

DRGs nach dem Pflexit

18. Nationales DRG-Forum
Berlin 21.03.2019

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

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

Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus

Politische Maßnahmen 1993 bis 2016

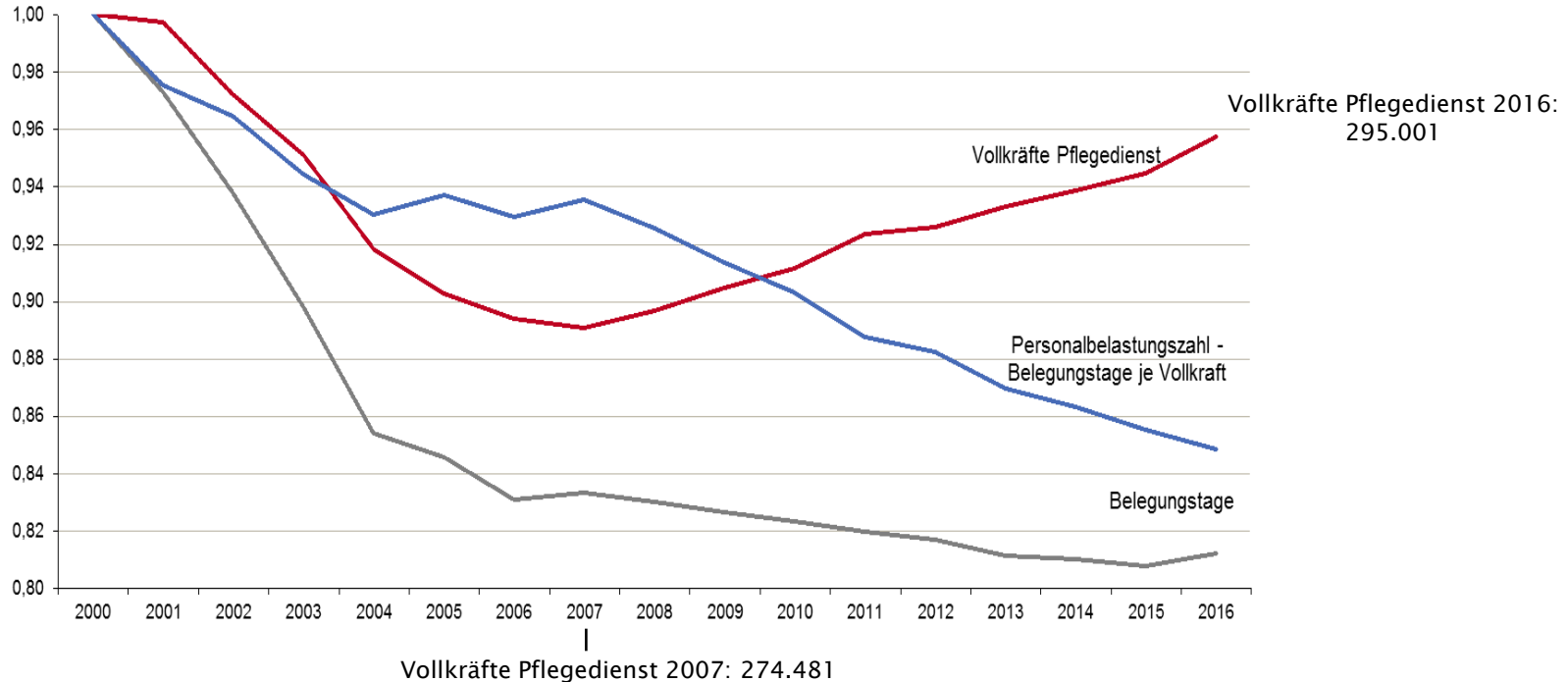
- ▶ 1993: Pflege-Personalregelung (PPR)
- ▶ 1996: Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- ▶ 1997: Außerkraftsetzen der PPR durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- ▶ 2006: PPR zu Kalkulationszwecken im DRG-System
- ▶ 2008: 1. Pflegegipfel
- ▶ 2009: 2. Pflegegipfel und Krankenhausfinanzierungsreformgesetz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

Entwicklung der Pflegevollkräfte, Belegungstage und Personalbelastungszahlen, 2000 – 2016

Sinkende Personalbelastung je Belegungstag und Vollkraft ...



Spitzenverband



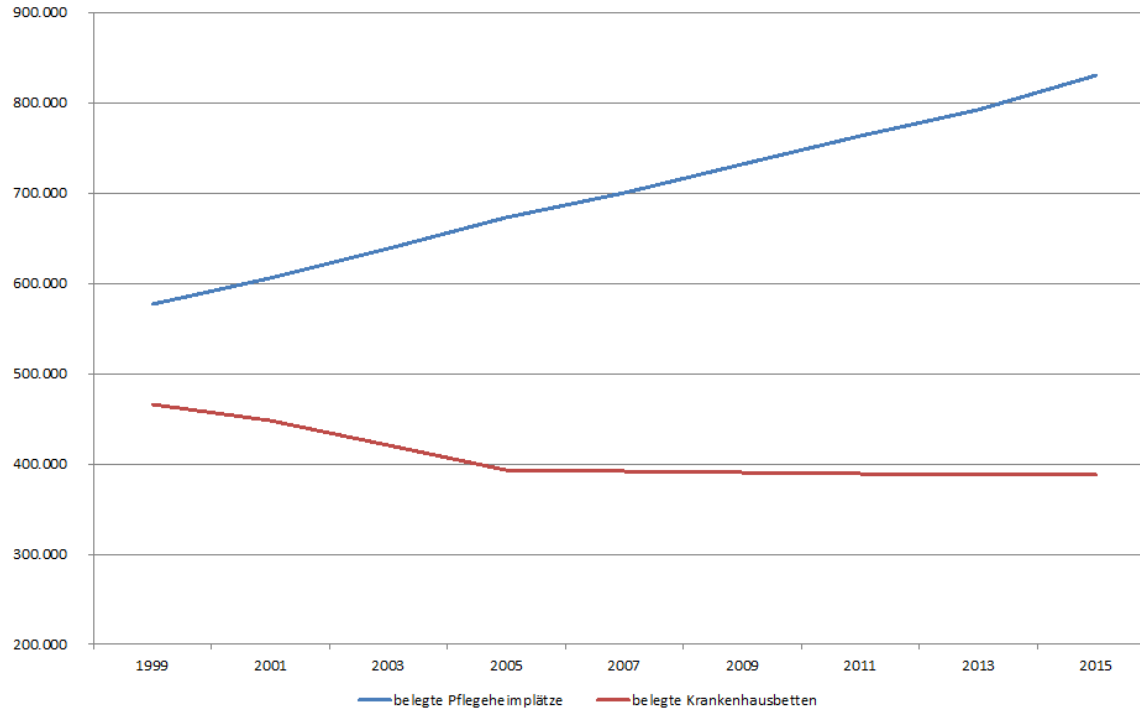
Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.



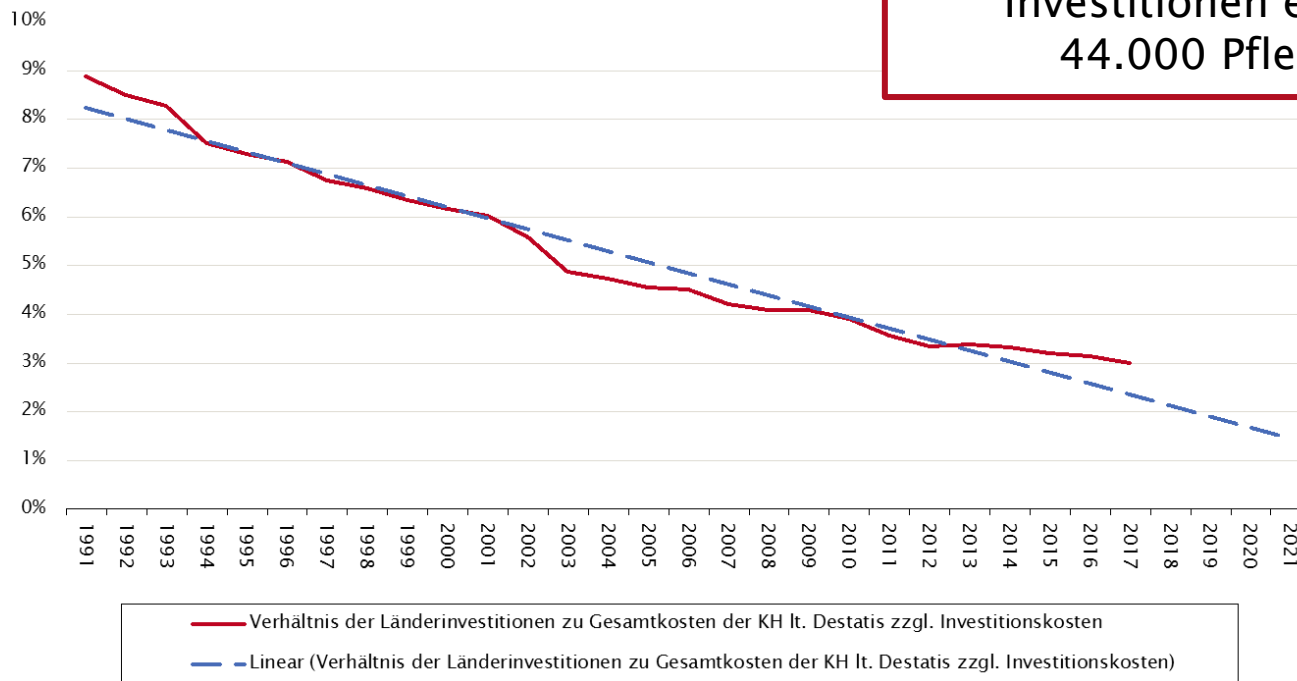
Spitzenverband



Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Investitionsmittel der Länder

2,4 Mrd. Euro fehlende Investitionen entsprechen 44.000 Pflegestellen.



Keine Pflegekräfte verfügbar? Da gibt es Lösungen!

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:
Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.,
Geschäftsbericht 2017

Gang der Handlung

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

Der „Pflexit“ – so klug wie der Brexit

Absehbar:

1. Selbstkostendeckung führt zu 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“

Helios: Die neue schöne Pflegewelt

Bilanzpressekonferenz am 20.02.2018



FRESENIUS

Transcript
Conference Call FY 2018 results

February 20, 2019

Coming to the DRG change from 2020 onwards, and as a result of this law, the nursing costs will be excluded from the DRG from 2020 onwards. Instead, the costs for patient-oriented nursing care will be fully reimbursed by the health insurance funds via separate nursing budgets. As a consequence, as we explained to you in the past, there is no longer an incentive to improve efficiencies. And thus, we will obviously feel an impact on our profitability, given that we improved our efficiency in the past amongst a few other things also by outsourcing central services. We have, consequentially, initiated countermeasures. For instance, some activities that have been performed by doctors in the past will now be taken over by educated caring staff, for example, documentation of patient records. Our doctors have therefore in the future more time for additional treatments. And so we hope that admissions can be increased. We also want to adjust our employee mix. That means that activities that, in the past, were performed by service employees will be diverted back to nurses.

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 des Ende des europäischen Gedankens!
- ▶ 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.
- ▶ Empfehlung:
 - ▶ Behutsamer Übergang statt „harter Pflexit“
 - ▶ Weiterhin eine „integrale Vergütung“
- ▶ Achtung: Nirgends im Gesetz steht: „Schafft die DRGs ab!“

Vereinbarungsfahrplan nach PpSG

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

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019

1. Starke Orientierung an Krankenhausbuchführungsverordnung und am InEK-Kalkulationshandbuch. Im Zweifel gilt das Handbuch (allgemeinverbindlich).
2. Grundprinzip: Kongruenz von Bundes- und Ortsebene
3. „Abgrenzungs-Handbuch“ folgt (in Analogie zum Kalkulationshandbuch)

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

Grundlagenvereinbarung

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

- ▶ **Themen der Grundlagenvereinbarung:**
 - Vollkostenansatz
 - Gruppierung und Homogenitätsbildung – „Netto-“ versus „Bruttoprinzip“
 - Pflegeerlöskatalog
 - Normierung
 - Sachkostenabsenkung
 - Umgang mit Zusatzentgelten
 - Abrechnungsregeln
 - DTA-relevante Regelungen

OPS–Bereinigung?

- ▶ Überraschung: Der PKMS verteilt einen dreistelligen Millionenbetrag außerhalb des Pflegepersonalbereiches.
- ▶ Aufwendige Pflege zu identifizieren, bleibt weiterhin eine Aufgabe.
- ▶ Man sollte den PKMS nicht abschaffen, bevor man Ersatz hat.
- ▶ Bürokratie? Im PKMS wird nur erfasst, was sowieso in der Pflegedokumentation erfasst werden sollte. [Falls das nicht stimmt, sollte man es ändern.]
- ▶ Noch einmal: Pflege hat ein extremes Digitalisierungsdefizit!

Künftige Herausforderungen für das DRG-System

- ▶ Investitionskosten integrieren
- ▶ Neue Vergütungsformen im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung (bislang nicht einmal eine Unterscheidung zwischen Tagesfällen mit und ohne Übernachtung)
- ▶ Aufwendige Pflege adäquat finanzieren, wenn die Selbstkostendeckung wegfällt
- ▶ Gesetzesinitiative: Eigene Vergütung für Integrierte Notfallzentren (INZ)
- ▶ Vorhaltung stärker berücksichtigen
- ▶ Qualitätszu- und -abschläge ins DRG-System einbauen

Gang der Handlung

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

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_1539592672832](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[attr_id=%27bgbl118s1632.pdf%27]#_bgbl_1539592672832)

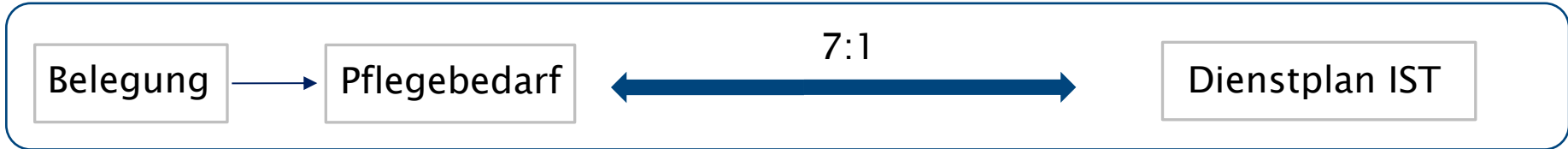
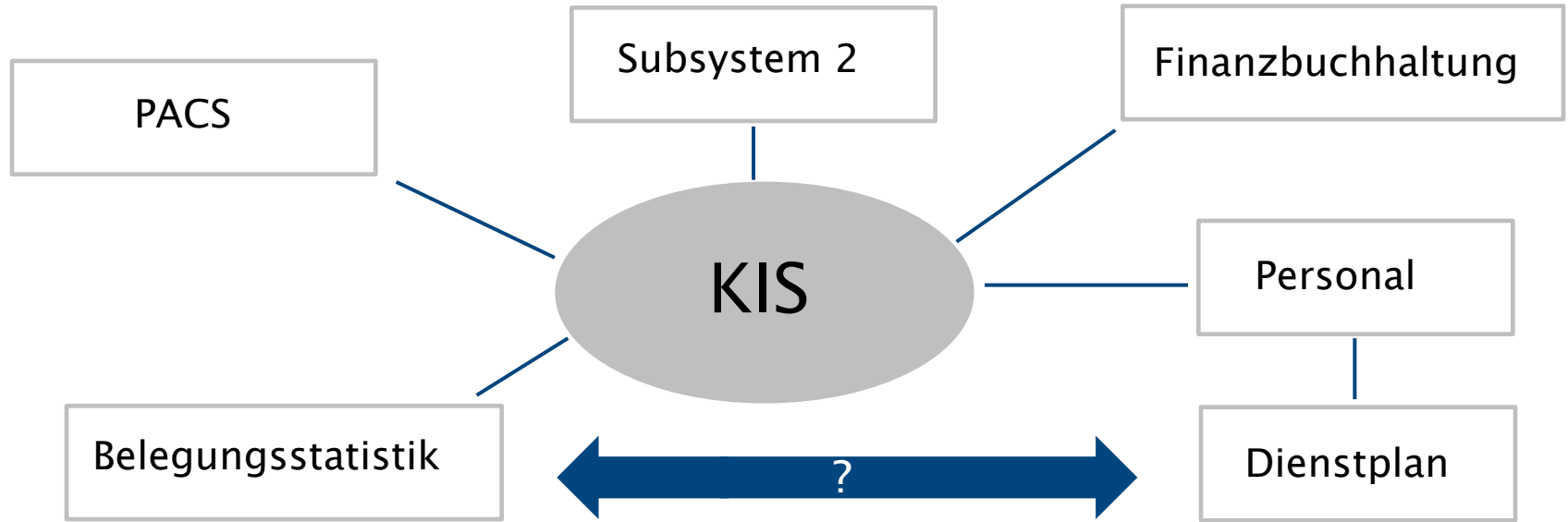
Pflegepersonaluntergrenzen

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

Dienstpläne und Belegungsstatistik



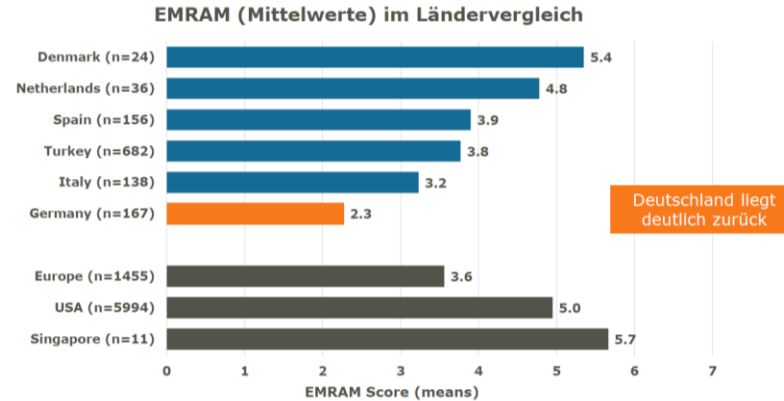
Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

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®



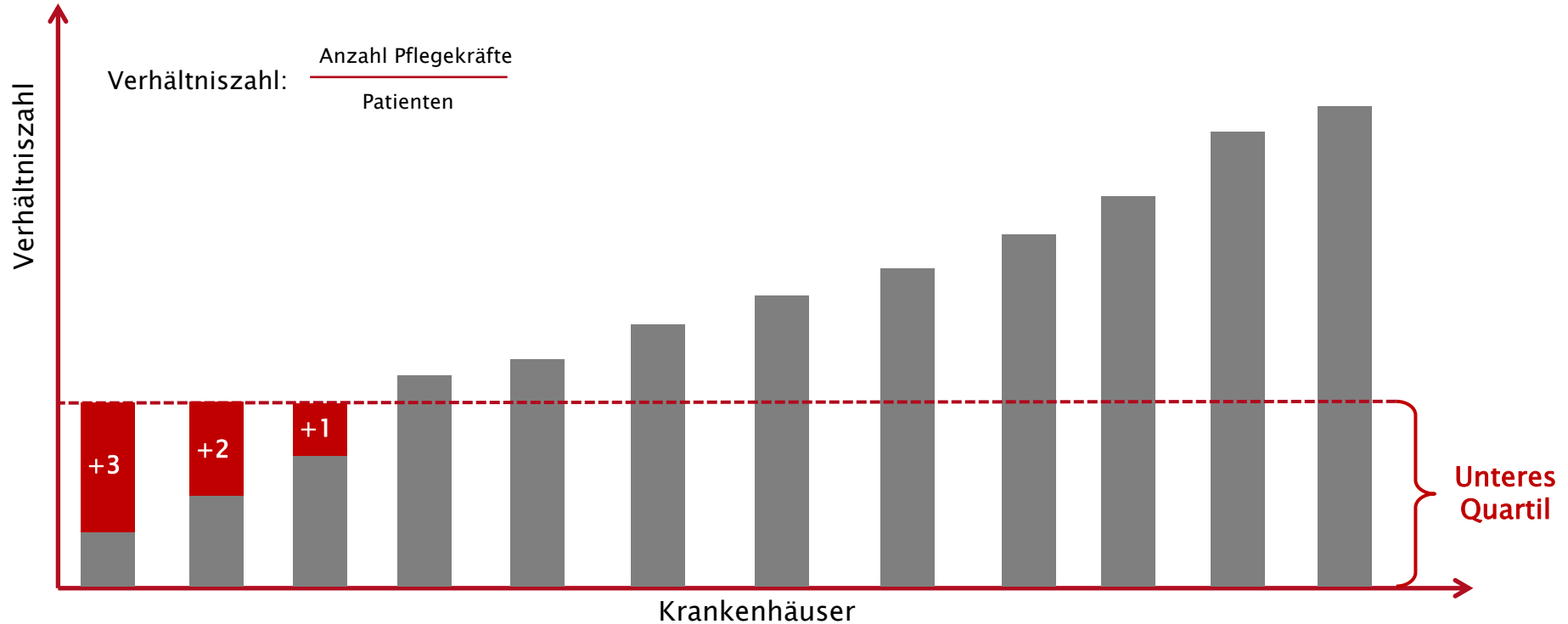
“Electronic Medical Records Adoption Model”
Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads
elektronischer Dokumentation und Prozesse

Der Perzentilansatz

Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Personalanhaltszahlen!



Spitzenverband



Ergebnisse der KPMG-Studie (1 / 2)

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 (2/2)

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

Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

KPMG-Studie



PpUGV



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

Prinzipien der PpUG–Sanktions–Vereinbarung

Achtung: Schiedsstelle am 25.03.2019

1. Kein „Gewinn“ durch unterbesetzte Stationen

⇒ Sanktion: „Einsparung“ durch Unterbesetzung + erzieherische Komponente

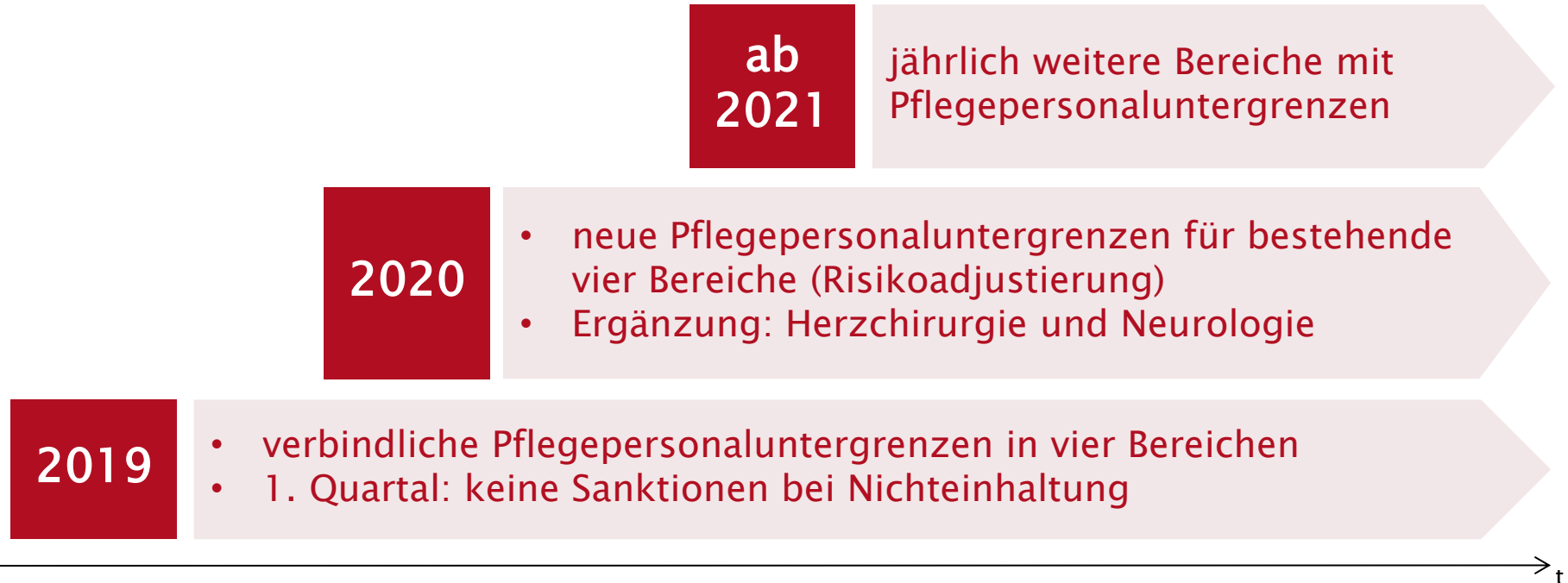
2. Keine Sanktionsvermeidung durch Nichtmeldung

⇒ Bei Nichtmeldung: Pauschale Sanktionen bzw. Sanktion mit der Annahme „starke Personalunterdeckung“

3. Leistungsmengenreduzierung als weitere Sanktionsform

⇒ Wer wiederholt nicht genug Pflegepersonal hat, muss seine Patientenzahl reduzieren.

PpSG: Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) ab 2019



Verbesserung der Datenlage

§ 137i Abs. 3a SGB V

- ▶ InEK-Ziehung der Krankenhäuser für Datenerhebung (25.01.2019)
 - **794 Krankenhäuser** wurden für Datenlieferung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen gezogen (> 60 % nur für einen pflegesensitiven Bereich).
 - Krankenhäuser liefern bis 31.03.2019 Daten ans InEK.
 - InEK übergibt Datenauswertung im Juli 2019 an Selbstverwaltungspartner.

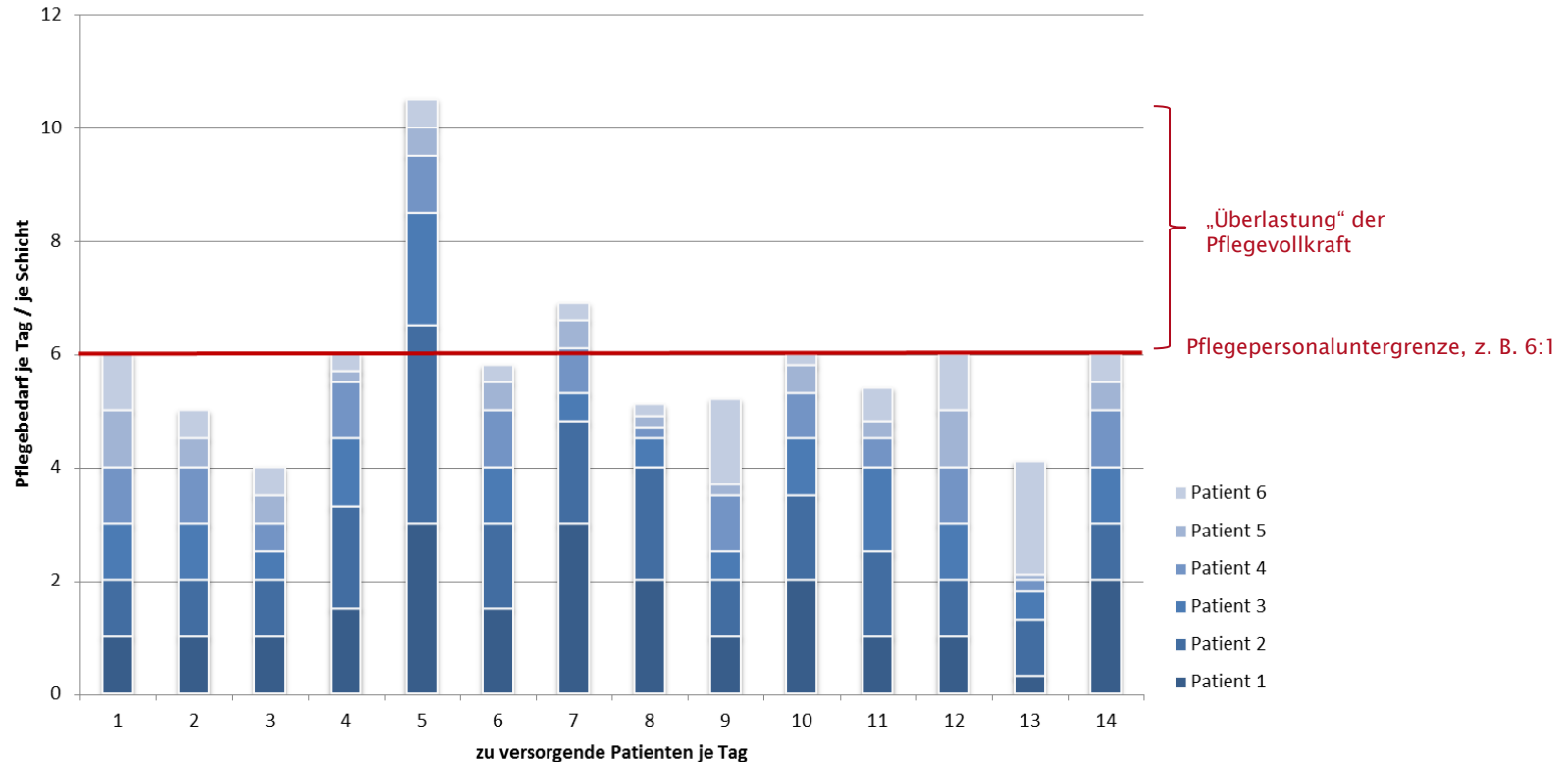
Risikoadjustierung umsetzen!

- ▶ PpUG-Systematik in 2019
 - Alle Patienten sind gleich.
 - Alle Tage sind gleich.
 - Alle Stationen einer Fachrichtung sind gleich.

- ▶ Da waren die Väter der PPR vor dreißig Jahren etwas weiter.

- ▶ Für 2020 sollten wir wieder die Risikostruktur berücksichtigen.

Heterogener Pflegeaufwand – Notwendigkeit einer Schweregradadjustierung

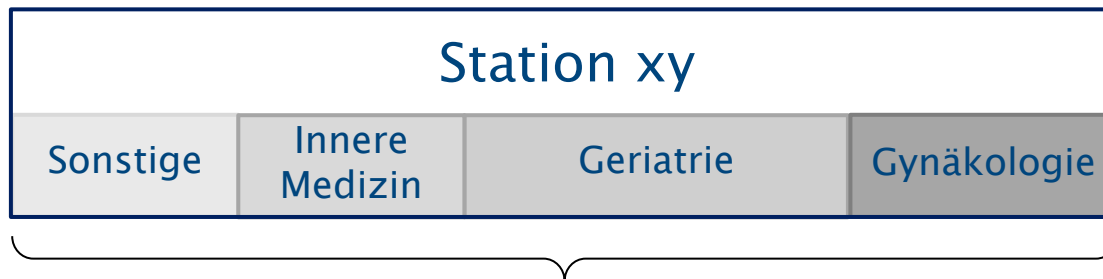


Noch einmal:

**Zuviel Bürokratie?
Die Lösung lautet:
Digitalisierung!**

Krankenhausbereich: Station statt Abteilung

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



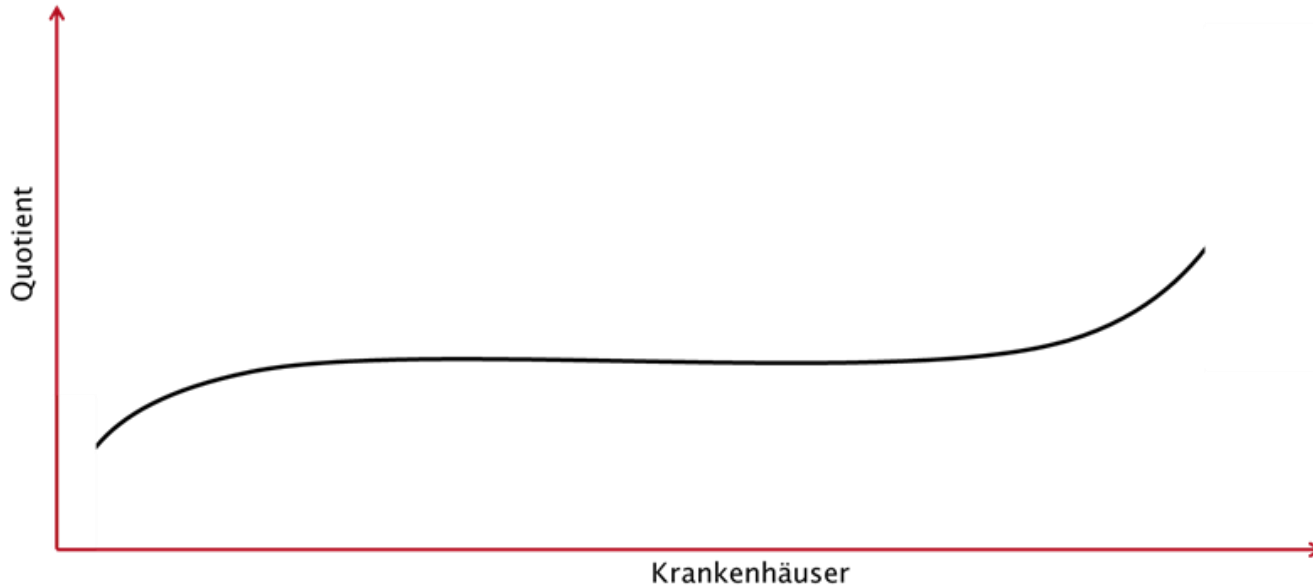
Ziel:
Pflegepersonaluntergrenzen je Station

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

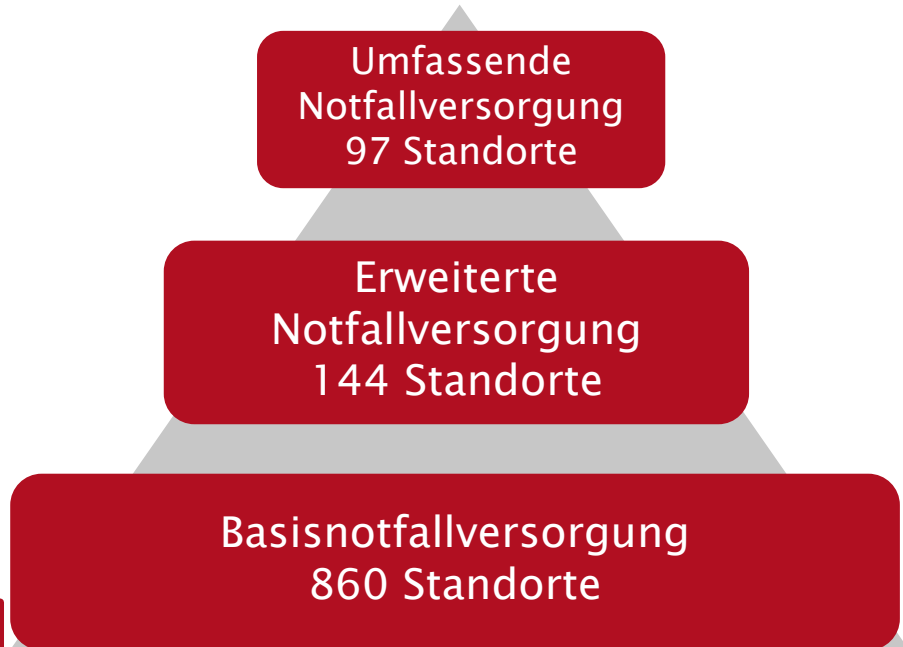
1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. PpSG: DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)
4. Notfallversorgung
5. Fazit

Notfallstufen gemäß G-BA-Richtlinie 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 %)

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

Eckpunkte der Reform zur Notfallversorgung (05.12.2019)

- ▶ **Schwerpunkt 1: Gemeinsame Notfalleitstellen**
 - Rufnummern 112 und 116117 verbinden
 - Telefontriage
 - Grundgesetzänderung notwendig (!)

- ▶ **Schwerpunkt 2: Integrierte Notfallzentren (INZ)**
 - Gemeinsamer Tresen
 - Integration des KV-Bereitschaftsdienstes
 - Eigener Vergütungssektor

- ▶ **Erster Eindruck:**
 - Alles ziemlich nah am Sachverständigenrat
 - Es fehlt jede bundespolitische Strukturierung.

Nachbesserungsbedarf

- ▶ Klare Vorgaben zur Mindestgröße von Leitstellen (> 1 Mio. Einwohner)
- ▶ Rufnummern 112 und 116117 zusammenführen (evtl. 113)
- ▶ Bundeseinheitliche Telefontriage
- ▶ Digitaler Zugriff auf Ambulanzen in Echtzeit (z. B. IVENA) – über die Kreis- und Landesgrenzen hinaus
- ▶ Bundesweite Datenzusammenführung über alle Rettungsfahrten mit definiertem Minimaldatensatz
- ▶ Bundeseinheitliche Kompetenzdefinition für Rettungssanitäter
- ▶ Klare Abgrenzung des GKV-Finanzierungsbereiches

Gang der Handlung

1. Krankenhaus- und Altenpflege
2. PpSG: DRG-Pflege-Split
3. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)
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 ein Fehler. Die Umsetzung sollte behutsam sein.
5. Die Notfallversorgung sollte bundeseinheitlich strukturiert werden.
6. 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