGB V



Kernforderungen des GKV–Spitzenverbandes

- ▶ Stations– und Schichtbezug der Pflegepersonaluntergrenzen und der Nachweise beibehalten
 - Bundeseinheitliche Stationsdefinition
- ▶ Schweregradadjustierung anhand Pflegeaufwand stufenweise umsetzen
 - Stufe 1 (2020): Differenzierung von Schweregradgruppen
 - Stufe 2 (perspektivisch): Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen als Verhältnis von „Pflegekraft zu Pflegebedarfsäquivalenten“
- ▶ Weitere pflegesensitive Bereiche ab 2021: Innere Medizin, Chirurgie sowie explizite Berücksichtigung pädiatrischer Bereiche
- ▶ Weiterentwicklung der PpUG–Nachweis–Vereinbarung: insbesondere Ermittlung der durchschnittlichen Patientenbelegung je Station

Pflegepersonaluntergrenzen–Vereinbarung für 2020

§ 137i Abs. 1 SGB V



Spitzenverband



Aktuelle Verhandlungen:

- ▶ DKG propagiert ihre „Eckpunkte für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung“ (20.03.2019)
- ▶ Ziel: Abschaffung stations- und schichtbezogener PpUG
- ▶ Entwicklung eines Pflegepersonalbemessungsinstrument auf Ganzhausebene
- ▶ Nachweisen der Einhaltung der Untergrenze im Jahresdurchschnitt
- ▶ Sanktionen bei Unterschreiten der Untergrenze, aber drei Jahre sanktionsfreie Übergangsphase



Service



PRESSE

DKG legt Eckpunkte für Strukturveränderungen und Personalbemessung fest

Ende einer destruktiven Krankenhauspolitik

20. März 2019

Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat auf seiner gestrigen Sitzung zwei grundlegende Beschlüsse zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung getroffen. „Wir sind uns alle bewusst, dass wir im Bereich der Personalbesetzung neue Wege gehen müssen. Zudem brauchen wir den Mut, uns aktiv in die Veränderung der Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung einzubringen“, erklärte der Präsident der DKG, Dr. Gerald Gaß.

Die DKG will in einem Schulterschluss mit Deutschem Pflegerat, Pflegekammern und Gewerkschaften ein Personalbemessungsinstrument entwickeln, das eine angemessene Pflegepersonalausstattung definiert und die bürokratischen und fehlsteuernden Pflegepersonaluntergrenzen überflüssig macht. Dabei orientiert sich die DKG an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern. Das Instrument definiert den zukünftigen Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz). „Wenn dann ein aktives Personalmanagement und gute Führung sowie eine deutliche Entbürokratisierung hinzukommen, sind wir auf dem richtigen Weg. Es muss unser Ziel sein, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu erhöhen. So erfahren ausgebildete Pflegenden wieder mehr Wertschätzung und fühlen sich weiter an ihren Beruf gebunden. Aus dem aktiven Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte könnten sich zur Rückkehr in den Beruf entschließen und Mitarbeiter in Teilzeit ihre Arbeitszeit moderat erhöhen“, so Gaß.

Zusätzlich hat der Vorstand beschlossen, sich aktiv der Strukturdebatte zu stellen. Der Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich muss in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. „Wir werden nur dann unterschiedliche Interessen vereinigen können, wenn sich die Veränderungen konsequent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientieren, transparent ausgestaltet werden und schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen geben. Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften sind bereit sich aktiv und gestaltend in der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in den Regionen einzubringen. Gleichzeitig muss aber auch die destruktive Politik der Strukturbereinigung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben“, so der Präsident.

Pflegepersonaluntergrenzen 2020

Wieder eine Ersatzvornahme?

Anhaltzahlen können die Selbstkostendeckung für das Pflegebudget ablösen, aber nicht die Pflegepersonaluntergrenzen!

- Personalanhaltzahlen sind Budgetschutz.
- Personaluntergrenzen sind Patientenschutz.

Gang der Handlung

1. Ausgliederung der Pflege aus den DRGs
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Digitale Pflegedokumentation
4. Fazit

Aktuelle Aspekte der Pflegedokumentation

- ▶ **Gesetz:**

Bis zum 28.02.2019 sind zu streichende Prozedurenschlüssel zu benennen, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nicht mehr benötigt werden (§ 9 Abs. 1 Nr. 9 KHEntgG).

- ▶ **Gesetzesbegründung:**

Entlastung im Dokumentationsaufwand, insbesondere durch Streichung des PKMS

- ▶ **Aktuelles: (BMG-Schreiben)**

PKMS bleibt 2020 noch erhalten, wird dann substituiert.

Erfassung von Pflegebedarf und Pflegeleistungen

- ▶ Änderungsvorschläge für den OPS 2020 im DIMDI:

OPS 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment in der Akutpflege

OPS 1-946 Pflege-Bedarfs-Score für Kinder und Jugendliche

OPS 9-21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege

Bedarfs-
erfassung

Leistungs-
erfassung

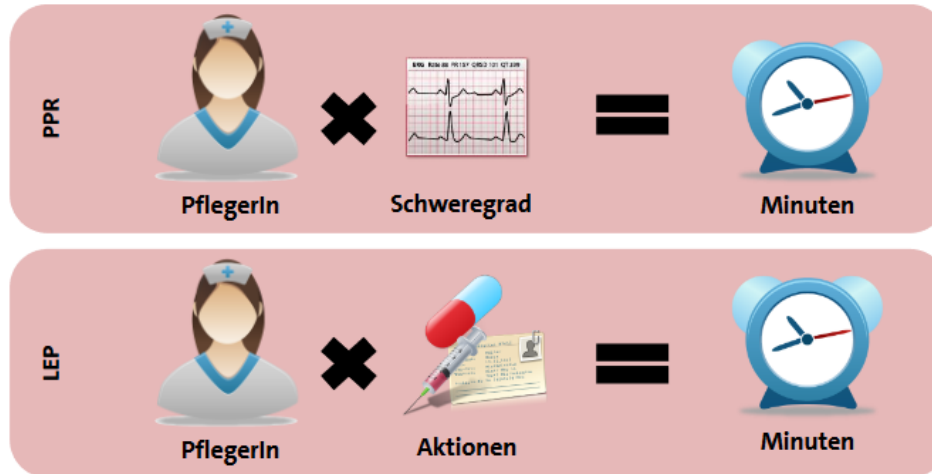
- ▶ Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2020 im DIMDI:

Erweiterung der U50. und U51. um ein weiteres pflegerisches Assessmentinstrument

Bedarfs-
erfassung

Pflegedokumentation als Grundlage für Personalbemessung

- ▶ Grundlage für eine realistische Personalkalkulation ist die Erfassung von Pflegebedarf und Pflegeleistung
- ▶ Bsp. für Planungsinstrumente



Bedarfserfassung:
Zuordnung von
Pflegerminuten zu Fall auf
Basis von Kriterien

Quelle der Abbildung:
Schreyögg J, Milstein R, Hamburg Center for Health Economics. Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit. Hamburg 2016

Digitale Pflegedokumentation

- ▶ Ziel: Doppelerfassung vermeiden!
- ▶ Umsetzung: Einmalige elektronische Erfassung, Ableitung von Pflegebedarf und Pflegeleistung durch Datenexport aus der digitalen Pflegedokumentation.
- ▶ Die komplette Risikoadjustierung muss sich aus der Pflegedokumentation ableiten lassen – nicht nur die „PKMS-Fälle“.
- ▶ Spätestens Ende des 1. Quartals 2020 sollte eine digitale Basisdokumentation vom DIMDI veröffentlicht werden.

Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

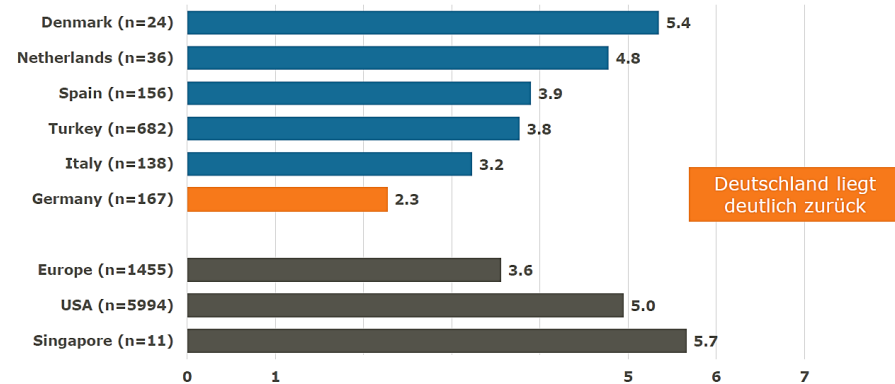
Beispiel: EMRAM-Score

Electronic Medical Records Adoption Model (EMRAM): Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads elektronischer Dokumentation und Prozesse in Krankenhäusern

EMR Adoption Model SM	
Stufe	Kumulative Voraussetzungen
Stufe 7	Lückenlose ePA integriert alle klinischen Bereiche (z.B. Ambulanz, Intensivstation, Notaufnahme) und ersetzt alle (medizinischen) Papierakten; Einsatz von Standards zum Datenaustausch für die integrierte Versorgung; Data Warehouse als Basis für klinische- und betriebliche Analysen
Stufe 6	Klinische Dokumentation interagiert mit intelligenter klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf diskreten Datenelementen) UND Vorhandensein eines IT-gestützten, geschlossenen Medikationsgabeprozesses (closed loop medication)
Stufe 5	Integrierte Bildmanagementlösung (z.B. PACS) ersetzt alle filmbasierten Bilder
Stufe 4	Elektronische Verordnung mit klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf einer Rules-Engine) in mindestens einem klinischen Bereich und für Medikation
Stufe 3	IT-gestützte klinische Dokumentation sowie Einsatz elektronischer Verordnungen durch Ärzte bzw. Pflegepersonal; dies beinhaltet auch die Dokumentation der Medikamentengabe (eMAR)
Stufe 2	Eine Elektronische Patientenakte (bzw. ein Clinical Data Repository) ermöglicht die Zusammenfassung und Normalisierung von Daten aus verschiedenen klinischen Quellen im gesamten Krankenhaus
Stufe 1	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind installiert bzw. Daten von externen Dienstleistern können elektronisch verarbeitet werden
Stufe 0	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind nicht installiert bzw. Daten von externen Dienstleistern können nicht elektronisch verarbeitet werden



EMRAM (Mittelwerte) im Ländervergleich



Source: HIMSS Analytics Database, Q4/2017 (data from 1/2014 – 12/2017), Status as of 1/1/2018

GKV-HIMSS Treffen, 13.02.2018, Berlin

Gang der Handlung

1. Ausgliederung der Pflege aus den DRGs
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Digitale Pflegedokumentation
4. Fazit

Fazit

1. Pflege ist die zentrale Controlling-Herausforderung in 2020.
2. Der „Pflexit“ ist ein Fehler. Alles sieht danach aus, dass er durchgezogen wird.
3. Die Pflegeausgliederung schafft neue Optimierungsfunktionen. Gehen Sie nicht davon aus, dass diese lange Bestand haben werden.
4. Die Pflegeausgliederung macht die Budgetverhandlung 2020 extrem konfliktträchtig.
5. Im Krankenhaus-Controlling zeigt sich ein Digitalisierungsdefizit: Die Dienst- und Belegungspläne werden nicht überall routinemäßig zusammengespielt.
6. Pflegepersonaluntergrenzen sind echter Patientenschutz. Mittelfristig kommen sie für alle Schichten und alle Stationen.
7. Pflegebedarf und Pflegeleistung müssen zentraler Bestandteil des Controllings werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de