

**ePA – LEP Anwenderkonferenz**  
***23. November 2016 | Frankfurt am Main***

# **Weiterentwicklung der Pflegepersonalfinanzierung im Krankenhaus**

**Dr. Patrick Jahn**

*Wissenschaftlicher Leiter | DPR Fachkommission DRG*

*Leiter Stabsstelle Pflegeforschung | Universitätsklinikum Halle (Saale)*

---





### Die **Schwerpunkte** des Gesetzes, u.a.:

Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu **330 Millionen Euro** pro Jahr zur Verfügung.

Der Versorgungszuschlag von **500 Millionen Euro** wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

Eine bereits eingerichtete **Expertenkommission** aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein **erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten** und der **allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern** sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

---

### Die **Schwerpunkte** des Gesetzes, u.a.:

Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu **330 Millionen Euro** pro Jahr zur Verfügung.

Der Versorgungszuschlag von **500 Millionen Euro** wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

Eine bereits eingerichtete **Expertenkommission** aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein **erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten** und der **allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern** sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

---

	Beschäftigte insgesamt* (in VK)	dar. Ärzte (in VK)	dar. Pflegedienst (in VK)
2000	834.585	108.696	332.269
2001	832.530	110.152	331.472
2002	833.541	112.763	327.384
2003	823.939	114.105	320.158
2004	805.988	117.681	309.510
2005	796.097	121.610	302.346
2006	791.914	123.715	299.328
2007	792.299	126.000	298.325
2008	797.554	128.117	300.417
2009	807.875	131.227	303.656
2010	816.257	134.847	306.213
2011	825.195	139.068	310.815
2012	837.745	142.874	313.478
2013	850.099	146.988	316.275
2014	859.427	150.757	318.749

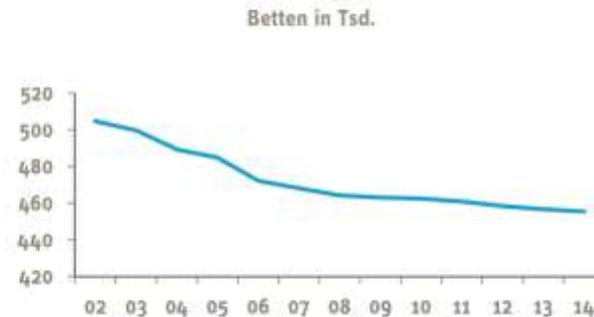
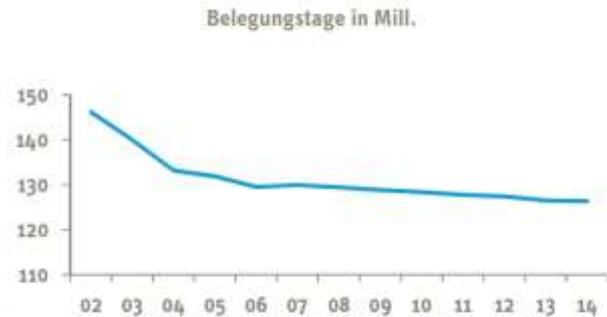
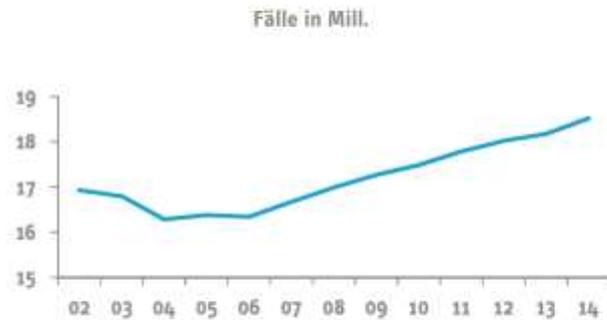
Entwicklung des Krankenhauspersonals  
in Vollkräfte (VK)



\*ohne nichthauptamtl. Ärzte/Zahnärzte und ohne Personal in Ausbildungsstätten

Quelle: destatis

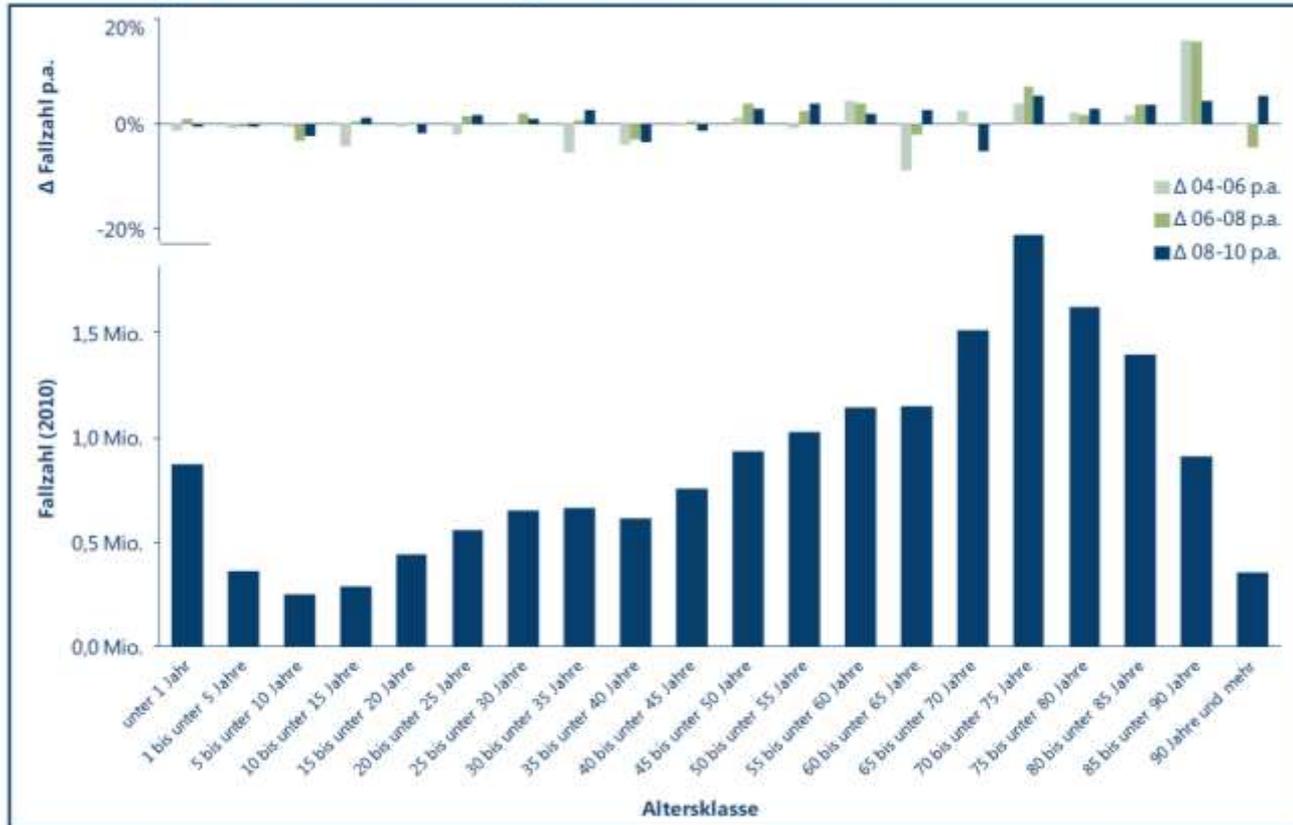
## Entwicklung wichtiger Leistungskennziffern 2002 bis 2014



Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt a (2002ff.). – Anmerkung: Die dargestellten Werte beziehen sich auf Allgemeinkrankenhäuser.

Quelle: RWI 2016

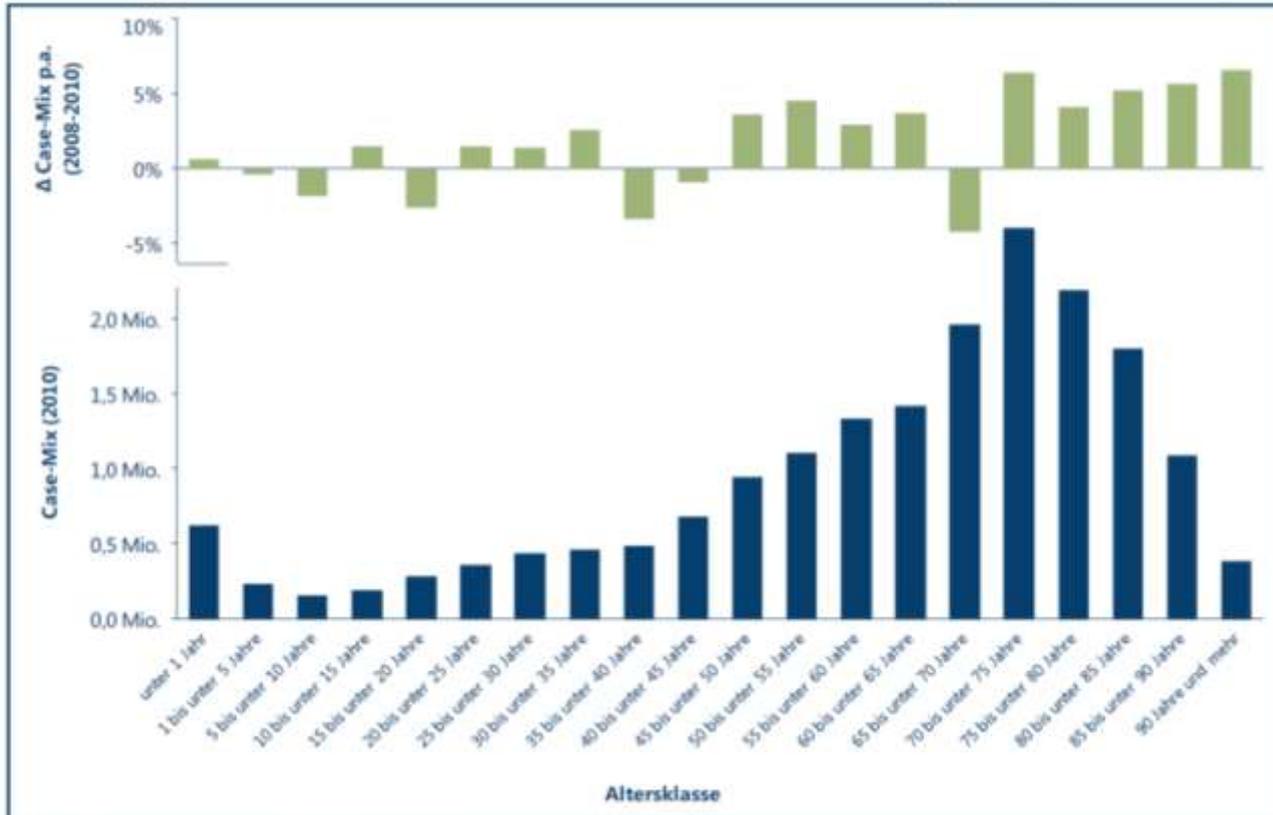
Abbildung 44: Altersverteilung der Fälle (2004-2010)



Quelle: IGES; InEK

Quelle: IGES; InEK 2013

Abbildung 46: Case-Mix nach Altersklasse der Behandlungsfälle (2008-2010)



Quelle: IGES; InEK

Quelle: IGES; InEK 2013

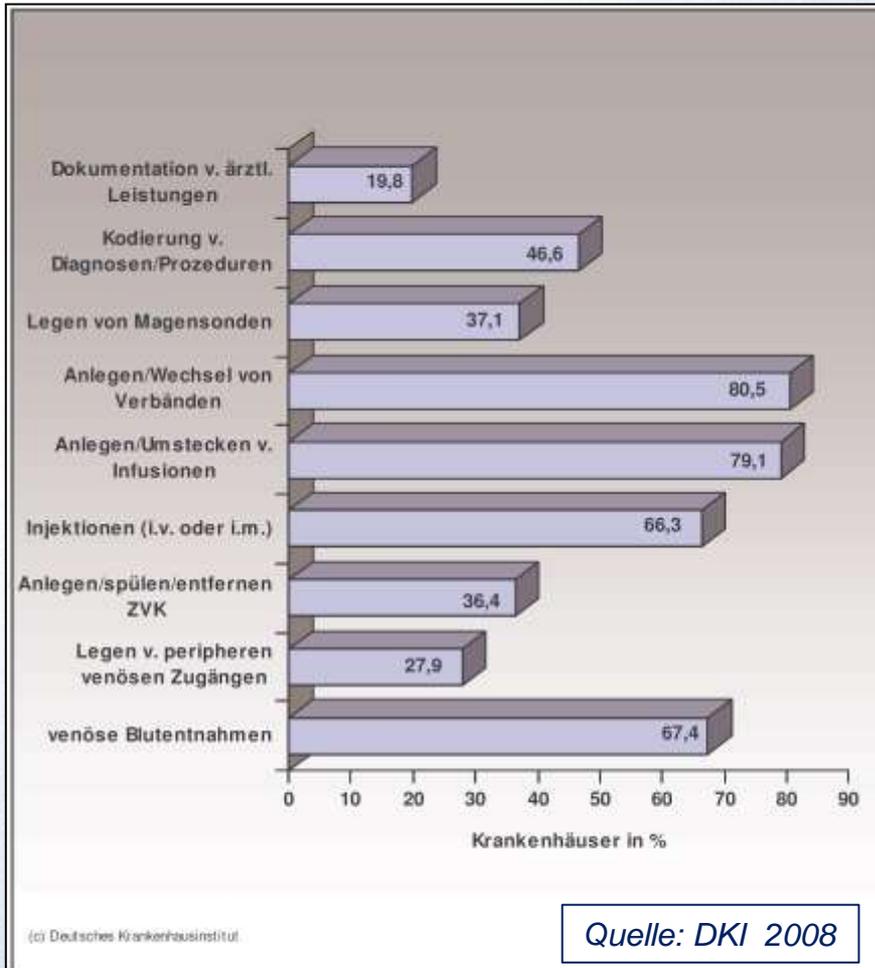


Abb. 5: Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen

**Übernahme ärztlicher Tätigkeiten**

Pflegende und Ärzte in Kooperation für Qualität und Wirtschaftlichkeit

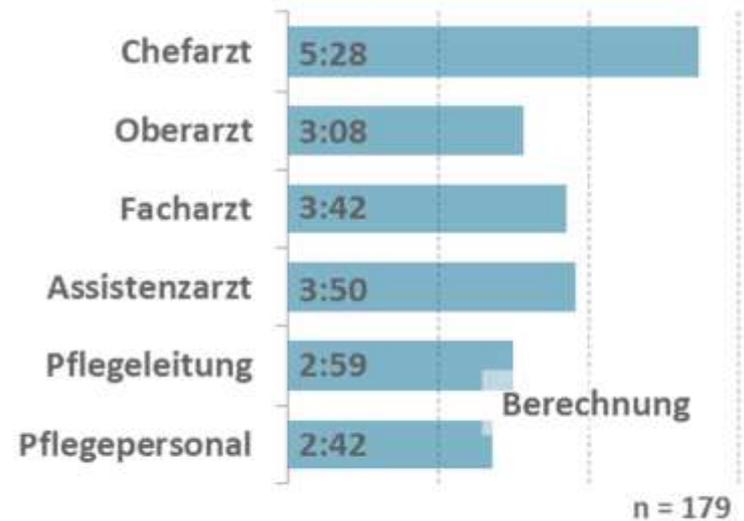
Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Ein Beitrag zur rechtlichen Sicherheit und Prozessoptimierung im Krankenhaus

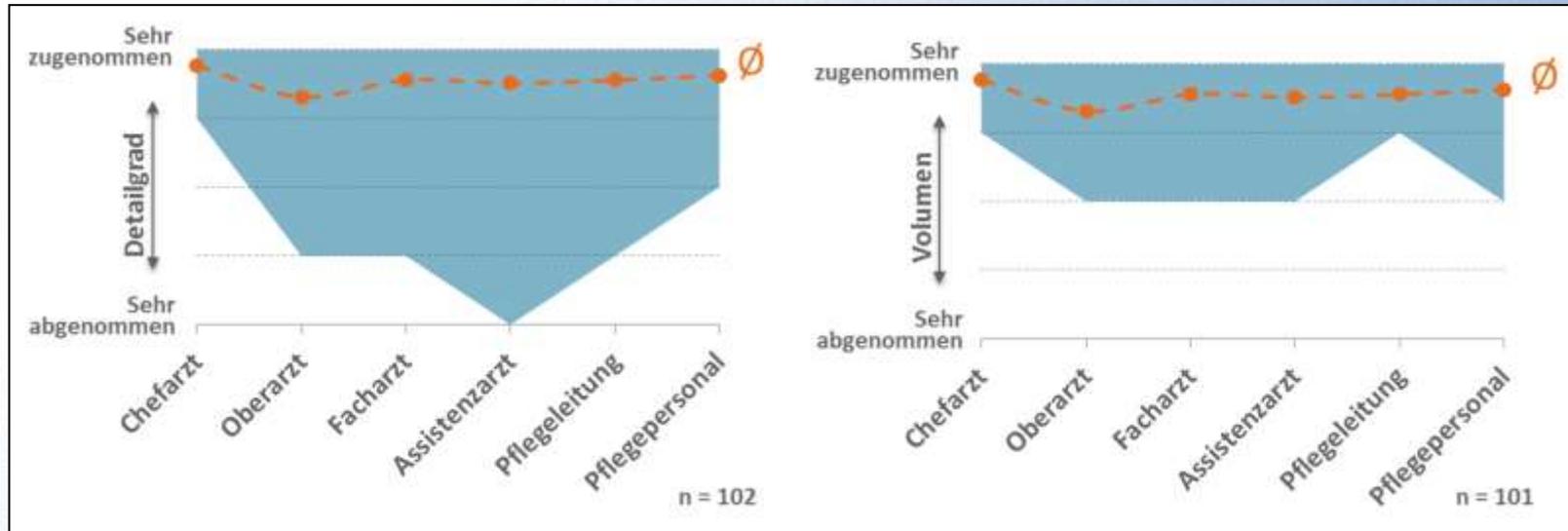
HERAUSGEBEN VOM VERBAND DER PFLEGEBERUFSTIMMEN UND PFLEGEBERUFSTIMMEN DER UNIVERSITÄTEN IN DEUTSCHLAND VfP e.V.

www.vfp.de

Abbildung 3: Selbsteinschätzung vs. tatsächlicher Aufwand



Quelle: HIMSS 2015



**94 %** aller Befragten bestätigen: Der **Detailgrad** der Dokumentation hat zugenommen.

**97 %** aller Befragten gaben an: Das **Volumen** der Dokumentation hat zugenommen.

**65 %** der Ärzte und Pflegekräfte betonen: Der Detailgrad hat **sehr stark** zugenommen.

**72 %** der Ärzte und Pflegekräfte empfinden: Das Volumen hat **sehr stark** zugenommen.

Quelle: HIMSS 2015

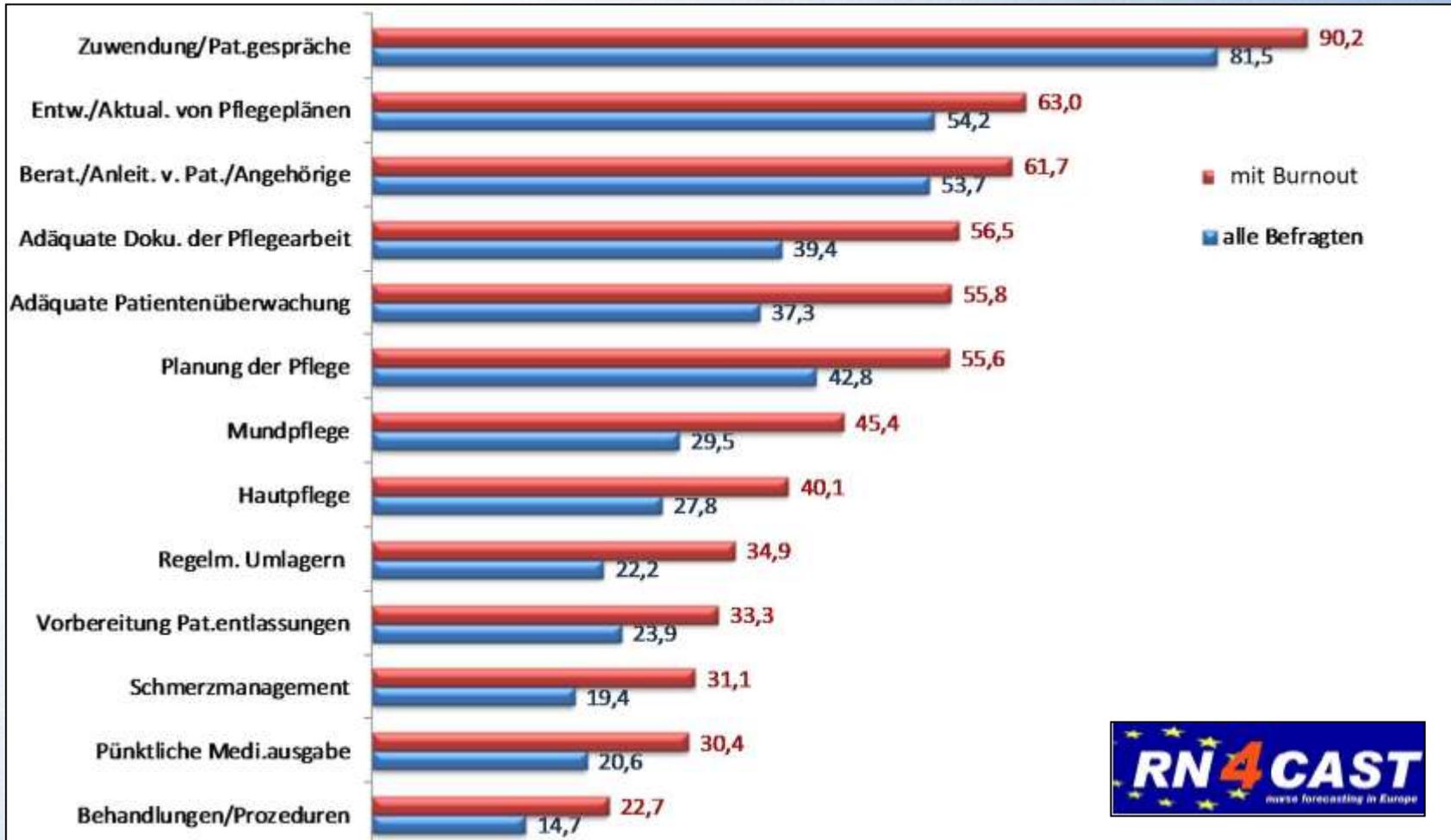
## Pflegedienst



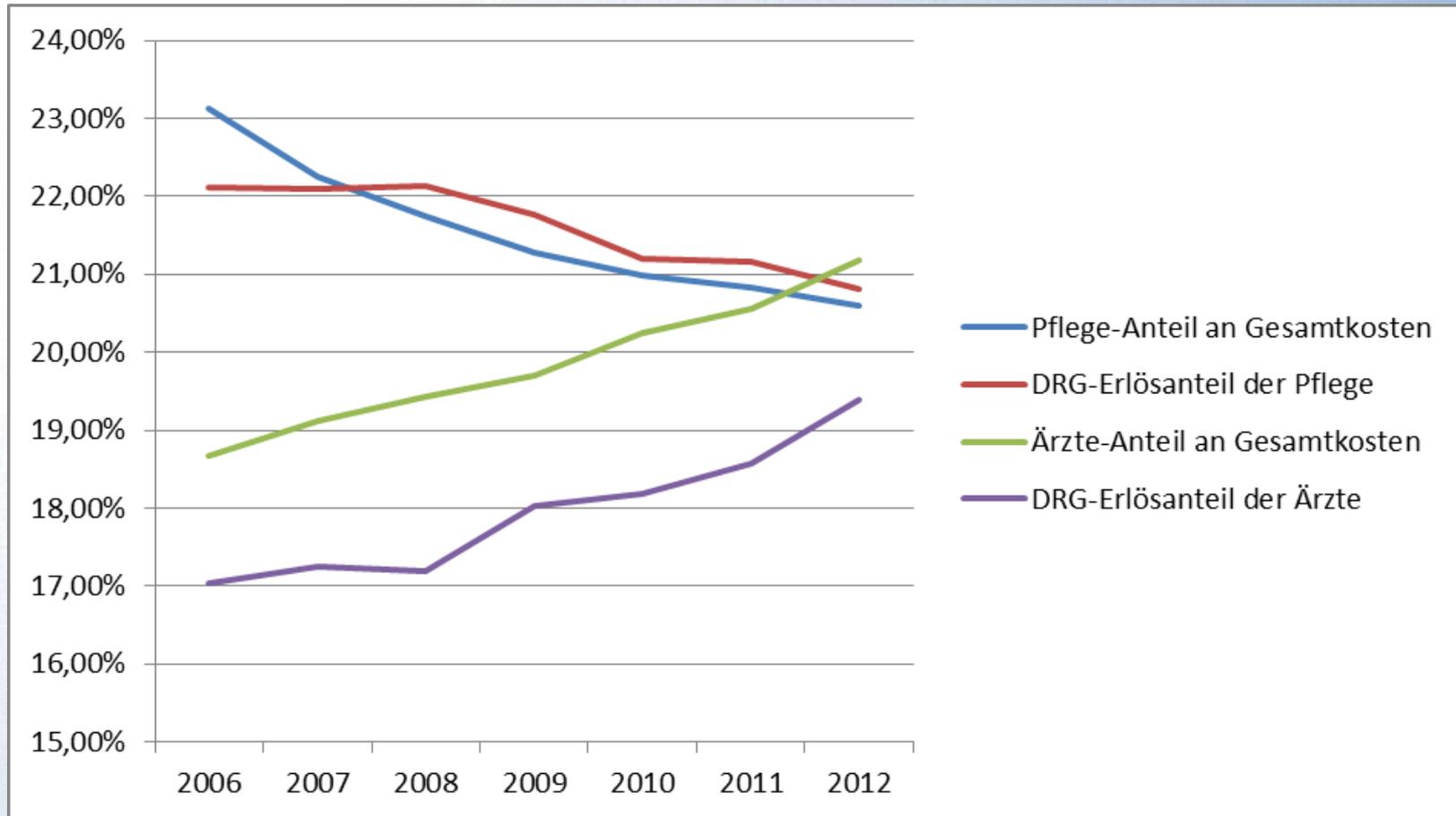
## Ärztlicher Dienst



Quelle: HIMSS 2015



## Entwicklung der Kostenanteile PD und ÄD



(Quelle: IBES-Institut)

Anlage 5	Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personal- kosten Pflege- dienst	Personal- kosten med.- techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Trans- plantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
	1	2	3	4a	4b <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	6a	6b <sup>1</sup>	7	8
Normal- station	1 Pflegetage	PPR- Minuten <sup>2</sup>	Pflegetage	PPR- Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzel- kosten- zuordnung	nicht relevant	PPR- Minuten <sup>2</sup>	Ist-Verbrauch Einzel- kosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage

## PPR-Minuten Normalstation:

- ▶ Personalkosten des Pflegedienstes
- ▶ Sachkosten für Arzneimittel
- ▶ Sachkosten übriger medizinischer Bedarf

Quelle: Kalkulationshandbuch, Version 3.0-10.Juli 2007

## Beispiel Berechnung Pflegepersonalkosten pro Fall

1. PPR-Minuten für alle Patienten „Station Innere Medizin“: 1.866.667
2. Gesamtpersonalkosten für den Pflegedienst „Station Innere Medizin“: 896.000 GE
3. Kosten je PPR-Minute für diese Station:

$$896.000 \text{ GE} / 1.866.667 = 0,48 \text{ GE je PPR-Minute}$$

4. Fallbezogene Erfassung der PPR-Minuten: 937 PPR-Minuten
5. Multiplikation der erfassten PPR-Minuten mit Kosten je PPR-Minute

$$937 * 0,48 \text{ GE} = 449,76 \text{ GE}$$

- ⇒ Dem Fall sind Kosten in Höhe von 449,76 GE an Personalkosten des Pflegedienstes für die pflegerische Versorgung auf der Normalstation zuzuordnen.

### Lösungen müssen:

- Pflegeaufwand erklären können.
- Auswirkungen auf Erlösverteilung entwickeln.
- unbürokratisch und wenig Streitbehaftet sein.
- die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren zu unterstützen
- Routinedaten nutzen

### Lösungen dürfen:

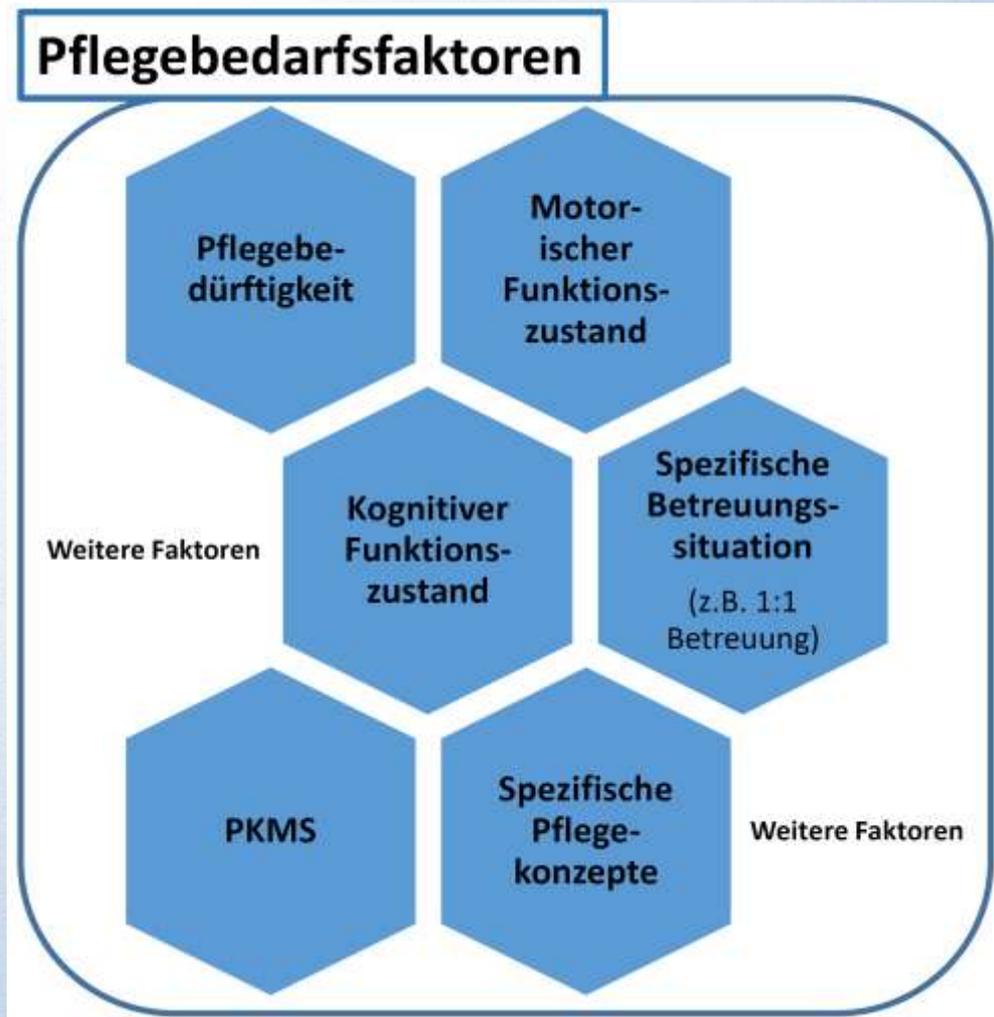
- Keine Einzelleistungsdokumentation erzwingen.
- Dokumentationsaufwand nicht unnötig erhöhen

.... und somit letztendlich **bedarfsgerecht Pflege** am Bett sicher stellen.

---

### Pflegebedarfsfaktoren (PBF) ...

- Bestimmen den **Umfang der zu leistenden pflegerischen Maßnahmen**
- Sind **Marker im DRG-System** (ICD-Diagnose, OPS oder Scores) auf Fallebene zur Erklärung von Kostenunterschieden bzgl. Pflegeleistungen
- Können über Einbindung in Definition von DRGs, Aufnahme in die CC-Matrix (Schweregradsteigerung) oder über Zusatzentgelte (ZE) zu einer **sachgerechteren Erlösverteilung** verwendet werden.



## Leistungsebene

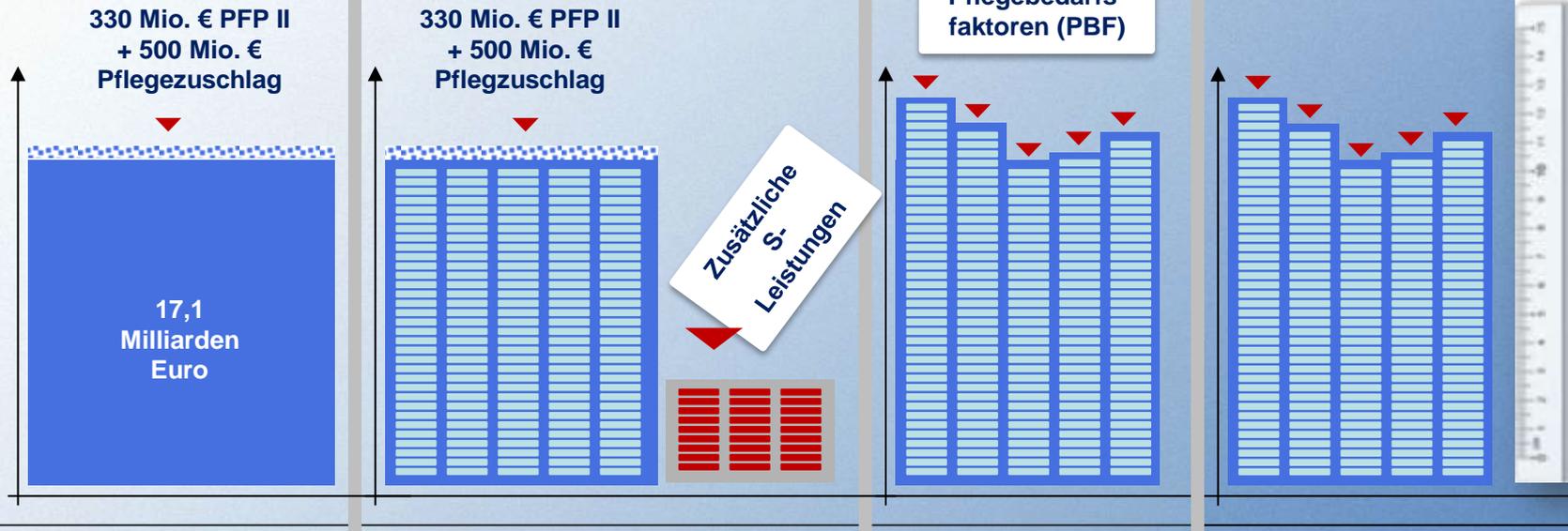
## Normative Ebene

**1** Anhebung des Budgets

**2** Anpassung der Pflegepersonalregelung (PPR)

**3** Pflegerische Leistungen besser abbilden

Festlegung eines Pflegeaufwandes pro DRG



- Patienten mit hohem Pflegebedarf und hohem Pflegeaufwand sind oft mit hohen Kosten verbunden.
- Fälle müssen sicher und trennscharf in den Kalkulationsdaten zu identifizieren sein.
  - ⇒ Attribute, die **erhöhten Pflegebedarf und erhöhten Pflegeaufwand** beschreiben, z.B. PKMS
  - ⇒ Attribute, die einen **erhöhten Pflegebedarf** beschreiben und in der Höhe abschätzbar machen, z.B. Barthel-Index
  - ⇒ Attribute, die einen **möglichen erhöhten Pflegebedarf** beschreiben, aber nicht qualifizieren, z.B. Diagnosekodes

**Fazit InEK: „Die verbesserte Abbildung der hochaufwendigen Pflege steht im Fokus der weiteren Entwicklung der Entgeltsysteme“**

- Instrumente zur **Quantifizierung motorischer und kognitiver Funktionseinschränkungen**:
  - Barthel- Index (motorisch / kognitiv)
  - Functional Independence Measure (FIM)
  - MMSE (Mini Mental State Examination)
- ⇒ dienen der patientenindividuellen Einschätzung der **Aktivitäten des täglichen Lebens**
- ⇒ ermöglichen breite Erfassung des individuellen Pflegebedarfs

- Trotz Schieflage Aufwertung wo immer aufgrund von Kosten und Fallzahlen möglich
  - Allerdings nur Berücksichtigung höherer Schweregrade möglich
    - U50.4- **Schwere motorische Funktionseinschränkung**
    - U50.5- **Sehr schwere mot. Funktionseinschränkung**
    - U51.2- **Schwere kognitive Funktionseinschränkung**
- ⇒ Aufnahme in CCL-Matrix (Wert 1)
- ⇒ Bewertung in 22 Basis-DRGs möglich

- Trotz Schiefelage Aufwertung wo immer aufgrund von Kosten und Fallzahlen möglich
- Allerdings nur Berücksichtigung höherer Stadien wo möglich

- U50.4- **Schwere motorische Einschränkung**
- U50.5- **Sehr schwere motorische Einschränkung**
- U51.2- **Schwere geistige Einschränkung**

- ⇒ Aufnahme in CC
- ⇒ Bewertung in 22 B

**Nur einmal pro Aufenthalt zu erfassen!**



#### ICD-10 U50.- Motorische Funktionseinschränkung

##### Funktionseinschränkung (U50-U52)

###### U50. Motorische Funktionseinschränkung

**Abw.:** Einmalige Kodierung der motorischen Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderter Weiten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verzeichnen. Bei geriatrischer oder frührehabitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren ("FIM: Functional Independence Measure").

###### U50.0 Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung

U50.00 Barthel Index: 100 Punkte  
U50.01 Motorischer FIM: 85-81 Punkte

###### U50.1 Leichte motorische Funktionseinschränkung

U50.10 Barthel Index: 90-85 Punkte  
U50.11 Motorischer FIM: 80-84 Punkte

###### U50.2 Mittlere motorische Funktionseinschränkung

U50.20 Barthel Index: 80-75 Punkte  
U50.21 Motorischer FIM: 59-68 Punkte

###### U50.3 Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung

U50.30 Barthel Index: 60-55 Punkte  
U50.31 Motorischer FIM: 43-58 Punkte

###### U50.4 Schwere motorische Funktionseinschränkung

U50.40 Barthel Index: 20-25 Punkte  
U50.41 Motorischer FIM: 31-42 Punkte

###### U50.5 Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung

U50.50 Barthel Index: 0-15 Punkte  
U50.51 Motorischer FIM: 12-20 Punkte



### Wie viel Personal brauche ich?

⇒ Ist abhängig vom zu erbringenden Pflegeaufwand

### Wovon ist der Pflegeaufwand abhängig?

⇒ Ist maßgeblich abhängig vom funktionellen Zustand

### Wie lässt sich der funktionelle Zustand bestimmen?

⇒ Assessmentinstrumente

### Wie lässt sich der funktionelle Zustand im G-DRG-System abbilden?

⇒ Nebendiagnosen (CC-Matrix), OPS





## Mehrfach in Vorschlagsverfahren eingebracht

### PKMS-E Version 2.1 Handbuch 2014

Verfasser/Innen:

Germ, Corinna (Dipl. Pflegewirtin)

Dr. Jahn, Patrick (Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftler)

Lemke, Andrea (Dipl. MBA)

Marintschev, Daniela (Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftler)

Stolze, Matthias (BA) [Mitarbeit bis 2.2011]

Wittrich, Anke (Dipl. Med.-Inf.)

## 2. Erläuterungen zu den Gründen für hochaufwendige Pflege

Im Rahmen der Erhebung der Pflegeanamnese ist das Vorhandensein von Gründen für hochaufwendige Pflege zu prüfen. Die Erhebung und Dokumentation der Gründe erfolgt zu Beginn der stationären Behandlung. Eine Wiederholung bei Zustandsänderung des Patienten kann jederzeit erfolgen.

Ein Patient muss mind. eine schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkung oder mind. eine schwere kognitive Funktionseinschränkung aufweisen (Siehe auch Anhang ICD-10-GM).

Werden diese Assessmentinstrumente nicht im Pflegeprozess genutzt, dann muss mind. ein Grund als Pflegeproblem in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen. D.h. also, entweder wird die Funktionseinschränkung anhand eines Assessmentinstrument bestimmt und es werden Pflegemaßnahmen erbracht. Oder es muss mind. eines der dargestellten Pflegeprobleme vorliegen in dem Leistungsbereich, in dem der Patient Pflegemaßnahmen erhält.

## Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs.1a S.9 SGB V(Rahmenvertrag Entlassmanagement)

### § 3 Entlassmanagement

(2) ... Anwendung eines **geeigneten Assessments** der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines **differenzierten Assessments** zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von **Mobilität und Selbstversorgung** bestehen. ...

- Begrenzte, aber **nicht unbedeutende Aufwertung des Barthel-Index** und weiterer Indizes für Funktionseinschränkungen und damit **Pflegebedarf**
- Weitere Analysen in den folgenden Kalkulationen
- ab Datenjahr 2016 liefern OPS-Kodes für Pflegestufen/Pflegegrade weitere Informationen
  - ⇒ **Ausblick InEK: „Berücksichtigung ersetzend wie auch ergänzend denkbar“**
  - ⇒ **DAHER WICHTIG: OPS-Kodes für Pflegestufen/Pflegegrade (9-984 Pflegebedürftigkeit und U50/51 (Motorische/kognitive Funktionseinschränkung) müssen auch kodiert werden**

### 9-984 Pflegebedürftigkeit

**Hinw.:** Dieser Codes ist/sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einer m Pflegestufe grad zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes die/der Pflegestufe grad ist der Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen n Pflegestufe grad vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code 9-984. 4b anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegender m Pflegestufe grad beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus 9-984. 0 6 bis 9-984. 3 9 und 9-984. 5 zusätzlich der Code 9-984. 4b anzugeben

9-984.0 Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)

9-984.1 Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)

9-984.2 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)

9-984.3 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)

9-984.4 Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe

9-984.5 Pflegebedürftig nach Pflegestufe 0

**Hinw.:** Dieser Code ist für Patienten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI anzugeben

9-984.6 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1

9-984.7 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2

9-984.8 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3

9-984.9 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4

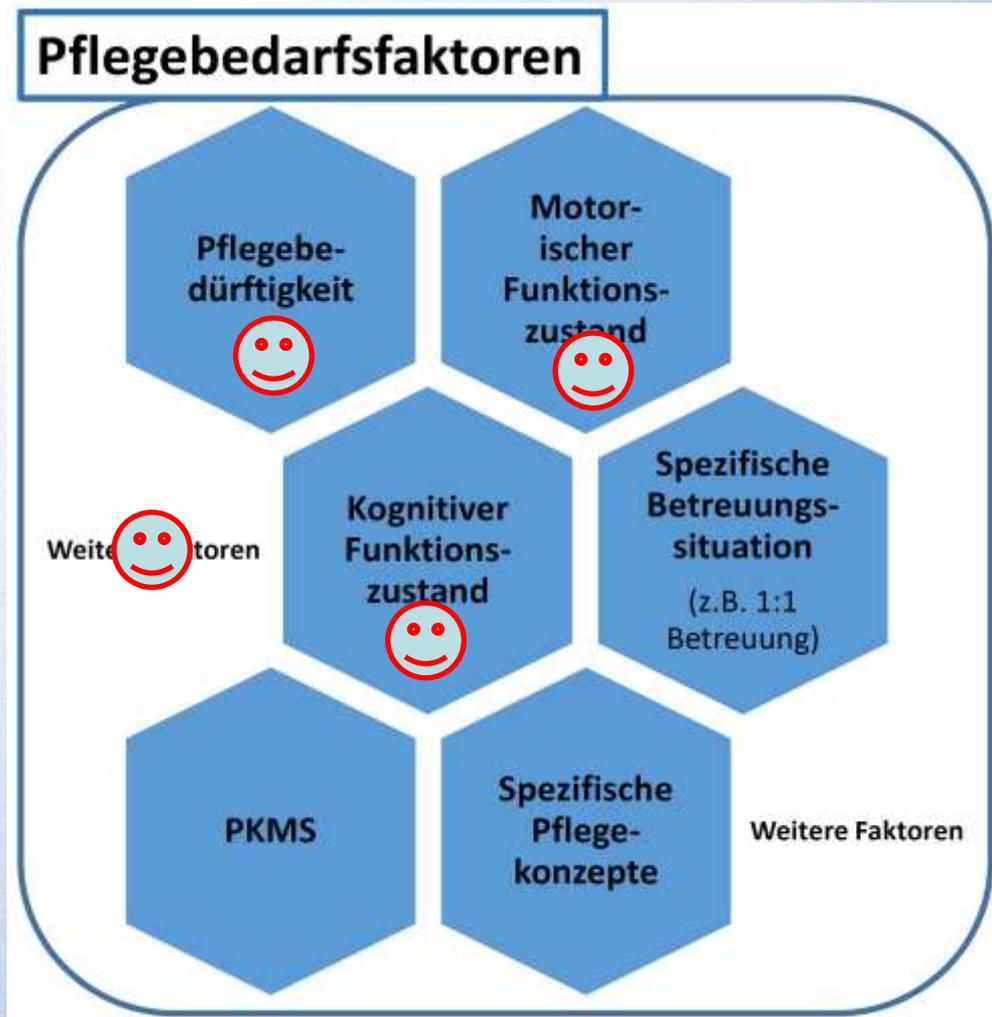
94/96

### Aktualisierungsliste OPS 2017 - Vorabfassung

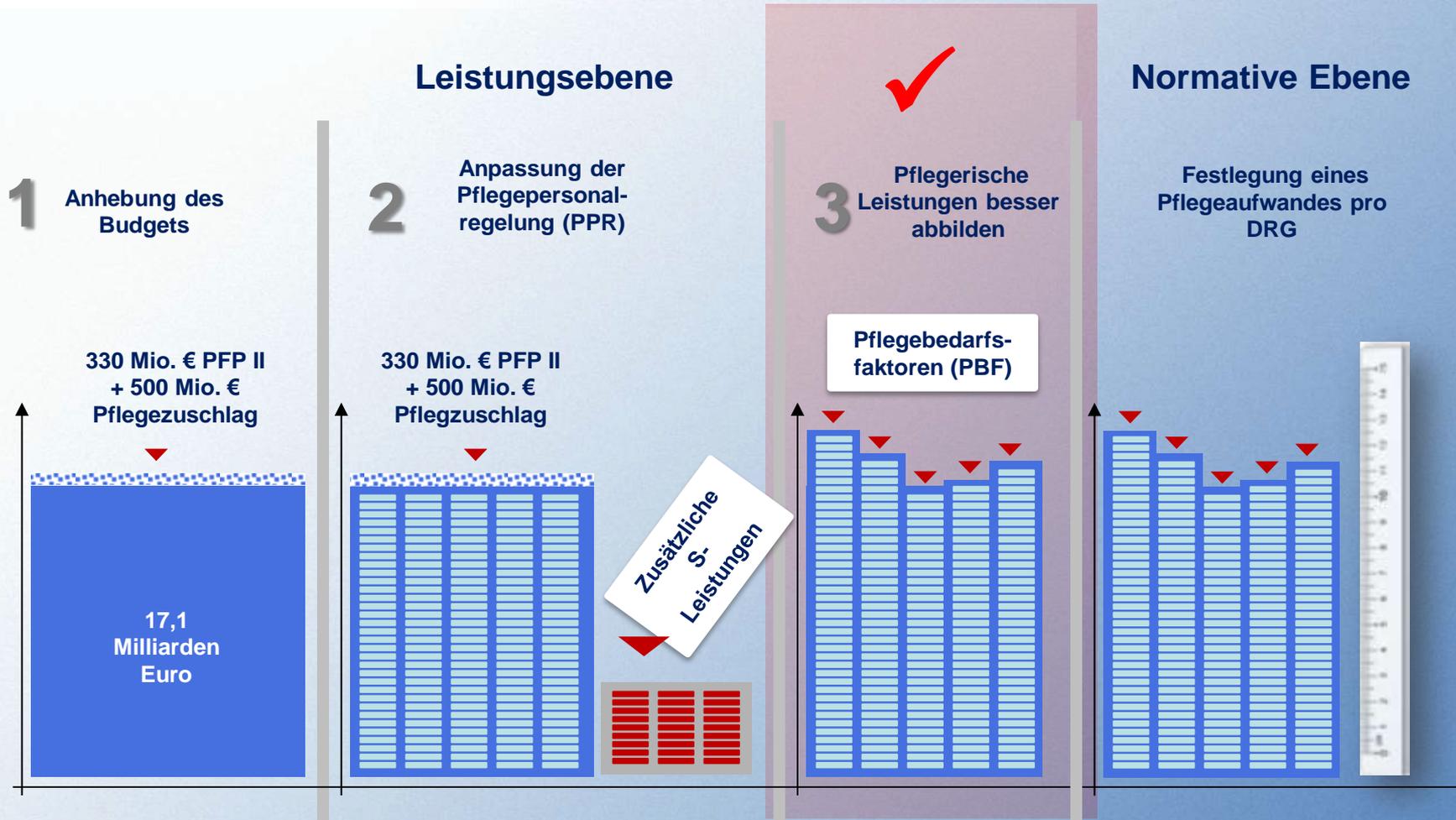
9-984.a Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5

9-984.b Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

- CCL-Analysen für zahlreiche pflegerelevante Diagnosen:
  - ⇒ Erstmals konnte bei durchgehend höheren Kosten eine erhebliche Aufwertung von A04.7 **Enterokolitis durch Clostridium difficile** umgesetzt werden



# Handlungsauftrag an die Politik



- Aufwertung von Fällen in höherwertigen PEPP:

Diagnose	Typ *	Ursprungs- PEPP	Ziel- PEPP
Schwere kognitive Funktionseinschränkung (U51.2[0-2])	ND	PA04B/C	PA04A
Schwere und sehr schwere motorische Funktionseinschränkung (U50.40 - U50.51)	ND	PA15B/C	PA15A
Entzugssyndrom mit Delir bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.4)	HD+ND	PA15B/C	PA15A
Lewy-Körper-Krankheit (G31.82)	HD+ND	PA15B/C	PA15A
Kachexie (R64)	ND	PA03B	PA03A
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x.2-5, ausgenommen Tabak und Stimulanz Koffein)	ND	PK04B	PK04A
	ND	PP04B	PP04A
Adipositas mit BMI von 40 und mehr (z.B. E66.02)	ND	PP10B	PP10A

- Differenzierte Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit (bis 2016 Pflegestufe, ab 2017 Pflegegrade)
- Pflegestufe 1 / Pflegegrad 2 erstmalig berücksichtigt
- Berücksichtigung in weiteren PEPP
- Differenzierte Berücksichtigung ab Pflegegrad 4 in PA15A

Pflegestufe I	Pflegegrad 2		<u>PA02B</u>		<u>PA04B</u>		
Pflegestufe II	Pflegegrad 3			<u>PA03A</u>			PA15B
Pflegestufe III (+H)	Pflegegrad 4 + 5	<u>PA01A</u>	<u>PA02A</u>		PA04A	<u>PA14A</u>	<u>PA15A</u>

- **Aufwendige Behandlung**
- **Anpassungen der DRG-Kalkulation**

Die **klassifikatorische Abbildung von Extremkostenfällen** in vielen DRGs der medizinischen Partition gestaltet sich schwierig:

- „Typische“ Extremkosten-Attribute (wie hoher SAPS oder *Komplizierende Konstellationen*) bereits umfangreich untersucht und abgebildet
- Die verbleibenden sehr aufwendigen Fälle weisen eine Vielzahl von Attributen/Leistungen auf, mitunter jedoch mit sehr kleinen Fallzahlen
- Systemweite Zusatzentgelte berücksichtigen nicht immer vollständig das in diesen DRGs oft höhere Kostendelta der Fälle

---

In vielen DRGs der medizinischen Partition waren beispielsweise auffällig:

- Transfusionen von 15 oder mehr EK/TK
- Kontinuierliche Dialyseverfahren
  - ⇒ Bei entsprechender Dauer/Dosis
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (TISS-SAPS)
- Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
  - ⇒ Auch unterhalb der in den spezifischen DRGs typischen Einstiegsschwellen (z.B. 14 Tage MRE, 553 SAPS-Punkte)
- Komplette parenterale Ernährung
- Hoch pflegeaufwendige Fälle (Marker: PKMS)
  - ⇒ Nach Bereinigung um PKMS-ZE verbleiben relevante Mehrkosten in anderer Höhe als ZE-Betrag, in anderen Modulen, bei dtl. verlängerter VWD
- Bestimmte palliativmedizinische Patienten
- Neurologische Komplexbehandlung (Stroke-Unit)
- Andere Komplexbehandlungen (Parkinson, Epilepsie, Rheuma)

- Die Fälle mit kostenauffälligen Leistungen zeigten erheblich unterschiedliche Mehrkosten
- Umsetzung in DRGs der medizinischen Partition, in der Regel als Ergänzung bereits bestehender Splitkriterien

Tabelle	Beispielhafte Inhalte
„Hochaufwendige Behandlung“	Lange kontinuierliche Dialysen, Super-SAPS und Kinder-SAPS ab 369 / 393 Punkten, SAPS ab 553 Punkten, PKMS ab 159 Punkten (Kinder ab 130 Punkten)
„Aufwendige Behandlung“	Transfusionen ab 15 EK/TK, Super-SAPS und Kinder-SAPS ab 185 / 197 Punkten, SAPS ab 369 Punkten, Stroke Unit ab 72 Stunden, PKMS ab 101 Punkten (Kinder ab 72 Punkten)
„Mäßig aufwendige Behandlung“	Komplett parenterale Ernährung, Komplexbehandlungen bei Epilepsie / Parkinson / MRE / Rheuma / Palliativ, Stroke Unit bis 72 Stunden, PKMS Erwachsene ab 72 Punkten

Personalkosten			Sachkosten				Personal- /Sachkosten		
Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.-techn./ Funktions- dienst	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
			Gemeinkosten	Einzelkosten		Gemeinkosten	Einzelkosten		
1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8

- Sachkosten in der Kostenmatrix identifizierbar als Kosten für
  - Arzneimittel (Kostenartengruppe 4a, 4b)
  - Implantate (Kostenartengruppe 5)
  - Übriger medizinischer Bedarf (Kostenartengruppe 6a, 6b)
- Übrige Sachkosten der Krankenhäuser z.B. für Lebensmittel, Energie, Wasser, Instandhaltung, etc. werden als „Infrastruktur“ gebucht (Kostenartengruppe 7, 8)
- Infrastrukturkosten enthalten auch Personalkosten z.B. Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung, Verwaltungsmitarbeiter etc.

Die für die Katalog-Berechnung verwendeten Größen der Sachkostenkorrektur führen im Ergebnis zu einer

- **Personalkostenaufwertung** von durchschnittlich **+1,31%**
- **Aufwertung der Infrastrukturkosten** von durchschnittlich **+1,31%**
- Sachkostenkorrektur kommt nicht vollumfänglich zum Tragen, da die Personal- und Infrastrukturkosten immer aufgewertet werden
  
- Maximaler Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG: **-4,55%**
- Max. Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG: **+1,21%**
- Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation: **361 DRGs**
- Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation: **844 DRGs**

Ergebnis der Sachkostenkorrektur:

- **Personalkostenaufwertung** von durchschnittlich **+1,31%**
  - **Aufwertung der Infrastrukturkosten** von durchschnittlich **+1,31%**
  - Maximaler Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG: **-4,55%**
  - Max. Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG: **+1,21%**
  - Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation: **361 DRGs**
  - Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation: **844 DRGs**
- ⇒ Sachkostenkorrektur führt zu einer Aufwertung von Leistungen/DRGs mit geringen Sachkostenanteil
- ⇒ In erster Linie DRGs mit sehr hohem Anteil an Pflegekosten
- ⇒ Dies wirkt zum einen systemweit, zum anderen wird die Aufwertung besonders pflegeaufwendiger Patienten zusätzlich unterstützt



#### Beispiel Berechnung Pflegepersonalkosten pro Fall



1. PPR-Minuten für alle Patienten „Station Innere Medizin“: 868.700
2. Gesamtpersonalkosten für den Pflegedienst „Station Innere Medizin“: 364.950 GE
3. Kosten je PPR-Minute für diese Station:

$$364.950 \text{ GE} / 868.700 = 0,42 \text{ GE je PPR-Minute}$$

4. Fallbezogene Erfassung der PPR-Minuten: 937 PPR-Minuten
5. Multiplikation der erfassten PPR-Minuten mit Kosten je PPR-Minute

$$937 * 0,42 \text{ GE} = 393,54 \text{ GE}$$

Dem Fall sind Kosten in Höhe von 393,54 GE an Personalkosten des Pflegedienstes für die pflegerische Versorgung auf der Normalstation zuzuordnen.

- Die Kostenkalkulation beruht somit immer auf den Personalkosten des vorhandenen Personals (Ist-Kosten).
- Fraglich ist, ob und wie der erforderliche Personalbedarf (Soll-Kosten) hier berücksichtigt werden könnte.

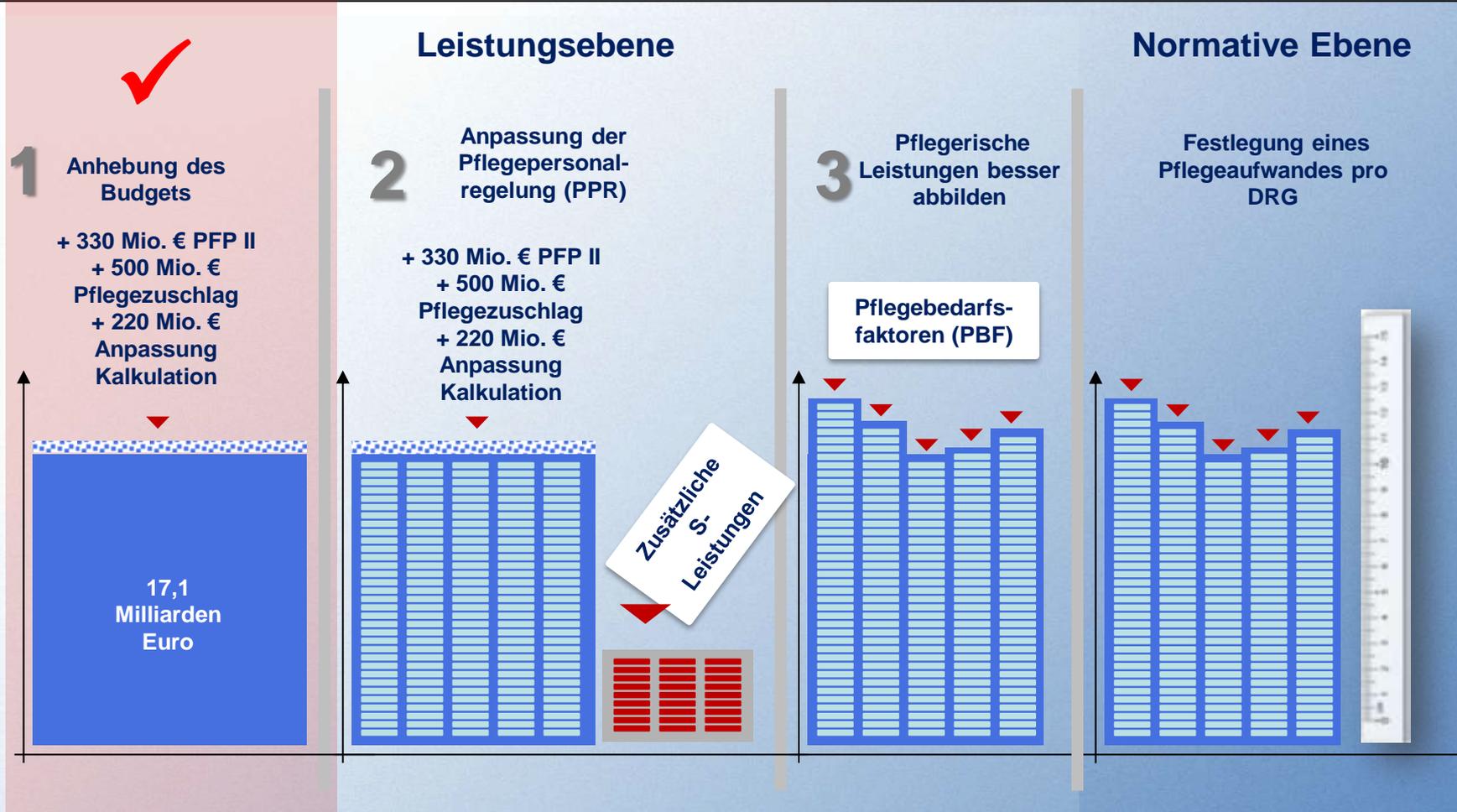
Quelle: Kalkulationshandbuch, Version 3.0-10.Juli 2007

Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden.

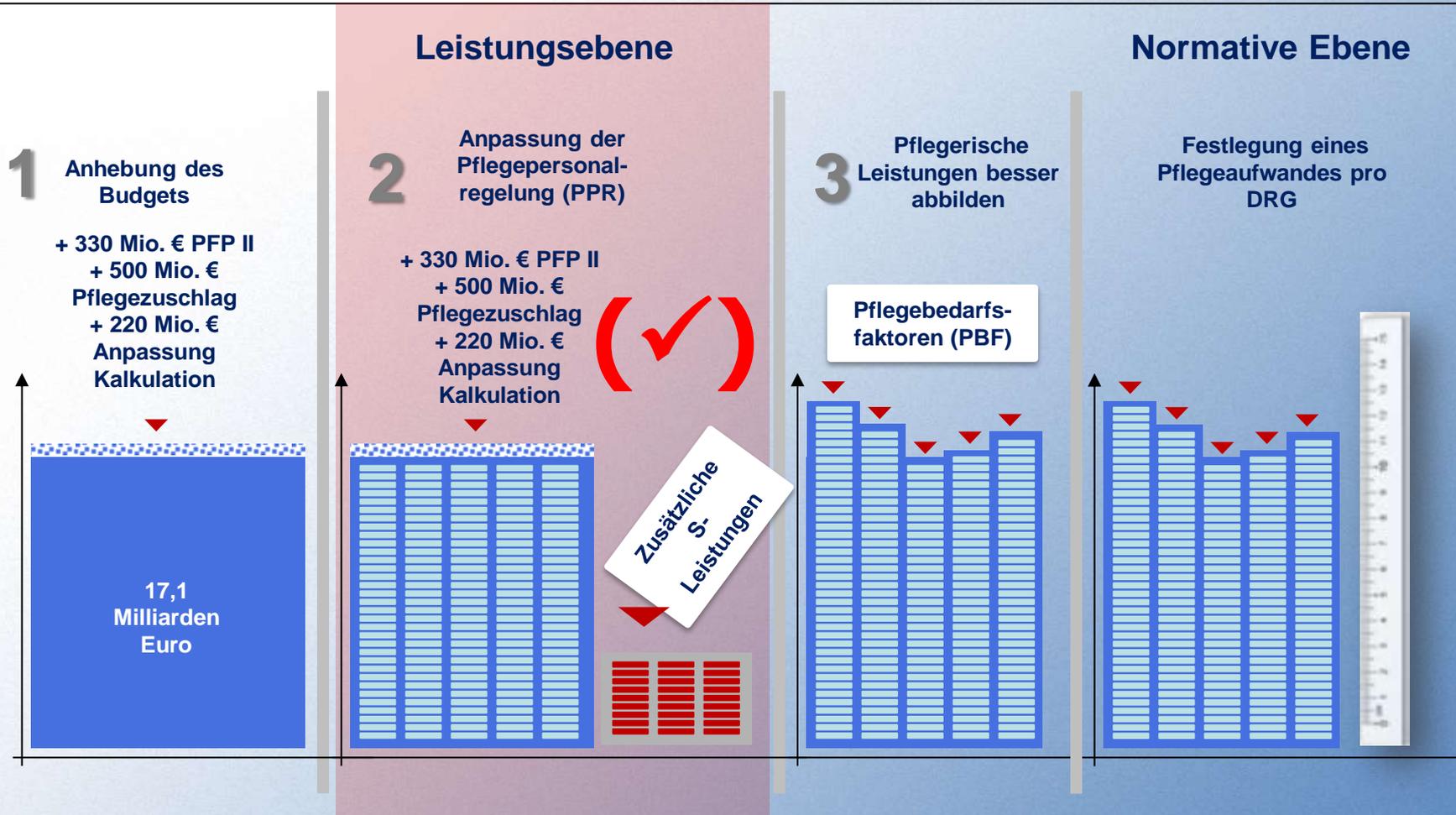
Kann dieses Ziel über eine IST-Kosten-Kalkulation erreicht werden?

Wie wird eine ausreichende Höhe und Gewichtung bestimmt?





# Handlungsauftrag an die Politik





**InEK Datenportal**

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

**Mehrfach in Vorschlagsverfahren eingebracht**

**DRG Vorschlagsverfahren V160306**

Feld	Wert
Verfahrensnummer	V160306
Bearbeitungsstatus	Bereitgestellt
Benennung	PPR S4

**Lösungsvorschlag** Entwicklungsschritt 1: Ergänzungen von behandlungspflegerischen Tätigkeiten Die Spezielle Pflege umfasst 10 Leistungsbereiche, die Tätigkeitsarten beinhalten, die sich auf Diagnostik, Therapie und Unterstützung bei der Behandlung beziehen: - Vitalzeichenkontrolle und begleitendes Beobachten des Patienten (ohne Aufnahmeuntersuchung) - Teilnahme an ärztlichen Visiten - Leistungen im Zusammenhang mit Eingriffen und Maßnahmen des Arztes - Leistungen im Zusammenhang mit Arzneimittelgabe - Gewinnung von Untersuchungsmaterial - Pflegetechnische Leistungen - Äußere Anwendungen - Vor- und Nachbereitung des Patienten - Patiententransporte - Anfordern von diagnostischen und therapeutischen Leistungen Um den zunehmendem Leistungsspektrum der pflegerischen Tätigkeiten besser gerecht zu werden, sollte über eine Ergänzung von Tätigkeitsprofilen der bisherigen S1-S3 Merkmale diskutiert werden. Eine Grundlage hierfür könnte z.B. die Aufstellung in der "Ampelrichtlinie" ärztlich delegierter Tätigkeiten im VPU Leitfadens zur "Übernahme ärztlicher Tätigkeiten - Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten (Eigenverlag VPU von 2007) sein. Auszugsweise in folgender Liste dargestellt: - Übernahme der Anlage eines peripheren venösen Zuganges - Übernahme der intermittierenden Katheterisierung - Nierenersatztherapie: Überwachung und selbstständige Anpassung der Geräteeinstellung im Toleranzbereich - Anlage eines Gipsverbandes - Anlegen und Schreiben von EKG/Langzeit-EKG - Anlegen und Entfernen (Extraktion) der Heparinblockung eines Portkatheters

## Leistungsebene

### 1 Anhebung des Budgets

+ 330 Mio. € PFP II  
+ 500 Mio. €  
Pflegezuschlag  
+ 220 Mio. €  
Anpassung  
Kalkulation

17,1  
Milliarden  
Euro

### 2

Anpassung der  
Pflegepersonal-  
regelung (PPR)

+ 330 Mio. € PFP II  
+ 500 Mio. €  
Pflegezuschlag  
+ 220 Mio. €  
Anpassung  
Kalkulation

Zusätzliche  
S-  
Leistungen

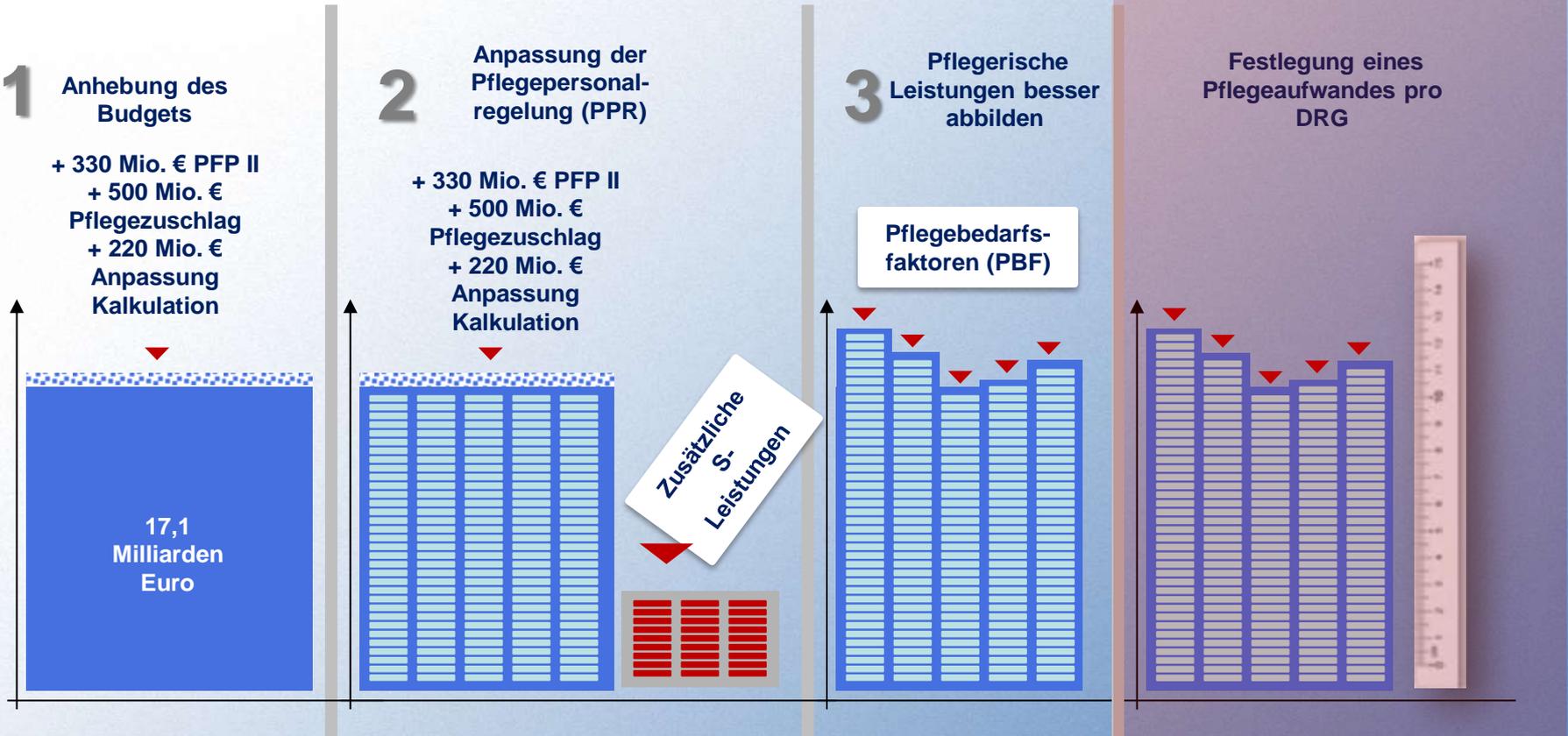
### 3

Pflegerische  
Leistungen besser  
abbilden

Pflegebedarfs-  
faktoren (PBF)

## Normative Ebene

Festlegung eines  
Pflegeaufwandes pro  
DRG



### **Drei Regelungsbedarfe:**

- 1. sachgerechte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten**
- 2. sachgerechte Abbildung des allgemeinen Pflegebedarf in Krankenhäusern**
- 3. Kontrolle der Mittelverwendung**

### Drei Regelungsbedarfe:

1. sachgerechte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten 

2. sachgerechte Abbildung des allgemeinen Pflegebedarf in Krankenhäusern 

3. Kontrolle der Mittelverwendung

- Viele **positive Veränderungen** für eine einfache, verbesserte und bedarfsorientierte Abbildung pflegerischer Leistungen im DRG sind angestoßen
- Zukünftig gilt es diese weiter **verantwortungsvoll v.a. mit Blick auf Dokumentationsaufwand zu gestalten** und die neuen Möglichkeiten zu nutzen.
- Im Zusammenhang mit der verbesserten Abbildung ist die Zweckbindung und die **Kontrolle der Mittelverwendung** der wichtigste nächste Schritt für eine verbesserte Personalausstattung.

**▶ Dies gelingt nur, wenn die Pflege mit einer Stimme spricht!**

# **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

***„Es erscheint immer unmöglich, bis es getan wird.“***

Nelson Mandela