

Die Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in gemeinsamer Selbstverwaltung

Springer Pflege-Kongress 2018
Berlin 19.01.2018

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gesetzliche Aufgaben und Fristen

Auszug aus § 137i Abs.1 SGB V

- ▶ Bis zum 30.06.2018: Vereinbarung auf Bundesebene zur Festlegung verbindlicher Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen
- ▶ Vorgaben zur Personalausstattung des G-BA bleiben unberührt
- ▶ Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekte
- ▶ Festlegung von Ausnahmetatbeständen, Übergangsregelungen
- ▶ Ersatzvornahme durch das BMG möglich
- ▶ Qualifizierte Beteiligung des/der
 - Deutschen Pflegerats,
 - Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände,
 - in § 2 Abs. 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen und
 - Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

Neue Aufgaben und Fristen: Pflegepersonaluntergrenzen

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



- Konzept für 21er Datensatz
- Auswertungen

Gutachtenbeauftragung

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:

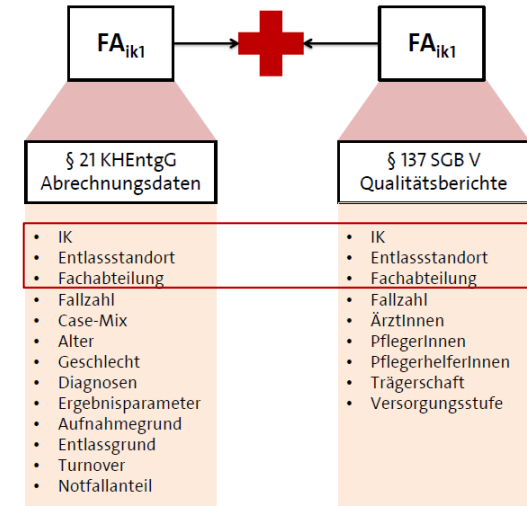
Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland

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	L89	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, Gastro-intestinale 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

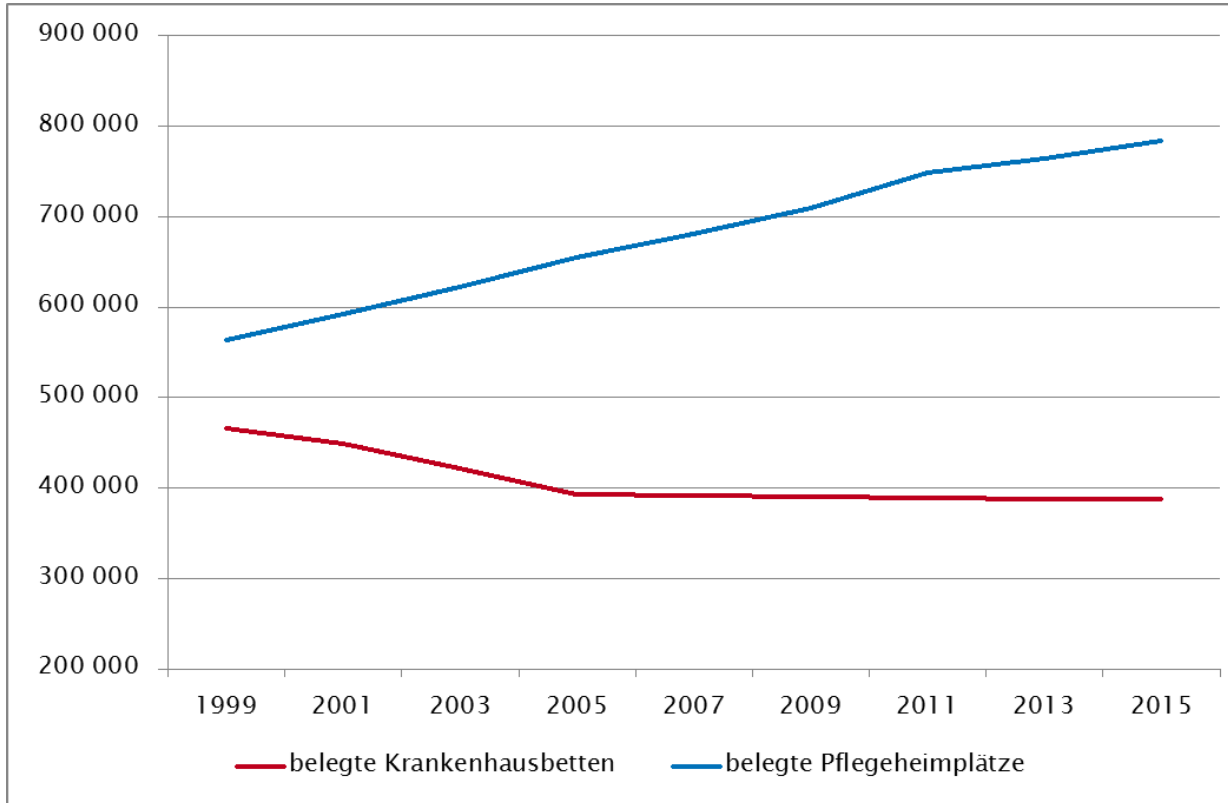
- ▶ Gemeinsamer Bundesausschuss
 - Psychiatrie
 - Frühgeborene (NICU)
 - Intensiv Kinder

- ▶ GKV – DKG
 - pflegesensitive Bereiche

- ▶ DIMDI
 - Komplexcodes

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

Belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

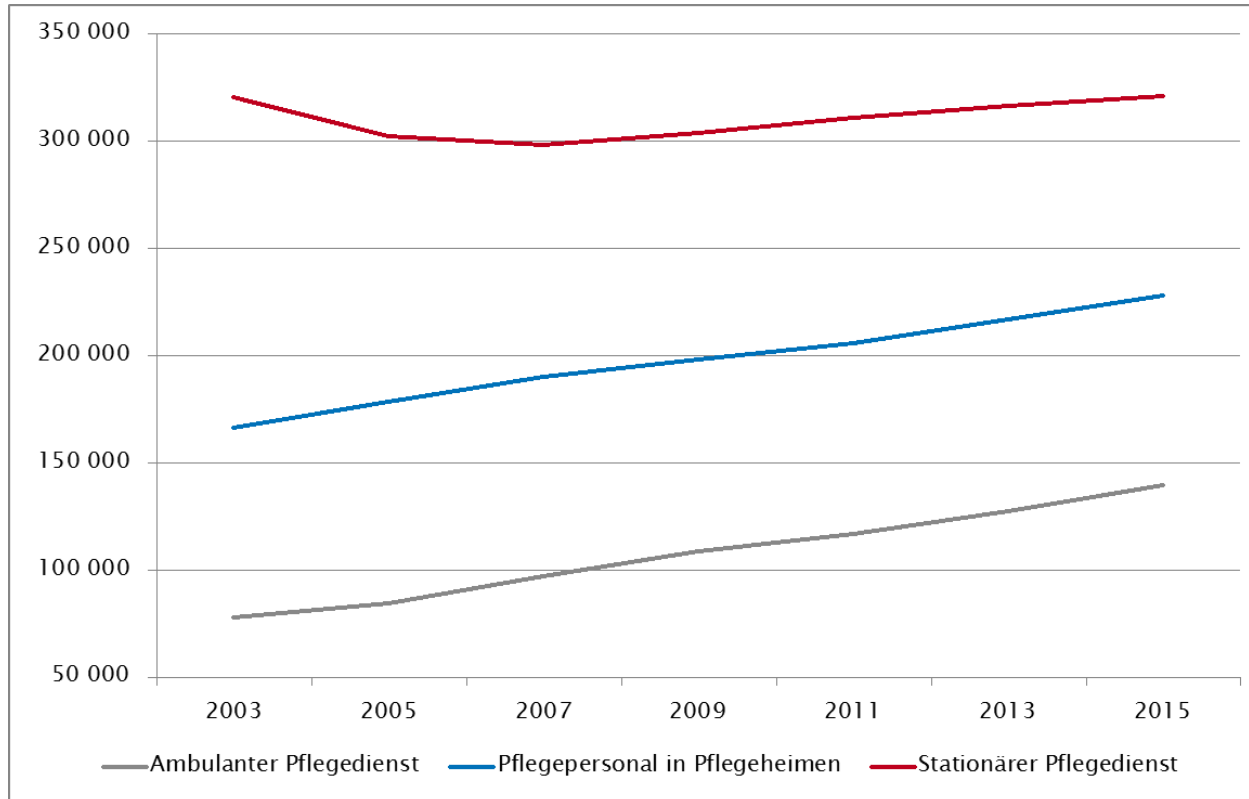


Quelle: Destatis

Pflegepersonal im stationären Dienst, ambulanten Dienst und in Pflegeheimen



Spitzenverband



Quelle: Destatis

Stationäres Pflegepersonal umfasst: Gesundheits- und Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und sonstige Pflegepersonen.

Pflegepersonal im ambulanten Dienst bzw. in Pflegeheimen umfasst: staatlich anerkannte Altenpfleger, staatlich anerkannte Altenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer.

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.

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.

Identifikation pflegesensitiver Bereiche (derzeitiger Verhandlungsstand; bald irrelevant)

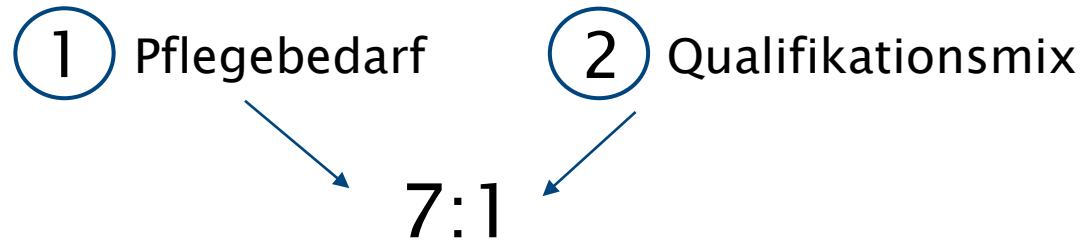
- ▶ Vorläufige Festlegung auf folgende sechs Bereiche:
 - Geriatrie
 - Neurologie
 - Herzchirurgie
 - Kardiologie (für Innere Medizin)
 - Unfallchirurgie (für Allg. Chirurgie)
 - Intensivmedizin

- ▶ Für vier Bereiche sollen verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden.

Ergebnis GroKo-Sondierung

„Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive Bereich festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden.“

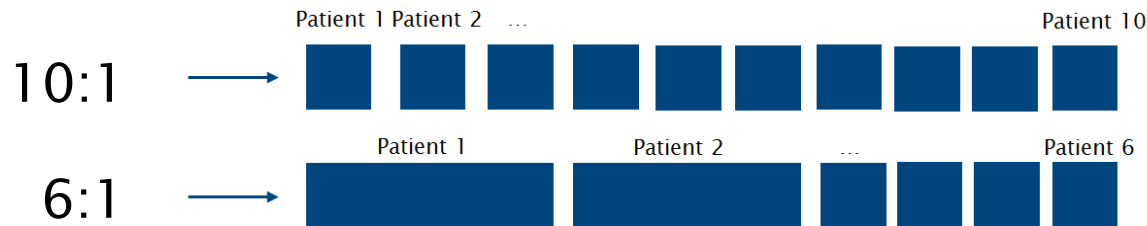
Problemdimensionen



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

Pflegebedarfsgrouper (InEK: „Pflebelast“)

1. Patienten haben unterschiedlichen Pflegebedarf. Wenn man Stationen mit unterschiedlichen Patienten vergleichen will, muss man Pflegeäquivalenz schaffen.
2. Patienten müssen mit gewichtetem Pflegebedarf in die Berechnung eingehen.
3. Psych-PV, PPR, LEP sind solche Gewichtungsansätze.
4. Wenn man nicht alle Patienten bundesweit eingruppiert will, dann muss der Pflegebedarf aus den § 21er-Daten mit einem Pflegebedarfsgrouper ermittelt werden.
5. Das InEK arbeitet an der Ermittlung der „Pflebelast“ auf Basis der Kalkulationsdaten.



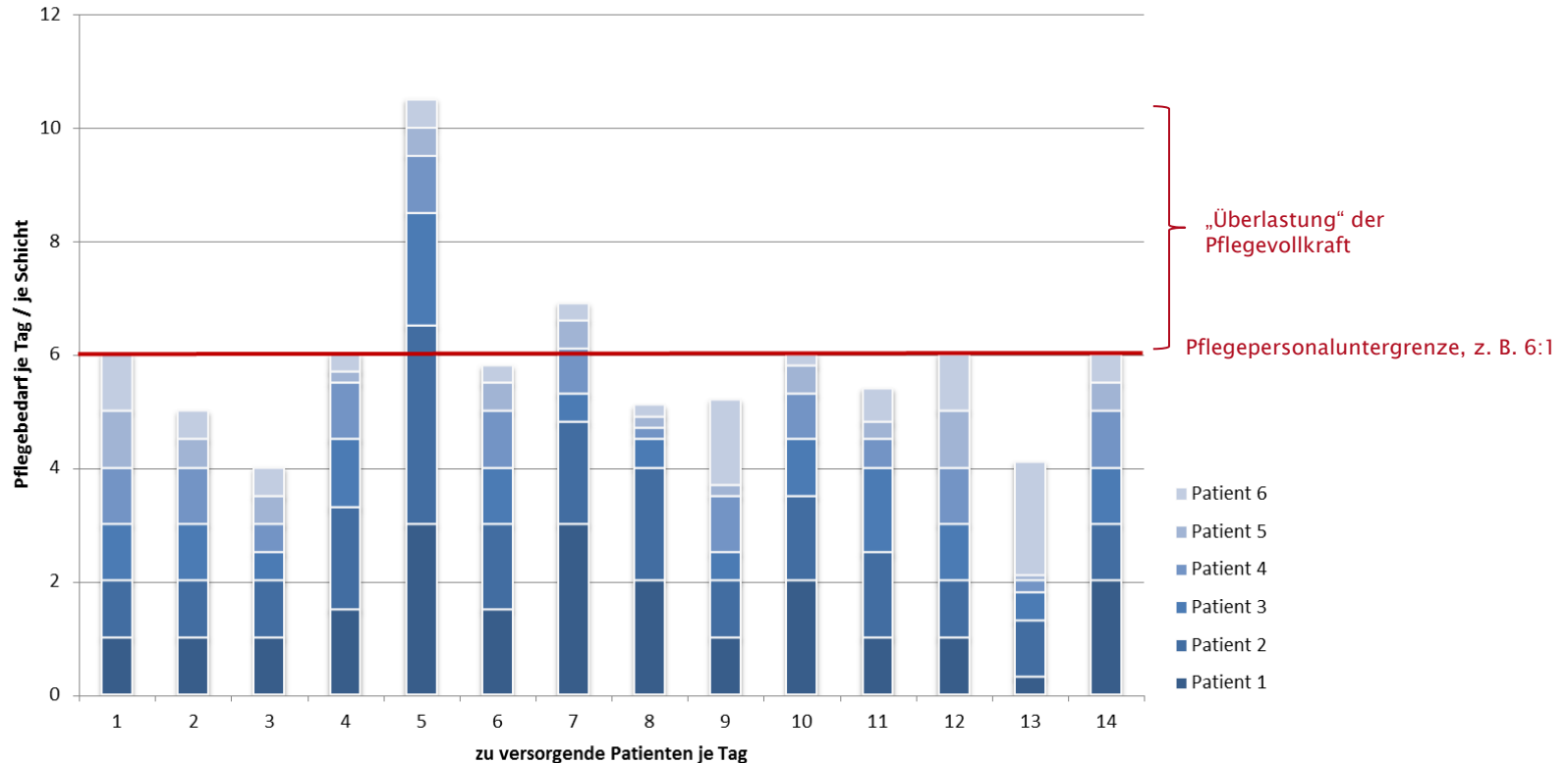
*Erhöhter Pflegebedarf, z. B. durch
Pflegegrad 5 + frisch operiert*

Überblick zur taggenauen Ist-Abfrage

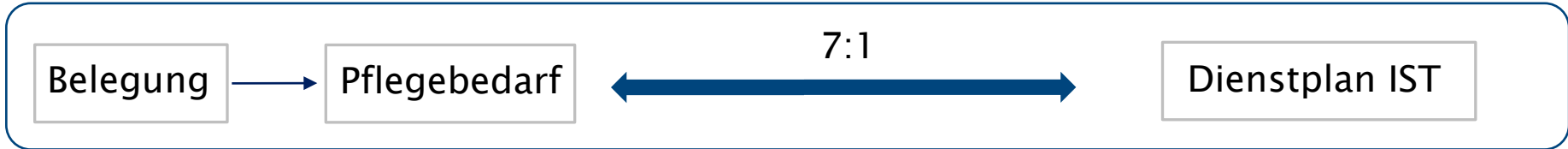
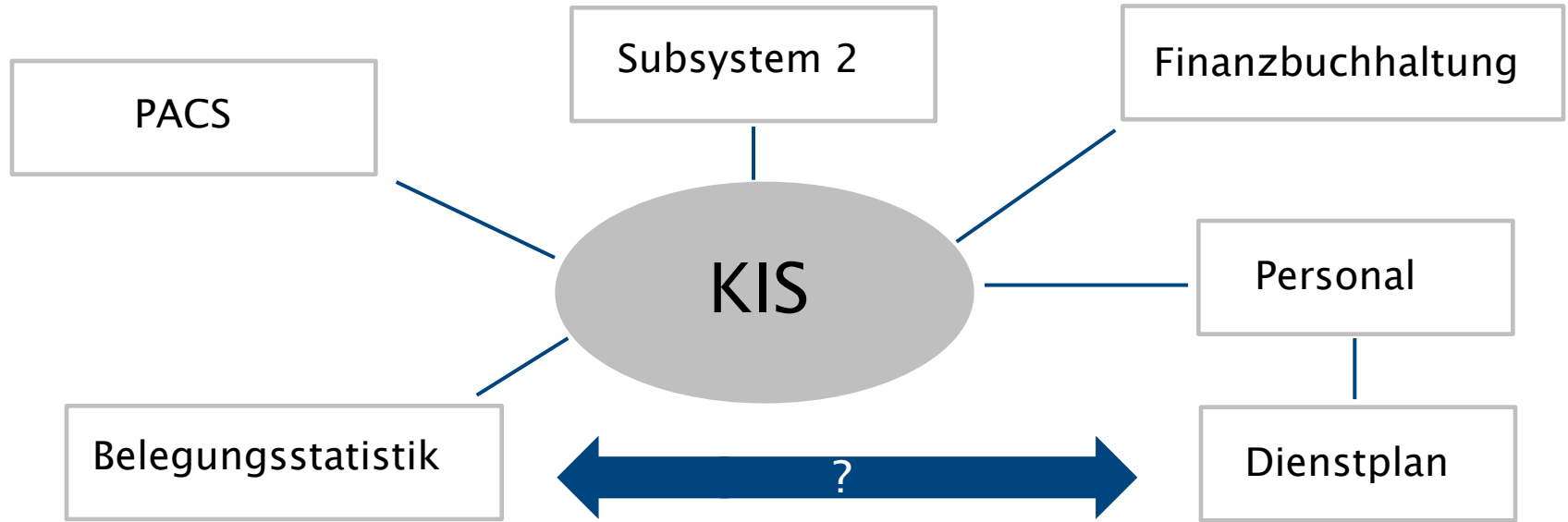
Variierende Pflegebedarfe (z. B. Frühschicht, 14 Tage)



Spitzenverband



Dienstpläne und Belegungsstatistik



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.

Übermittlung von Dienst- und Belegungsplänen

1. Wer Pflegepersonaluntergrenzen verantwortlich festlegen will, benötigt zumindest eine repräsentative Stichprobe von Dienstplänen mit Personalbesetzung je Schicht und Station.
2. Ein weiterer Blindflug wie bei NICU darf nicht passieren.
3. Zunächst reicht – wie bei der DRG-Kalkulation – eine freiwillige Teilnahme; mittelfristig wird man eine verpflichtende Übermittlung benötigen.

Zwischenlösung auf Krankenhausebene ?

Verhältnis von Pflege-VK und Pflegeerlösen

- ▶ 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
 - 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.

Strukturbereinigung einleiten!

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de