

Pflege als Controlling-Herausforderung in der neuen Legislaturperiode

25. Deutscher-Krankenhaus-Controller-Tag
Potsdam, 18.05.2018

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

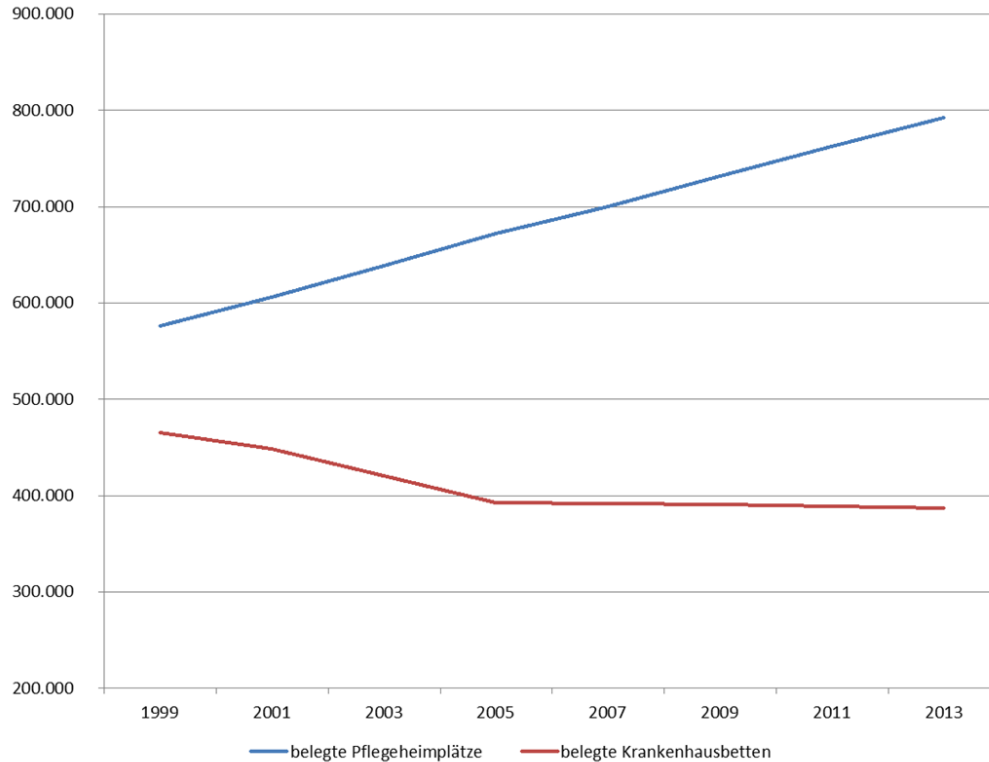
Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Aktueller Verhandlungsstand
5. DRG-Pflege-Split
6. Fazit

Pflege im Koalitionsvertrag

- ▶ Pflegestellensofortprogramm
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen für alle Krankenhausabteilungen
- ▶ Personalstandards in der Psychiatrie
- ▶ Abschaffung des Schulgeldes
- ▶ Herauslösung der Pflege aus den DRGs

Belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze



Quelle: Destatis

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Aktueller Verhandlungsstand
5. DRG-Pflege-Split
6. Fazit

Rückblick

Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“

- ▶ Einrichtung der Expertenkommission geht auf Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform zurück.
- ▶ Seit Oktober 2015 insgesamt fünf Beratungsrunden
- ▶ Schlussfolgerungen
 - Überführung der Mittel des Pflegestellenförderprogrammes in den Pflegezuschlag
 - ▶ 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 Krankenhausbereichen mit Wirkung zum 01.01.2019**

- ▶ Gutachten von Prof. Dr. Schreyögg:

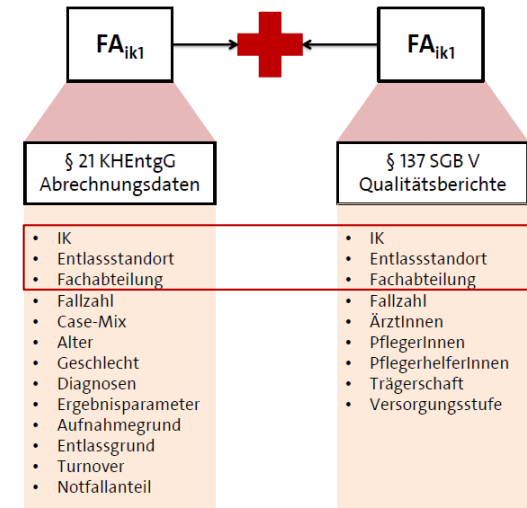
Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland

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)



Spitzenverband

Nr.	Indikator	ICD-10-Kodierung	Wiss. Evidenz
1	Dekubitus	L 89	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 ¹	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.

Grenzwertfestlegung in unterschiedlichen Gremien

- ▶ Gemeinsamer Bundesausschuss
 - Psychiatrie
 - Frühgeborene (NICU)
 - Intensiv Kinder

- ▶ GKV – DKG
 - pflegesensitive Bereiche

- ▶ DIMDI
 - Komplexcodes

- ▶ Stationäre Pflege: Anhaltszahlen nach § 113c SGB XI

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 Beschäftigungsgesamtzahl vorschreibt.

Aber dass, wann immer eine Maschine abhebt, ein Copilot im Cockpit sitzt, hat etwas Beruhigendes.

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Aktueller Verhandlungsstand
5. DRG-Pflege-Split
6. Fazit

Gesetzliche Aufgaben und Fristen des § 137i SGB V

	Aufgabe	Frist	Konfliktlösung	Status
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	Mehrkostenvereinbarung	-	Schiedsstelle auf Antrag	
5	Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle	
6	Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle	
7	Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG	31.07.2018	-	
8	Vereinbarung zur Überführung der Mittel des Pflegesonderprogramms 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

- Teilnahme an und Mitwirkung in den Beratungen
- Einbezug der Stellungnahmen in die Entscheidungsfindung



Zwischenbericht über den Stand der Umsetzung

- ▶ Wurde am 31.01.2018 an das BMG übermittelt.

- ▶ Abrufbar unter:

<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen.jsp>

Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V

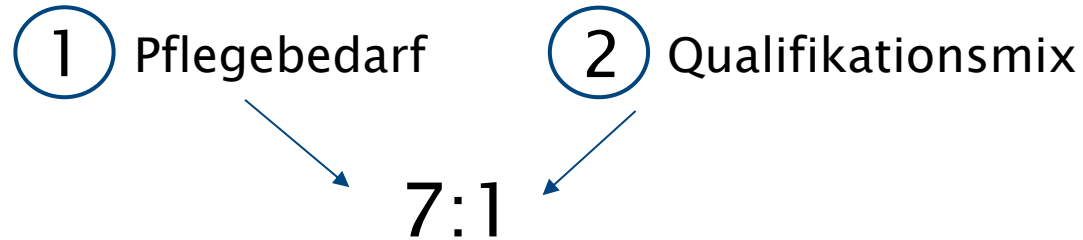
Zwischenbericht

des
GKV-Spitzenverbandes und der
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

an das Bundesministerium für Gesundheit

Stand: 30.01.2018

Problemdimensionen



- ③ Zeitlich: je Schicht, Tag, Nacht ...
- ④ Organisatorisch: Bereich, Station, Fachabteilung
- ⑤ Grenze: Durchschnitt, Erfüllungsquote

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.

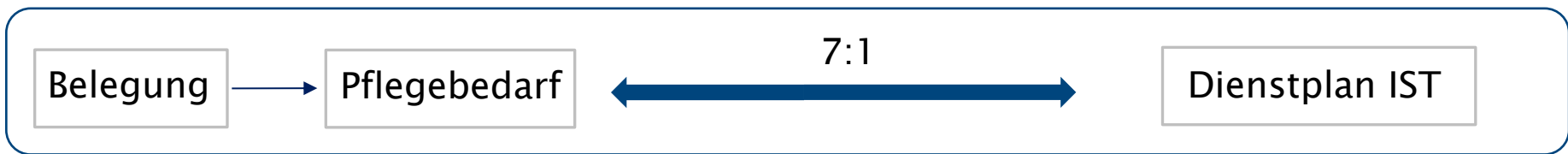
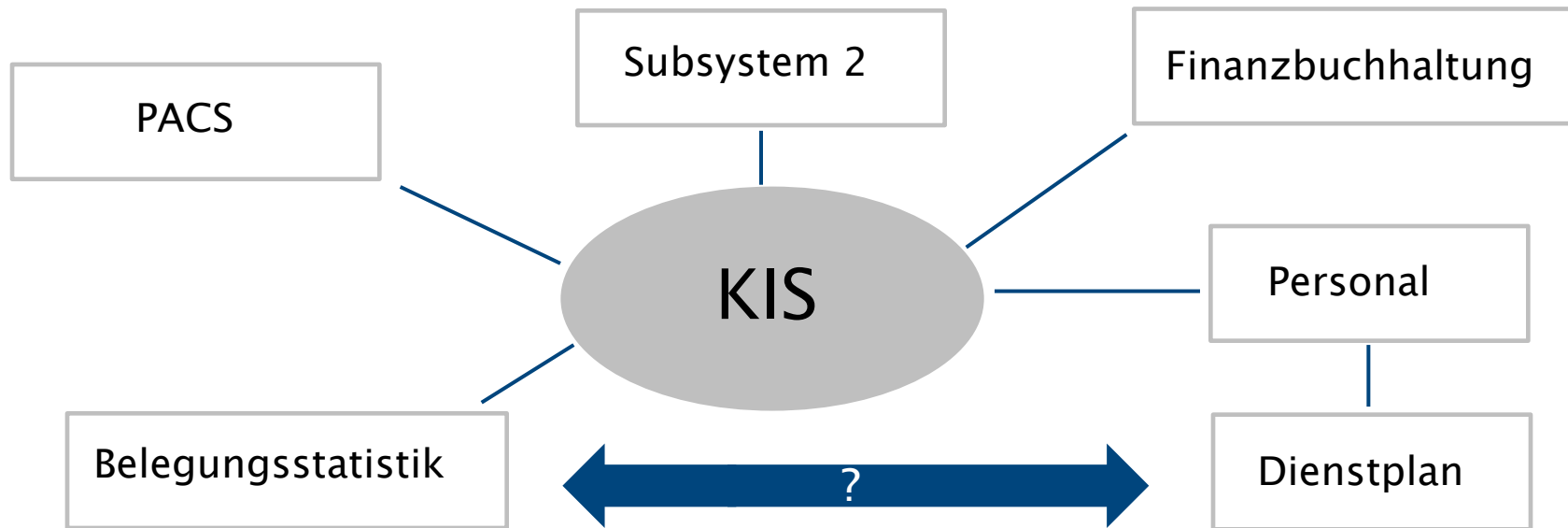
- ▶ Wir sollten versuchen, innerhalb eines Jahres die Datenlage zu verbessern.
- ▶ Wir sollten die Grundlagen schaffen, langfristig verlässliche Daten zu haben.

Dienstpläne und Belegungspläne abgleichen!

Wer nicht monatlich die (pflegebedarfs-adjustierten) Personal-Patienten-Quoten für alle Stationen und Schichten überprüft, der hat seinen Laden nicht im Griff.

Merke: Nur die schichtgenaue Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen schützt den Patienten.

Dienstpläne und Belegungsstatistik



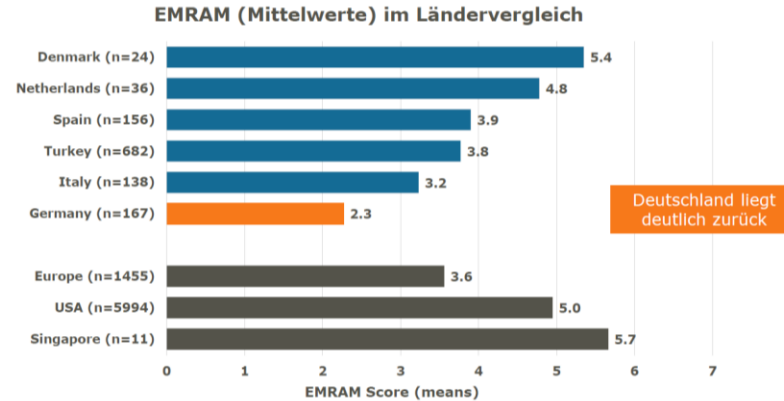
Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

Beispiel: EMRAM-Score



Spitzenverband

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 integriert 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



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

HIMSS Analytics®



“Electronic Medical Records Adoption Model”
Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads
elektronischer Dokumentation und Prozesse

Identifikation pflegesensitiver Bereiche

► Basis

- Auswertungen des Hamburg Center for Health Economics (hche-Gutachten)
- Auswertung zu pflege**intensiven** Bereichen (PKMS, Pflegegrade, Funktionseinschränkungen)
- Ermittlung pflegesensitiver Bereiche anhand von Qualitätsindikatoren der ESQS
- Auswertungen des Beschwerdemanagements der Kassen und der CIRS-Systeme
- Auswertungen zu Sterbehäufigkeiten

► Einigung auf sechs vorläufige Bereiche

- Geriatrie
- Neurologie
- Herzchirurgie
- Kardiologie (für Innere Medizin)
- Unfallchirurgie (für Allg. Chirurgie)
- Intensivmedizin

Ermittlung der relativen Pflegelast (gleichbedeutend: relativer Pflegebedarf)

- ▶ Das InEK hat die sogenannten „Pflegelast“ je Tag ermittelt (Präsentation am 12.03.2018).
- ▶ Die Berücksichtigung der Verweildauer führt zu „Pflegelast je DRG je Verweildauertag“.
- ▶ Datengrundlage: Pflegemodul in der DRG-Kalkulation
- ▶ Pflegekostenrelevante Zusatzentgelte werden additiv berücksichtigt.
- ▶ Ergebnis:
 - Pflegelast-Katalog analog zum G-DRG-Katalog
 - zwei Relativgewichte (Normal- und Intensivstation)

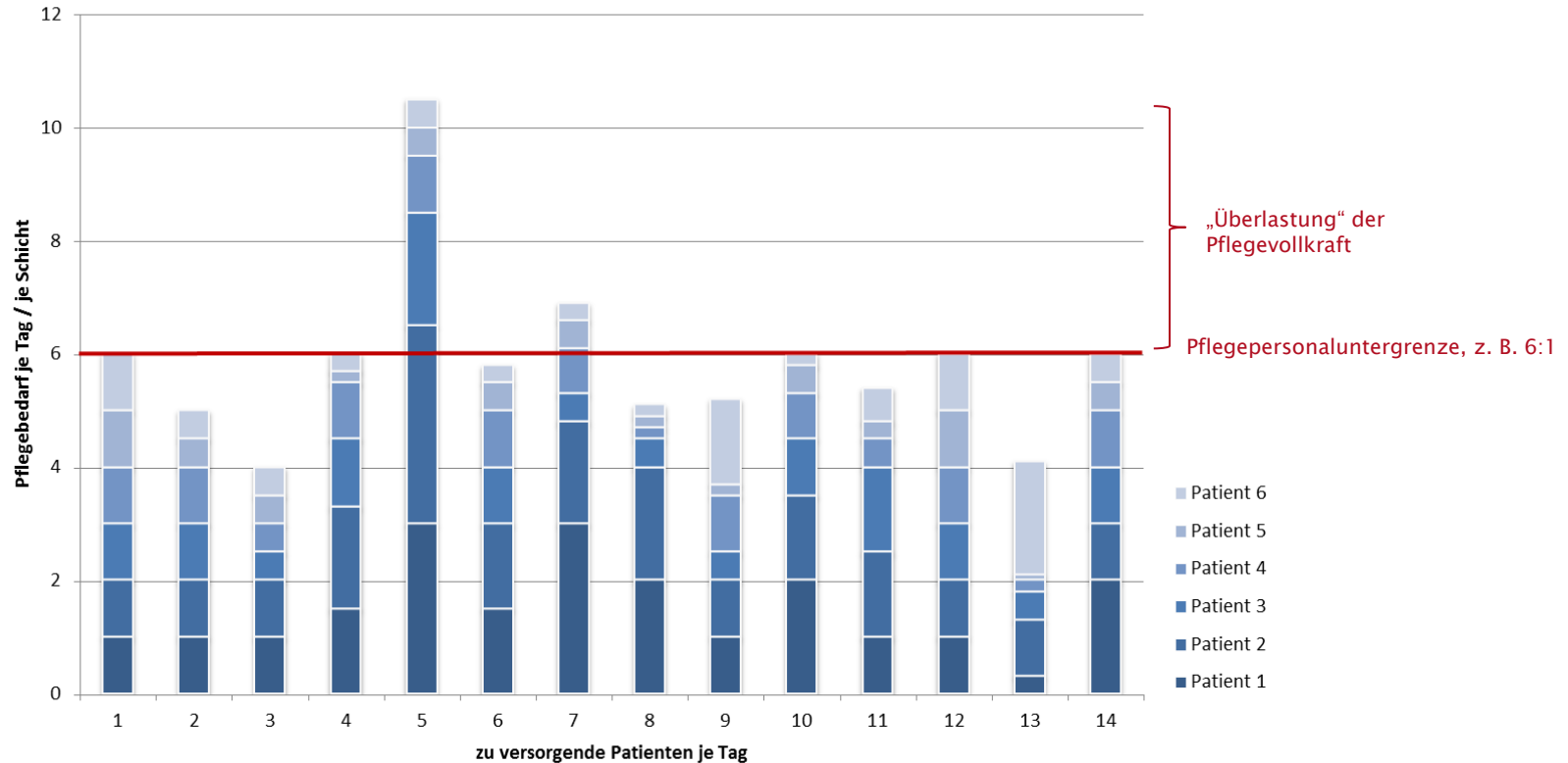
Auszug aus dem Pflegelast-Katalog (InEK)

DRG	Parti-tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung	Bewertungs-relation/Tag Normalstation	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation	Bewertungs-relation/Tag Normalstation Kinder	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation Kinder
1	2	3	4	5	6	7	8
A07F	O		Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden	0,0809	0,1486		
A13B	O		Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	0,0398	0,1760	0,0788	0,2042
B70B	M		Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	0,0299	0,0973		
F03E	O		Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler	0,0364	0,1359		
F49G	A		Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.	0,0247	0,0826		
I41Z	A		Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	0,0284	0,1041		

Pflegekraft-Patienten-Zahl schweregradadjustiert

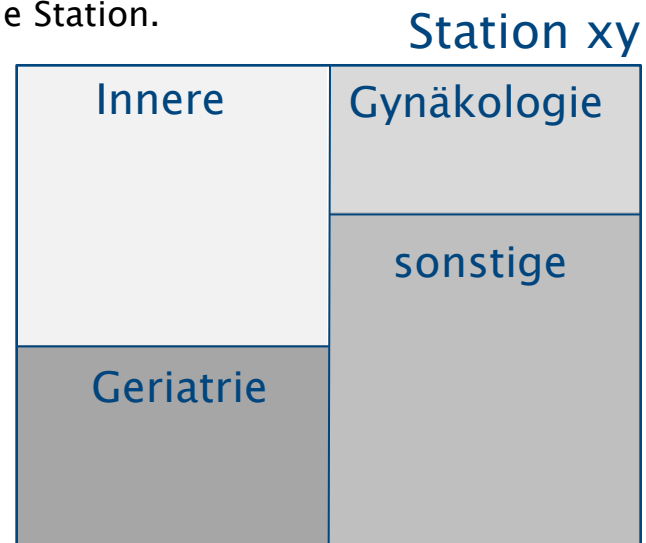


Spitzenverband



Station statt Abteilung

- ▶ Abgrenzung der pflegesensitiven Bereiche
- ▶ Organisationseinheit für ärztliche Leistungen ist die Abteilung.
- ▶ Organisationseinheit für pflegerische Leistungen ist die Station.



Qualifikationsmix der Pflegekräfte

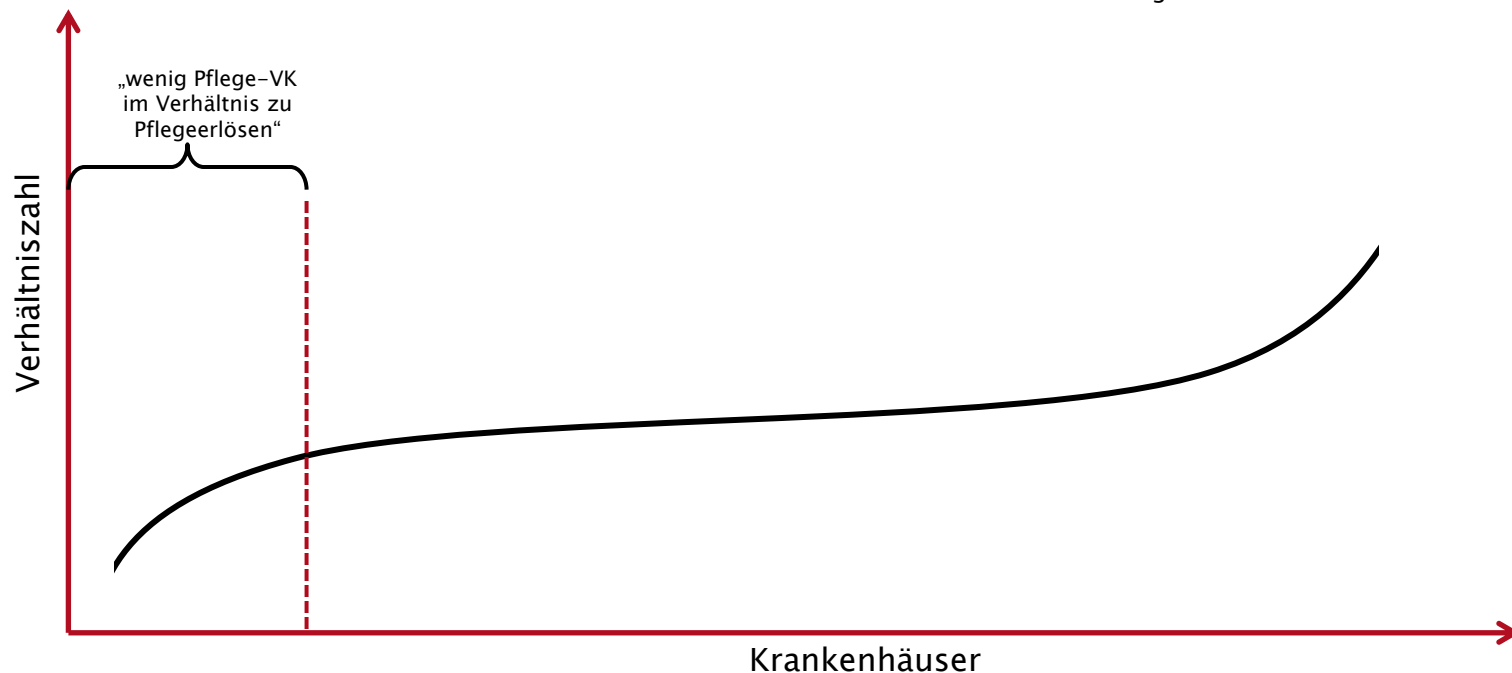
- ▶ Basis: „Pflege am Bett“
- ▶ Differenzierung zwischen „examiniert“ (dreijährige Ausbildung) und „nicht-examiniert“ (kürzere Ausbildungsdauer)
- ▶ Pflegekräfte, die für mehrere Stationen zuständig sind, werden als VK-Anteile berücksichtigt (Einzelverrechnung oder Schlüsselung).
- ▶ Streitpunkt: Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen
- ▶ GKV-Ansatz:
 - Orientierung am „Pflegedienst“ gemäß Gliederung des nicht-ärztlichen Personals des Statistischen Bundesamtes
 - Weitgehende Übereinstimmung mit KHBV

Interimslösung: Gesamthausansatz?

- ▶ **Annahme**
 - Wer DRGs mit einem hohen Pflegeanteil erbringt, viel für Pflege erlöst und gleichzeitig wenig für Pflege ausgibt, gefährdet Patienten.
- ▶ **Pflegeausstattung**
 - VK im Durchschnitt über das gesamte Jahr
(entspricht einer examinierten Pflegekraft, keine reine Gehaltssteigerung)
- ▶ **Pflegeerlöse**
 - Anteil der Pflegeerlöse aus den DRG-Fallpauschalen und ZE eines Krankenhauses
(entspricht dem durchschnittlichen Pflegeaufwand eines Patienten [DRG-Browser] in Euro)
- ▶ **Bildung eines Quotienten aus Pflegevollkräften und Pflegeerlösen**
- ▶ **Alle Daten liegen (künftig) vor.**
 - VK in § 21 KHEntgG bzw. Pflegezuschlag, Erlöse aus DRG und ZE

Verhältnis der Zahl der Vollkräfte zur Pflegelast

$$\text{Verhältniszahl: } \frac{\text{Anzahl examinierte VK}}{\text{Pflegerlöse}}$$



Fristen und gesetzlicher Handlungsbedarf

- ▶ **Frist: 30.06.2018**
 - Ermittlung von Pflegepersonaluntergrenzen auf der Basis von empirischen Datenauswertungen unwahrscheinlich

- ▶ **Drei Gründe für eine schnelle Gesetzesänderung:**
 - Pflegepersonaluntergrenzen auf alle Bereiche ausweiten (Koalitionsvertrag)
 - Datenübermittlung zur Pflegepersonalausstattung und zur Pflegelast regeln
 - Ganzhausansatz als „Interimslösung“ gesetzlich verankern

- ▶ **Derzeitiger Stand: Pflegepersonaluntergrenzen zum 01.01.2019 auf alter Gesetzesgrundlage**

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Aktueller Verhandlungsstand
5. DRG-Pflege-Split
6. Fazit

Stufenmodell zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen

Am 25.04.2018 haben sich die Vertragspartner im BMG auf folgendes Stufenmodell zur Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen verständigt:

- ▶ **1. Stufe: Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen anhand eine Einstufung in Schweregradgruppen**

- ▶ **2. Stufe: Evaluation**

Nach dem ersten Anwendungsjahr 2019 wird die Anwendung und Wirkung des mit der Stufe 1 eingeführten Modells evaluiert. Dabei soll insbesondere geprüft werden, wie eine genauere Erfassung erfolgen kann.

- ▶ **3. Stufe: Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen mit differenzierten Bezugszeiträumen**

Im Laufe des Jahres 2020 vereinbaren die Selbstverwaltungspartner, ob und wie ein differenziertes und genaueres System umgesetzt werden kann.

Stufenmodell zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen

- ▶ **1. Stufe: Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen anhand einer Einstufung in Schweregradgruppen**
 - In den ausgewählten sechs pflegesensitiven Bereichen werden 2019 erstmals Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt. Eine Einstufung der pflegesensitiven Bereiche erfolgt nach den Daten aus dem Vorjahr 2018 in die Schweregradgruppen „leicht“, „mittel“ und „schwer“.
 - Für die Nachtschichten und die Schichten am Wochenende werden eigene Pflegepersonaluntergrenzen ausgewiesen.
 - Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegsensitiven Bereichen wird als Durchschnittswert monatsbezogen ermittelt.
 - Unterjährige Veränderungen der Einstufung in die Schweregradgruppen sowie die Zahl der Schichten, in den die Untergrenzen nicht eingehalten worden sind, werden einmal je Quartal, aufgeschlüsselt nach Monaten, gegenüber den Kostenträgern und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mitgeteilt.

Ermittlung der Ist-Situation

- ▶ Erhebung der Ist-Situation durch KPMG
- ▶ Erfreuliche Beteiligung von rund 150 Teilnehmern
- ▶ Ergebnisse Ende Juni

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Aktueller Verhandlungsstand
5. DRG-Pflege-Split
6. Fazit

Koalitionsvertrag

Ausgliederung der Pflege aus der DRG–Vergütung

„Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG–Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“

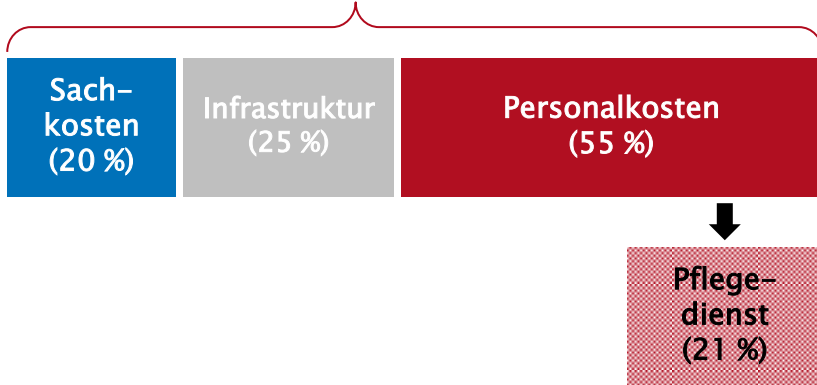
GKV–Bewertung: Wahrscheinlich eine Fehlentscheidung!

- ▶ 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 heißt: zweimal prüfen.
- ▶ Eine seriöse Trennung der Vergütungssegmente braucht zwei bis drei Jahre Vorbereitungszeit.

Entscheidungsbedarf

Kostenseite (InEK)

DRG-Fallpauschalen



Ausgliederung nach oder vor Sachkostenabsenkung?

ZE



Vergütungsseite

Orientierungswert



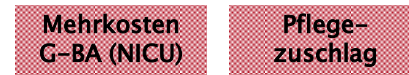
Tarifrate



Basisfallwert



Zuschläge



Abschläge



Pflege vergüten – aber wie?

Letztlich bedeutet die Entscheidung, „mal so eben“ ein neues Vergütungssystem für 15 Mrd. Euro Leistungsvolumen aus der Hüfte zu schießen.

Einige Fragen:

- ▶ Sollen die neuen Zusatzentgelte für Pflegegrade erhalten bleiben?
- ▶ Brauchen wir neue OPS, um zu garantieren, dass auch mehr gepflegt wird?
- ▶ Soll die Vergütung tages- oder fallbezogen sein?
- ▶ Gibt es einen zweiten Grouper – und wie nennt man ihn?

Erste Vermutungen für den Fall einer Umsetzung

- ▶ Fast alles in der Pflege ist tagesbezogen, also drängt sich eine tagesbezogene Vergütung auf.
- ▶ Der Pflegeaufwand variiert je Tag und je Patient. Das spricht für eine EDV-mäßige Gruppenbildung.
- ▶ Es geht um „ordentliche Pflege“ und damit nicht um Pflegepersonaluntergrenzen. Beides sind getrennte Vorhaben.
- ▶ Ohne neu programmierte Abrechnungs- und Prüfungssoftware geht es nicht. Entsprechende Vorlaufzeiten sind einzuplanen.
- ▶ Der Zusammenhang zu Kosten und Leistungen im DRG-System ist so eng, dass beide Segmente im InEK entwickelt werden sollten („Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“, fälschlich oft „DRG-Institut“).
- ▶ Vielleicht findet sich eine Umsetzung „der Absicht entsprechend“.

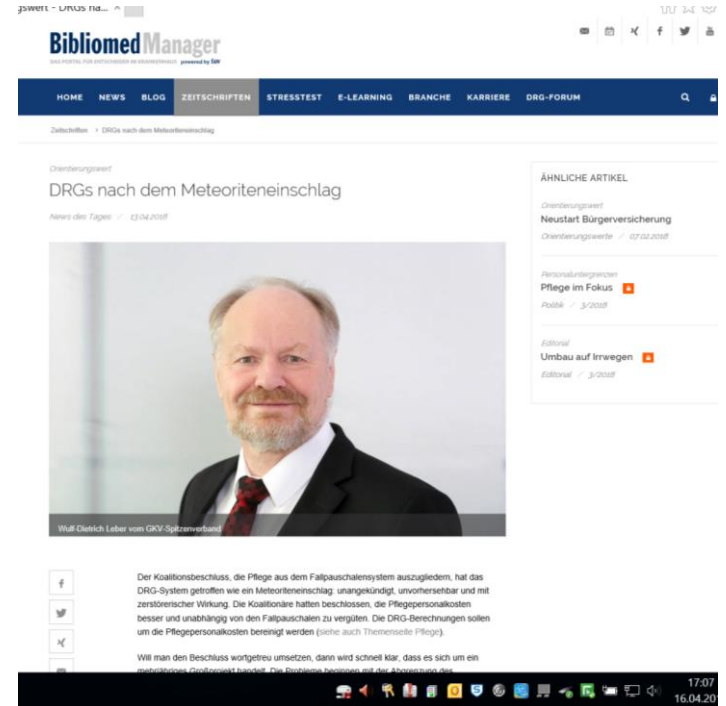
Alternative zum DRG–Pflege–Split

- ▶ „Pflege–Zuschlagsmodell“
- ▶ Man tut gut daran, die Absicht der Koalitionäre ernst zu nehmen:
„Krankenhäuser, die gut pflegen, sollen finanziell bessergestellt werden als jene, die das nicht tun.“
- ▶ „Gute Pflege“ muss operationalisiert werden.
(Konten, Köpfe, Codes)
- ▶ Modelle werden derzeit diskutiert.

Zum Nachlesen

Bibliomed-Kolumne (13.04.2018)

„DRGs nach dem Meteoriteneinschlag“



The screenshot shows a web browser displaying an article on the Bibliomed Manager website. The page layout includes a dark blue navigation bar with menu items: HOME, NEWS, BLOG, ZEITSCHRIFTEN, STRESSTEST, E-LEARNING, BRANCHE, KARRIERE, and DRG-FORUM. The article title is "DRGs nach dem Meteoriteneinschlag" by Wulf-Dietrich Leber, dated 13.04.2018. A large portrait of Wulf-Dietrich Leber is featured. To the right, a sidebar lists "ÄHNLICHE ARTIKEL" such as "Neustart Bürgerversicherung" and "Pflege im Fokus". Below the article, there is a text block and a social media sharing section with icons for Facebook, Twitter, LinkedIn, and Print. The browser's taskbar at the bottom shows the date 16.04.20 and time 17:07.

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflege-Expertenkommission
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Aktueller Verhandlungsstand
5. DRG-Pflege-Split
6. Fazit

Fazit

1. Pflege ist das zentrale gesundheitspolitische Thema der neuen Legislaturperiode.
2. Im Krankenhaus-Controlling zeigt sich ein Digitalisierungsdefizit: Die Dienst- und Belegungspläne werden nicht überall routinemäßig zusammengespielt.
3. Pflegepersonaluntergrenzen werden kommen. Sie erfordern ein stations- und schichtgenaues Controlling von Pflegekraft-Patienten-Zahlen.
4. Die drohende Herauslösung der Pflege aus dem DRG-System ist eine Fehlentscheidung. Gute Pflege kann man auch im Rahmen eines Pflege-Zuschlagsmodells fördern.
5. Auf die Krankenhaus-Controller kommt es an.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de