

# Pflegepersonaluntergrenzen

## Die Sicht der Krankenkassen

Bundesverband Pflegemanagement  
Berlin, 31.07.2017

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
GKV-Spitzenverband

# Gang der Handlung

1. Pflegequalität – ein Problem?
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegebedarf im DRG-System
4. Pflegepersonaluntergrenzen
5. Pflegebedarfsgrupper
6. Pflegesensitive Bereiche
7. Pflege – Teil eines größeren Problems

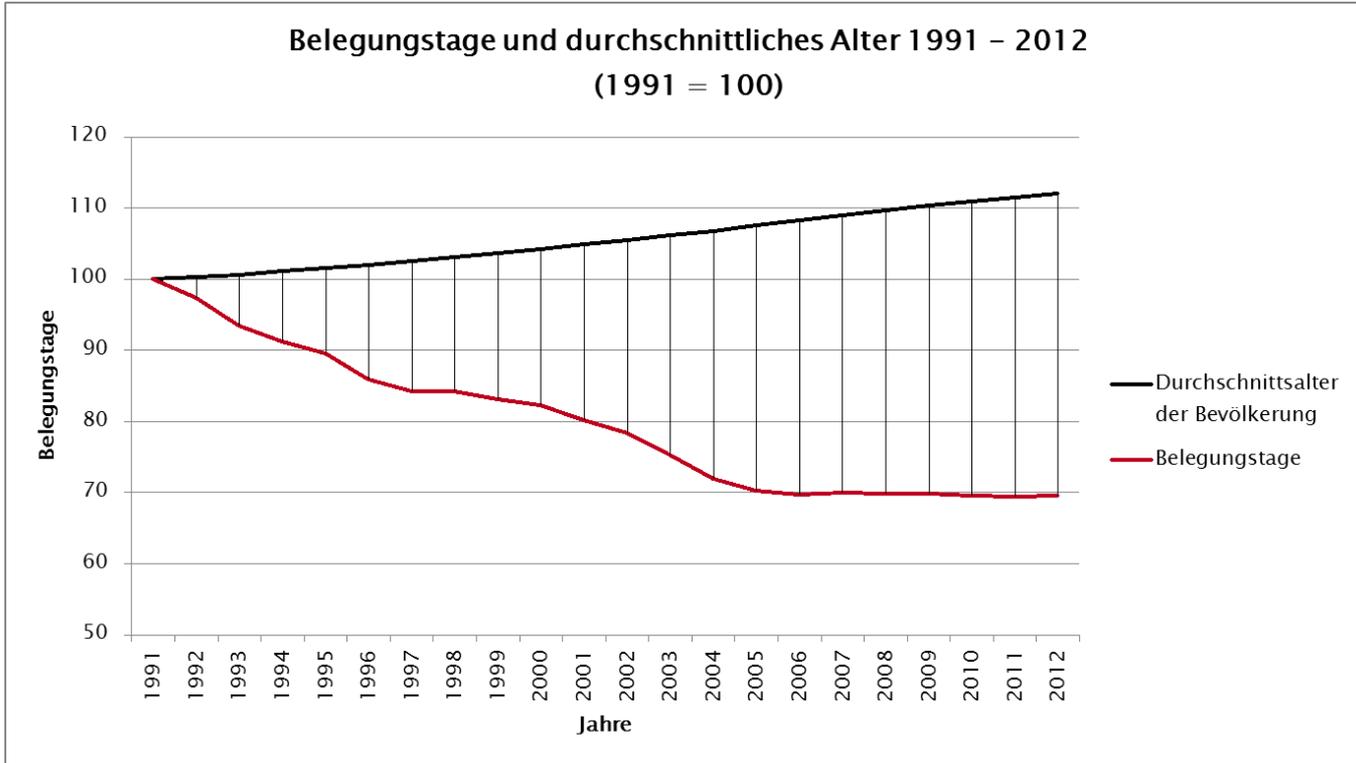
# Historie

- ▶ 1993: Pflege-Personalregelung (PPR)
  - Unterscheidung nach Alter sowie von allgemeiner und spezieller Pflege
  - Erfassung von Minutenwerten
- ▶ 1996: Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- ▶ 1997: Außerkraftsetzen durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- ▶ 2006: PPR zu Kalkulationszwecken im DRG-System
- ▶ 2008: 1. Pflegegipfel
- ▶ 2009: 2. Pflegegipfel; Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
  - 1. Pflegestellen-Förderprogramm, Ziel: 17.000 neue Stellen in drei Jahren
  - zusätzliche Finanzmittel über DRG-System in Bereiche mit erhöhtem pflegerischen Aufwand

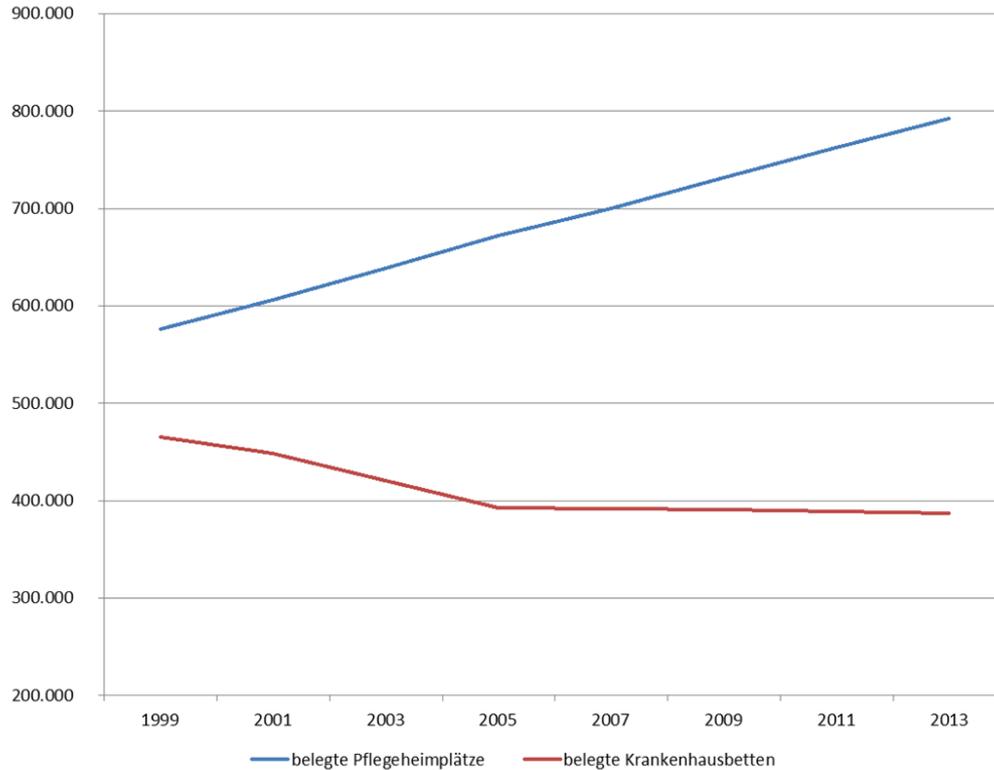
# Aktuelle Maßnahmen

- ▶ 2016: Krankenhausstrukturgesetz
  - 2. Pflegestellen-Förderprogramm
  - Pflege-Expertenkommission
  
- ▶ 2017: Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (EpiModIfSG)

# Kleine Provo: Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus.

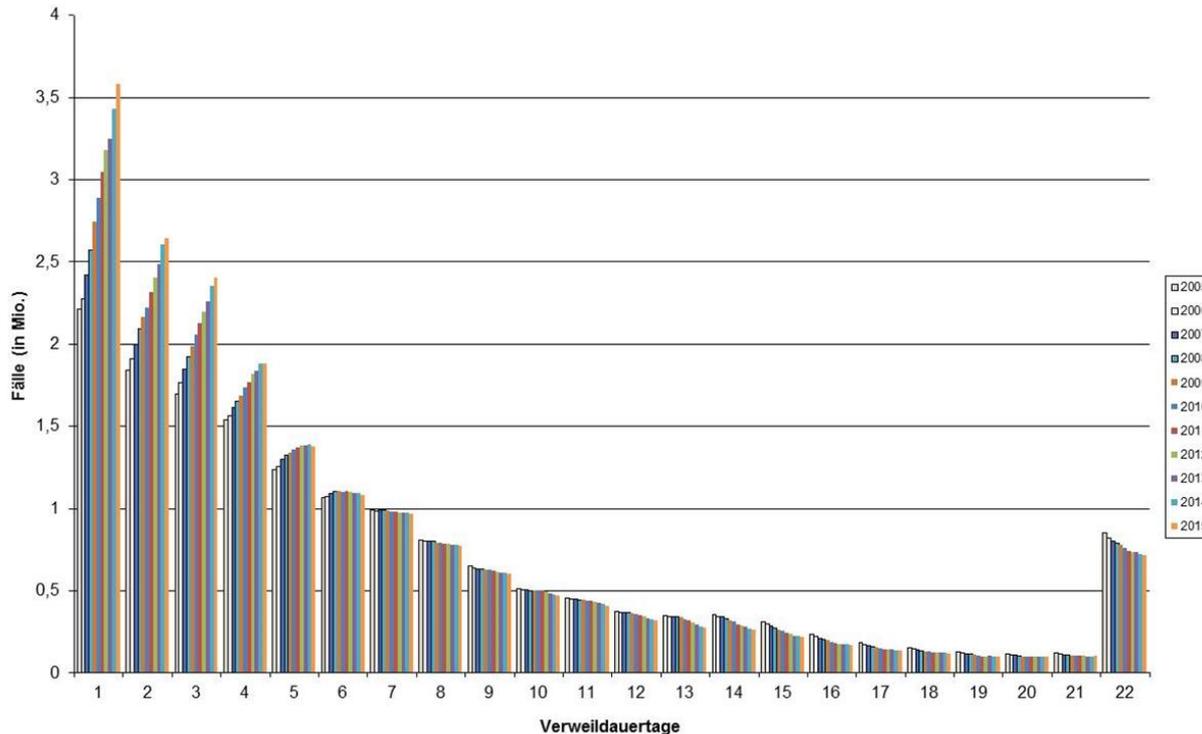


# Belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze



Quelle: Destatis

# Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2015 (Jahr der Entlassung)



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG

- 2005: 16,1 Mio.
- 2015: 18,7 Mio.
- + 1,4 Mio. Fälle mit einem Tag VWD
- + 60 %

# Gang der Handlung

1. Pflegequalität – ein Problem?
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegebedarf im DRG-System
4. Pflegepersonaluntergrenzen
5. Pflegebedarfsgrupper
6. Pflegesensitive Bereiche
7. Pflege – Teil eines größeren Problems

# Beratungsergebnisse der Pflege-Expertenkommission

- ▶ Seit 2015 insgesamt 5 Beratungsrunden
- ▶ Abschlusspapier zu den Beratungsergebnissen vom 07.03.2017
  
- ▶ Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms
  - Erhöhung des Pflegezuschlags um den im letzten Förderjahr verausgabten Betrag (max. 330 Mio. Euro)
- ▶ Verbesserte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs
  - Berücksichtigung der Pflegegrade im DRG-System
- ▶ Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen
  - Kurzfristiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf mit Wirkung zum 01.01.2019

- ▶ Gutachten von Prof. Dr. Schreyögg:

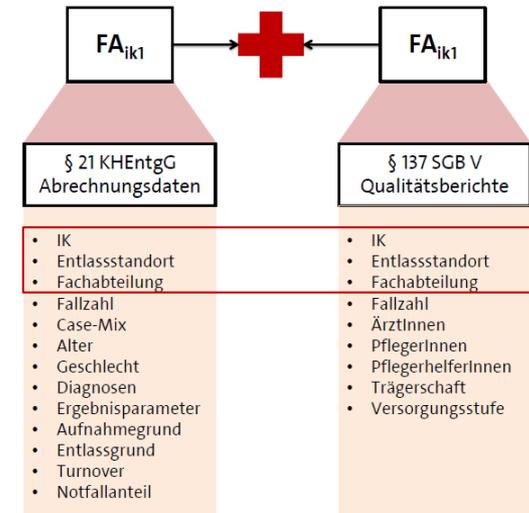
## Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland

**hche** | Hamburg Center  
for Health Economics

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

- ▶ Ziel: datenbasierte Ermittlung der Fachabteilungen, die besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege sind
- ▶ Datenbasis: Zusammenführung der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Daten der Qualitätsberichte
- ▶ Methodenkritik, u. a. vom InEK

Abbildung 1: Zusammenführung der Datenquellen und deren Informationen



# Pflegesensitive Ergebnisindikatoren (PSEI)

Nr.	Indikator	ICD-10-Kodierung	Wiss. Evidenz
1	Dekubitus	L89	Needleman et al., 2002; Cho et al, 2003; Mattke et al., 2004; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg, Gelder und Myers, 2015
2	Harntraktinfektion	N39.0 T83.5	Kovner et al., 2002; Needleman et al, 2002 ; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004 ; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011 ; Twigg, Gelder und Myers, 2015
3	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	U69.00	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002 ; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Kane et al., 2007; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg, Gelder und Myers, 2015
4	Thrombose der Vene der Beine	I80.1; I80.2; I26.8;I26.9; I82.8	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011 ; Twigg, Gelder und Myers, 2015
5	Geschwür, Gastritis, Gastrointestinale Blutung	K25-K25.3; K25.9; K26-K25.3; K26.9; K27-K27.3; K27.9; K28-K25.3; K28.9; K29.0; K29.1; K29.6; K22.8	Needleman et al., 2002; Mattke et al., 2004; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011

Nr.	Indikator	ICD-10-Kodierung	Wiss. Evidenz
6	Sepsis	A40; A41; A49.9; A49; A49.9; R57.2; R65.0 – R65.3; R65.9	Needleman et al., 2002; Cho et al., 2003; Mattke et al., 2004; Kane et al., 2007; Weissman et al., 2007 ; Carryer et al., 2010
7	Schock/ Herzstillstand	I46.0; I46.1; I49.9; R09.2; R57.0; R57.1; R57.9; OPS8771	Needleman et al., 2002; Mattke et al., 2004; Kane et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011 ; Twigg, Gelder und Myers, 2015
8	Komplikationen des zentralen Nervensystems	F05.9; F43.2; F43.9, F44.88; R40.1; R40.2	Needleman et al., 2002; Mattke et al., 2004; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011 ; Twigg, Gelder und Myers, 2015
9	Infektion der Operationswunde	T79.3; T81.3; T81.4	Needleman et al., 2002; Cho et al, 2003; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011 ; Twigg, Gelder und Myers, 2015
10	Lungenversagen	J18.2; J95.1; J95.2; J96.0; J80	Kovner et al., 2002; Needleman et al., 2002; Kane et al., 2007; Weissman et al., 2007; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011 ; Twigg, Gelder und Myers, 2015
11	Physiologische/ metabolische Entgleisung	E11.10; E11.11; E10.10; E10.11; E86; E87.0- E87.8; T81.1; R34	Needleman et al., 2002; Carryer et al., 2010; Twigg et al., 2011 ; Twigg, Gelder und Myers, 2015
12	Mortalität	Entlassgrund 07/079 <sup>1</sup>	Needleman et al., 2002; Kane et al., 2007; Aiken et al., 2002 & 2003 & 2014

# Übersicht zu den signifikanten PSEIs in den Fachabteilungen



Spitzenverband

FA	PSEI1	PSEI2	PSEI3	PSEI4	PSEI5	PSEI6	PSEI7	PSEI8	PSEI9	PSEI10	Mort.
100 (Innere)	*		**	***	***	***	***	***	***	***	**
200 (Geriat.)	**	***		***	***	***	**		***	**	***
500 (Häma.)						**					*
700 (Gastro.)	**					*					*
1500 (Allg. C.)			*	**	**	***	***		***	**	***
1600 (Unfallc.)	*				***						**
1700 (Neuroc.)								*	*		
1800 (Gefäßc.)	*				*			*			
2100 (Herzc.)		*		***			**				**
2200 (Urol.)		***			*				***		
2300 (Ortho.)							*	**		***	
2800 (Neuro.)	**				***	***	***	***	***	**	***
3300 (Strahl.)				**	**	*	*		***		
3400 (Derma.)	**		***	**	**	*	**		***	***	**
3500 (Zahnh.)	*				***	**	*	*	*	**	**

- ▶ In **15 von 28** Fachabteilungen bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalausstattung und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse (z. B. Dekubitus, Infektionen).
- ▶ Ermittlung **unterer Grenzen** für die Personalbelastungsziffer (Dezil-, Quartilsgrenzen)
- ▶ Schätzung des personellen Mehrbedarfs und der Verbesserungen in den PSEIs

Legende:

\*\*\* p<0.001 (Sicherheit von 99,9%), \*\* p<0.01 (Sicherheit von 99%), \* p<0.05. Nicht signifikante Werte sind als rotes Feld gekennzeichnet.

# Gang der Handlung

1. Pflegequalität – ein Problem?
2. Pflege-Expertenkommission
3. **Pflegebedarf im DRG-System**
4. Pflegepersonaluntergrenzen
5. Pflegebedarfsgrupper
6. Pflegesensitive Bereiche
7. Pflege – Teil eines größeren Problems

# Pflegegrade im DRG-System 2018

1. Wahrscheinlich werden die Pflegegrade (3 – 5) im DRG-System 2017 durch zwei Zusatzentgelte berücksichtigt.
2. Die verlässliche Bewertung erfolgt durch jährliche Neukalkulation.

# Achtung: Pflegebedarf sagt nichts über Pflegeleistungen.

1. DRGs dienen zur Verteilung von Finanzmitteln zwischen Krankenhäusern – nicht zur Verteilung von Finanzmitteln innerhalb der Krankenhäuser.
2. Die Berücksichtigung des Pflegebedarfs sagt nichts darüber, ob Pflege auch bei der Pflege ankommt und schon gar nichts darüber, ob die Pflege auch beim Patienten ankommt.
3. Conclusio: Die Berücksichtigung des Pflegebedarfs löst ggf. bestehende Pflegeprobleme nicht.
4. Merksatz: Qualitätssicherung funktioniert nicht über die Finanzbuchhaltung.

# Gang der Handlung

1. Pflegequalität – ein Problem?
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegebedarf im DRG-System
4. Pflegepersonaluntergrenzen
5. Pflegebedarfsgrupper
6. Pflegesensitive Bereiche
7. Pflege – Teil eines größeren Problems

# GKV-Position: Personalvorgaben für qualitätskritische Pflegebereiche

- ▶ Die Cockpit-Metapher: Man erhöht die Sicherheit im Luftverkehr nicht dadurch, dass man den Fluggesellschaften Millionenbeträge zuschustert. Man erhöht sie auch nicht, indem man den Unternehmen eine Beschäftigtengesamtzahl vorschreibt. Aber, dass, wann immer eine Maschine abhebt, ein Copilot im Cockpit sitzt, hat etwas Beruhigendes.

# Neue Aufgaben und Fristen – Pflegepersonaluntergrenzen

	Aufgabe	Frist	Konfliktlösung
1	Zeitplan inkl. konkreter Zeitziele für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben an BMG	31.08.2017	–
2	Zwischenbericht an BMG	31.01.2018	–
3	Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen	30.06.2018	Ersatzvornahme durch das BMG
4	Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle
5	Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle
6	Mehrkostenvereinbarung	–	Schiedsstelle auf Antrag
7	Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG	31.07.2018	–
8	Vereinbarung zur Überführung der Mittel des PSP in den Pflegezuschlag	31.10.2018	–
9	Wissenschaftliche Evaluation inkl. Bericht an BMG und BT	31.12.2022	–

# Vertragsparteien und beteiligte Organisationen



- ständiger fachlicher Austausch
- Teilnahme an den Sitzungen
- Übermittlung der fachlichen Unterlagen



- Konzept für 21er Datensatz
- Auswertungen



# Grenzwertfestlegung in unterschiedlichen Gremien

- ▶ **Gemeinsamer Bundesausschuss**
  - Psychiatrie
  - Früh- und Reifgeborene (QFR-RL, früher NICU)
  - Intensiv Kinder
  
- ▶ **GKV – DKG**
  - Pflegesensitive Bereiche
  
- ▶ **DIMDI**
  - Komplexcodes
  
- ▶ **Stationäre Pflege: Anhaltszahlen nach § 113c SGB XI**

# Hauptproblem: Pflege ist eine empirische Wüste.

- ▶ Wir haben keinen Überblick über die Stationsbesetzung.
- ▶ Wir wissen nicht, wo und wann Fehler geschehen.
- ▶ Wir haben kaum deutsche Studien.
  
- ▶ ... und trotzdem sollen wir binnen Jahresfrist Pflegepersonaluntergrenzen festlegen.
  
- ▶ Wir sollten versuchen, innerhalb eines Jahres die Datenlage zu verbessern.
- ▶ Wir sollten die Grundlagen schaffen, langfristig verlässliche Daten zu haben.

# Gang der Handlung

1. Pflegequalität – ein Problem?
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegebedarf im DRG-System
4. Pflegepersonaluntergrenzen
5. Pflegebedarfsgrupper
6. Pflegesensitive Bereiche
7. Pflege – Teil eines größeren Problems

# Pflegebedarfsgrouper

1. Patienten haben unterschiedlichen Pflegebedarf. Wenn man Stationen mit unterschiedlichen Patienten vergleichen will, muss man Pflegeäquivalenz schaffen.
2. Patienten müssen mit gewichtetem Pflegebedarf in die Berechnung eingehen.
3. Psych-PV, PPR, LEP sind solche Gewichtungsansätze.
4. Wenn man nicht alle Patienten bundesweit eingruppiert will, dann muss der Pflegebedarf aus den 21er Daten mit einem Pflegebedarfsgrouper ermittelt werden.
5. Pflegepersonaluntergrenzen für Stationen machen nur Sinn, wenn man einen solchen Pflegebedarfsgrouper entwickelt.
6. Eine erste Version des Pflegebedarfsgroupers kann binnen Jahresfrist gelingen.

# Dienstplan-Übermittlung

1. Wer Pflegepersonaluntergrenzen verantwortlich festlegen will, benötigt zumindest eine repräsentative Stichprobe von Dienstplänen mit Personalbesetzung je Schicht und Station.
2. Ein weiterer Blindflug wie bei Frühgeborenen (QFR-RL) darf nicht passieren.
3. Zunächst reicht – wie bei der DRG-Kalkulation – eine freiwillige Teilnahme; mittelfristig wird man eine verpflichtende Übermittlung benötigen.

# Gang der Handlung

1. Pflegequalität – ein Problem?
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegebedarf im DRG-System
4. Pflegepersonaluntergrenzen
5. Pflegebedarfsgrupper
6. Pflegesensitive Bereiche
7. Pflege – Teil eines größeren Problems

## Preisfrage 1: Welcher Bereich?

1. Intensiv?
2. Eher arztferne Bereiche?
3. Bereiche mit vielen Multimorbiden?
4. Bestimmte Zeiten (Mitternacht)?
5. Medizinisch fragwürdige Bereiche?

## Preisfrage 2: Welcher Grenzwert?

1. Es gibt keine Literatur.
2. Die Übernahme internationaler Werte ist problematisch.
3. Es bleibt nur der Perzentil-Ansatz: Kappung der unteren x Prozent.

# Musterformular QFR-RL

„Anlage 5: Musterformular/Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der NICU

Datum	Schicht-Nr.	GKiKP insgesamt*	Anzahl Frühgeborene mit Geburtsgewicht <1500g		Personaleinsatz für Frühgeborene mit Geburtsgewicht <1500g		Personalschlüssel erfüllt**		Anzahl weitere Patienten versorgt durch die GKiKP			
			IT	IÜ	Nach QFR-RL rechnerisch benötigte GKiKP*	Tatsächlich eingesetzte GKiKP*	Ja / nein	IT	IÜ	Andere	Tatsächlich eingesetzte GKiKP*	
<b>Pflegeschlüssel</b>			1:1	1:2								
01.01.2017	1											
	2											
	3											

# Vorgaben Nachweisvereinbarung im EpiModIfSG

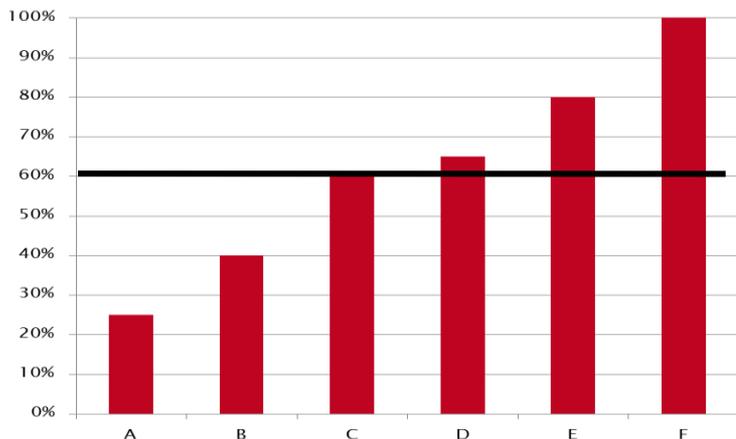
- ▶ Nachweis über den **Erfüllungsgrad** der Einhaltung ggb. GKV–Spitzenverband, DKG, PKV, Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und der Krankenhausplanungsbehörde
- ▶ Vereinbarung eines Nachweisverfahrens auf Bundesebene
  - Differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen
  - Nachweise können auf Jahresdurchschnittsbetrachtung basieren, soweit mindestens die Besetzung je Schicht erkennbar ist.
- ▶ Bestätigung des Wirtschaftsprüfers
- ▶ Darstellung des Erfüllungsgrades in den Qualitätsberichten
- ▶ Prüfung, inwieweit die Daten der Qualitätsberichte für die Nachweise genutzt werden können; ggf. Anpassung der Qb–Richtlinie

## Mehrkostenregelung zur QFR-RL (NICU)

- ▶ Ein Krankenhaus ist nur dann zuschlagsberechtigt, wenn der Anteil der richtlinienkonform besetzten Schichten in 2017 über dem bereits in den DRG finanzierten Anteil liegt („DRG-Grenze“).
- ▶ Es gibt einen fixen und einen variablen Anteil des Zuschlags.
  - Grundpauschale (fixer Anteil): Finanzierung der „übrigen“ Mehrkosten der QFR-RL (ca. 10 %)
  - Variabler Anteil dient der Finanzierung der richtlinienkonformen Betreuung der Frühgeborenen (ca. 90 %)
- ▶ Die Berechnung des variablen Anteils erfolgt erst ab Überschreiten der „DRG-Grenze“.

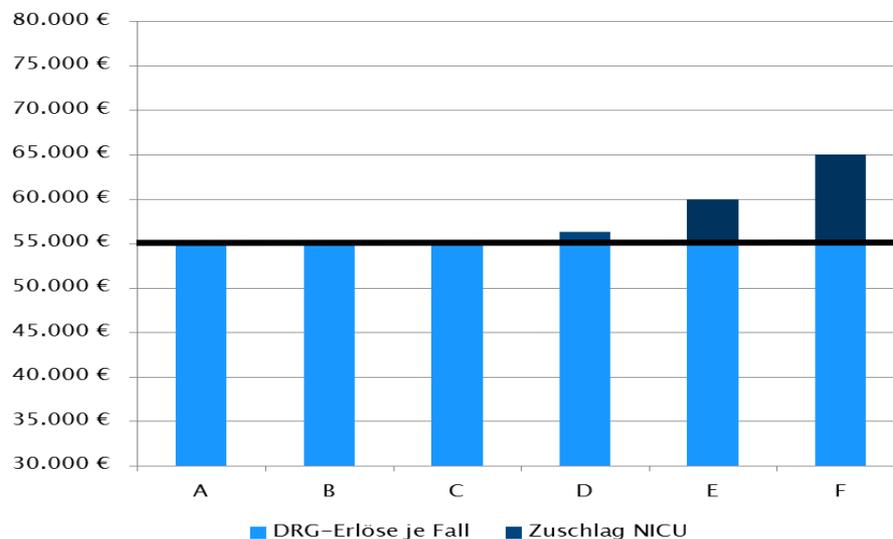
# Mehrkosten ab DRG-Grenze (Bezugsjahr 2017)

## Umsetzungsgrad



Annahme: Mit der DRG ist ein Teil der G-BA-Anforderungen finanziert.  
 DRG-Grenze: 60 %

## Finanzwirkung



Nur Krankenhäuser über der DRG-Grenze erhalten einen Zuschlag.

# Vorgaben zur Finanzierung im EpiModIfSG

- ▶ Grundsätzlich wird von einer Berücksichtigung des Personalaufwands in der DRG-Kalkulation ausgegangen.
- ▶ Rahmenvereinbarung darüber, welche Mehrkosten bei der Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG zu berücksichtigen sind
- ▶ Ergänzung des § 21 KHEntgG zum Zwecke der Mehrkostenprüfung:
  - a) Übermittlung von Angaben zur Zahl der in der Pflege beschäftigten Vollkräfte sowie zur Zahl der Pflegevollkräfte in den pflegesensitiven Bereichen
  - b) Festlegung auf Bundesebene zu den Daten und Einzelheiten der Datenübermittlung basierend auf einem InEK-Konzept

# Gang der Handlung

1. Pflegequalität – ein Problem?
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegebedarf im DRG-System
4. Pflegepersonaluntergrenzen
5. Pflegebedarfsgrupper
6. Pflegesensitive Bereiche
7. Pflege – Teil eines größeren Problems

1. Norwegen hat halb so viele Patienten je Pflegekraft.
2. Halb so viele Patienten ist eine gute Idee.
3. Die Hälfte der Patienten, die in Deutschland im Krankenhaus liegt, würde in Norwegen nicht ins Krankenhaus kommen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

