

Pflegepersonaluntergrenzen

DRG–Pflege–Split

Pressekonferenz Pflege im Krankenhaus
Berlin, 27.06.2018

Dr. Wulf–Dietrich Leber
Abteilungsleiter Krankenhäuser
GKV–Spitzenverband

1. Pflegepersonaluntergrenzen
Aktueller Verhandlungsstand
2. DRG-Pflege-Split
Überlegungen zur Ausgliederung der Pflege

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; Stufenmodell	
4	Mehrkostenvereinbarung	-	Schiedsstelle auf Antrag	
5	Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle; Stufenmodell	
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



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

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



Gutachtenbeauftragung



- Konzept für 21er Datensatz
- Auswertungen

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

Hauptproblem: Pflege ist eine empirische Wüste

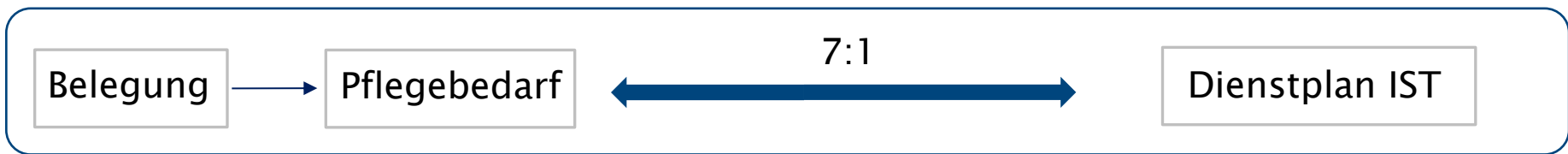
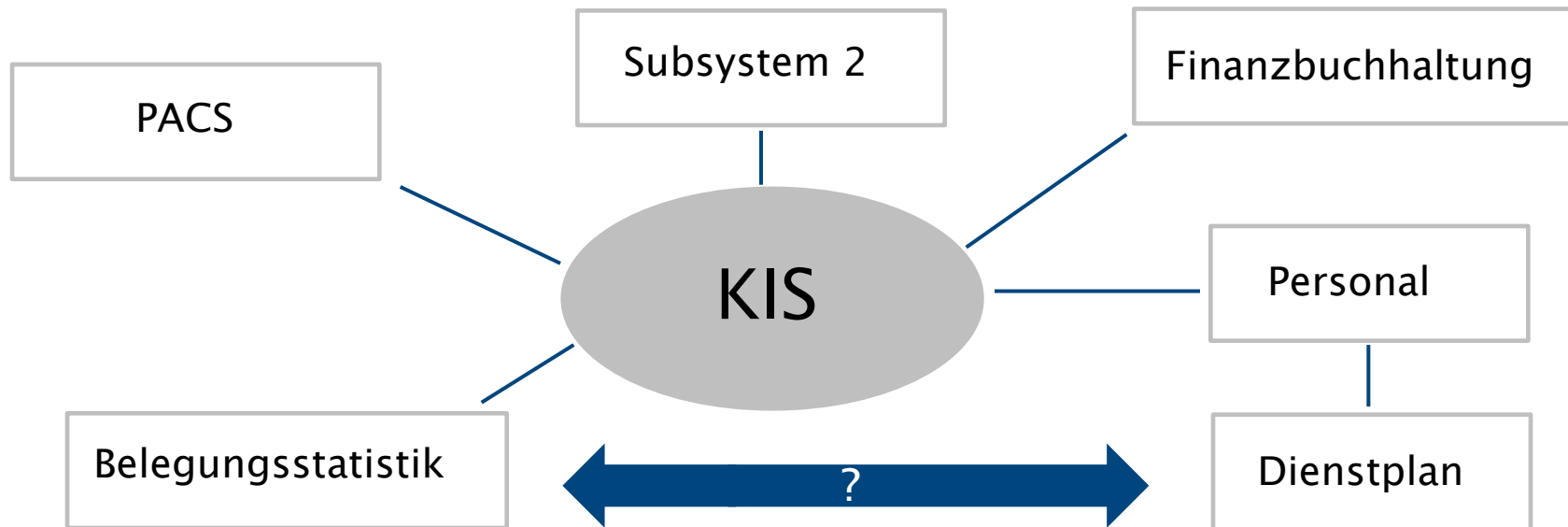
- ▶ Wir haben keinen Überblick über die Stationsbesetzung.
- ▶ Wir wissen nicht, wo und wann Fehler geschehen.
- ▶ Wir haben kaum Studien zur deutschen Versorgungssituation.

- ▶ ... Und trotzdem sollen wir binnen Jahresfrist Pflegepersonaluntergrenzen festlegen.

Pragmatischer Ansatz:

- ▶ Datenlage zur Pflegepersonalausstattung und Pflegelast in Deutschland verbessern
- ▶ Grundlagen schaffen, um langfristig verlässliche Daten zu haben

Dienstpläne und Belegungsstatistik



Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

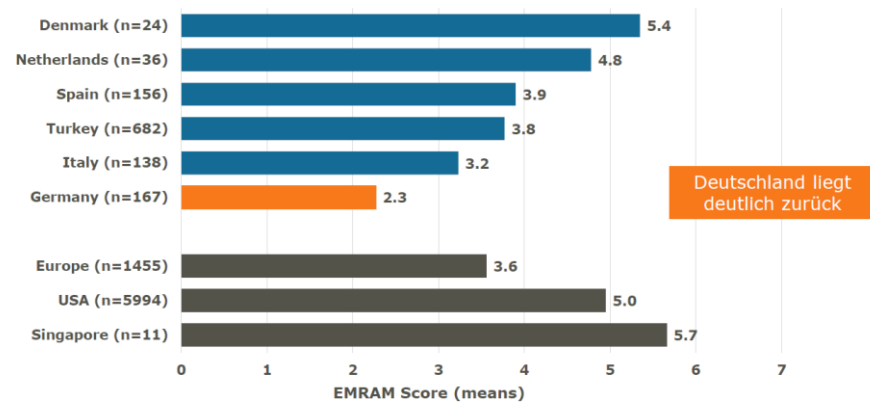
Beispiel: EMRAM-Score



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

EMRAM (Mittelwerte) im Ländervergleich



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

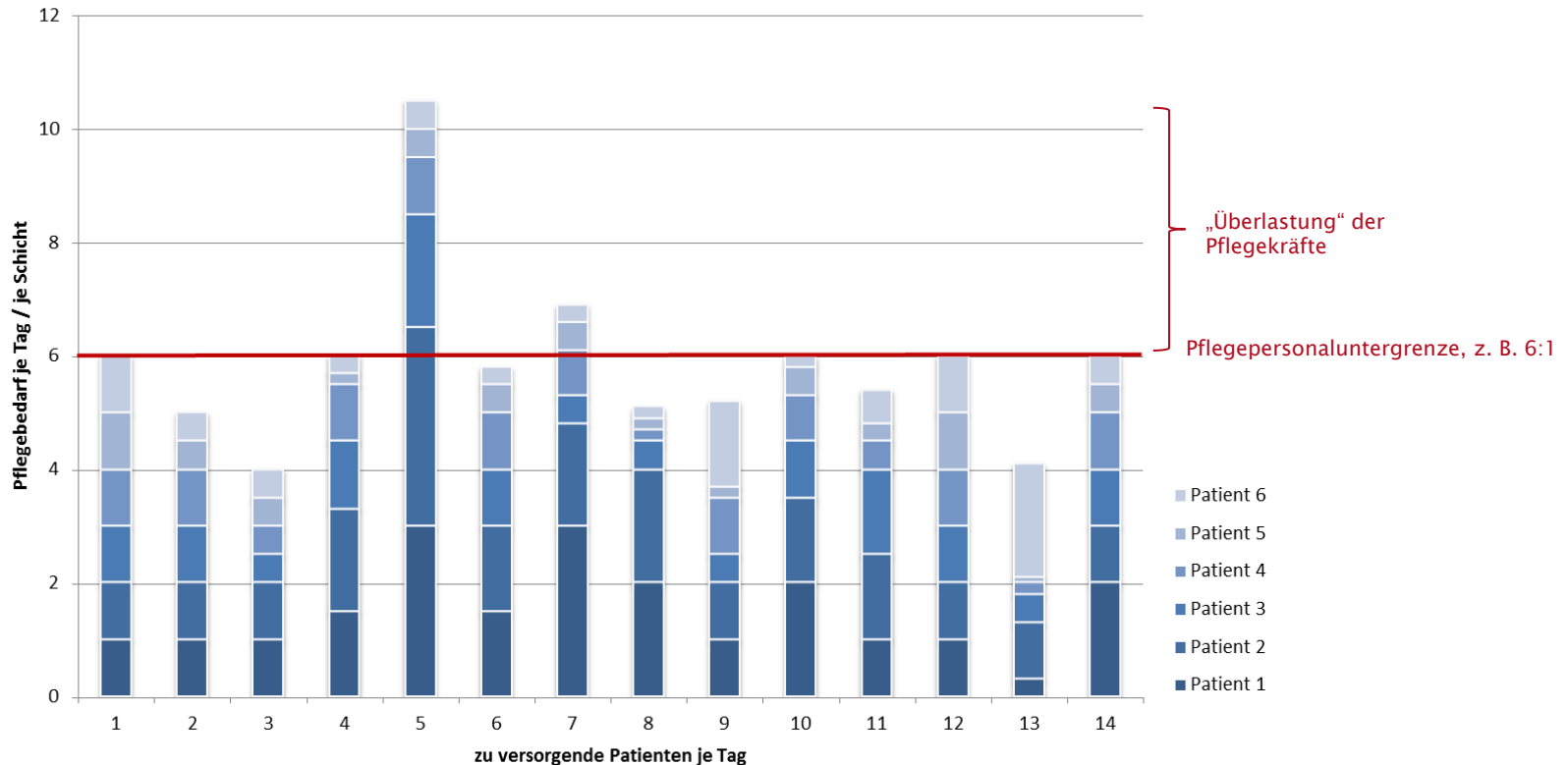
► Basis

- Auswertungen des Hamburg Center for Health Economics (hche–Gutachten)
- Auswertung zu pflege**intensiven** Bereichen (PKMS, Pflegegrade, Funktionseinschränkungen)
- Ermittlung pflegesensitiver Bereiche anhand von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS)
- Auswertungen zu Sterbehäufigkeiten
- Expertenbefragung: Evaluation der ausgewählten pflegesensitiven Bereiche und Identifikation weiterer Bereiche

► Einigung auf sechs vorläufige Bereiche

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

Pflegekraft-Patienten-Zahl: Schweregrad-adjustiert



Pflegeaufwand in den DRGs (InEK-Konzept)

- ▶ Das InEK hat den pro DRG ermittelten Pflegeaufwand (sogenannte Pflegelast) je Tag ermittelt.
- ▶ Ziel: Risikoadjustierung durch Berücksichtigung des heterogenen Pflegebedarfs von Patienten in pflegesensitiven Bereichen
- ▶ Berücksichtigung der Verweildauer führt zu „Pflegelast je DRG je Verweildauertag“.
- ▶ Pflegekostenrelevante Zusatzentgelte werden additiv berücksichtigt.
- ▶ Ergebnis:
 - „Pflegelast-Katalog“ analog zum G-DRG-Katalog
 - zwei Relativgewichte (Normal- und Intensivstation)

Pflegeaufwand je DRG

Auszug aus dem sogenannten Pflegelast-Katalog des InEK

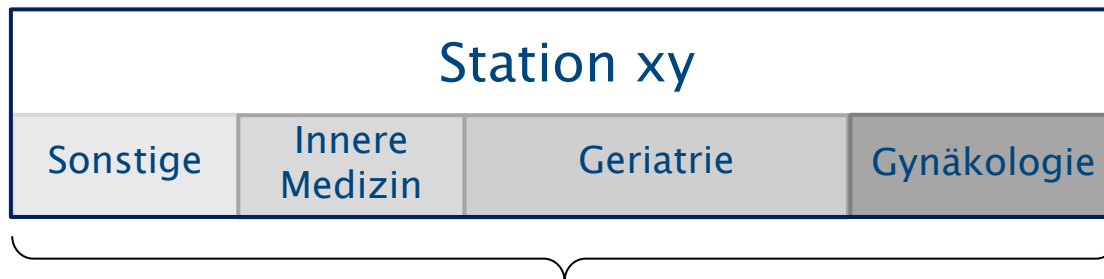


Spitzenverband

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		

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

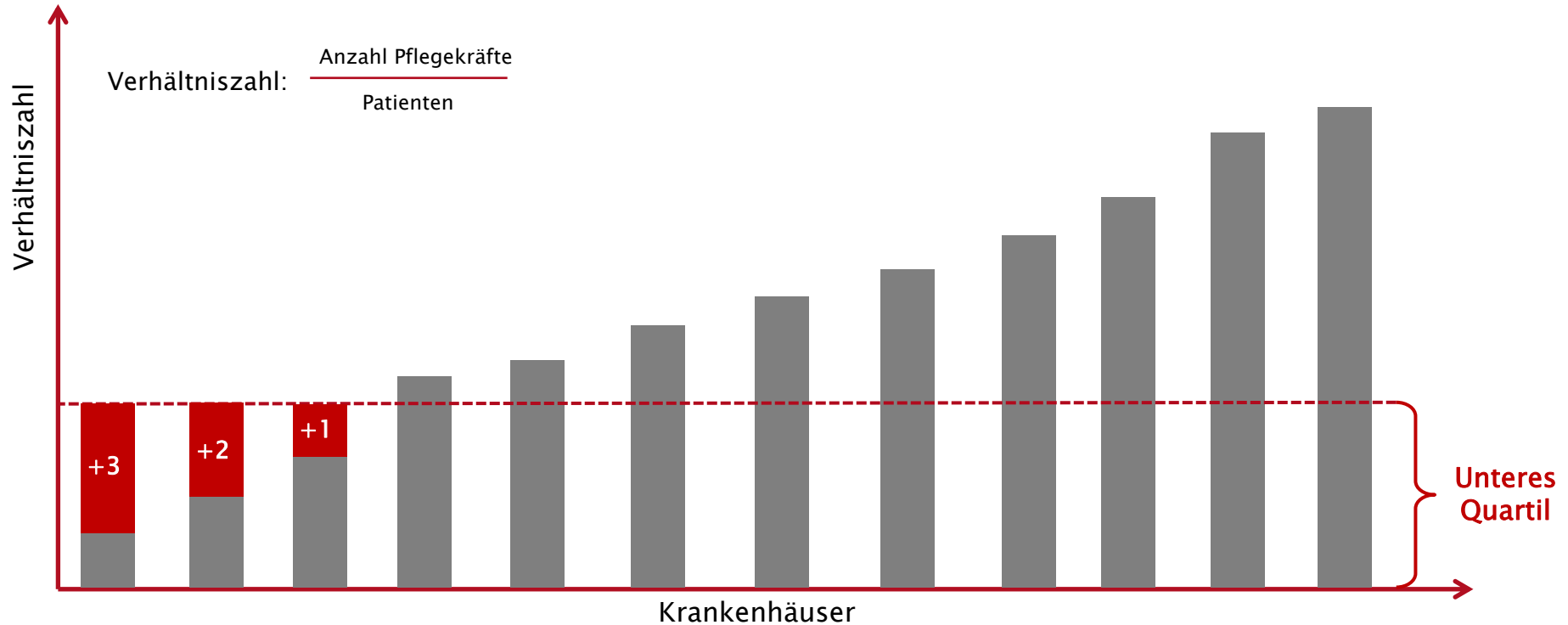
- ▶ Basis: „Pflege am Bett“
 - ▶ Berücksichtigung des Qualifikationsmixes bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen:
 - Examierte Pflegekräfte (mindestens dreijährige Ausbildung)
 - Pflegehilfspersonal (Pflegeassistenten, sonstige nicht-examierte Pflegekräfte)
 - ▶ Zwei Grenzen: Examierte Pflegekräfte und Pflegekräfte insgesamt
 - ▶ Keine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen!
- Keine Verwässerung von Pflegepersonaluntergrenzen!
- Mindestausstattung an Pflegepersonal kann nicht substituiert werden!

Der Perzentilansatz

Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Personalanhaltszahlen!



Spitzenverband



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.

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 Krankenhausbereiche ausweiten (Koalitionsvertrag)
 - Datenübermittlung zur Pflegepersonalausstattung und zur Pflegelast regeln

- ▶ **Derzeitiger Stand: Pflegepersonaluntergrenzen zum 01.01.2019 auf Basis der derzeitigen Gesetzesgrundlage (§ 137i SGB V)**

Stufenmodell

Eckpunkte einer Einigung nach BMG–Moderation

- ▶ **Stufe 1: Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen anhand einer Einstufung in Schweregradgruppen zum 01.01.2019**
 - Einstufung der pflegesensitiven Bereiche in drei Schweregradgruppen anhand Pflegelast
 - Ausweisung differenzierter Pflegepersonaluntergrenzen für Tag-, Nacht- und Wochenendschichten
 - Ermittlung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als monatliche Durchschnittswerte
 - Unterjährige Veränderungen der Einstufung in die Schweregradgruppen sowie Anzahl der Schichten, in denen Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten wurden, werden quartalsweise den Kostenträgern und dem InEK monatsgenau mitgeteilt.
- ▶ **Stufe 2: Evaluation der Anwendung und Wirkung des mit Stufe 1 eingeführten Modells nach erstem Anwendungsjahr (2019)**
- ▶ **Stufe 3: Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen mit differenzierten Bezugszeiträumen**

Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung

Einigung zur empirischen Datenerhebung und Auswertung durch KPMG

- Basis: repräsentative Stichprobe je pflegesensitiven Bereich (Fachabteilungsebene)
- Ist-Pflegepersonalbesetzung (VK) 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)

Erste Ergebnisse der KPMG-Datenerhebung

- ▶ Insgesamt verwertbare Daten von mehr als 160 Abteilungen
- ▶ Umfangreichste Daten für Geriatrie und Intensivmedizin
- ▶ Derzeit Vervollständigung der Daten im Rahmen einer Nachfassaktion
- ▶ Differenzierte Werte für
 - Früh-, Spät- und Nachtschicht,
 - Woche/Wochenende,
 - „Abteilungsschweregrad“,
 - Examierte Pflegekräfte und Pflegehilfspersonal
- ▶ Prognose: Für mehr Abteilungen können Pflegepersonaluntergrenzen auf empirischer Basis definiert werden.

1. Pflegepersonaluntergrenzen
Aktueller Verhandlungsstand

2. DRG-Pflege-Split
Überlegungen zur Ausgliederung der Pflege

Koalitionsvertrag

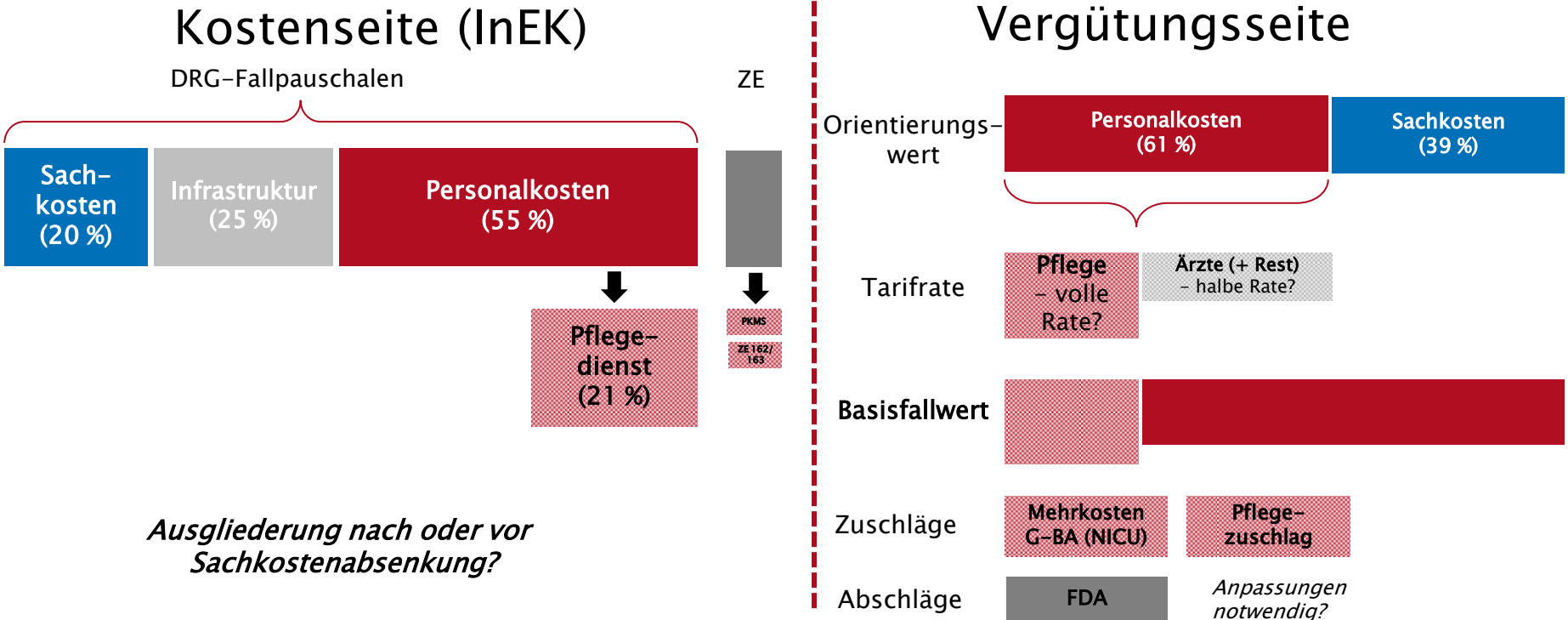
Ausgliederung der Pflege aus der DRG–Vergütung

„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.

Ausgliederung der Pflege ist extrem komplex



Pflege vergüten – aber wie?

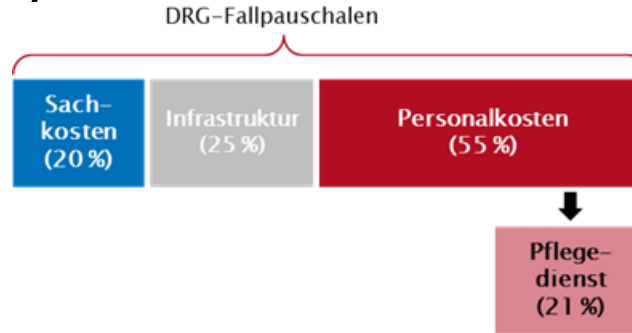
Letztlich bedeutet die Entscheidung, „mal so eben“ ein neues Vergütungssystem für 15 Mrd. Euro Leistungsvolumen aus der Hüfte zu schießen.

Einige Fragen:

- ▶ Sollen die neuen Zusatzentgelte für Pflegegrade erhalten bleiben?
- ▶ Brauchen wir neue Prozedurenschlüssel, um zu garantieren, dass auch mehr gepflegt wird?
- ▶ Soll die Vergütung tages- oder fallbezogen sein?
- ▶ Gibt es einen zweiten „Grouper“ (logikbasierte Abrechnungssystematik)?

Modell 1 (Ausgliederung und neues Pflegevergütungssystem)

1. Ausgliederung



2. DRG-Katalog (neu) ohne Pflege kalkuliert + 3. Neue Vergütungssystematik für Pflege


DRG	BewR ohne Pflege
Neu	Neu
...	...
...	...

+

Pflege-
vergütung

Modell 2: Zwei-Spalten-Modell: Finanzierung „guter Pflege“ durch Pflegemultiplikator

DRG	BewR (ohne Pflege)	BewR Pflege
A01A (alt)	27,807 - X (alt)	X
...
...



Pflegefinanzierung
mit krankenhaus-
spezifischem
Pflegemultiplikator

Fazit

1. Pflege ist das zentrale gesundheitspolitische Thema der neuen Legislaturperiode. Das liegt vor allem am Handlungsbedarf in der Altenpflege.
2. Im Krankenhaus-Controlling zeigt sich ein Digitalisierungsdefizit: Die Dienst- und Belegungspläne werden nicht überall routinemäßig zusammengespielt.
3. Pflegepersonaluntergrenzen werden zum 01.01.2019 kommen. Es zeichnet sich eine Stufenlösung ab. Monatsmittelwerte sind nur eine kurze Übergangslösung. Die zügige Erweiterung auf alle Stationen ist wahrscheinlich.
4. Pflegepersonaluntergrenzen helfen Patientengefährdung zu vermeiden. Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Anhaltzahlen und dürfen nicht das einzige Instrument sein, um Pflegequalität zu steigern.
5. 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 besser stellen – ohne alle Leistungsorientierung über Bord zu werfen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

