

G-DRG-Systementwicklung

aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf, 12.11.2018

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)
3. PpSG: DRG-Pflege-Split et al.
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus

Politische Maßnahmen 1993 bis 2016

- ▶ 1993: Pflege-Personalregelung (PPR)
- ▶ 1996: Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- ▶ 1997: Außerkraftsetzen der PPR durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- ▶ 2006: PPR zu Kalkulationszwecken im DRG-System
- ▶ 2008: 1. Pflegegipfel
- ▶ 2009: 2. Pflegegipfel und Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)
 - Erstes Pflegestellen-Förderprogramm
- ▶ 2016: Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)
 - Zweites Pflegestellen-Förderprogramm
 - Pflege-Expertenkommission

Pflege im Koalitionsvertrag

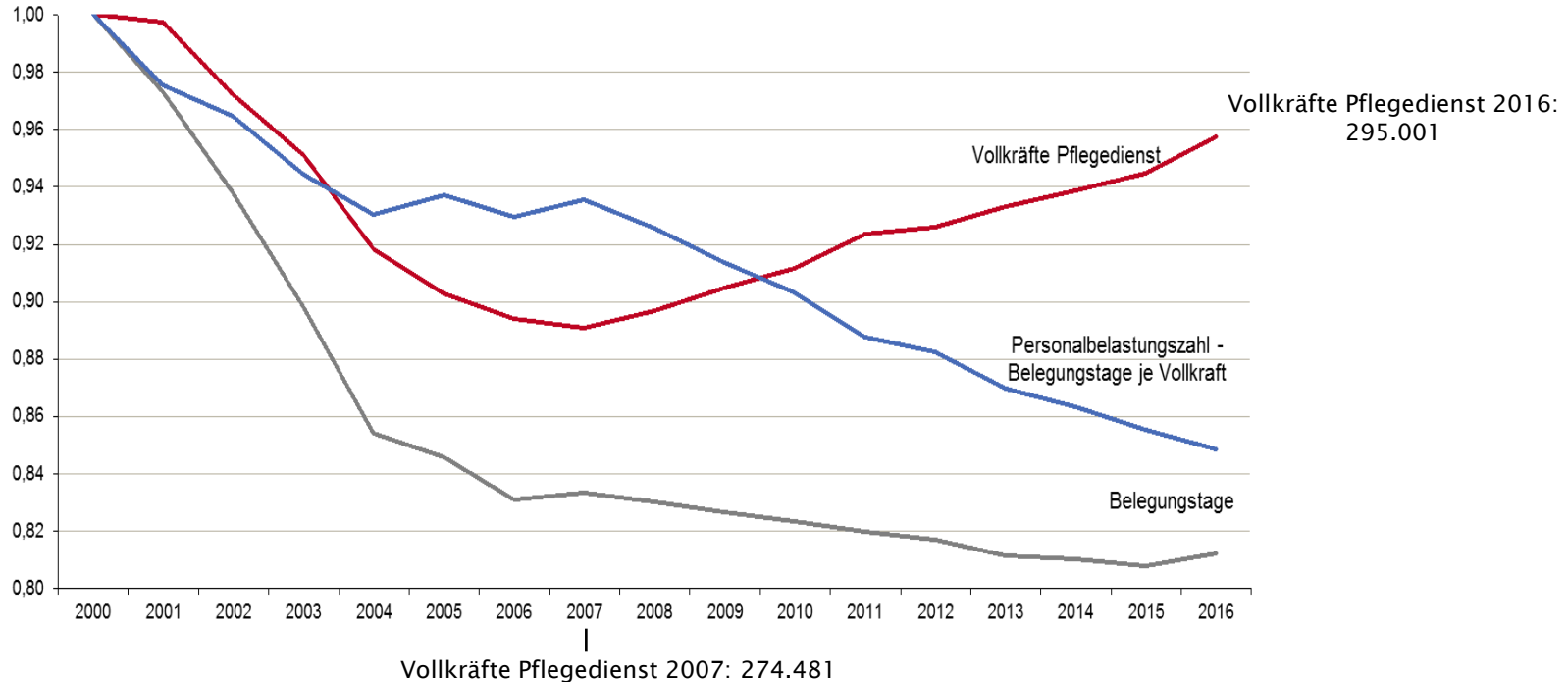
- ▶ Pflegestellensofortprogramm
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen für alle Krankenhausabteilungen
- ▶ Personalstandards in der Psychiatrie
- ▶ Abschaffung des Schulgelds
- ▶ Herauslösung der Pflege aus den DRGs

Entwicklung der Pflegevollkräfte, Belegungstage und Personalbelastungszahlen, 2000 – 2016

Sinkende Personalbelastung je Belegungstag und Vollkraft, ...



Spitzenverband



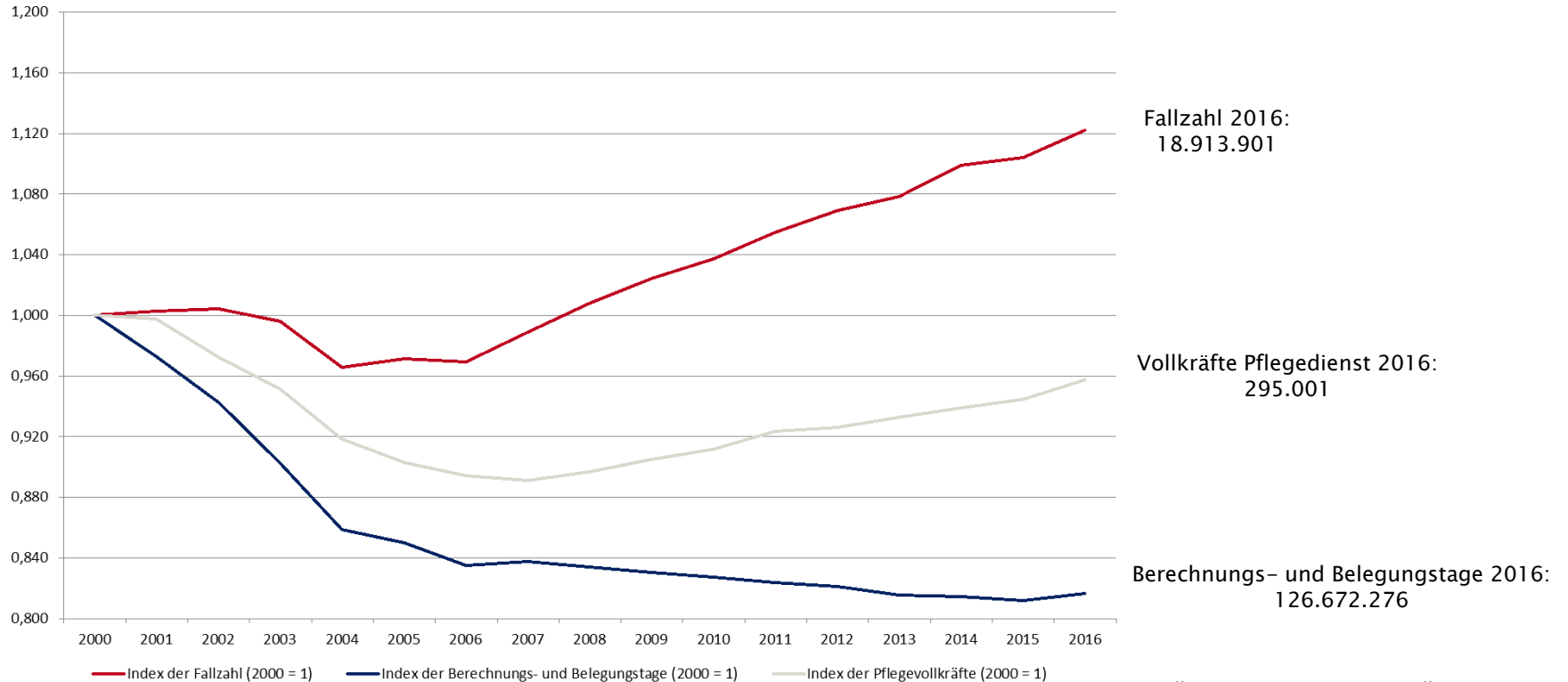
Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Entwicklung der Fallzahlen, Behandlungstage und Pflegevollkräfte, 2000 – 2016

..., aber Pflegekräfte versorgen immer mehr pflegeaufwendigere Kurzlieger.



Spitzenverband



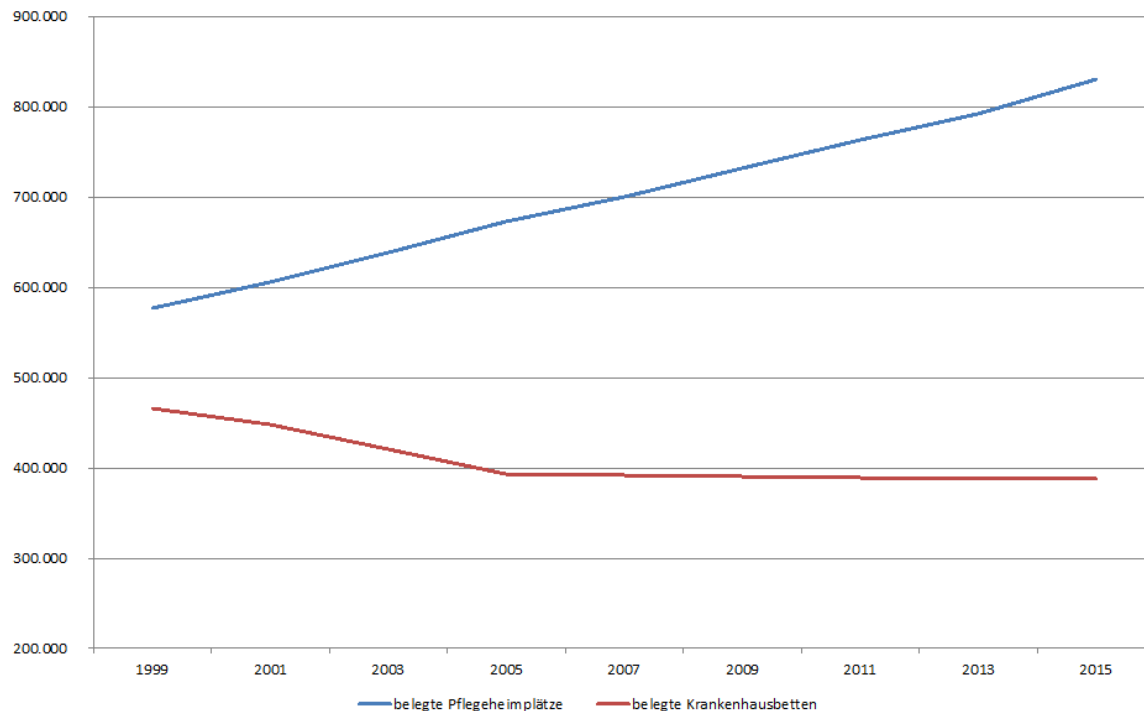
Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.



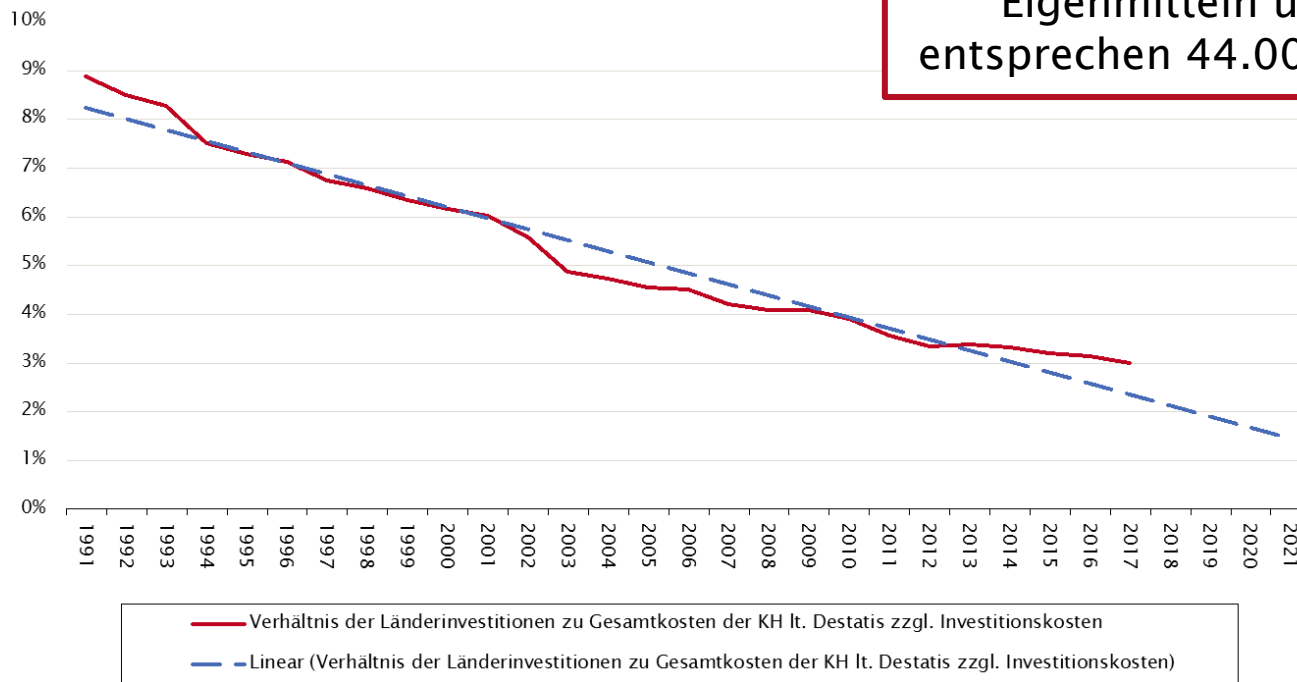
Spitzenverband



Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Investitionsmittel der Länder

2,4 Mrd. Euro Investitionen aus
Eigenmitteln und Krediten
entsprechen 44.000 Pflegestellen.



Strukturbereinigung einleiten!



Spitzenverband

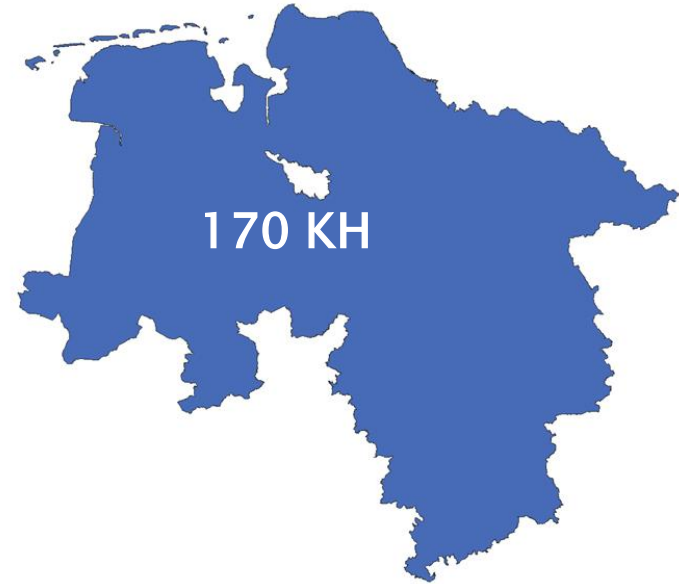
Dänemark



40 KH

5,6 Mio. Einwohner
Fläche: 43.000 Quadratkilometer

Niedersachsen



170 KH

7,8 Mio. Einwohner
Fläche: 47.600 Quadratkilometer

Von der Planung zur algorithmischen Marktregulierung

- ▶ Übereinstimmender gesundheitspolitischer Befund: Die Länder haben bei Planung und Investitionsfinanzierung versagt.
- ▶ Schwierige Fragen: Würde Krankenhausplanung funktionieren, wenn die Länder keine Versager wären?
- ▶ Wahrscheinlich nicht. Verwaltungsgerichte schützen jedes belegte Krankenhaus.
- ▶ Machen Sie den Drei-Häuser-Test!

- ▶ Konsequenz:
 1. Marktregulierung (via G-BA)
 2. Strukturfonds, der wirklich Strukturen bereinigt

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. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)
3. PpSG: DRG-Pflege-Split et al.
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Beratungsergebnisse der Pflege-Expertenkommission

Gutachten von Prof. Dr. Schreyögg (hche):

- ▶ **Ziel:** datenbasierte Ermittlung der Fachabteilungen, die besonders sensitiv für eine Unterbesetzung in der Pflege sind
- ▶ **Datenbasis:** Abrechnungsdaten der Krankenhäuser und Daten der Qualitätsberichte
- ▶ **Ergebnisse:**
 - in **15 von 28** Fachabteilungen signifikante Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalausstattung und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse (z. B. Dekubitus, Infektionen)
 - Ermittlung **unterer Grenzen** für die Personalbelastungsziffer (Dezil-, Quartilgrenzen)
 - Schätzung des personellen Mehrbedarfs und der Verbesserungen in den PSEIs

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.)	*	*	*	*	***	***	*	*	*	**	**

Identifikation pflegesensitiver Bereiche

- ▶ Einigung auf sechs vorläufige Bereiche

Geriatric

Kardiologie (für Innere Medizin)

Intensivmedizin

Unfallchirurgie (für Allg. Chirurgie)

(Herzchirurgie)

(Neurologie)

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	31.01.2019	Automatische Schiedsstelle	
7	Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG im Rahmen der jährlichen Fortschreibung	31.12.2018	Schiedsstelle auf Antrag	
9	Wissenschaftliche Evaluation inkl. Bericht an BMG und BT	31.12.2022	-	

NEU

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



Problemdimensionen

① Pflegebedarf
der Patienten

② Qualifikationsmix
der Pflegekräfte

7:1

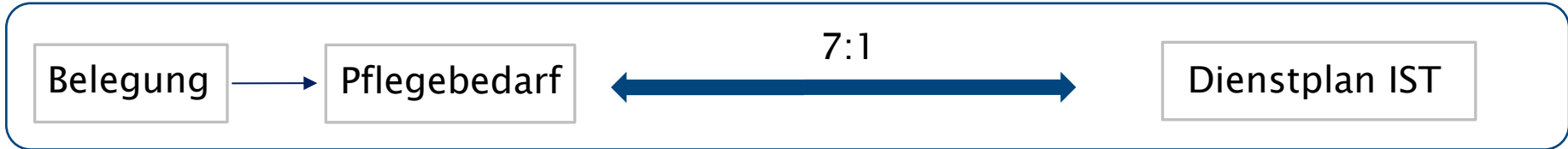
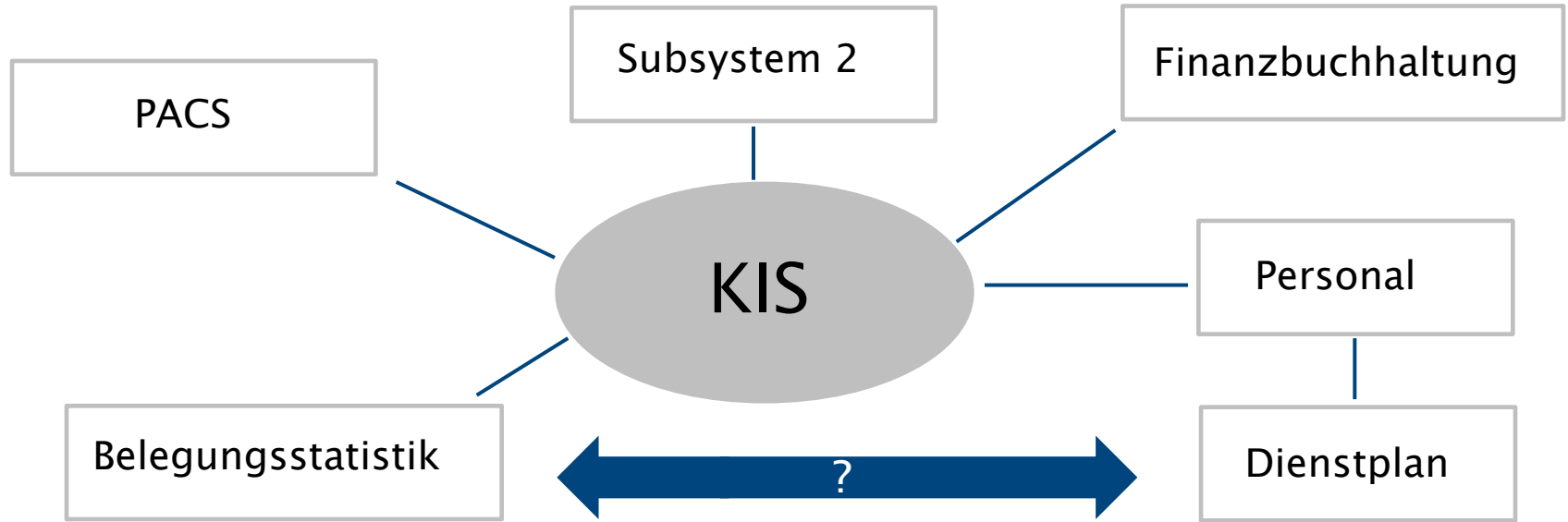
„7:1“ wg. WM

③ Zeitlich: je Schicht → Tag, Nacht, Wochenende

④ Organisatorisch: Bereich → Station vs. Fachabteilung

⑤ Grenze: Durchschnitt, Erfüllungsquote

Dienstpläne und Belegungsstatistik



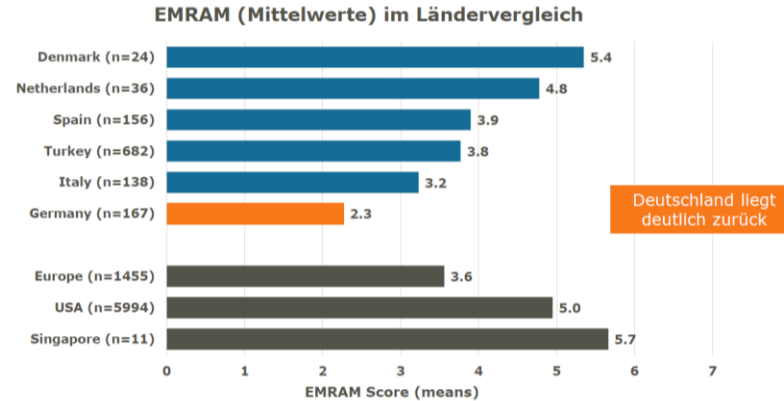
Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

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



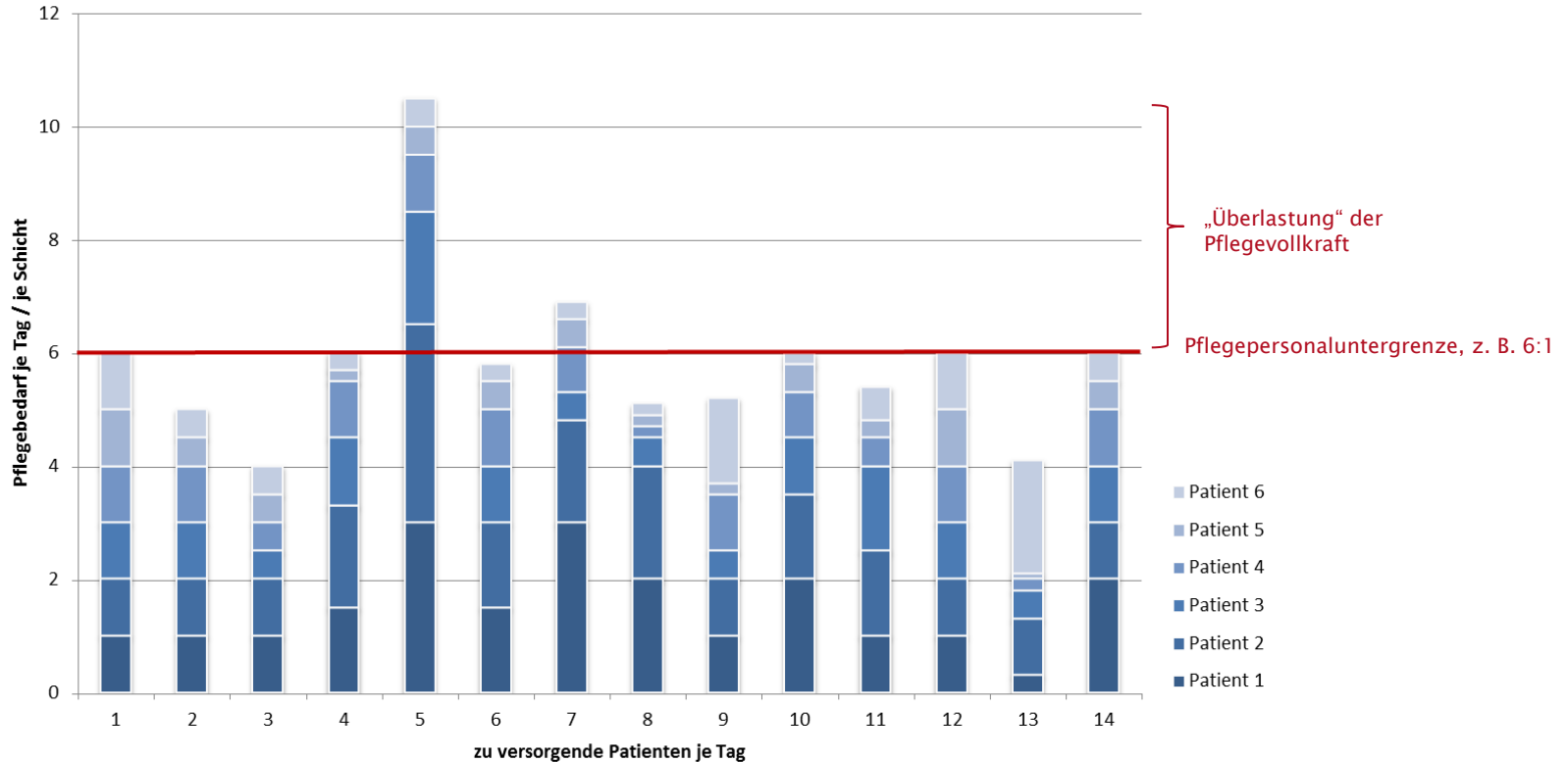
Source: HIMSS Analytics Database, Q4/2017 (data from 1/2014 - 12/2017), Status as of 1/1/2018

HIMSS Analytics®



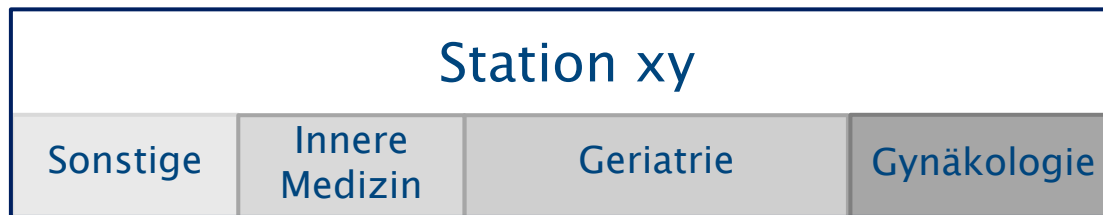
“Electronic Medical Records Adoption Model”
Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads
elektronischer Dokumentation und Prozesse

Pflegekraft-Patienten-Zahl schweregradadjustiert



Krankenhausbereich: Station statt Abteilung

- ▶ Herausforderung: Abgrenzung der pflegesensitiven Krankenhausbereiche
 - Organisationseinheit für **ärztliche Leistungen** ist die **Abteilung**.
 - Organisationseinheit für **pflegerische Leistungen** ist die **Station**.



Ziel:
Pflegepersonaluntergrenzen je Station

Qualifikationsmix

GKV-Ansatz

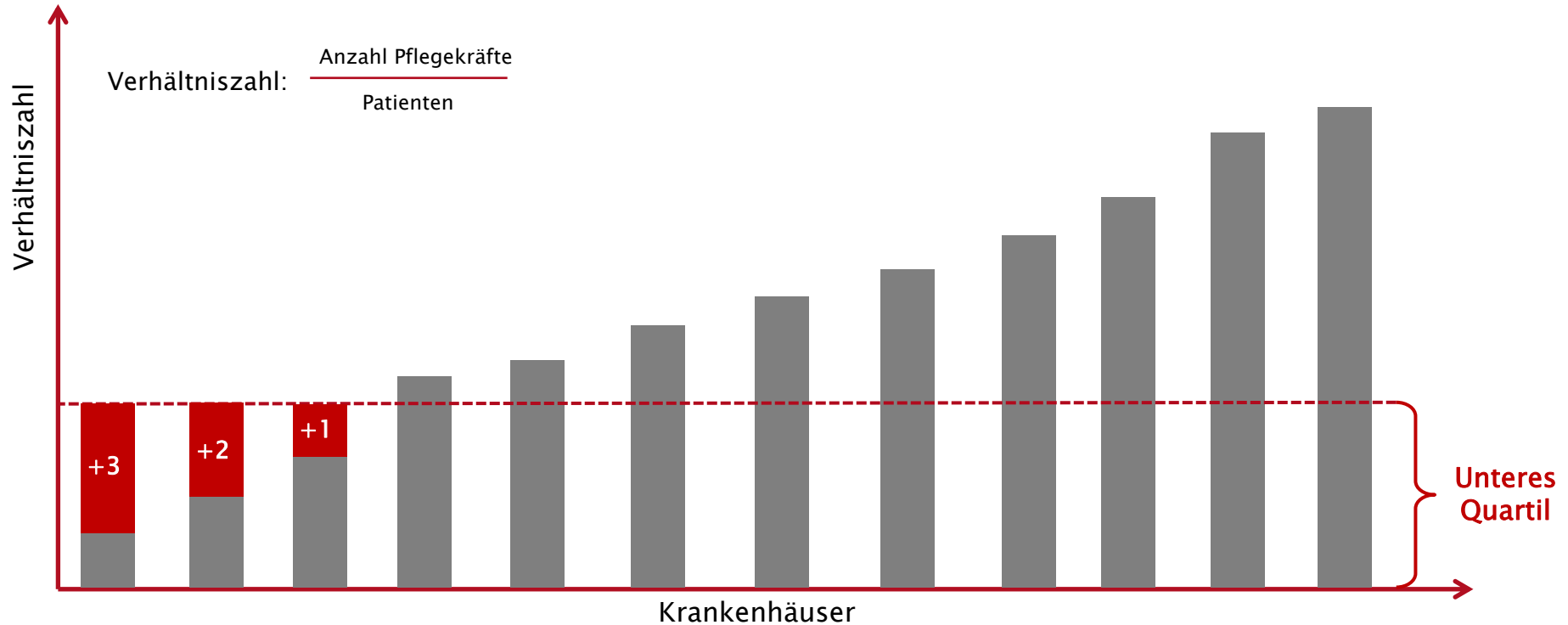
- ▶ Basis: „Pflege am Bett“
- ▶ Berücksichtigung des Qualifikationsmixes bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen:
 - Pflegefachkräfte (mindestens dreijährige Ausbildung)
 - Pflegehilfskräfte (mindestens einjährige Ausbildung: Pflegeassistenten, sonstige nicht-examinierte Pflegekräfte)
- ▶ „Zwei Grenzen“: Pflegekräfte insgesamt und Höchstanteil an Pflegehilfskräften
- ▶ Keine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen!

Der Perzentilansatz

Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Personalanhaltszahlen!



Spitzenverband



Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung

KPMG-Studie



Einigung zur empirischen Datenerhebung und Auswertung durch KPMG

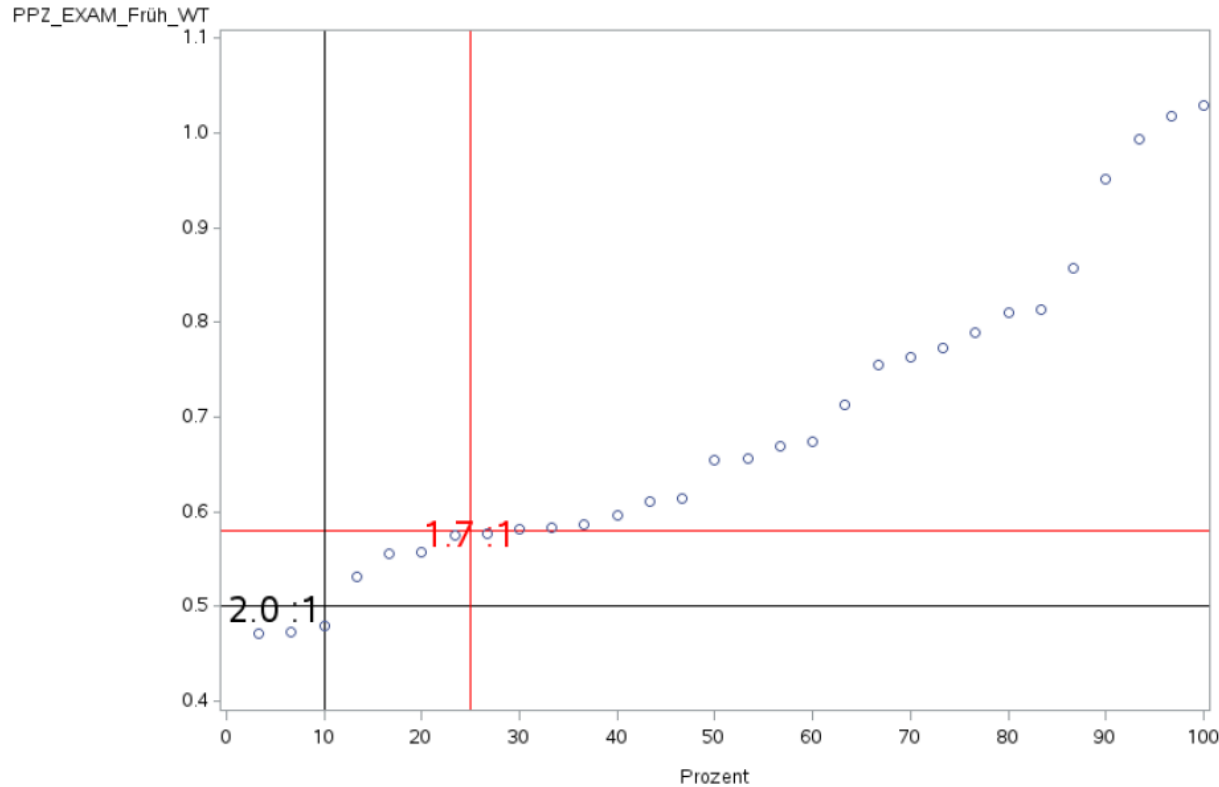
- ▶ Basis: repräsentative Krankenhausstichprobe je pflegesensitivem Bereich (Fachabteilungsebene)
- ▶ Ist-Pflegepersonalbesetzung und Qualifikationsmix – stundengenau je Tag
- ▶ Anzahl der Fälle zzgl. Pflegelast (DRGs, Zusatzentgelte und Verweildauer) – je Tag
- ▶ Zeitraum: acht Wochen in 2016 (zwei Wochen je Quartal)

- ▶ Auftragsvergabe an KPMG: 16.03.2018
- ▶ Erste Auswertungsergebnisse: Ende Juni 2018
- ▶ Finale Auswertungsergebnisse: Anfang August 2018

Ergebnisse der KPMG-Studie (1 / 3)



Spitzenverband



Verteilung für Intensivmedizin

- Hoher Schweregrad
- Frühschicht an einem Werktag
- Examierte Pflegekräfte

Quelle: KPMG, August 2018

Ergebnisse der KPMG-Studie (2/3)

Intensivmedizin: Zwei Schweregradklassen



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: KPMG, August 2018

Ergebnisse der KPMG–Studie (3/3)

Geriatrie: 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: KPMG, August 2018

BMG-Kompromiss: 17.07.2018

- ▶ Identifikation pflegesensitiver Bereiche von Krankenhäusern und deren Einstufung in Schweregradklassen auf Bundesebene durch das InEK
 - Krankenhäuser haben Widerspruchsmöglichkeit gegen Einstufung.
- ▶ Zunächst Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für eine Tages- und eine Nachtschicht (differenziert für Werktage und Wochenende/Feiertage)
- ▶ Höhe der Perzentilgrenze: 25 %
- ▶ Bemessung der Vergütungsabschläge an der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt
 - Die Anzahl der untererfüllten Schichten je Monat ist **nicht** abschlagsrelevant.

DKG–Vorstandsentscheidung: 23.07.2018

„Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat in seiner gestrigen außerordentlichen Sitzung den mit dem GKV–Spitzenverband **bislang erzielten Verhandlungsstand** zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen **als nicht akzeptabel zurückgewiesen**. (...)

Wesentlicher Kritikpunkt ist die vorgesehene Festlegung eines statistischen Grenzwertes (Perzentilwertes) von 25 Prozent. (...)

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)



Spitzenverband

1632

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

Veröffentlichung im
Bundesgesetzblatt am
10.10.2018

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

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.

§ 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 (1 / 2)

- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen gelten schichtbezogen auf den Stationen der pflegesensitiven Bereiche.
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen als maximale Anzahl zu versorgender Patienten pro 1 Pflegekraft:

	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).

Pflegepersonaluntergrenzen (2 / 2)

- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen als Mindestanzahl an Pflegekräften je 10 Patienten:

	Intensiv- medizin		Geriatric		Kardiologie		Unfallchirurgie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Min.-Anzahl Pflegekräfte gesamt je 10 Patienten	4*	2,9*	1	0,5	0,8	0,4	1	0,5
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 eine Mindestanzahl von 5 Pflegekräften je 10 Patienten und für die Nachtschicht 3,3 Pflegekräfte je 10 Patienten (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 PpUGV).

Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

KPMG-Studie



PpUGV



- Keine Risikoadjustierung
- Keine Wochentags-differenzierung
- 2 statt 3 Schichten
- 4 statt 6 pflegesensitive Bereiche

Bewertung der PpUGV

- ▶ Weitgehende Umsetzung der Vorarbeiten der Selbstverwaltungspartner
- ▶ Politische Korrekturen insbesondere für den Bereich Intensivmedizin
- ▶ Klarer Schicht-, Stations- und Standortbezug der Pflegepersonaluntergrenzen

Kritik des GKV-Spitzenverbandes:

- ▶ Korrektur der Pflegepersonaluntergrenzen für Intensivmedizin
- ▶ Keine Risikoadjustierung über Pflegeaufwand

Vereinbarungslösung mit der DKG am 12.10.2018 gefunden.

(vorbehaltlich der Zustimmung des DKG–Vorstands)

- ▶ Nachweise zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen erfolgen stations–, schicht– und standortbezogen.
 - Monatliche Durchschnittswerte der Personalausstattung und Patientenbelegung
 - Anzahl der nicht erfüllten Schichten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Schichten
 - Jahresmeldung mit Bestätigung des Wirtschaftsprüfers:
 - ▶ monatliche Durchschnittswerte
 - ▶ nicht erfüllte Monate
 - ▶ Ausnahmetatbestände
 - ▶ Richtigkeit der Krankenhausangaben nach § 5 Abs. 3 und 4 PpUGV (Fachabteilungen, zugehörige Stationen)

Einhaltung der PpUG als monatliche Durchschnittswerte

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

Beispiel

		Intensivmedizin		Geriatric		Kardiologie	Unfallchirurgie
		Station 1	Station 2	Station 1	Station 2	...	...
Tag	Fachkräfte	3	2	2	2	...	...
	Hilfskräfte	1	2	3	2	...	...
	Patienten	15	15	25	25	...	...
Nacht	Fachkräfte	3	2	2	2	...	...
	Hilfskräfte	1	2	3	2	...	...
	Patienten	15	15	25	25	...	...

Anzahl der nicht erfüllten Schichten je Monat

- ▶ Ermittlung für jeden pflegesensitiven Bereich je Standort
- ▶ Quartalsweise Übermittlung zum 15.04., 15.07., 15.10. und 15.01.

Beispiel

	Intensivmedizin		Geriatric	Kardiologie	Unfallchirurgie
	Station 1	Station 2	...	...	...
Tag	5 von 60	5 von 60	...	...	...
Nacht	6 von 60	6 von 60	...	...	...

In diesem Beispiel gehören zwei Stationen zum pflegesensitiven Bereich der Intensivmedizin. Die Summe aller Schichten für einen Monat ergibt sich aus dem Wert der Multiplikation der Anzahl der (Tag-/Nacht-) Schichten eines Monats und der Anzahl der Stationen (*hier: 30 Tag-/Nachtschichten x 2 Stationen = 60 Schichten*).

Jahresmeldung über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

- ▶ Ermittlung für jeden pflegesensitiven Bereich je Standort
- ▶ Bestätigung des Wirtschaftsprüfers und jährliche Übermittlung zum 30.06.

Beispiel

	Intensivmedizin	Geriatric	Kardiologie	Unfallchirurgie
Monatliche Durchschnittswerte aller Monate – Personalausstattung – Patientenbelegung	...	...	...	...
Nicht eingehaltene Monate (im Monatsdurchschnitt)	Februar	Februar, März	Dezember	November, Dezember
Ausnahmetatbestände	...	...	...	...
Richtigkeit der Angaben nach § 5 Abs. 3 und 4 PpUGV (FAB, zugehörige Stationen)	...	...	...	...

PpUG–Abschlags–Vereinbarung

§ 137i Abs. 1 S. 7 SGB V

- ▶ Scheitern der Verhandlungen mit der DKG am 12.10.2018 festgestellt
- ▶ Schiedsstellenverfahren wahrscheinlich
- ▶ PpSG: Erweiterung der Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen um die Verringerung der Fallzahl sowie Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlichen Personals

Konfliktpunkte:

1. Umgang mit Nichtmeldungen der Krankenhäuser
2. Personalverlagerungen
3. Abschlagshöhe
4. Ausnahmetatbestände

Prinzipien der PpUG–Abschlags–Vereinbarung

1. Kein Gewinn durch unterbesetzte Stationen

⇒ Sanktion: „Einsparung“ + erzieherische Komponente

2. Keine Sanktionsvermeidung durch Nicht–Meldung

⇒ Sanktion mit der Annahme „starke Personalunterdeckung“

PpSG: Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

- ▶ Gesetzliche Vereinbarungsaufträge für Selbstverwaltungspartner:
 - Evaluation und ggf. Anpassung der PpUG aus PpUGV mit Wirkung zum 01.01.2020
 - Vereinbarung von PpUG für die pflegesensitiven Bereiche Herzchirurgie und Neurologie mit Wirkung zum 01.01.2020
 - Festlegen weiterer pflegesensitiver Bereiche und Vereinbaren von PpUG jährlich zum 01.01. (erstmals für 2021)

- ▶ Risikoadjustierung bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen anhand Pflegeaufwand der Patienten

- ▶ Beauftragung des InEK mit Datenerhebungen und Auswertung

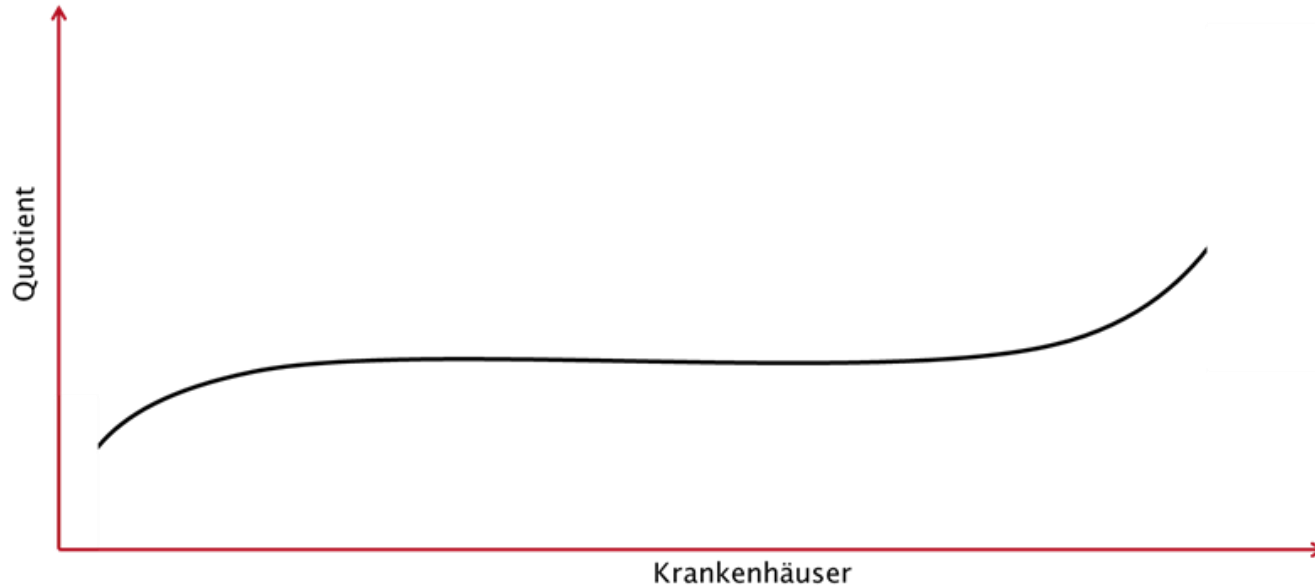
Pflegepersonalquotient auf Ganzhausebene

PpSG: § 137j SGB V

- ▶ Ab 2020: Jährliche Ermittlung eines Pflegepersonalquotienten für jedes Krankenhaus (Ganzhausansatz) durch das InEK
- ▶ Pflegepersonalquotient_{KH} =
$$\frac{\text{Anzahl Pflegevollkräfte des KH}}{\text{Pflegeaufwand des KH}}$$
- ▶ BMG legt Untergrenze fest; Selbstverwaltungspartner vereinbaren Sanktionen bei Unterschreitung der Untergrenze.
- ▶ Pflegepersonalquotient:
 - Schafft Transparenz über Pflegepersonalausstattung.
 - Gute Ergänzung zu schichtbezogenen Pflegepersonaluntergrenzen für alle Stationen.
 - Aber: Kein Ersatz! Die Mitternachtsproblematik wird damit nicht gelöst.
- ▶ Erforderliche Zustimmung des Bundesrates lässt keine ernsthafte Umsetzung erwarten.

Pflegepersonalquotient

– Verteilung über alle Krankenhäuser



Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)
3. PpSG: DRG-Pflege-Split et al.
4. Notfallversorgung
5. 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 bzw. Rechnungskomponenten heißt: doppelte Bürokratie.
- ▶ Eine seriöse Trennung der Vergütungssegmente braucht zwei bis drei Jahre Vorbereitungszeit.

Pflegebudget mit Selbstkostendeckung

- ▶ Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs
- ▶ Ab 2020: Vergütung der Pflege über ein krankenhausespezifisches Pflegebudget
- ▶ Bundeseinheitlicher Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Vergütung auf Basis eines InEK-Konzepts
- ▶ Weiterhin Übermittlung der Personalkostendaten an InEK
- ▶ Wirtschaftlichkeit von Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft!
- ▶ Keine Anpassung des LBFW, da Minderung des Casemix



Pflegeausgliederung

Befürchtungen :

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

DRG-Entwicklung oder DRG-Abwicklung?

1. Das Rausbrechen der Pflegepersonalkosten ist ein schwerer Eingriff – eine Art Rückfall in dunkelste Zeiten der Selbstkostendeckung.
2. Es drängt sich eine Analogie auf: Der Brexit ist ein schwerer Schlag für Europa – eine Art Rückfall in die dunklen Zeiten nationaler Egoismen.
3. Aber der Brexit ist nicht des Ende des europäischen Gedankens!
4. Auch der Pflege-DRG-Split wird nicht das Ende der DRGs sein. Es lohnt nach wie vor, für eine leistungs- und qualitätsorientierte Vergütung zu kämpfen.

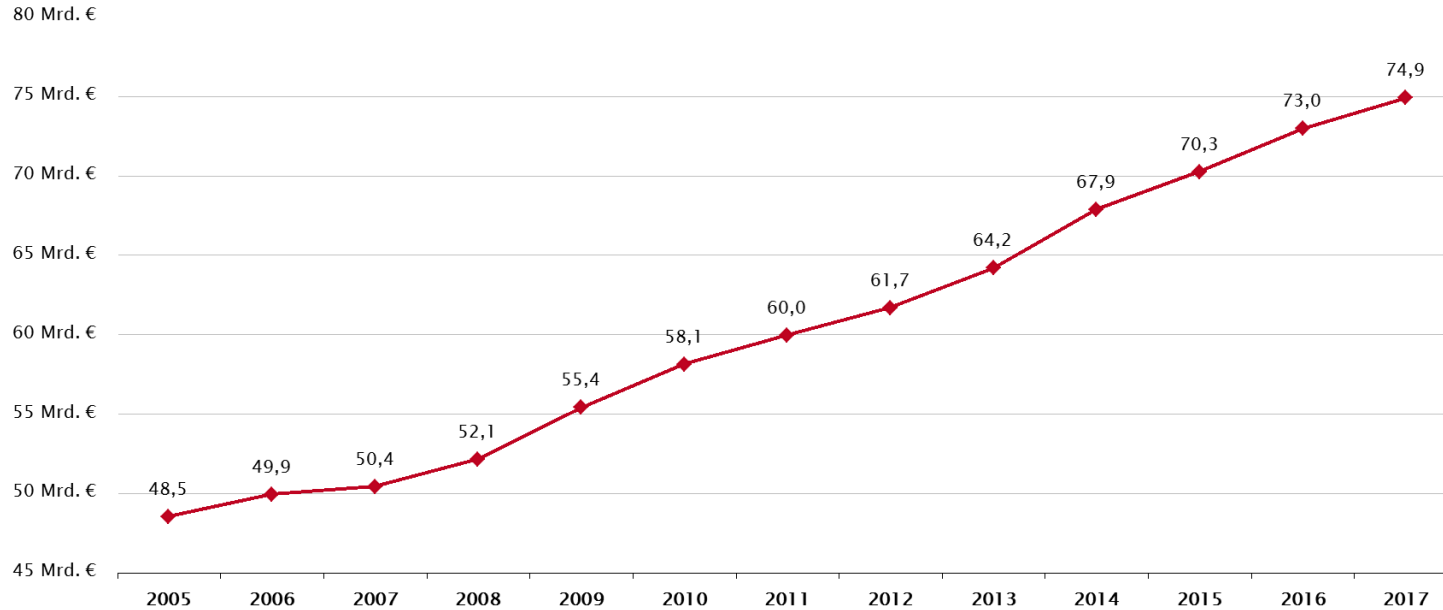
Vereinbarungsfahrplan nach PpSG

	Nr.	Thema	Frist			
			2019	2020	2021	XXXX
Pflegebudget	1	Bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Personalkosten und Zuordnungsregeln	31. Jan			
	2	Streichung von Prozedurenschlüsseln für Pflege	28. Feb			
	3	Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG	31. Jul			
	4	Fallpauschalenvereinbarung – vermindert um Pflege	30. Sep	jährlich	jährlich	jährlich
	5	Pflegeerlöskatalog	30. Sep	jährlich	jährlich	jährlich
	6	Abrechnungsbestimmungen für die Anwendung des Pflegeerlöskataloges	30. Sep	jährlich	jährlich	jährlich
	7	Zwischenbericht über Auswirkungen der Pflegeausgliederung			31. Aug	
	8	Endbericht über Auswirkungen der Pflegeausgliederung				31. Aug. 25
PpUG	9	Aktualisierung von Pflegepersonaluntergrenzen aus PpUGV zum 01.01.2020	31. Aug			
	10	Pflegepersonaluntergrenzen für Neurologie und Herzchirurgie zum 01.01.2020	31. Aug			
	11	Weitere pflegesensitive Bereiche für 2021 ff.		01. Jan	01. Jan	01. Jan
	12	Pflegepersonaluntergrenzen für neue Bereiche für 2021 ff.		31. Aug	31. Aug	31. Aug
	13	Sanktionen im Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen	31. Jan			
	14	Sanktionen im Bereich des Pflegepersonalquotienten	30. Jun			
Rest	15	Tarifraten Pflege – Nachweise und Rückzahlung	31. Mrz			
	16	Bericht des GKV-SV zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf		30. Jun	30. Jun	30. Jun
	17	G-BA: Vorgaben zu besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten	31. Dez			
	18	Zuschlag für ländliche Krankenhäuser	30. Jun	30. Jun	30. Jun	30. Jun

Aufgabenzuwachs für das InEK

- ▶ **Pflege-DRG-Split/Pflegebudget sowie Pflegepersonaluntergrenzen**
 - Konzept zu den ausgliedernden Pflegepersonalkosten
 - Entwicklung des Pflegelast-Katalogs und Ermittlung der Pflegelast
 - Datenerhebung und -auswertung zu PpUG
 - ggf. repräsentative Auswahl von Krankenhäusern für PpUG
 - Ermittlung der Pflegepersonalquotienten inkl. vergleichender Zusammenstellung

GKV-Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)
3. PpSG: DRG-Pflege-Split et al.
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Der Weg ins richtige Krankenhaus

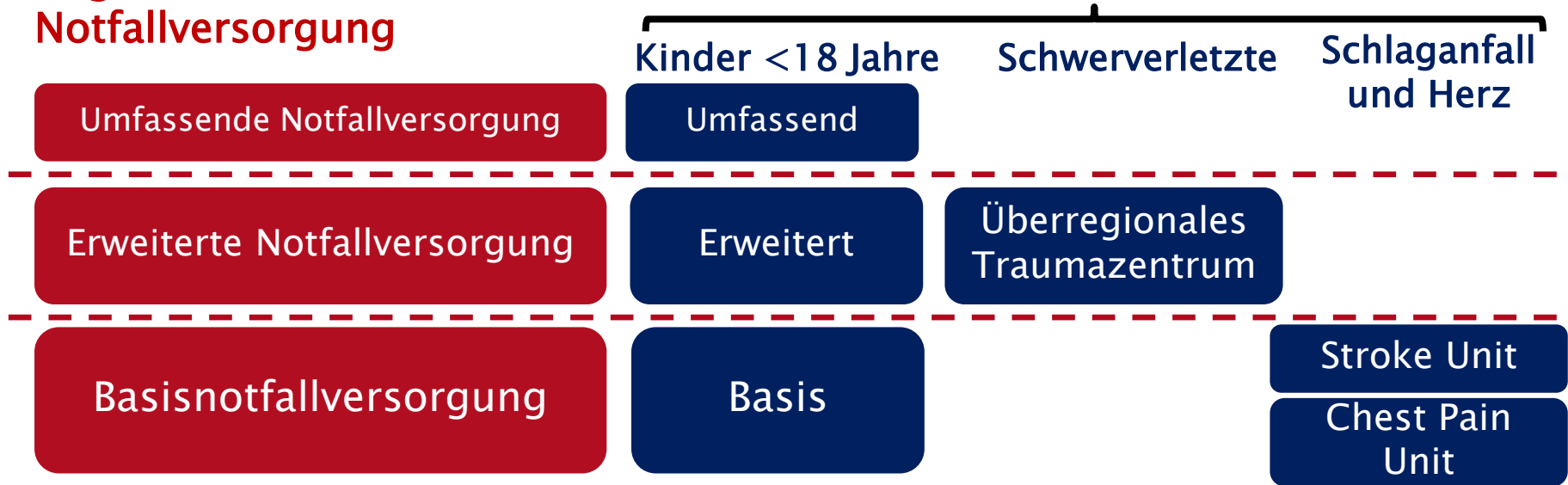
- ▶ Wie schaffen wir es, den Patienten in die geeignete Notfallversorgung zu bringen?
 - Patienten werden häufig in ein nahegelegenes, aber ungeeignetes Krankenhaus gebracht.
 - Die Behandlungsmöglichkeiten und die Auslastung der Krankenhäuser sind für den Rettungsdienst intransparent.
 - Es gibt keine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



Stationäre Notfallstufen gemäß G-BA-Beschluss vom 19.04.2018

Allgemeine Notfallversorgung

Spezielle Notfallversorgung (Module)



Spezialversorgung (Kein Zu- und Abschlag!)

Keine Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

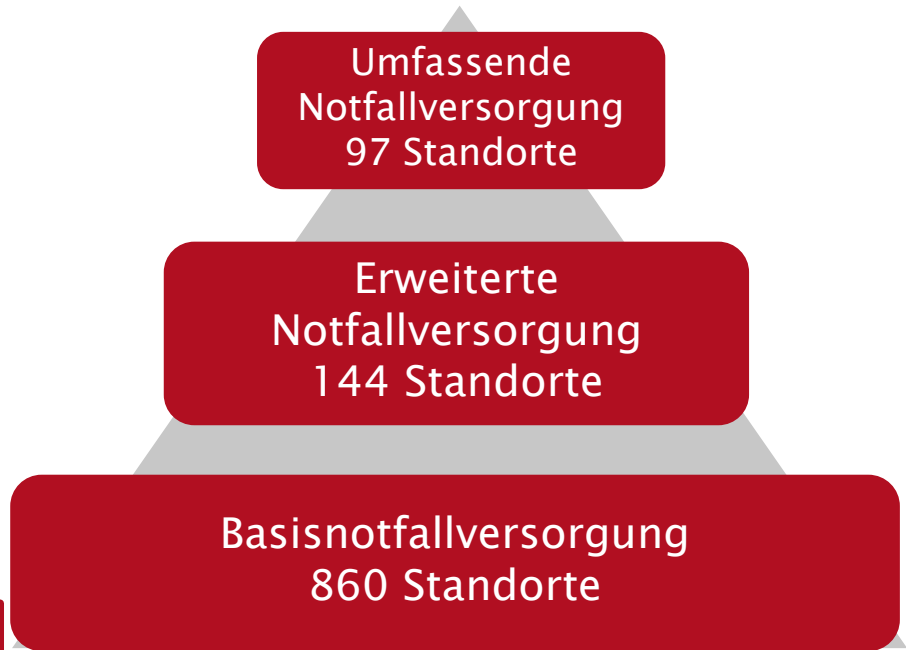
Kernelemente Basisnotfallversorgung

- ▶ Zentrale Notaufnahme (ZNA) am Standort (Übergangszeit 3 Jahre)
- ▶ Strukturierte Ersteinschätzung von Notfällen innerhalb von 10 Minuten
- ▶ Fachabteilungen: Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie oder Unfallchirurgie
- ▶ Personalanforderungen:
 - Ein Arzt und eine Pflegekraft sind für die Notfallversorgung verantwortlich.
 - Facharztverfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten.
- ▶ Intensivstation mit sechs Intensivbetten (drei mit Beatmungsmöglichkeit)
- ▶ Schockraum und 24/7 verfügbares CT

Ergebnisse der 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 %)

Mindestmengen sind auch im Notfall sinnvoll!

Deutsche Kliniken versagen bei Herzinfarkten

EXKLUSIV

von Cordula Tutt
06. Dezember 2014

Wer in Berlin nachts einen Herzinfarkt erleidet, hat schlechtere Überlebenschancen als zum gleichen Zeitpunkt in der österreichischen Hauptstadt Wien.



WirtschaftsWoche vom 06.12.2014

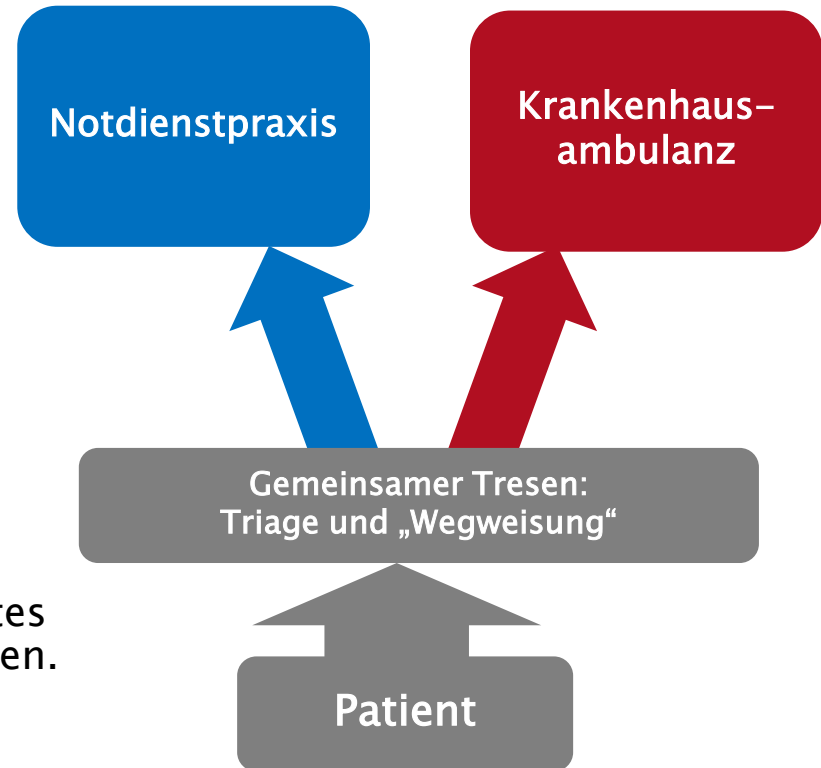
- ▶ Akute Herzinfarktpatienten können in Deutschland in 1.400 von 1.700 Akut-Krankenhäusern eingeliefert werden.
- ▶ Davon behandeln 800 im Durchschnitt weniger als einen Fall pro Woche und haben eine deutlich höhere Mortalität als die größeren Krankenhäuser.
- ▶ In Berlin gibt es 36 Krankenhäuser, die Herzinfarktpatienten aufnehmen, in Wien sind es am Tag hingegen 6, nachts sogar nur 2.

Quelle: Leopoldina (2016). Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. URL: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_MuOe_Dokumentation.pdf

Triage und Steuerung in Versorgungsebenen

Konsens: Gemeinsamer Tresen

- ▶ Der Patient sollte rund um die Uhr im Notfall eine zentrale Anlaufstelle haben.
- ▶ Am gemeinsamen Tresen von KV und Krankenhaus erfolgen
 - die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit und
 - die „Wegweisung“ (Disposition) in die angemessene Versorgungsebene.
- ▶ Die Ersteinschätzung kann durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal durchgeführt werden.



Ersteinschätzungsinstrumente

- ▶ Brauchen wir unterschiedliche Instrumente für die Ersteinschätzung am Tresen vor Ort und für die Telefontriage in der Leitstelle?

DRINGLICHKEITSTUFEN IM MTS				
Ziffer	Name	Farbe	Max. Zeit	Kontrolleinschätzung spätestens nach
1	Sofort	Rot	0 Minuten	
2	Sehr dringend	Orange	10 Minuten	10 Minuten
3	Dringend	Gelb	30 Minuten	30 Minuten
4	Normal	Grün	90 Minuten	90 Minuten
5	Nicht dringend	Blau	120 Minuten	120 Minuten

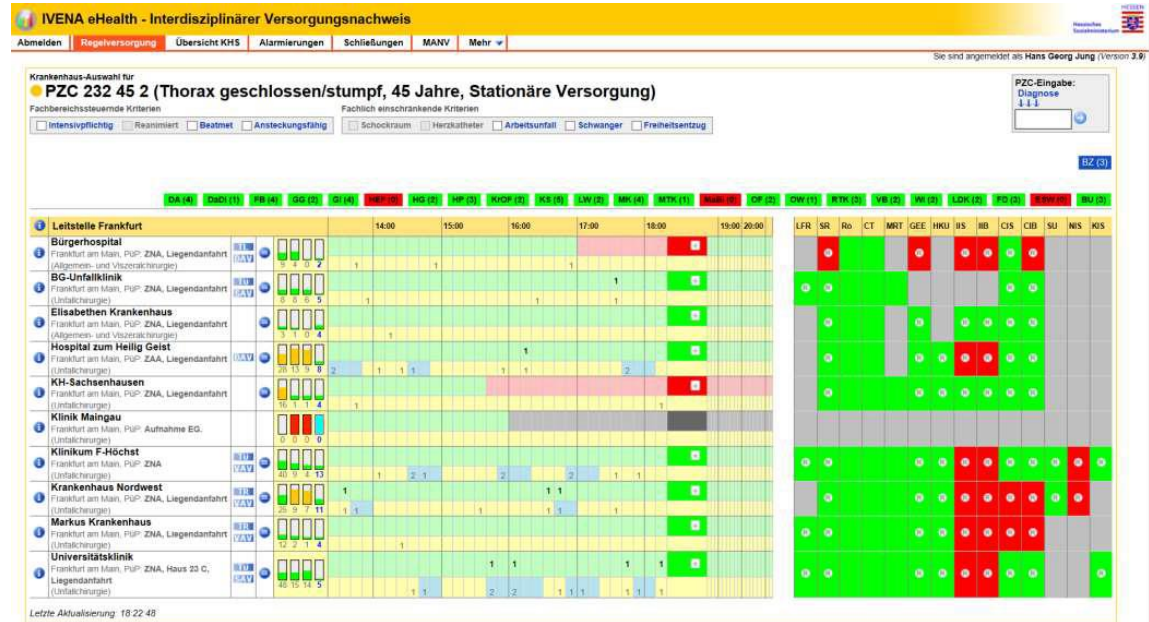
Dringlichkeitsstufen im MTS mit Zeitwerten (angelehnt an das Deutsche Netzwerk Ersteinschätzung)

Manchester-Triage-System, Quelle: http://www.daskrankenhaus-online.de/docs/2016_11_dk_dk_11_2016_art_010.html

Steuerung der Patientenzuweisung durch Echtzeit-Datenbereitstellung (Beispiel IVENA)

IVENA schafft Transparenz über

- ▶ Aufnahmebereitschaft des Krankenhauses,
- ▶ Fachabteilungen,
- ▶ Auslastungsstatus von Diagnostik/Geräten und besonderen Fachbereichen (z. B. Herzkatheter, CT, Intensivstation).



Quelle: www.ivena.de

Vorankündigung des Patienten im Krankenhaus durch die Leitstelle



Spitzenverband

Zuweisung für Krankenhaus Bad Soden		
Sichtungskat.:	Notfallversorgung	SK1
Eintreffzeit:	<input type="text"/>	
Schockraum-Alarm:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Herzkatheter-Alarm:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Anlass:	<input type="text"/>	
Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
Alter:	24	
Reanimation:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Beatmet:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Ansteckungsfähig:	<input type="text"/>	
Arztbegleitet:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Telefon:	MTK - Leitstelle Main-Taunus	MTK 06192-19222
Zuweisung:	Leitstelle	LST
ENR:	<input type="text"/>	
Bemerkung:	<input type="text"/>	
Transportmittel:	<input type="text"/>	
Diagnose:	333-Akutes Koronarsyndrom (Sonstiges)	
Pager-Alarmierung:	ja	
<input type="button" value="Zuweisen"/>		

- **Eintreffzeit:** in 5 Min. Schritten
- **Anlass:** nach Trauma Register der DGU
- **Alter:** 0 bis 99 und Älter
- **Ansteckungsfähig:** Verdacht auf MRSA, Norovirus (allgemeine Durchfallerkrankung) oder eine andere Ansteckungsfähige Erkrankung
- **Telefon:** der zuständigen abgebenden Zentrale Leitstelle
- **Zuweisung:** Entscheidung durch Zentrale Leitstelle, Rettungsdienst, Patientenwunsch oder Einweisung
- **ENR:** für Rückfrage der Krankenhäuser
- **Transportmittel:** KTW, RTW, MZF, RTH, ITH, ITW, NAW, GTW

Bemerkungsfeld: Freifeldtextfeld mit max. 50 Zeichen. Wird auf Pager und Alarmbildschirm angezeigt.

Quelle: www.ivena.de

Erwartungen an IVENA

- ▶ Verbesserung der Zuweisungsqualität
- ▶ Deutliche Optimierung der Prähospitalzeit
- ▶ Angepasste Organisation der Notaufnahme im Krankenhaus aufgrund der frühzeitigen Anmeldung der Patienten
- ▶ Erleichterung einer adäquaten Übergabe des Patienten an die Klinik
- ▶ Vermeidung von Ressourcenengpässen in den Krankenhäusern
- ▶ Erhöhung der Transparenz für alle Partner

SVR-Gutachten 2018

Ausgabenentwicklung im Rettungsdienst

- ▶ Die Ausgaben für Fahrten im Rettungsdienst sind deutlich stärker gestiegen als die Gesamtleistungsausgaben der GKV.
- ▶ Die Kosten für Einsätze der Rettungswagen haben sich seit dem Jahr 2000 verdreifacht.
- ▶ Die Ausgaben im Rettungsdienst entfallen zu
 - 55 % auf Fahrten mit Rettungswagen,
 - 25 % auf Fahrten mit Notarztwagen,
 - 15 % auf Fahrten mit Krankentransportwagen und
 - 5 % auf Rettungsflüge.

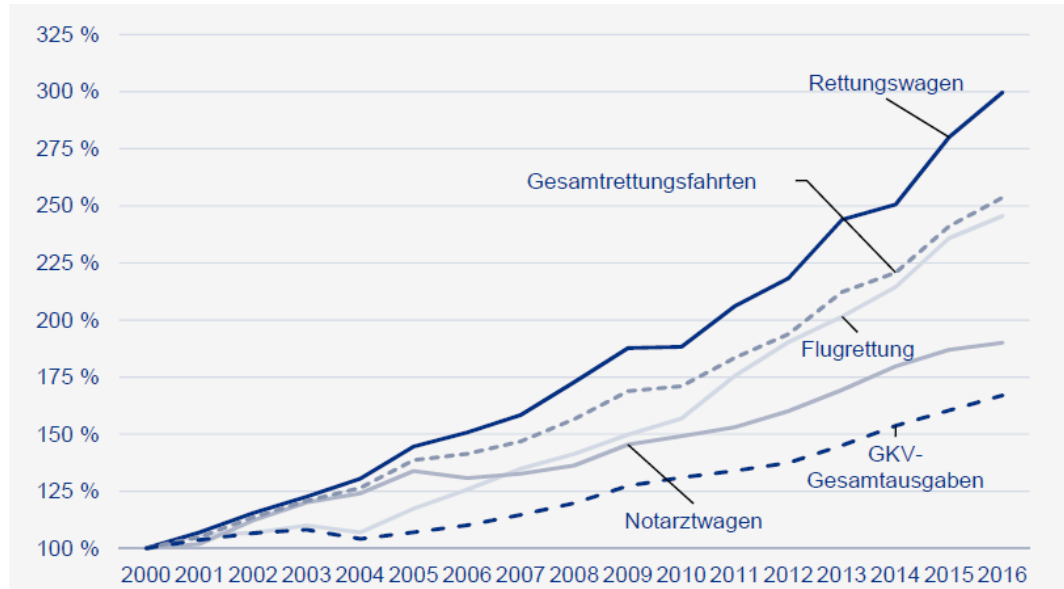


Abbildung 14-11: Entwicklung der Ausgaben der GKV für Rettungsfahrten

Die Gesamtrettungsfahrten enthalten nicht die Ausgaben für Krankentransport und Taxi/Mietwagen. Indexdarstellung, Jahr 2000 = 100 Prozent.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017a).

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018

SVR–Gutachten 2018

Integrierte Leitstellen (1 / 2)

- ▶ Der KV–Bereitschaftsdienst und der Rettungsdienst werden gemeinsam über eine integrierte Leitstelle (ILS) koordiniert.
- ▶ Kurzfristig: Beide (Not–)Rufnummern (112 und 116117) bleiben erhalten (digitale Kopplung).
- ▶ Langfristig: **einheitliche Telefonnummer**
- ▶ Alle Notfallpatienten erhalten eine standardisierte **Telefontriage** durch geschulte Rettungsdienstdisponenten.
- ▶ Mittels **Entscheidungsalgorithmen** werden Patienten in die geeignete Versorgungsstruktur geleitet, bei komplexeren Fällen unter Einbindung eines Allgemeinarztes.
- ▶ ILS sollten mit dem Zivil– und Katastrophenschutz vernetzt sein.



SVR–Gutachten 2018

Integrierte Leitstellen (2/2)

Handlungsfelder der Integrierten Leitstellen nach SVR–Konzept:

- ▶ Koordination des **Rettungsdienstes**
- ▶ Vergabe von Terminen für **Integrierte Notfallzentren (INZ)**
- ▶ Veranlassung von **Hausbesuchen** des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
- ▶ Telefonische **Behandlung und Beratung** durch ärztliches Personal der ILS oder Rückruf von Vertragsärzten
- ▶ Veranlassung von **Krankentransporten**
- ▶ Vermittlung von **Behandlungsterminen bei niedergelassenen Ärzten**, wenn keine Notfallbehandlung erforderlich ist
- ▶ Koordination von Hausbesuchen durch **Notpflegeteams** und **Palliativ–Care–Teams**

SVR-Gutachten 2018

Integrierte Leitstellen (2/2)

Handlungsfelder der Integrierten Leitstellen nach SVR-Konzept:

- ▶ Koordination des Rettungsdienstes
- ▶ Vergabe von Terminen für...
- ▶ Veranla...
- ▶ Telefon...
Rückru...
- ▶ Veranla...
- ▶ Vermittl...
Notfallbe...
- ▶ Koordination von Hausbesuchen durch Notpflegeteams und Palliativ-Care-Teams

• Die MEGA-Leitstelle: Integrierte Leitstellen als Gatekeeper für das Gesundheitssystem?
• Ärzte übernehmen die Steuerung (Triage, Telefonberatung, ...)?

Wie viele „integrierte Leitstellen“ brauchen wir bundesweit?



Spitzenverband



Bestand	Jahr (absteigend)	
	1994 <small>▲▼</small>	2000 <small>▲▼</small>
Rettungswachen insgesamt	1.788	1.832
ständig besetzt	1.612	1.649
zeitabhängig besetzt	53	145
saisonal besetzt	77	2
reine Krankentransportwachen <small>Info</small>	46	36
Rettungsleitstellen	347	270
Rettungshubschrauber	52	51

Die Tabelle wurde am 22.10.2018 16:37 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

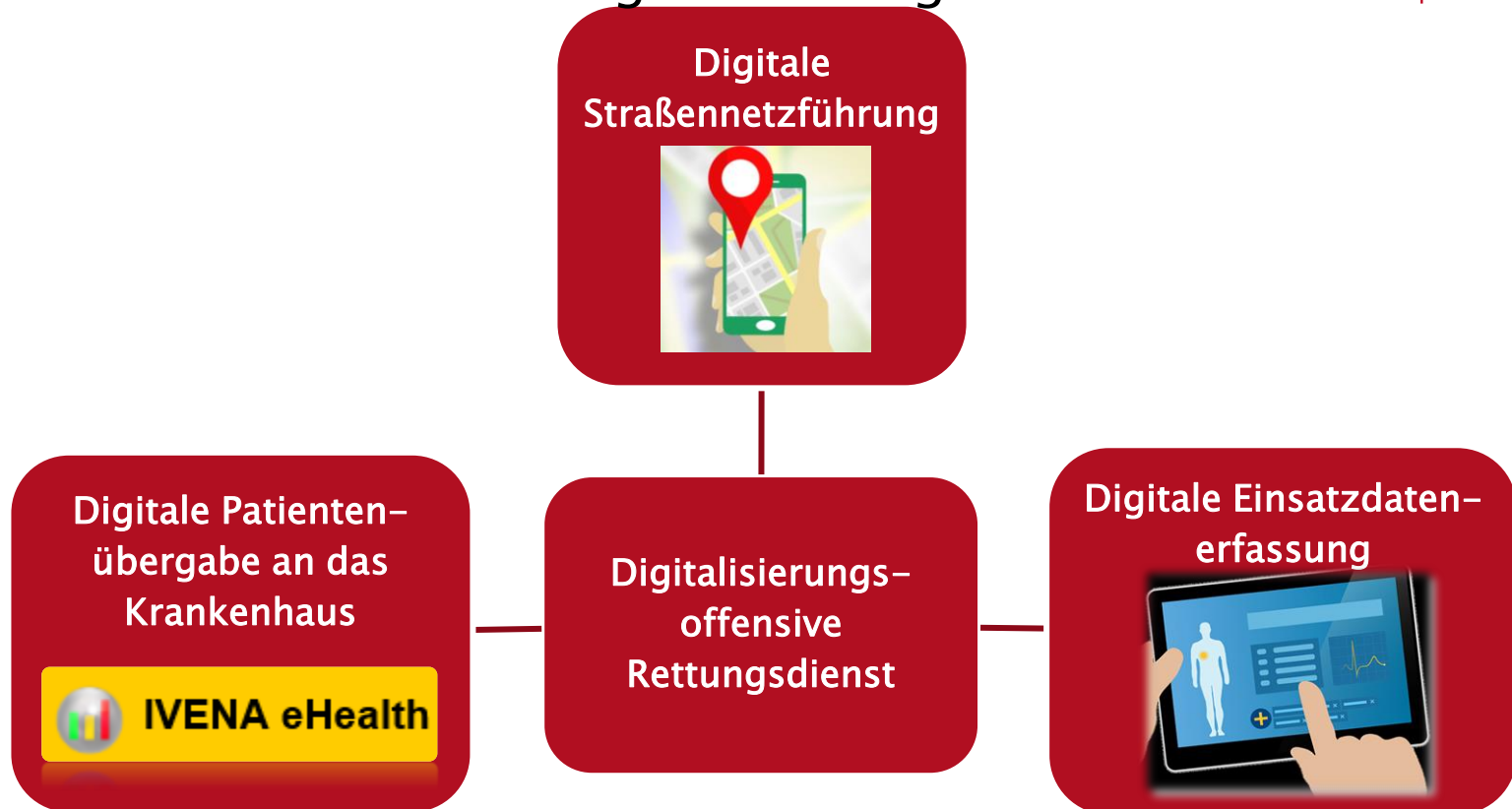
Liste der BOS-Leitstellen

Leitstellen [[Bearbeiten](#) | [Quelltext bearbeiten](#)]

Diese Tabelle gibt Auskunft über die verschiedenen Leitstellen in den Bundesländern, sowie deren Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche.

Funkrufname	Aufgaben	Örtliche Zuständigkeit	Standort	Fläche
		<ul style="list-style-type: none">LandkreiseKreisfreie Städte	<ul style="list-style-type: none">Betreiber	<ul style="list-style-type: none">Einwohner

Der Rettungsdienst sollte Teil des Gesundheitswesens werden und braucht eine Digitalisierungsoffensive.



Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)
3. PpSG: DRG-Pflege-Split et al.
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Fazit

1. Pflege ist das zentrale gesundheitspolitische Thema der neuen Legislaturperiode. Das liegt vor allem am Handlungsbedarf in der Altenpflege.
2. Im Krankenhauscontrolling zeigt sich ein Digitalisierungsdefizit: Die Dienst- und Belegungspläne werden nicht überall routinemäßig zusammengespielt.
3. Pflegepersonaluntergrenzen bedeuten mehr Patientensicherheit. Die Ersatzvornahme (PpUGV) ist ein vielversprechender Anfang.
4. Das Rausbrechen der Pflegekosten aus den DRGs und die Finanzierung nach Selbstkosten ist keine nachhaltige Form der Krankenhausvergütung. Man braucht Modelle, die Krankenhäuser mit „guter Pflege“ finanziell besserstellen – ohne alle Leistungsorientierung über Bord zu werfen.
5. Nach wie vor gibt es ein Politikversagen: Weil keiner die Probleme erodierender Länderförderung und insuffizienter Krankenhausplanung angeht, unterbleibt die notwendige Strukturkonsolidierung der Krankenhauslandschaft.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de