

G-DRG-Systementwicklung

aus Sicht des

GKV-Spitzenverbandes

42. Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 18.11.2019

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (1 / 3)

BR = Bundesrat BT = Bundestag AfG = Ausschuss für Gesundheit AfAS = Ausschuss für Arbeit und Soziales

| Gesetz | | Stand + Datum |
|----------------------------------|--|--|
| 2. DSAnpUG-EU | Zweites Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU | 2. Durchgang Bundesrat (20.09.2019) |
| RISG | Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz | Kabinettsbeschluss (voraussichtlich November) |
| Pflegelöhne-verbesserungs-gesetz | Gesetz für bessere Löhne in der Pflege | 2. Durchgang Bundesrat (08.11.2019) |
| „ATA/OTA-Gesetz“ | Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten | 2./3. Lesung im BT (07.11.2019) |
| MDK-Reformgesetz | Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen | 2./3. Lesung im BT (07.11.2019) |
| DVG | Digitale Versorgung-Gesetz | 2./3. Lesung im BT (07.11.2019) |

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (2/3)

BR = Bundesrat BT= Bundestag öffentl. Anhörung im AfG = öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit

| Gesetz | | Stand + Datum |
|------------------------------|---|--|
| GSAV | Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung | Verkündet im Bundesanzeiger (15.08.2019) |
| ApBetrO und AMPPreisV | Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung | Verkündet im Bundesanzeiger (21.10.2019) |
| | Gesetz zur Stärkung der Apotheke-Vor-Ort <i>Gutachten der EU-Kommission ausstehend</i> | 1. Lesung im BT (ungewiss) |
| EAMIV | Elektronische Arzneimittelinformationen-Verordnung | Verkündet im Bundesanzeiger (02.08.2019) |
| PpSG | Pflegepersonal-Stärkungsgesetz | Verkündet im Bundesanzeiger (14.12.2018) |
| PfIAFinV | Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung | Verkündet im Bundesanzeiger (10.10.2018) |
| TSVG | Terminservice- und Versorgungsgesetz | Verkündet im Bundesanzeiger (10.05.2019) |

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (3/3)

BR = Bundesrat BT = Bundestag öffentl. Anhörung im AfG = öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit

| Gesetz | | Stand + Datum |
|------------------|--|---|
| HebRefG | Hebammenreformgesetz | 2. Durchgang im BR (08.11.2019) |
| | Masernschutzgesetz | 2./3. Lesung im BT (14.11.2019) |
| PsychThGAusbRefG | Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz | 2. Durchgang im BR (08.11.2019) |
| EIRD | Implantateregister-Errichtungsgesetz | 2. Durchgang im BR (08.11.2019) |
| MPAnpG - EU | Medizinprodukte-Anpassungsgesetz | Kabinettsbeschluss (06.11.2019) |
| | Gesetz zur Reform der Notfallversorgung | Diskussionsentwurf (12.07.2019) |
| GKV-FKG | Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz | 1. Lesung im BT (voraussichtlich 12./13.12.2019) |

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Der „Pflexit“ – so klug wie der Brexit

Absehbar:

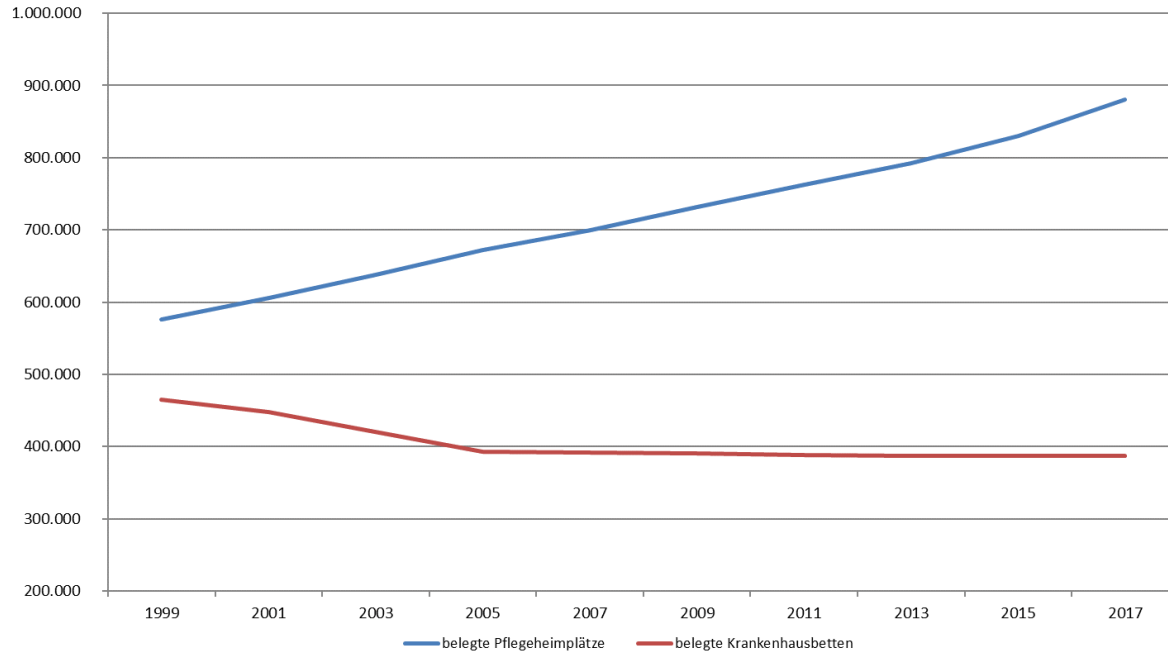
1. Selbstkostendeckung führt zur Maximierung der Kosten (kein Fokus auf Leistungen).
2. Pflegekräfte werden wieder zur Raumpflege eingesetzt.
3. Altenpflege, ambulante Pflegedienste und Reha werden durch Krankenhäuser leer gekauft.
4. Doppelfinanzierung durch Anrechnung von „pflegeentlastenden Maßnahmen“

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.

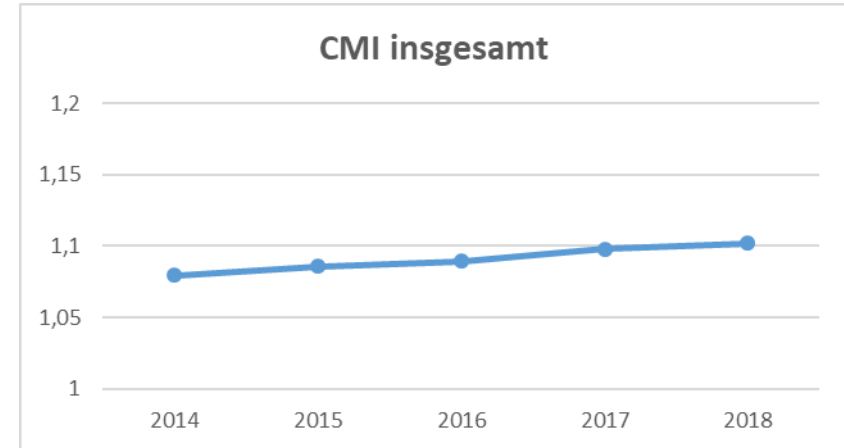
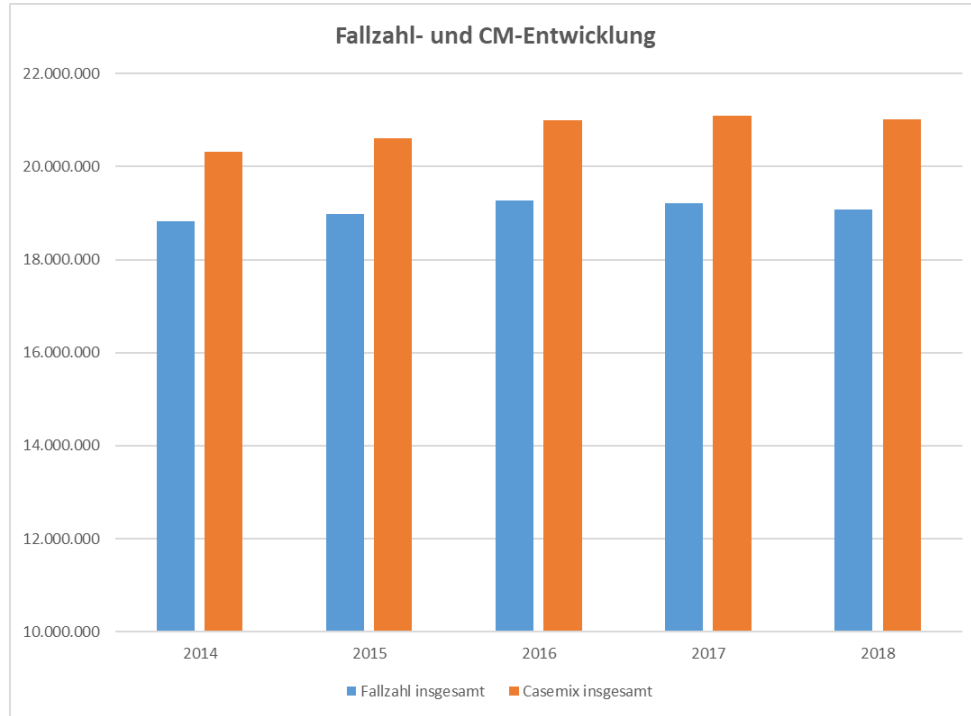


Spitzenverband



Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Entwicklung der Fallzahlen (GKV und PKV, voll- und teilstationär)



Orientierungswert

Freibier für die Pflege

Orientierungswerte / 14.08.2018

Bisweilen ist es schwierig, für komplizierte gesundheitspolitische Konstrukte stimmige, einfach fassbare Bilder zu finden. Wie zum Beispiel verbildlicht man den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich oder Opportunitätskosten? Aber es gibt Glücksfälle, bei denen sich ein Bild förmlich aufdrängt: Das Selbstkostendeckungsprinzip zum Beispiel, das ist wie Freibier.



Marktlage: „Wenn Ihr aus der Pflegebranche seid, erhaltet Ihr gegen Vorlage Eures Pflege-Examens freien Eintritt!“



Spitzenverband

Michael Bethke
UNTERNEHMENSGRUPPE

HAVELBAUDE
Gaststätten & Cafés

laden zum
Pflege Oktoberfest
ein!

Am Samstag, **21.09.2019** um 19:00 Uhr
Havelbaude, Goethestr. 41B, 16540 Hohen-Neuendorf
(S-Bahn: S1, S8 und RB20), Eintritt: 18,- €

RESERVIERUNG HAVELBAUDE
TEL.: 03303-403005
Bei Vorlage Ihres Pflege-Examens
erhalten Sie freien Eintritt!

Vorsicht: Selbstkostendeckung!

Selbstkostendeckung ist eine Schönwetterregelung,
die in der Budgetierung endet, sobald die
Konjunktur umschlägt.

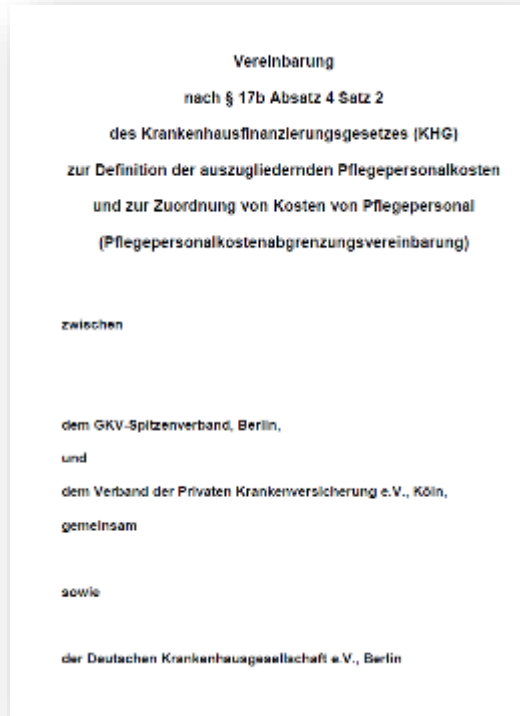
DRG-Entwicklung oder DRG-Abwicklung?

- ▶ Das Rausbrechen der Pflegepersonalkosten ist ein schwerer Eingriff – eine Art Rückfall in dunkelste Zeiten der Selbstkostendeckung.
- ▶ Es drängt sich eine Analogie auf: Der Brexit ist ein schwerer Schlag für Europa – eine Art Rückfall in die dunklen Zeiten nationaler Egoismen.
- ▶ Aber: Der Brexit ist nicht das Ende des europäischen Gedankens!
- ▶ Auch der DRG-Pflege-Split wird nicht das Ende der DRGs sein. Es lohnt nach wie vor, für eine leistungs- und qualitätsorientierte Vergütung zu kämpfen.
- ▶ Empfehlung:
 - ▶ Behutsamer Übergang statt „harter Pflexit“
 - ▶ Weiterhin eine „integrale Vergütung“
- ▶ Achtung: Nirgends im Gesetz steht: „Schafft die DRGs ab!“

Vereinbarungen zur Pflegeausgliederung

| # | Datum | Vereinbarung | Inhalt |
|---|------------|---|--|
| 1 | 18.02.2019 | Pflegepersonalkosten- abgrenzungsvereinbarung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten ▪ Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist ▪ Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Bundes- und Ortsebene |
| 2 | 17.06.2019 | Änderungsvereinbarung zur Konkretisierung der Anlage 3 der Pflegepersonalkosten- abgrenzungsvereinbarung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Detaillierte Festlegung der Vorgaben für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten |
| 3 | 06.05.2019 | DRG-Grundlagenvereinbarung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätze für die Systementwicklung (aG-DRG-System und Pflegefinanzierung) ▪ Spaltenlösung im Katalog ▪ Lernendes System/mehrjähriger Prozess/Normierung ▪ Vorgabe erster Abrechnungsgrundsätze ab dem Jahr 2020 |
| 4 | 23.09.2019 | Pflegebudgetverhandlungs- vereinbarung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets ▪ Vorzulegende Unterlagen ▪ Verfahren der Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel |
| 5 | 18.10.2019 | Fallpauschalenvereinbarung 2020 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnungsregeln ▪ aG-DRG-Katalog 2020 (inklusive Zusatzentgelte) ▪ Pflegeerlöskatalog 2020 |
| 6 | Nov 2019 | Ergänzung zur Pflegebudget- verhandlungsvereinbarung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berechnung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes ▪ Erlöszuordnung und Ausgleiche für Jahresüberlieger |

Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019



Grundgedanken der Ausgliederung:

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

Einheitliche Abgrenzung

Transparenz über Abgrenzungsschritte

Anlage 1: Kontenabgrenzung – ausgliedernde 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 med. Infrastruktur | Sachkosten nicht med. Infrastruktur |
| 1 | 2 | 3 | 4a | 4b | 5 | 6a | 6b | 6c | 7 | 8 | | |
| Normalstation | 1 | | | | | | | | | | | |
| Intensivstation | 2 | | | | | | | | | | | |
| Dialyseabteilung | 3 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |

Legende:



Die Module sind vollständig ausgliedernd.



Relevant sind nur die Kosten der bettenführenden Aufnahmestation.

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

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

| DRG | Parti- kion | Bezeichnung ^{*)} | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabteilung | Mittlere Verweildauer ¹⁾ | Untere Grenzwelddauer ERREY Tag mit Abschluss ^{2), 3)} | Bewertungs- relation/Tag | Obergrenzwelddauer ERREY Tag bis Schluss ^{2), 3)} | Bewertungs- relation/Tag | Externe Verlegung Abschluss/Tag (Bewertungsrelation) | Verfügbare Fallpauschale | Ausnahme von Wiederaufnahme ⁴⁾ | Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag |
|------|----------------|--|--|--|--|---|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| A11C | O | Bestimmung > 240 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1056 / 1056 Punkte, mit kompl. OR- Prozedur, Alter < 16 Jahre od. kompl. Kerst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 P. | 0,102 | | 25,8 | 8 | 0,938 | 44 | 0,282 | | x | x | 3,4037 |
| A11D | O | Bestimmung > 240 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1794 / 1056 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur oder hochkomplexer Diagnose, Alter > 16 Jahre | 3,700 | | 24,7 | 7 | 0,839 | 43 | 0,272 | | x | x | 2,9160 |
| A11E | O | Bestimmung > 240 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1056 / 1056 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte | 6,600 | | 22,6 | 7 | 0,795 | 40 | 0,100 | | x | x | 3,3747 |
| A11F | O | Bestimmung > 240 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1056 / 1056 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompl. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre | 6,407 | | 21,3 | 6 | 0,779 | 39 | 0,100 | 0,245 | | x | 3,3421 |
| A11G | O | Bestimmung > 240 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR- Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC | 5,668 | | 21,8 | 8 | 0,792 | 40 | 0,173 | 0,236 | | x | 3,1613 |
| A11H | O | Bestimmung > 240 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR- Prozedur, ohne int. Komplexbeh. > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 16 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC | 3,960 | | 20,0 | 6 | 0,551 | 37 | 0,135 | 0,183 | | x | 3,0823 |
| A13A | O | Bestimmung > 86 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1170 / 1380 P., oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei unipolym und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / | 11,264 | | 32,5 | 10 | 0,926 | 50 | 0,280 | | x | x | 3,2826 |

Einigung auf DRG-Katalog 2020 am 18.10.2019

- ▶ Vereinbarung auf Basis des InEK-Vorschlages
- ▶ DRG-Katalog mit ausgegliederten Pflegepersonalkosten (extra Spalte)
- ▶ Sachkostenregelung à la InEK (Kompensation bei Tarifgesetzgebung)
- ▶ Abrechnungsregelungen weitgehend unverändert

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

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

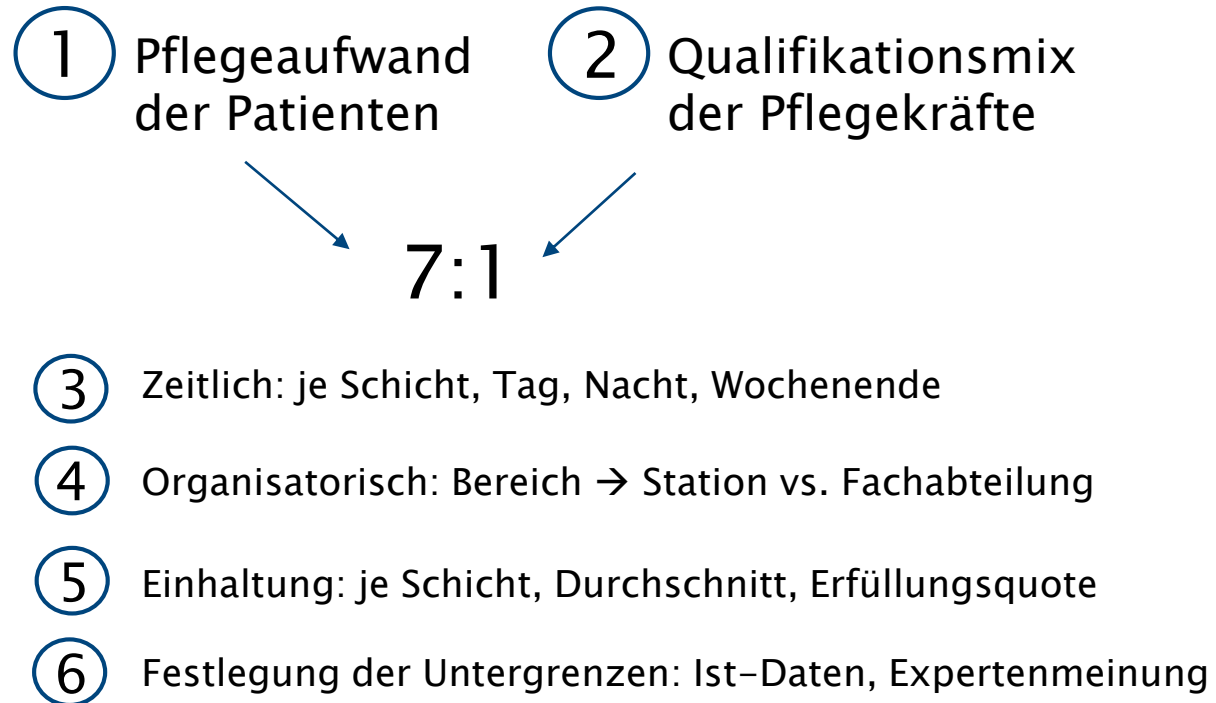
**Pflegepersonaluntergrenzen –
Expertenbefragung**

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

IGES

März 2018

Problemdimensionen

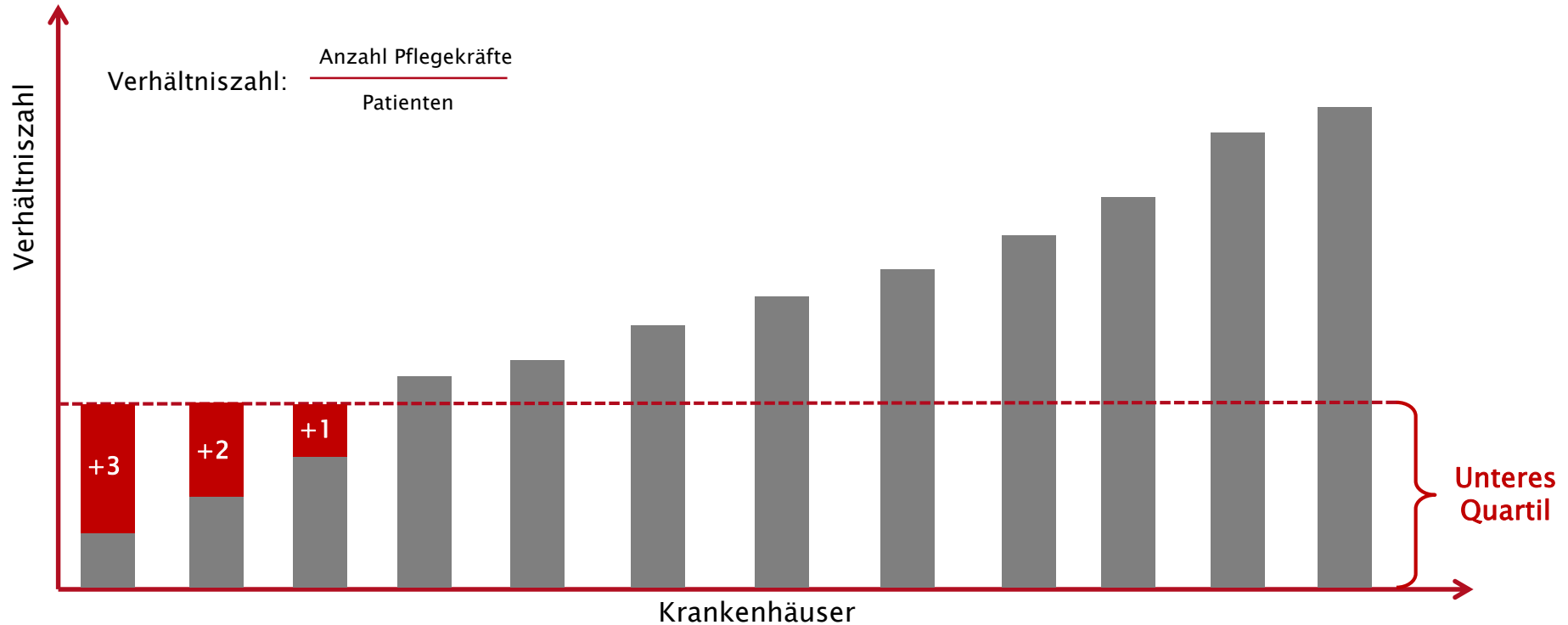


Der Perzentilansatz

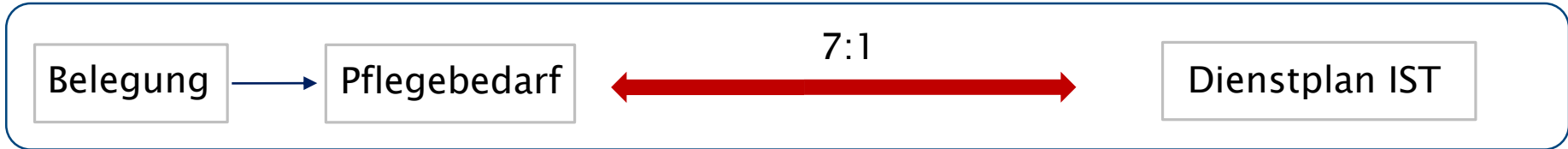
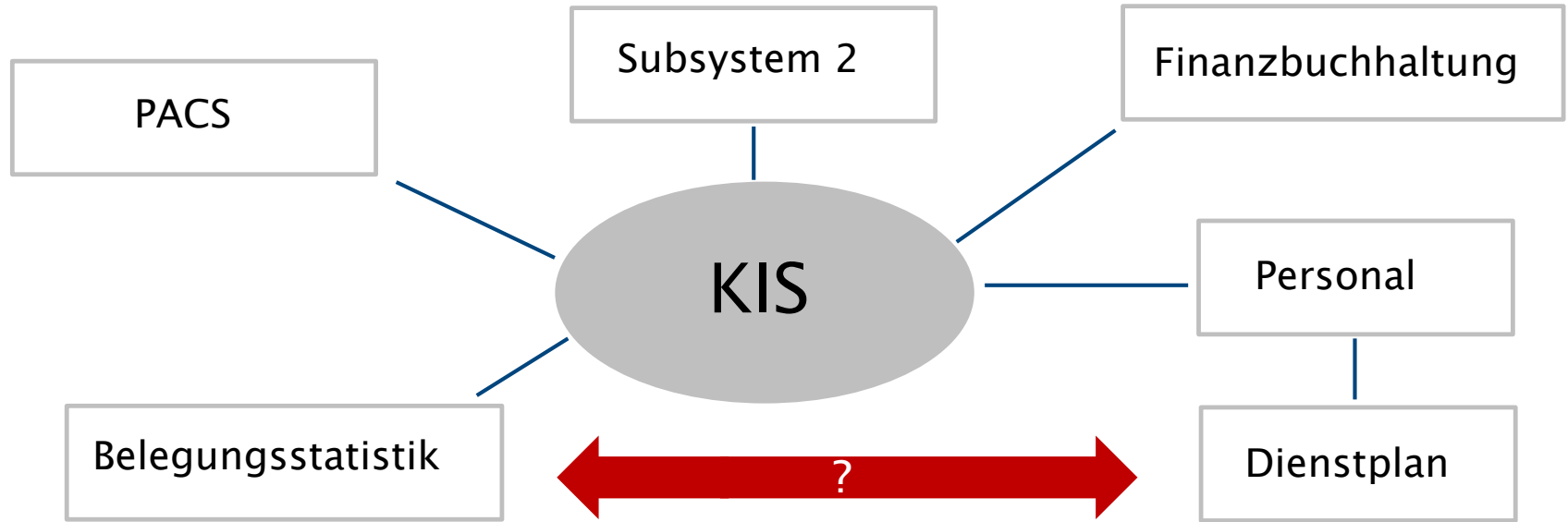
Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Personalanhaltszahlen!



Spitzenverband



Dienstpläne und Belegungsstatistik



Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

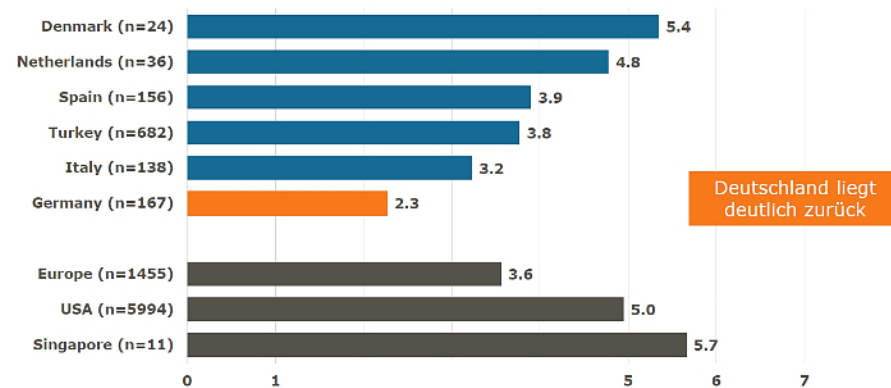
Beispiel: EMRAM-Score

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

| EMR Adoption Model™ | |
|---------------------|---|
| 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 abgestimmt mit intelligenter klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf definierten Datenerelementen) UND Vorhandensein eines IT-gestützten, geschlossenen Medikationsprozesses (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 Medikationsgabe (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

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. 2815) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Schichtteilungen 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.

§ 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

§ 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_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1632.pdf%27%5D_1539592672832](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[attr_id=%27bgbl118s1632.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1632.pdf%27%5D_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



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

PpUGV

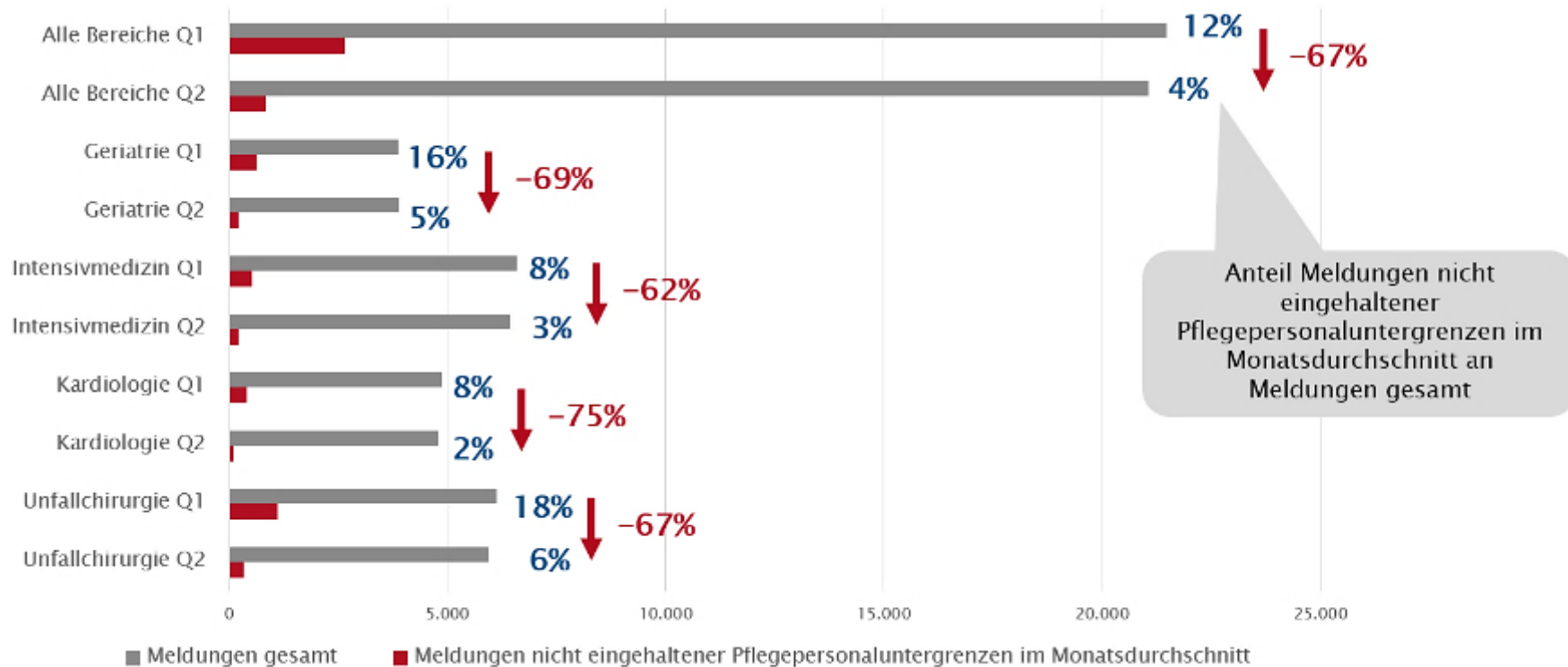


Nichteinhaltung Pflegepersonaluntergrenzen

1. und 2. Quartal im Vergleich



Spitzenverband



PpSG: Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

ab
2021

jährlich weitere Bereiche mit
Pflegepersonaluntergrenzen

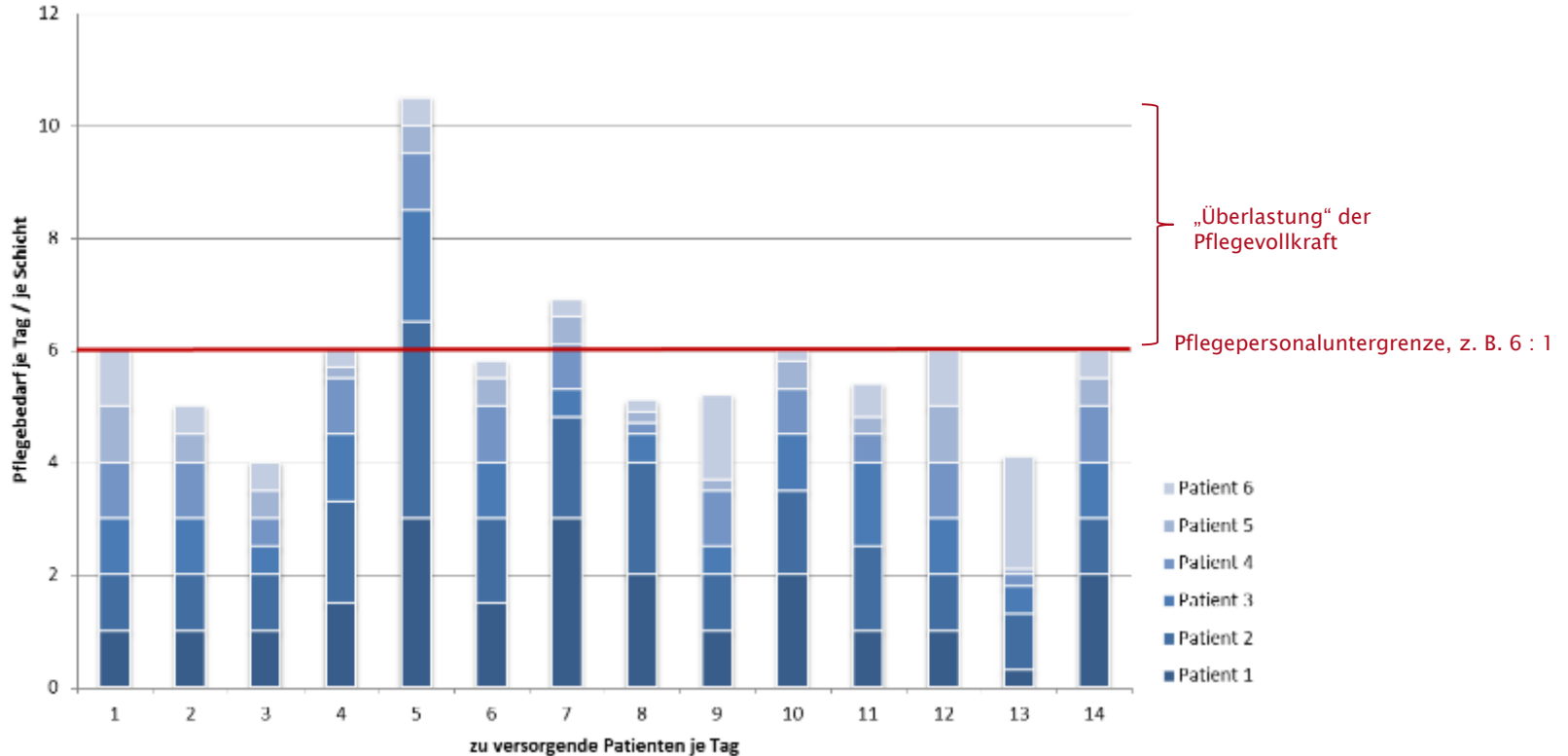
2020

- 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



Anti-PpUG-Positionierung der DKG

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

Service

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

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 fehlerstimmenden 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.

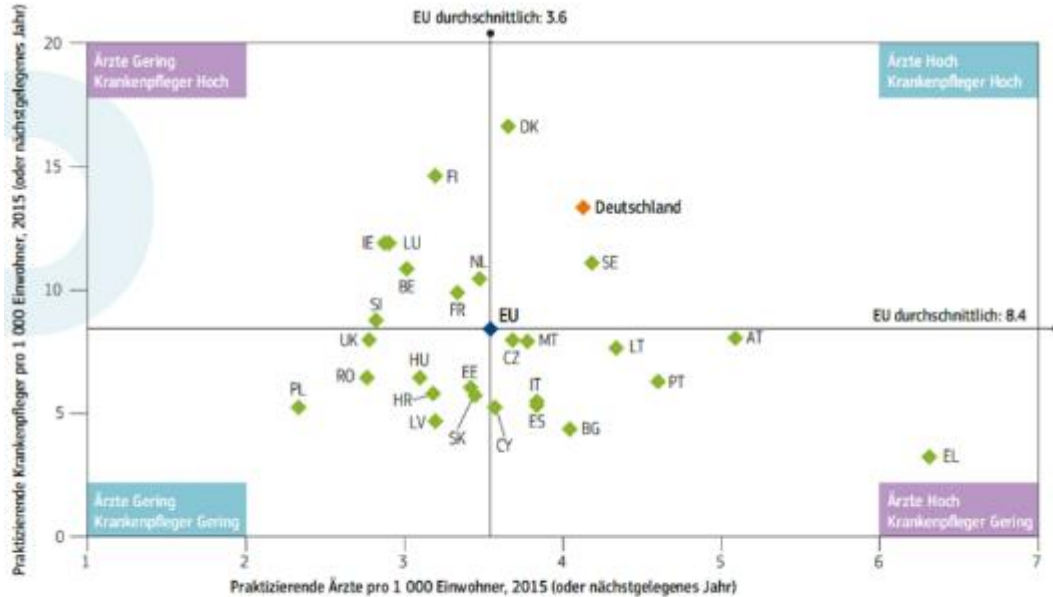
Zusätzlich hat der Vorstand beschlossen, sich aktiv der Strukturdebatte zu stellen. Der Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich muss in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. „Wir werden nur dann unterschiedliche 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 Strukturberaubung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben“, so der Präsident.

Pflegepersonaluntergrenzen 2020

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

- Personalanhaltzahlen sind Budgetschutz.
- Personaluntergrenzen sind Patientenschutz.

Deutschland weist relativ zur Bevölkerung vergleichsweise hohe Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf



Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30 % in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenpfleger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Quelle: State of Health in the EU, Deutschland Länderprofil Gesundheit 2017, Abbildung 7

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV

Ersatzvornahme für 2020



Spitzenverband

1492 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 37, ausgegeben zu Bonn am 31. Oktober 2019

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

Vom 28. Oktober 2019

Auf Grund des § 137i Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, der zuletzt durch Artikel 12 Nummer 15 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen

gehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder

3. denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist.

Zu den Pflegehilfskräften im Sinne dieser Verordnung zählen außerdem

1. Medizinische Fachangestellte, die erfolgreich eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten

Digitale Pflegedokumentation

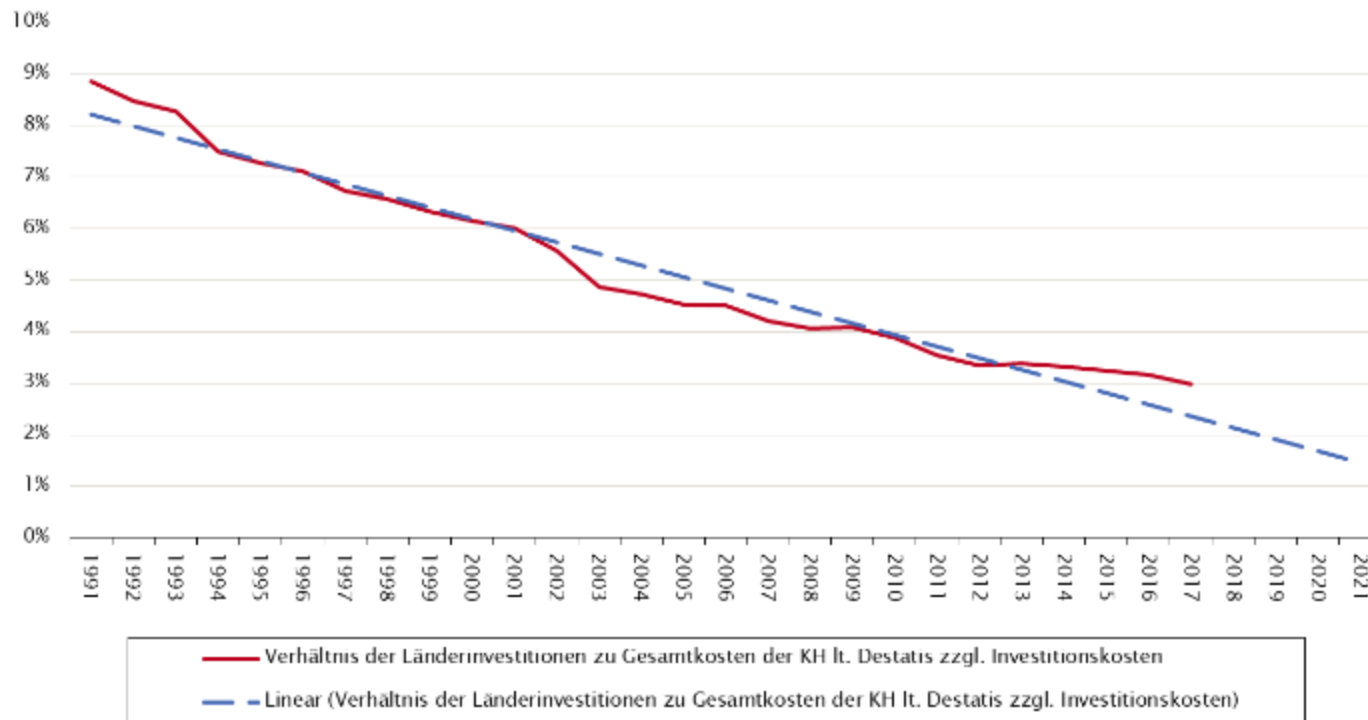
- ▶ Ziel: Doppelerfassung vermeiden! Die Antwort auf Bürokratisierung lautet immer: Digitalisierung.
- ▶ Umsetzung: Einmalige elektronische Erfassung, Ableitung von Pflegebedarf und Pflegeleistung durch Datenexport aus der digitalen Pflegedokumentation
- ▶ Die komplette Risikoadjustierung muss sich aus der Pflegedokumentation ableiten lassen – nicht nur die „PKMS-Fälle“.



Gang der Handlung

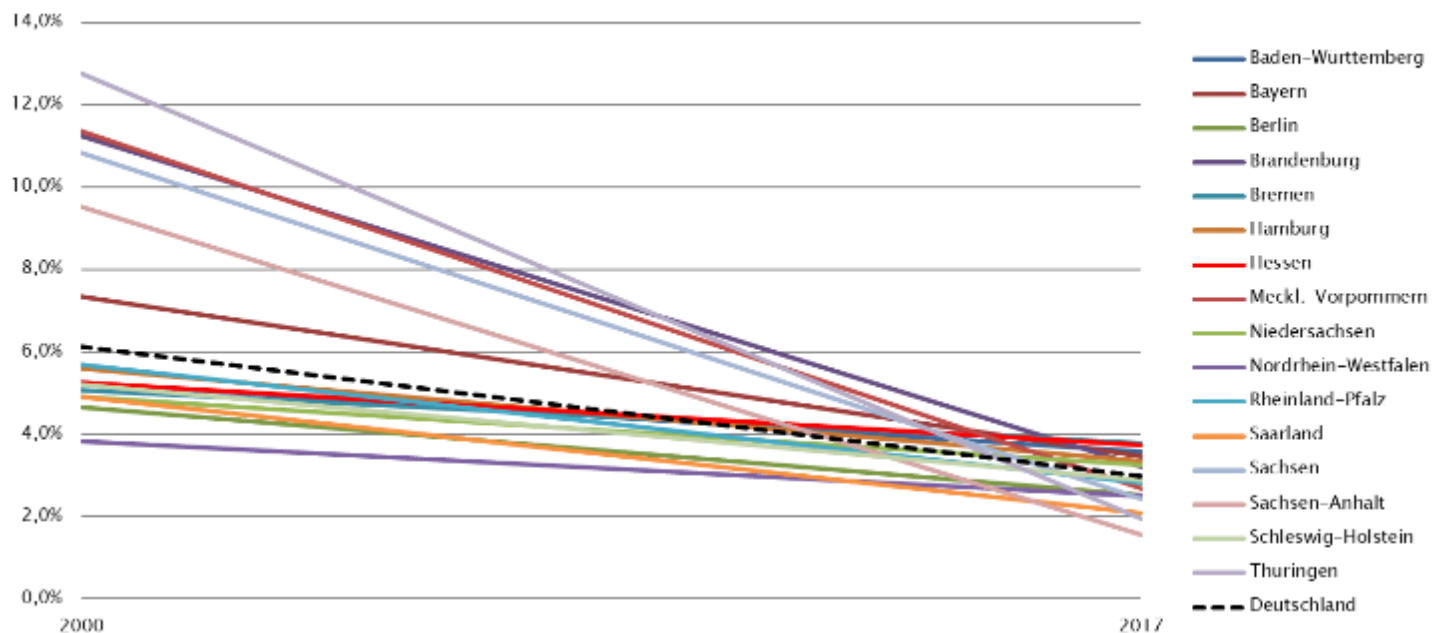
1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Rückläufige Investitionen der Bundesländer

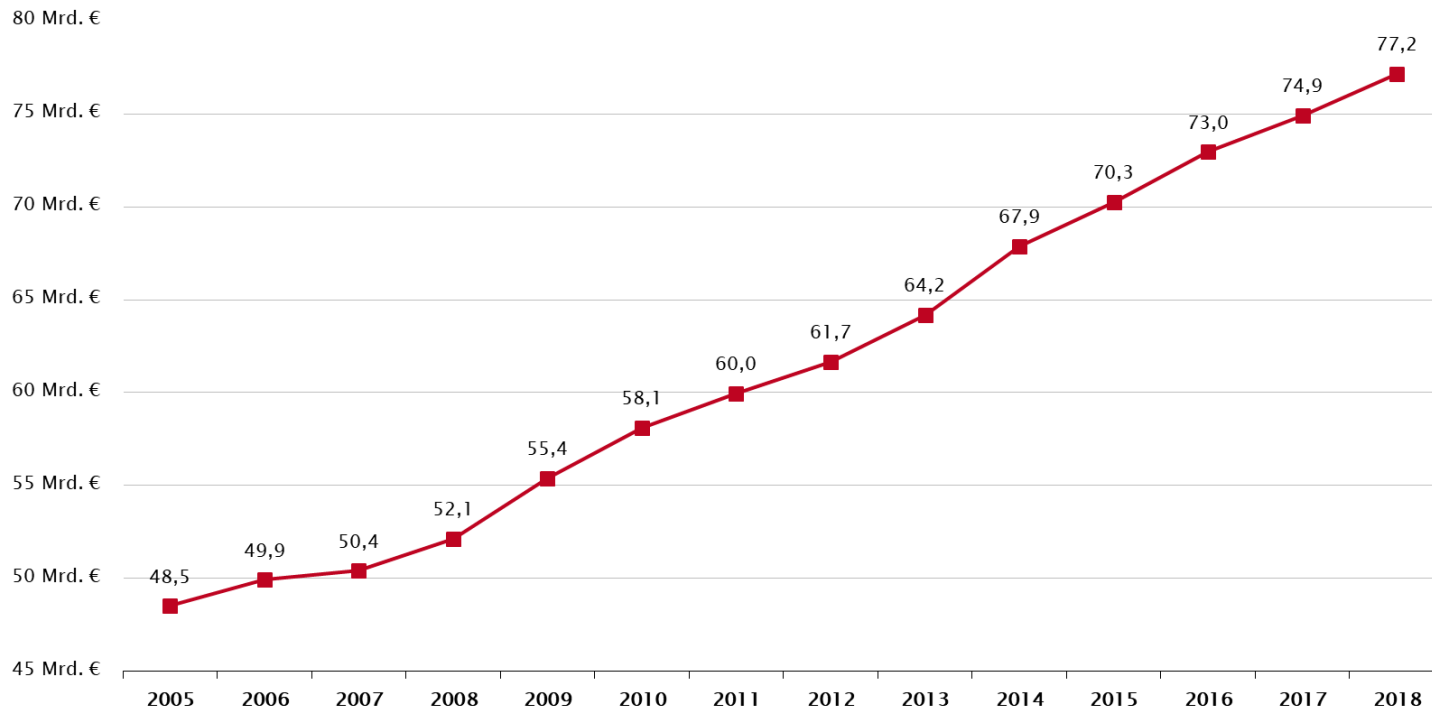


Alle Länder sind gleich!

Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der KfV lt. Destatis zzgl. Investitionskosten



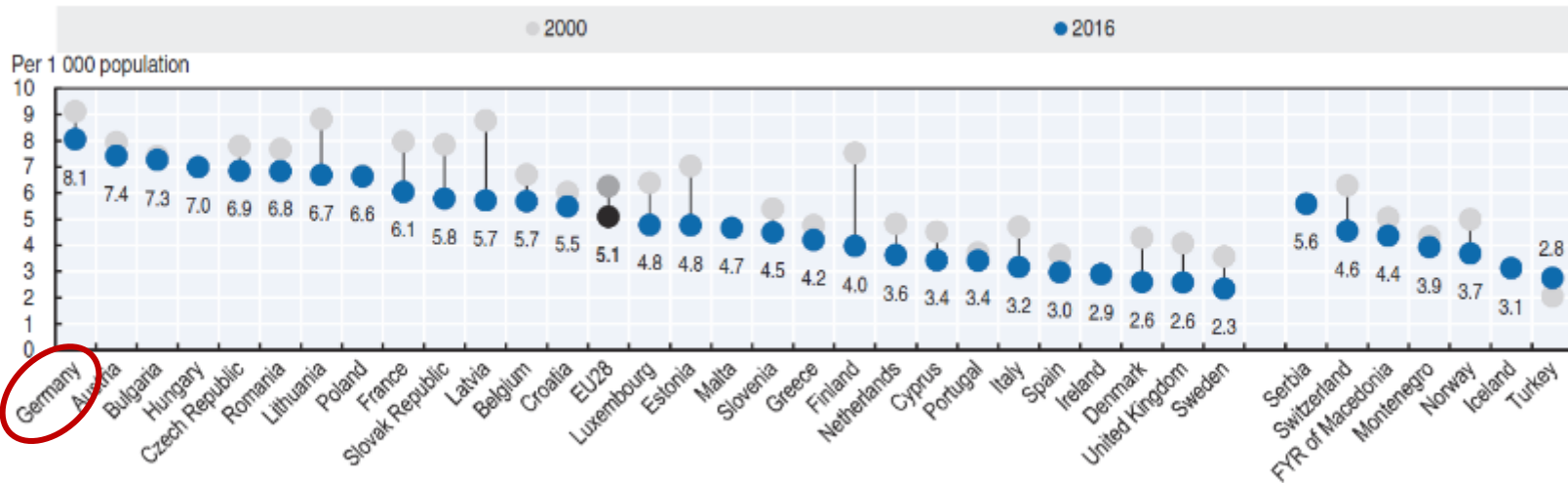
GKV-Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1

Krankenhausbetten im internationalen Vergleich

7.22. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2016 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database.

Strukturbereinigung einleiten!

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Schließt bald das letzte Krankenhaus in NRW?

Anzahl der Krankenhäuser in NRW 1991-2016



Quelle: Statistische Berichte, Grunddaten der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2016, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Quelle:
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.,
Geschäftsbericht 2017

Landesplanung – ein Ammenmärchen

Der Kinderglaube

- ▶ Ein fürsorglicher Landesvater baut Krankenhäuser überall dort, wo die Landeskinder dies benötigen.
- ▶ Er achtet auf Trägervielfalt.
- ▶ Er passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

Die Wirklichkeit

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und das IQTIG überwachen als Regulierungsbehörden die Qualität.



Spitzenverband

Gutachten

Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen

Berlin, August 2019



© Kooperationspartner

LOHFERT &
LOHFERT AG



Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Beim Sicherstellungszuschlag wurde die landesplanerische Einzelfallentscheidung durch einen bundesweiten Algorithmus ersetzt.

Der G-BA wird zur Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung.

Diese Rolle hat er schon bei der ambulanten Bedarfsplanung und im Arzneimittelbereich.

Zunehmend kritisch ist die verfassungsrechtliche Unwucht: Die Länder kommen ihrer Finanzverpflichtung nicht nach, beanspruchen aber doch weiterhin die Planungshoheit.

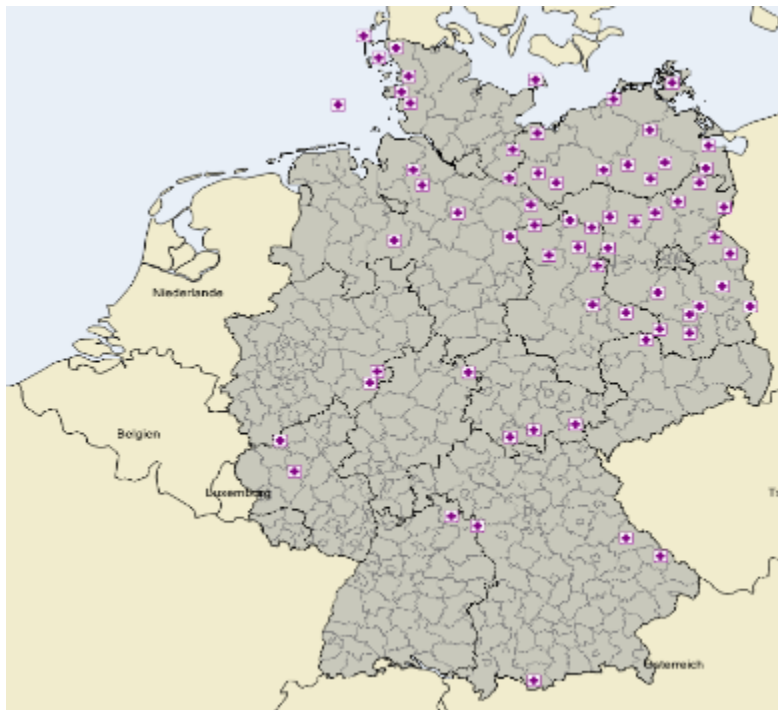
Anmerkung: Das Grundgesetz kennt auch Grundgesetzänderungen.

Sicherstellungszuschlag

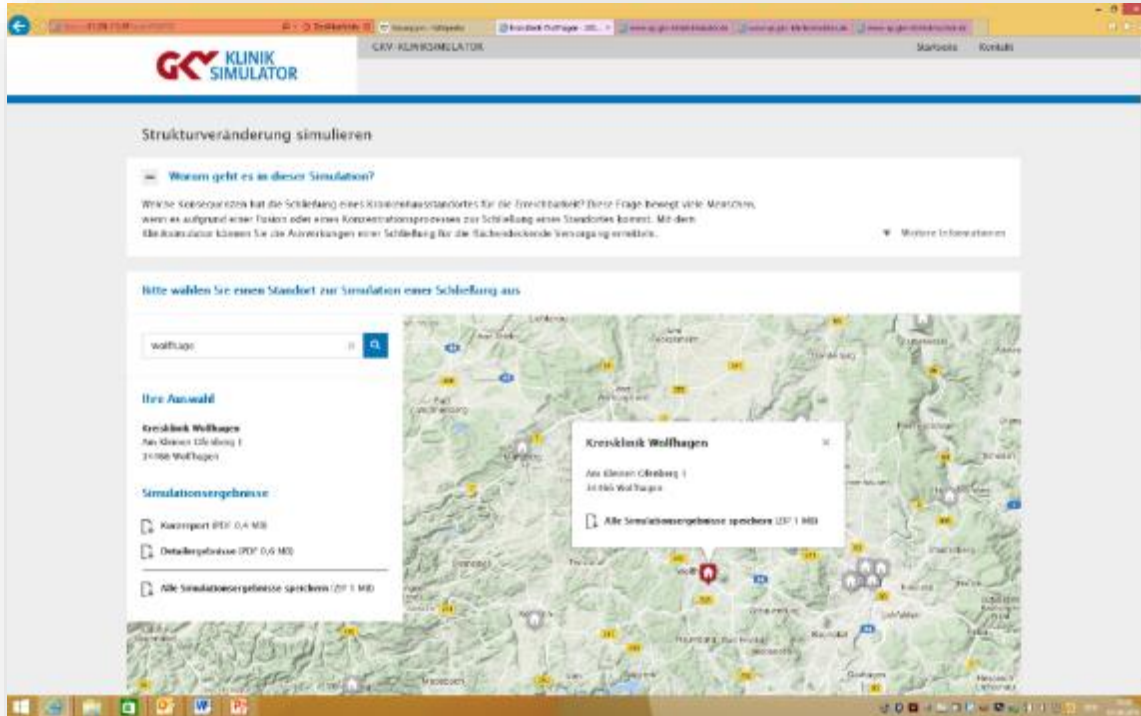
G-BA-Beschluss vom 24.11.2016



Spitzenverband



| | |
|--|--|
| Pkw-Fahrzeit | 30 Minuten |
| Betroffenheitsnorm | 5.000 Einwohner |
| Einwohnerdichte | ≤ 100 Einwohner/km ² |
| Notwendige Vorhaltung | Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie |
| Inselkrankenhäuser | Öffnungsklausel |
| ca. 100 Sicherstellungskandidaten | |



The screenshot shows a web browser window displaying the GKV Klinik Simulator interface. The page title is "Strukturveränderung simulieren". Below the title, there is a section titled "Warum geht es in dieser Simulation?" with a paragraph explaining the simulation's purpose: "Welche Szenarien hat die Schließung eines Krankenhausstandortes für die Finanzkraft? Diese Frage bewegt viele Menschen, wenn es aufgrund einer Fusion oder eines Konzentrationsprozesses zur Schließung eines Standortes kommt. Mit dem Kliniksimulator können Sie die Auswirkungen einer Schließung für die Sachverständige Versorgung ermitteln." A "Weitere Informationen" link is visible to the right.

Below this, a prompt asks the user to "Bitte wählen Sie einen Standort zur Simulation einer Schließung aus". A search bar contains the text "wolfhagen". To the left of the map, there is a "Hier Auswahl" section with the following items:

- Klinik Wolfhagen
Am Glöckchen 1
31066 Wolfhagen

Below the selection list, there is a "Simulationsergebnisse" section with three download options:

- Kurzreport PDF 0,4 MB
- Detailliertes PDF 0,6 MB
- Alle Simulationsergebnisse speichern ZIP 1 MB

The main part of the interface is a map showing the location of Klinik Wolfhagen. A pop-up window titled "Klinik Wolfhagen" is displayed over the map, showing the address "Am Glöckchen 1, 31066 Wolfhagen" and a button to "Alle Simulationsergebnisse speichern ZIP 1 MB".

Beispiele für qualitätsorientierte Marktregulierung

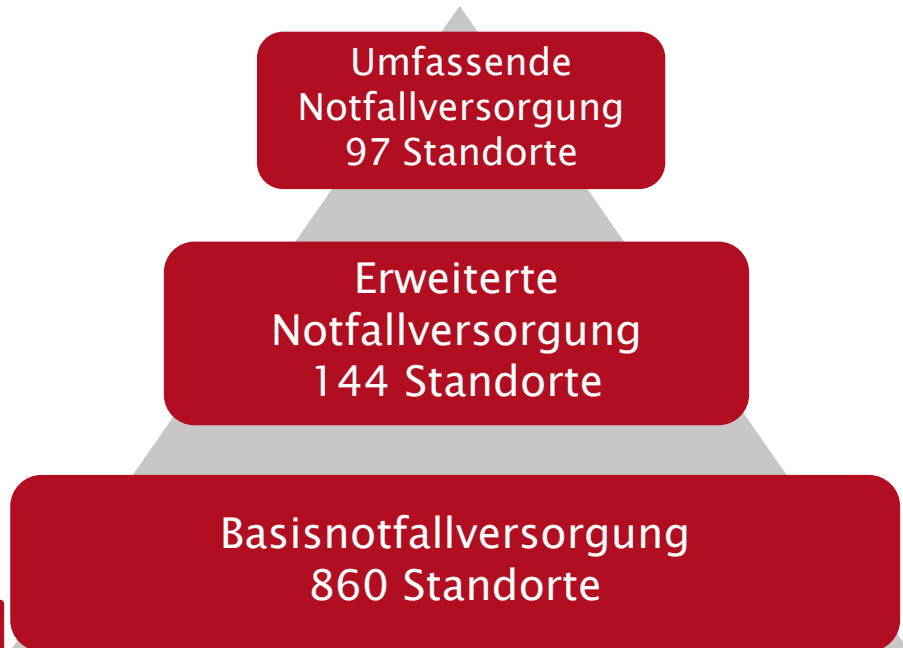
- ▶ Mindestmengen
- ▶ Notfallstufen
- ▶ G-BA-Strukturrichtlinien
(TAVI, Frühgeborene, ...)
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen

Definition von Notfallstufen im G-BA (Folgenabschätzung)

- ▶ Insgesamt erfüllen 1.210 Standorte mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (69 %).
- ▶ **538 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (31 %).**
- ▶ Die teilnehmenden Standorte haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt!

Achtung!

Es geht nicht um das Überleben von Kliniken.
Es geht um das Überleben von Patienten.



Grafik: Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung nach Stufen (n = 1.101; 63 %)

Krankenhaus-Report 2018

Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit



Spitzenverband



101

7 Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen

Abstract

Deutschland erlebt einen fundamentalen Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: Es entsteht neben der klassischen Planung eine bundesweite Marktregulierung, die die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch die Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist auch im Krankenhausbereich zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden. Über die Trägervielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittler-

7

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Der Weg ins richtige Krankenhaus

- ▶ Wie schaffen wir es, Patienten in die geeignete Notfallversorgung zu bringen?
 - Patienten werden häufig in ein nahegelegenes, aber ungeeignetes Krankenhaus gebracht.
 - Die Behandlungsmöglichkeiten und die Auslastung der Krankenhäuser sind für den Rettungsdienst intransparent.
 - Es gibt keine Qualitätssicherung, ob Patienten in der Zielklinik abschließend behandelt werden konnten.



Diskussionsentwurf BMG: Reform der Notfallversorgung

- ▶ Das Rettungswesen wird Teil des Gesundheitswesens.
- ▶ Es werden bundesweit digital unterstützte Integrierte Leitstellen eingerichtet.
- ▶ Zusammenschaltung der Telefonnummern 112 + 116 117
- ▶ An den laut G-BA-Notfallstufensystem vorgesehenen Krankenhäusern werden Integrierte Notfallzentren eingerichtet.
- ▶ Grundgesetzänderung geplant
- ▶ Anmerkung: Starke Orientierung an Empfehlungen des Sachverständigenrates von 2018

Bearbeitungsstand: 12.07.2019 16:17 Uhr

Nicht mit der Hausleitung abgestimmt

Diskussionsentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

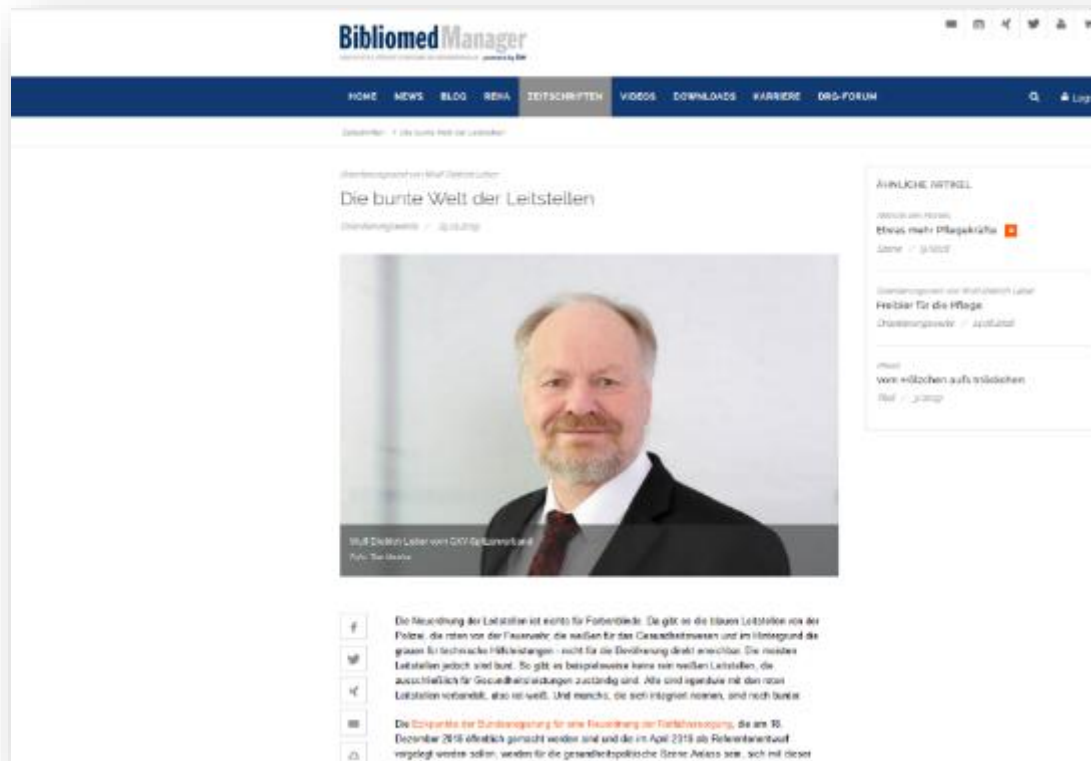
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Problem und Ziel

Die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen gehört zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens. Deutschland verfügt über umfassend ausgebaut Systeme der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie über ein ebenfalls gut etabliertes Rettungswesen. Diese drei Versorgungsbereiche unterliegen jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien betreffend ihre Planung, Finanzierung und Leistungserbringung.

Die ambulante ärztliche Notfallversorgung gesetzlich Krankenversicherter ist, sofern nicht eine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlich ist, nach geltendem Recht die Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dies durch eine differenzierte Versorgungsstruktur, insbesondere auch im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes sicherzustellen. Es ist jedoch zuzuh-

Die bunte Welt der Leitstellen



BibliomedManager
Journal für Gesundheitsmanagement


HOME NEWS BLOG REHA ZEITSCHRIFTEN VIDEOS DOWNLOADS KARRIERE DRG-FORUM

Zeitschriften > Die bunte Welt der Leitstellen

Übertragung von Wulf-Dietrich Leber

Die bunte Welt der Leitstellen

Übertragung von Wulf-Dietrich Leber



Wulf-Dietrich Leber vom GKV Spitzenverband
 Foto: T. Decker

ÄHNLICHE ARTIKEL

Wolfgang Rosen
Etwas mehr Pflegekräfte
 Gemein / 3. April

Wendelin Lorenz von Wulf-Dietrich Leber
Heißer für die Pflege
 Chronikmagazin / 1. April

Wulf
Wie #Hütchen auf's Glatteis
 Red / 1. März

Die Neuerung der Leitstellen ist nicht für Fortschritt. Da gibt es die bunte Welt der Leitstellen von der Polizei, die rufen von der Feuerwehr, die rufen für das Gesundheitswesen und im Hintergrund die großen für technische Hilfsleistungen – nicht für die Bevölkerung direkt anrechenbar. Die meisten Leitstellen jedoch sind bunt. So gibt es beispielsweise keine rein weißen Leitstellen, die ausschließlich für Gesundheitsleistungen zuständig sind. Alle sind irgendwie mit den roten Leitstellen verknüpft, also so weiß. Und manche, die sich integriert nennen, sind noch bunter.

Die **Zeitschriften der Bundesregierung für eine Finanzierung der Tarifbeschäftigten**, die am 10. Dezember 2018 öffentlich gemacht werden sind und die im April 2019 als Referenzartikelfreigelegt werden sollen, werden für die gesundheitspolitische Ebene Anlass sein, sich mit dieser

- <https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften>
- <http://wulf-dietrich-leber.de/kolumnen>

Gesetzentwurf zur Notfallversorgung

- ▶ Grundgesetzänderung:
in Artikel 74 Absatz 1 wird eingefügt:
„12a die wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes“



GG, Artikel 74: Konkurrierende Gesetzgebung

14. die Erzeugung und Nutzung der Kernenergie zu friedlichen Zwecken, die Errichtung und den Betrieb von Anlagen, die diesen Zwecken dienen, den Schutz gegen Gefahren, die bei Freiwerden von Kernenergie oder durch ionisierende Strahlen entstehen, und die Beseitigung radioaktiver Stoffe.
- ⁽²⁾ Gesetze nach Absatz 1 Nr. 9a bedürfen der Zustimmung des Bundesrates.

ARTIKEL 74

Gebiete der konkurrierenden Gesetzgebung

⁽¹⁾ Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich auf folgende Gebiete:

1. das bürgerliche Recht, das Strafrecht, die Gerichtsverfassung, das gerichtliche Verfahren (ohne das Recht des Untersuchungshaftvollzugs), die Rechtsanwaltschaft, das Notariat und die Rechtsberatung;
2. das Personenstandswesen;
3. das Vereinsrecht;
4. das Aufenthalts- und Niederlassungsrecht der Ausländer;
5. (weggefallen)
6. die Angelegenheiten der Flüchtlinge und Vertriebenen;
7. die öffentliche Fürsorge (ohne das Heimrecht);
8. (weggefallen)

- recht (ohne das Recht der Erschließungsbeiträge) und das Wohngeldrecht, das Altschuldenhilferecht, das Wohnungsbauprämienrecht, das Bergarbeiterwohnungsbaurecht und das Bergmannssiedlungsrecht;
19. Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte;
- 19a) die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze;
20. das Recht der Lebensmittel einschließlich der ihrer Gewinnung dienenden Tiere, das Recht der Genussmittel, Bedarfsgegenstände und Futtermittel sowie den Schutz beim Verkehr mit land- und forstwirtschaftlichem Saat- und Pflanzgut, den Schutz der Pflanzen gegen Krankheiten und Schädlinge sowie den Tierschutz;
21. die Hochsee- und Küstenschifffahrt sowie die Seezeichen, die Binnenschifffahrt, den Wetterdienst, die Seewasserstraßen und die dem allgemeinen Verkehr dienenden Binnenwasserstraßen;
22. den Straßenverkehr, das Kraftfahrwesen, den Bau und die Unterhaltung von Landstraßen für den Fernverkehr sowie die Erhebung und Verteilung von Gebühren oder Entgelten für die Benutzung öffentlicher Straßen mit Erlaubnis...

Die digitalisierte Leitstelle morgen!

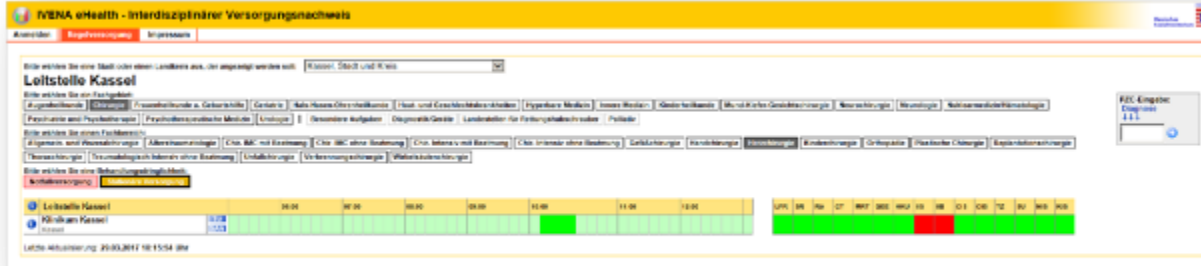
- ▶ Versorgungsgebiet: mindestens 1 Mio. Menschen
- ▶ Digitaler Zugriff in Echtzeit auf alle Rettungsmittel (Rettungswagen, Hubschrauber)
- ▶ Digitaler Zugriff der Rettungswagen in Echtzeit auf Krankenhaus–Notfallambulanzen
- ▶ Digitale Übertragung von Falldaten vom Rettungswagen an das aufnehmende Krankenhaus

... und zwar deutschlandweit!

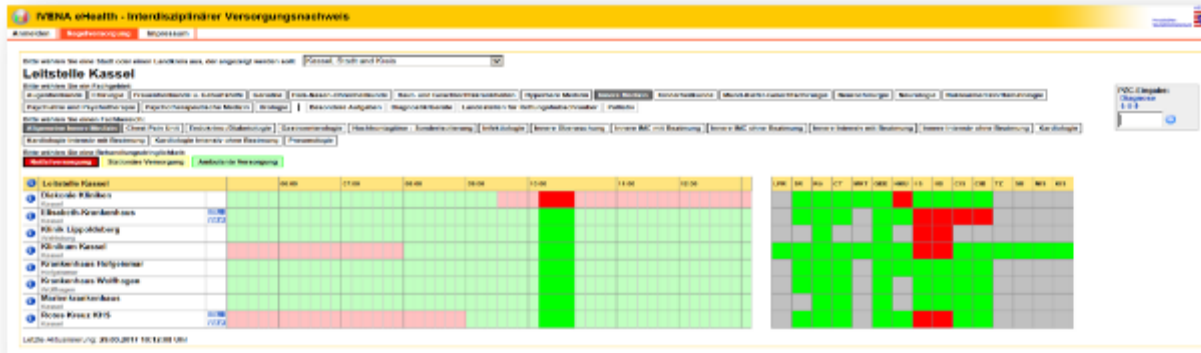
IVENA eHealth

Bsp. Hessen, Kassel (Stadt und Kreis)

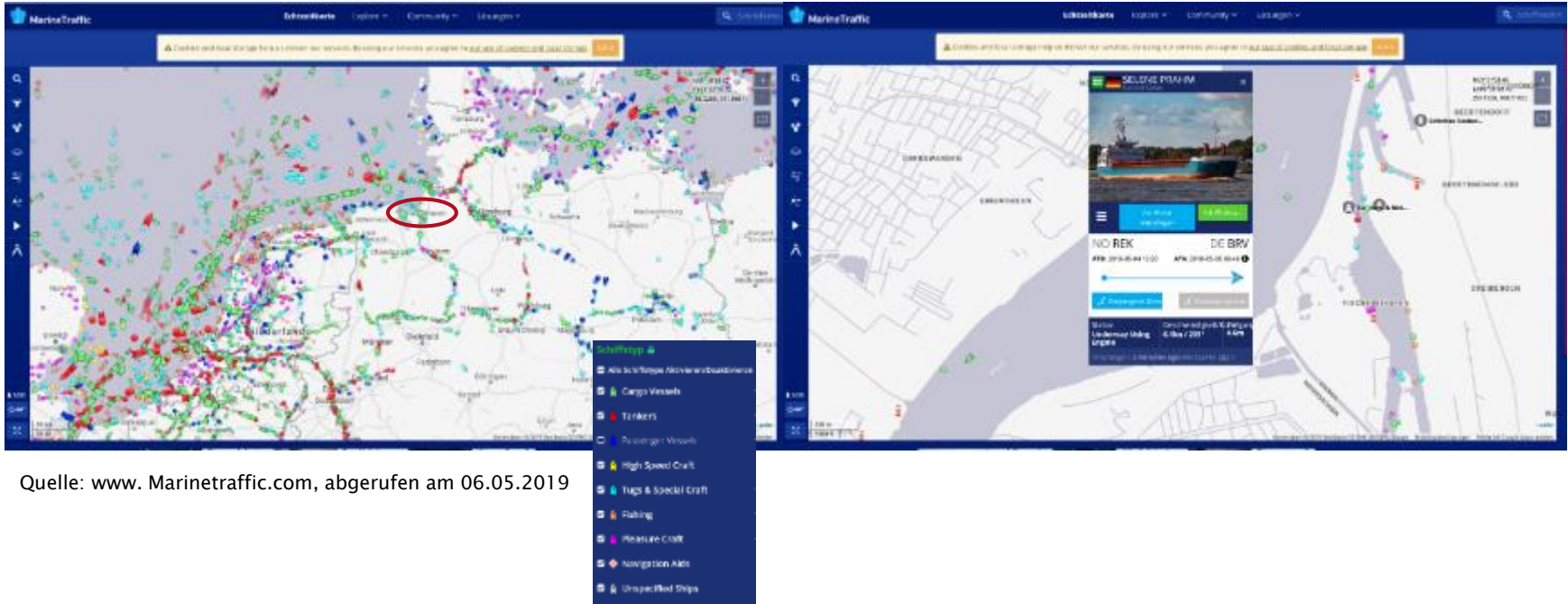
Notfallversorgung: Chirurgie – Herzchirurgie



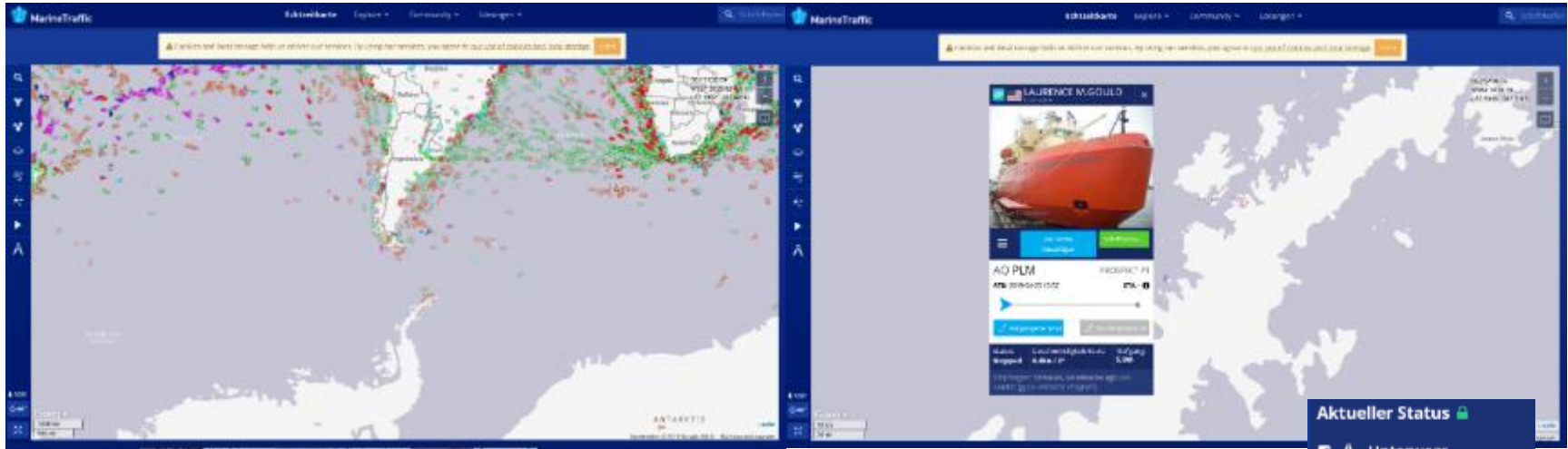
Notfallversorgung: Innere Medizin – Allgemeine Innere Medizin



Bremerhaven



Neko Harbour (Antarktis)



The screenshot shows the MarineTraffic website interface. On the left, a map of Antarctica is visible with numerous colored dots representing ships. On the right, a detailed view of the ship LAURENCE M. GOULD is shown. The ship's name, call sign AQ PLM, and IMO number 970901102 are displayed. Below this, there is a progress bar and a status dropdown menu. The status menu is currently open, showing two options: 'Unterwegs' (Underway) and 'Vor Anker/ Im Hafen' (At anchor / In port).

Aktueller Status

- Unterwegs
- Vor Anker/ Im Hafen

Quelle: www.marinetraffic.com, abgerufen am 06.05.2019

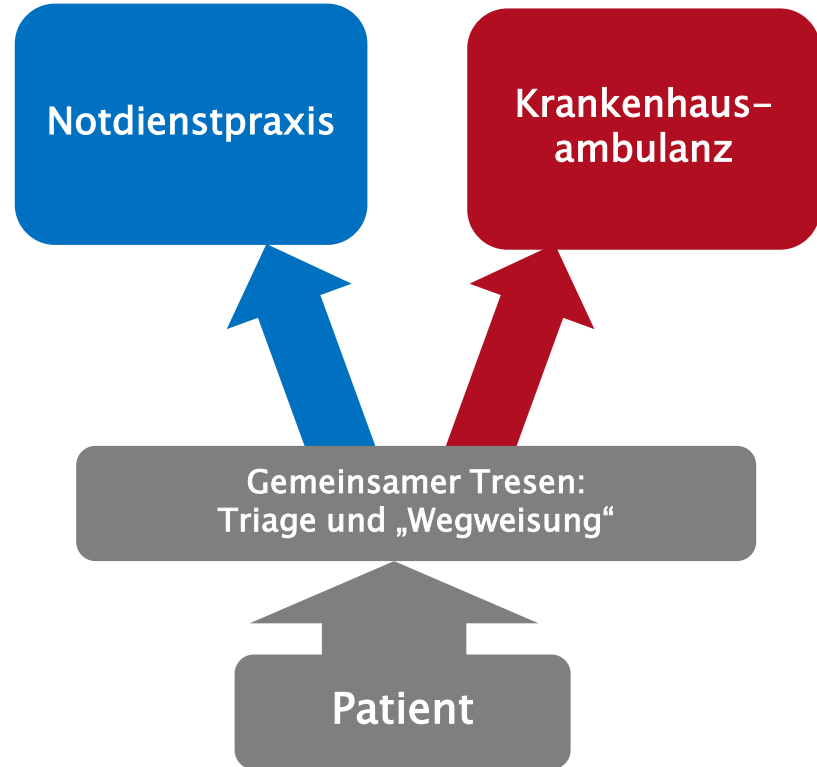
Bundesdatenbank aller Rettungsfahrten!

- ▶ Es gibt „auf dem Rechner“
 - alle Krankenhausfälle (21er Daten),
 - alle ambulanten Behandlungsfälle,
 - alle Arzneimittelverschreibungen,..., aber es gibt nicht einmal im Ansatz eine Datenbank aller Rettungsfahrten!

- ▶ Egal, wie einheitlich die Leitstellen digitalisiert werden: In wenigen Jahren sollte eine solche Datenbank funktionsfähig sein.

Konsens: Gemeinsamer Tresen

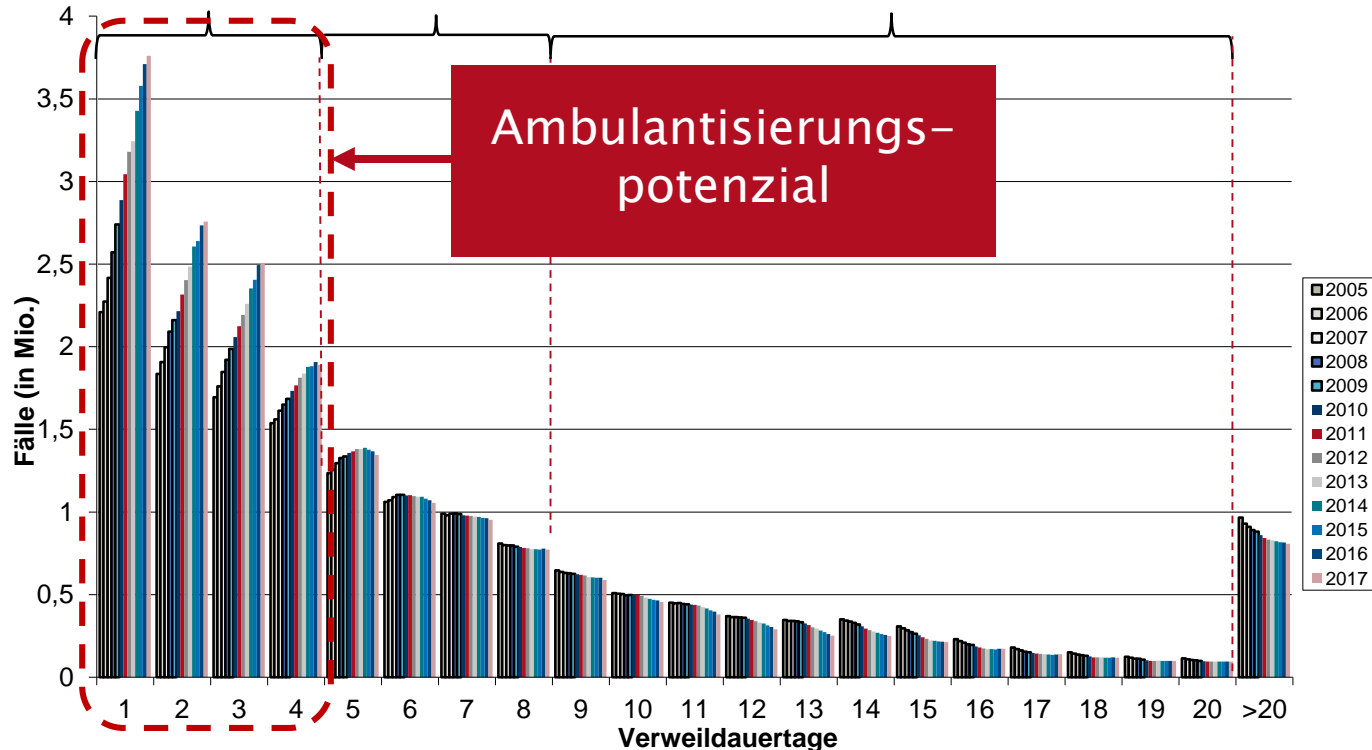
- ▶ Die SVR-Idee eines rechtlich unabhängigen Notfallzentrums wird nicht funktionieren.
- ▶ Aber:
 - Jedes Krankenhaus mit Notfallambulanz sollte eine KV-Notarztpraxis haben.
 - KV und Krankenhaus haben einen gemeinsamen Tresen zur Ersteinschätzung.



Ziel: Fälle aus der DRG-Vergütung in die ambulante Vergütung schieben!



Spitzenverband



- 2005: 16,1 Mio.
- 2017: 18,9 Mio.
- +1,5 Mio. Fälle mit einem Tag VWD in 12 Jahren
- ca. 8 % aller stationären Fälle VWD1.
- Ø VWD 2015: 7,6 Tage
- Ø VWD 2017: 6,1 Tage
- **ABER: Ø VWD 2017 ohne VWD1: 7,4 Tage!!!**

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2017 (Jahr der Entlassung).

Die Sektorengrenze
Krankenhaus–Kassenärzte
ist tot.

Es lebe die Sektorengrenze
ambulant–stationär!

Gang der Handlung

1. Gesetzgebungsaktivitäten
2. DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Reform der Notfallversorgung
6. Fazit

Fazit

1. Pflege ist die zentrale Herausforderung dieser Legislatur – vor allem die Altenpflege.
2. Der „Pflexit“ ist ein Fehler. Alles sieht danach aus, dass er durchgezogen wird.
3. Pflegepersonaluntergrenzen sind echter Patientenschutz. Mittelfristig kommen sie für alle Schichten und alle Stationen.
4. Digitalisieren Sie die Pflegedokumentation und das Pflege-Controlling!
5. Landesplanung war gestern. Die Konsolidierung der deutschen Krankenhauslandschaft wird durch bundesweite Marktregulierung geschehen müssen.
6. Die Reform der Notfallversorgung ist überfällig.
7. Die Sektorengrenze Krankenhaus-Kassenärzte ist tot. Es lebe die Sektorengrenze ambulant-stationär!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de