

Pflegepersonal- stärkungsgesetz (PpSG) und Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)

Was ist zu erwarten?



	Intensiv- station	Anteil Pflege- hilfs- kräfte	Unfall- chirurgie	Anteil Pflege- hilfs- kräfte	Geriat- rie	Anteil Pflege- hilfs- kräfte	Kardio- logie	Anteil Pflege- hilfs- kräfte
Früh/Spät (Mo- Fr) 06:00-22:00 Uhr	2,5:1	8,0%	10:1	10,0%	10:1	20,0%	12:1	10,0%
Nacht 22:00 – 06:00 Uhr	3,5:1	8,0%	20:1	15,0%	20:1	40,0%	24:1	15,0%

Frankfurt, 13.11.2018

Judith Babapirali,

**Dipl. Pflegewissenschaftlerin, Medizinisches Management,
Universitätsklinikum Münster, DRG-Research-Group, Mitglied
Fachkommission DRG des Deutschen Pflegerates (DPR)**

Pflegepersonalstärkungsgesetz

- Ursprung- Wo kommt es her
- Das Wichtigste im Überblick
- Pflegefinanzierung außerhalb des DRG Systems?
- Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)
 - Eckpunkte
 - Fahrplan und Unklarheiten bei der Umsetzung
 - Was kommt auf uns zu? Dokumentation!
- Pflegequotient
- Pflegelastkatalog, welche Rolle spielt er

Expertengruppe BMG 2015-2017

Stärkung der Pflege im Krankenhaus

- ✓ Personaluntergrenzen z. B. in Intensivstationen oder im Nachtdienst sollen Patientensicherheit weiter verbessern.
- ✓ Pflegezuschlag unterstützt Krankenhäuser, dauerhaft mehr Personal beschäftigen zu können.



© Victoria Sergeeva/Shutterstock

© <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>

Krankenhausstrukturgesetz

Pflegestellen-Förderprogramm und Pflegezuschlag

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 **eingeschichtete 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.

Expertenkommission Pflegepersonal im KH

Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission
"Pflegepersonal im Krankenhaus,, vom 07.03.2017

1. Verbesserung der Abbildung des erhöhten Pflegebedarfes durch laufende Maßnahmen

- ✓ PKMS (Einbindung in die Groupierung von Fällen)
- ✓ U- Codes
- ✓ Pflegebedürftigkeit

Dabei erweisen sich z.B. die Prozeduren für die hochaufwendige Pflege (PKMS) ebenso wie Diagnosen für motorische und kognitive Funktionseinschränkungen im G-DRG-System 2017 als direkt gruppierungsrelevant und führen somit zu einer besseren Vergütung von hochaufwendiger Pflege im DRG-System 2017.

Zudem steht mit dem Prozedurenkode (OPS) 9-984 „Pflegebedürftigkeit“ seit dem 1. Januar 2016 auch im Bereich der Somatik eine Kodierung zur Verfügung, anhand derer der Pflegegrad von Patientinnen und Patienten erfasst werden kann. Der Pflegegrad wird auf diese Weise in die DRG-Kalkulation für das Jahr 2018 einbezogen.

Die Einbeziehung des entsprechenden OPS 9-984 „Pflegebedürftigkeit“ bietet die Chance, die Sachgerechtigkeit der Abbildung eines erhöhten Pflegebedarfes von dementen, pflegebedürftigen und behinderten Patientinnen und Patienten zu steigern.

Expertenkommission Pflegepersonal im KH

2. Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes durch die **Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen**

Zur Sicherstellung der Qualität in der Krankenhausversorgung werden die **Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV unter Beteiligung der PKV)** gesetzlich beauftragt, geeignete Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen, unter Einbeziehung von Intensivstationen und der Besetzung im Nachtdienst, verbindlich festzulegen. Die Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene ist bis zum **30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019** zu treffen.

Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen ist der Sachverstand insbesondere der Verbände der Pflege, der Gewerkschaften, der maßgeblichen Patientenverbände nach der Patientenbeteiligungsverordnung sowie der medizinisch-wissenschaftlichen Fachverbände einzubinden.

Bei der Vereinbarung der Personaluntergrenzen ist dafür Sorge zu tragen, dass Substitutionseffekte vermieden werden; Übergangsvorschriften sowie etwaige zwingend gebotene Ausnahmenvorschriften können berücksichtigt werden. Die Krankenhäuser weisen ihre Pflegepersonalausstattung durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers nach. Die Personaluntergrenzen sind mit angemessenen Sanktionen für den Fall zu verbinden, dass ein Krankenhaus die vorgegebenen Personaluntergrenzen nicht einhält. Dazu gehören hausbezogene finanzielle Abschläge, Informationen der Krankenhäuser an die jeweiligen Landesbehörden über die Einhaltung der Personaluntergrenzen und deren Veröffentlichung zum Beispiel in den Qualitätsberichten.

Expertenkommission Pflegepersonal im KH

3. Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag

Die **Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms werden mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in den Pflegezuschlag einbezogen**. Dadurch wird mit möglichst geringem Bürokratieaufwand sichergestellt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel den Krankenhäusern in Abhängigkeit von ihrer Pflegepersonalausstattung, auch im Hinblick auf die Einhaltung von Personaluntergrenzen, dauerhaft zugutekommen und somit ein Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung gesetzt wird. Ziel ist die Beibehaltung der bisher geförderten Stellenzahlen.

Gesetz

zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG)

Aktuelle Fassung 09.11.2018

Verbesserungen für die Pflege im Krankenhaus

- ✓ jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert
- ✓ Tarifsteigerungen werden voll refinanziert
- ✓ Vergütungen von Azubis in der (Kinder-) Krankenpflege im 1. Ausbildungsjahr werden vollständig refinanziert



© Zenitangle/Shutterstock.com

© <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>.

PpSG: Stand der Dinge

Beratungsfolge

http://aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_20697.html

- Referentenentwurf: 25. Juni 2018
- Verbändeanhörung: 11. Juli 2018
- Verabschiedung Kabinettsentwurf: 1. August 2018
- 1. Durchgang Bundesrat: voraussichtlich 21. September 2018
- 1. Lesung Bundestag: voraussichtlich 27./28. September 2018
- Anhörung im Bundestag: voraussichtlich 8. Oktober 2018
- 2./3. Lesung Bundestag: voraussichtlich Ende Oktober
- 2. Durchgang Bundesrat: voraussichtlich 23. November
- Inkrafttreten: voraussichtlich 1. Januar 2019

Pflegefinanzierung

- ✓ Jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle am Krankenhausbett wird ab 2019 vollständig refinanziert.
- ✓ Ab 2018 werden die Kostenträger die Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig refinanzieren.
- ✓ Die Vergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr werden ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert.

Pflegefinanzierung

- ✓ Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen werden finanziell dabei unterstützt, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zu verbessern.
- ✓ Die Krankenkassen werden verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden.
- ✓ Die Pflegeversicherung fördert Digitalisierungsprojekte, die die Pflege entlasten, in ambulanten und stationären Einrichtungen mit jeweils einmalig 12.000 Euro.

Pflegepersonaluntergrenzen

- Die Pflegepersonaluntergrenzen werden laut Bundesgesundheitsministerium „weiterentwickelt“. Dazu enthält das Gesetz entsprechende Aufträge an die Selbstverwaltungspartner.
- 2020 wird der sogenannte Gesamthausansatz eingeführt. Damit wird das Verhältnis der Pflegekräfte zu dem zu leistenden Pflegeaufwand („Pflegequotient“) ermittelt. Dies soll Aufschluss über die Pflegepersonalausstattung und Arbeitsbelastung im gesamten Krankenhaus geben.

Krankenhausfinanzierung

- Der Krankenhausstrukturfonds wird ab 2019 für vier Jahre mit einer Milliarde Euro jährlich fortgesetzt. Er speist sich wie bisher je zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder. Krankenhausbetten sollen dabei noch stärker als bislang abgebaut werden.
- Für „bedarfsnotwendige kleine Krankenhäuser“ in ländlichen Gebieten werden aus dem Pflegezuschlag ab 2020 insgesamt rund 50 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.
- Rund 200 Millionen Euro aus dem Pflegezuschlag werden ab 2020 in die Landesbasisfallwerte überführt. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass diese Mittel auch zur Finanzierung anderen Personalkosten als Pflegepersonalkosten genutzt werden.
- Ab 2020 erfolgt die Finanzierung der Kosten des einzelnen Krankenhauses für die Pflege am Bett durch ein eigenes Pflegebudget. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die in den Krankenhäusern anfallenden Pflegepersonalkosten vollständig von den Kostenträgern finanziert werden.

Mehr Ausbildungsplätze

„die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, der Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe werden im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr auszubilden.“

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>.

Pflegegrade

„Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung von den Kostenträgern erhalten. Allerdings gelingt dies häufig mangels einer validen Datengrundlage nicht. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, werden die Krankenkassen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.“

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>.

Pflegequotient

Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung wird berechnet, wie das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ist. Dies gibt einen Aufschluss darüber, ob eine Klinik, gemessen am Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt. Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten, da ansonsten u. a. Mittel gekürzt werden können. Diese Maßnahme dient der Patientensicherheit und bietet Krankenhäusern einen Anreiz, mehr Personal einzusetzen.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>.

Abschaffung PKMS

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Begleitend zu der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem DRG-Vergütungssystem und der Einführung eines krankenhausindividuell zu vereinbarenden Pflegebudgets nach § 6a werden die Vertragsparteien auf Bundesebene durch Nummer 9 beauftragt, sich bis Ende Februar 2019 auf die Benennung derjenigen Prozedurenschlüssel zu einigen, deren Dokumentation für Zwecke des DRG-Vergütungssystems zukünftig nicht mehr erforderlich ist und die daher zu streichen sind. Ziel ist es, mit der Einführung des Pflegebudgets den zukünftig verzichtbaren Dokumentationsaufwand von Pflegeleistungen abzuschaffen und hierdurch die Pflege zu entlasten.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben hierzu Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels zu benennen, die bislang für Zwecke des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG benötigt wurden und nun gestrichen werden können, weil sie zukünftig zur Vergütung von pflegerischen Leistungen über das Pflegebudget nicht mehr benötigt werden. Dabei ist eine Entlastung im Dokumentationsaufwand insbesondere durch eine Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu erwarten.



Pflegefinanzierung außerhalb des DRG-Systems

Pflegebudget ab 2020

- Ab dem Jahr 2020 sollen die Krankenkassen und Krankenhäuser auf Ortsebene ein Pflegebudget auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegestellen sowie der krankenhausesindividuellen Pflegekosten verhandeln. Setzt das Krankenhaus diese Mittel nicht für Pflegekräfte ein, muss es sie zurückzahlen. Die Fallpauschalen sollen um die so verhandelten Pflegepersonalkosten bereinigt werden. Bis dahin sollen die Krankenkassen jede zusätzliche sowie jede aufgestockte Pflegestelle am Krankenhausbett vollständig refinanzieren.

Pflegebudget

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

„§ 6a

Vereinbarung eines Pflegebudgets

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht

1. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,
2. die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,
3. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und
4. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Pflegebudget

- Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten
- Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes.

Umsetzung mit Pflegeerlöskatalog

Für die Berechnung des ersten Pflegeerlöskatalogs können die zum Zeitpunkt der ersten Kalkulation verfügbaren Daten aus dem Jahr 2018 genutzt werden. Das InEK hat die Höhe und die Art der ausgliedernden Kosten des Pflegeerlöskatalogs jährlich zu prüfen und den Pflegeerlöskatalog weiterzuentwickeln.

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**

(4) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der für das jeweilige Jahr geltende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zu Grunde zu legen.

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**

Pflegebudget



Summe aller
Bewertungs-
relationen



Pflegeentgelt
wert

BR pro
Tag 1,4
2,3
0,08
0,7
1,2

Pflegeentgelt
wert



BR pro Tag
pro Fall



Summe in €
je Fall

Pflegepersonaluntergrenzen **PpUGV**

Aktuellste Entwicklung PPUG 23.08.2018

PFLEGE

Spahn ordnet Personaluntergrenzen an

AKTUALISIERT AM 23.08.2018 - 17:52

Die Personaluntergrenzen sollen ab dem 1. Januar 2019 für die Intensivmedizin, die Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie gelten. Sie beschreiben, wie viele Patienten auf eine Pflegekraft kommen dürfen. Auf der Intensivstation etwa darf künftig eine Pflegekraft in der Tagesschicht an einem Wochentag höchstens zwei Patienten betreuen, in der Nachtschicht drei Patienten. In der Unfallchirurgie dürfen am Tag auf eine Pflegeperson höchstens zehn Patienten kommen, in der Nachtschicht 20.

Die PPUG werden nach Informationen des BMG als Verhältnis zwischen der Patientenzahl pro Pflegekraft festgelegt. Dabei werden vier Kategorien von Schichten unterschieden: Tag- und Nachtschichten an Wochentagen sowie Tag- und Nachtschicht an Wochenenden und Feiertagen.

Ärzte Zeitung online, 23.08.2018

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

	Intensivstation	Anteil Pflegehilfskräfte	Unfallchirurgie	Anteil Pflegehilfskräfte	Geriatric	Anteil Pflegehilfskräfte	Kardiologie	Anteil Pflegehilfskräfte
Früh/Spät (Mo-Fr)	2:1	8,5%	10:1	10,5	10:1	18,2%	11:1	7,8
Nacht	3:1	5,9%	20:1	16,4	24:1	40%	24:1	13,9
Früh/Spät (Wochenende/Feiertag)	2:1	3,7%	11:1	12,6	11:1	20,1%	13:1	5
Nacht (Wochenende/Feiertag)	3:1	7,2%	21:1	13,1	24:1	38,5%	23:1	13,7

Alte Version

(3) Im Fall konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen gilt schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft.

	Intensiv-station	Anteil Pflegehilfskräfte	Unfallchirurgie	Anteil Pflegehilfskräfte	Geriatric	Anteil Pflegehilfskräfte	Kardiologie	Anteil Pflegehilfskräfte
Tagschicht (Früh/Spät) 06:00-22:00 Uhr	2,5:1	8,0%	10:1	10,0%	10:1	20,0%	12:1	10,0%
Nacht 22:00 – 06:00 Uhr	3,5:1	8,0%	20:1	15,0%	20:1	40,0%	24:1	15,0%

(3) Im Fall konkurrierender Pflegepersonaluntergrenzen gilt schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft.

- Weitere Pflegesensitive Bereiche:
- **Neurologie und Herzchirurgie** (unzureichenden Datenlage)
 - Vorerst aber noch keine PPUG für diese Bereiche
- Abteilungen mit einem Anteil von Indikatoren DRG's > 40%

Das Wichtigste

Verordnung

zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Vom 5. Oktober 2018

- **Pflegesensitiver Bereich:** Fachabteilung Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie und Intensivstationen (Neurologie / Herzchirurgie- für diese wurden vorerst keine Vorgaben gemacht) + Indikator DRG´s für Identifikation von Fachbereichen die in der Benennung nicht den oben genannten Bereichen entsprechen
- **Pflegekräfte sind** Pflegefachkräfte(3-jährig examinierte) und Pflegehilfskräfte (Pflegehilfe oder Assistenz 1-jährig, Altenpflegehilfe 1-jährig, KPH)
- **Schichten** sind 1. Tagschicht 6-22 Uhr und 2. Nachtschicht 22-6 Uhr, Personal wird anteilig zugeordnet

Das Wichtigste

Verordnung

zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Vom 5. Oktober 2018

- Für die pflegesensitiven Bereiche wird der Pflegeaufwand durch das InEK ermittelt (anhand der §21 Daten und des Pflegelastkataloges 0.99) – zur Weiterentwicklung
- Sind auf einer Station verschiedene PpUG einzuhalten, gilt die Untergrenzen mit der niedrigsten Anzahl von Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft und dem dazugehörigen Anteil an Pflegehilfskräften
- Die Einhaltung der Grenzen wird anhand monatlicher Durchschnittswerte ermittelt.
- Die Anzahl der Schichten, in denen die PpUG NICHT eingehalten wurde muss einmal im Quartal dem InEK mitgeteilt werden, ab März 2019 werden Vergütungsabschläge fällig bei Nichteinhaltung der Grenzen (Näheres über die Höhe wird nicht festgelegt)

Das Wichtigste

Verordnung
zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Vom 5. Oktober 2018

- Ausnahmen: kurzfristig krankheitsbedingter Personalausfall welches im Ausmaß über das übliche Maß hinausgeht oder starke Erhöhung der Patientenzahlen bei Epidemien oder Großschadensereignissen (Nachweispflicht)
- Diese Verordnung gilt bis mind. 01.01.2020

Zu beachtende Fristen

- InEK ermittelt die Pflegesensitiven Bereiche außer für Kinderintensiv (auch anhand der Indikator DRG´s) bis zum **31.10.2018**. Zusätzlich wird vom InEK die Pflegelast ermittelt (Version 0.99)
- Übermittlung der Ergebnisse an die Krankenhäuser durch das InEK bis zum **15.11. 2018 (Benennung der Abteilungen und Stationen sowie der Stationen mit Intensivmedizinischen Betten)**
- Einwände gegen diese Festlegung sind bis zum 30.11.2018 mitzuteilen (an das InEK)- Die RM muss dann bis 15.12 an die KK gehen.
- Schichtdokumentation ab 01.01.2019 für die definierten Bereiche

Nachweise

- KH an InEK einmal im Quartal, spätestens bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Beginn des folgenden Quartals
- Aufgeschlüsselt nach Monaten und Art der Schicht
- Anzahl der Schichten in denen die Einhaltung nicht erfolgte, muss mitgeteilt werden

Achtung!! Schichtdokumentation!!

Anlage 5: Musterformular/Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der NICU

Datum	Schicht-Nr.	GKiKP insgesamt*	Anzahl Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1500g		Personaleinsatz für Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1500g		Personalschlüssel erfüllt**	Anzahl weitere Patienten versorgt durch die GKiKP				
			IT	IÜ	Nach QFR-RL rechnerisch benötigte GKiKP*	Tatsächlich eingesetzte GKiKP*		Ja / nein	IT	IÜ	Andere	Tatsächlich eingesetzte GKiKP*
Pflegeschlüssel			1:1	1:2								
01.01.2017	1											
	2											
	3											

* Anzahl der Personen, die über die gesamte Schicht für die Versorgung der angegebenen Kinder eingesetzt sind. Wenn sich mehrere Personen die gesamte Schicht teilen und nacheinander in der pflegerischen Versorgung tätig sind, werden diese als eine Person gezählt.

** mit Farbsymbolik oder ähnlich wie Belegungskalender: ja, nein, Beginn Nichterfüllung.

© QFR-RL 15.06.2017

Substitutionseffekte

2. Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes durch die Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen

Substitutionseffekte müssen vermieden werden!

Bearbeitungsstand: 23.08.2018 14:01 Uhr

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Aufgrund der beschränkten Reichweite der Ermächtigungsgrundlage zu dieser Verordnung sind Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten aus anderen Krankenhausbereichen (§ 137i Absatz 1 Satz 5 SGB V) sowie die Bestimmung von Vergütungsabschlägen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V) nicht Gegenstand dieser Verordnung. Diese Regelungen bleiben einer künftigen Vereinbarung der Vertragsparteien bzw. einer Entscheidung der Schiedsstelle nach § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V vorbehalten.



Pflegepersonalquotient

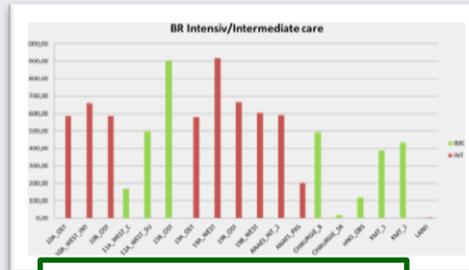
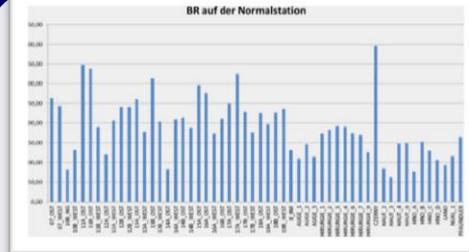
Pflegepersonalquotient §137j

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Zentrales Instrument zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser auf Gesamthausebene und der Sicherung der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung ist der Pflegepersonalquotient, der das Verhältnisses zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem in dem jeweiligen Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand. Durch die Bildung dieses Quotienten wird deutlich, wie viel

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen für den Fall zu vereinbaren, dass ein Krankenhaus die festgelegte Untergrenze unterschreitet. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere

Auftrag InEK bis 2020



Summe der Bewertungsrelationen eines Krankenhauses anhand des Pflegelastkataloges

Quotient:
Verhältnis der Zahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zum Pflegeaufwand in der jeweiligen Klinik

=

Definition einer hauseigenen Personaluntergrenze auf Basis des Vergleichs aller Krankenhäuser



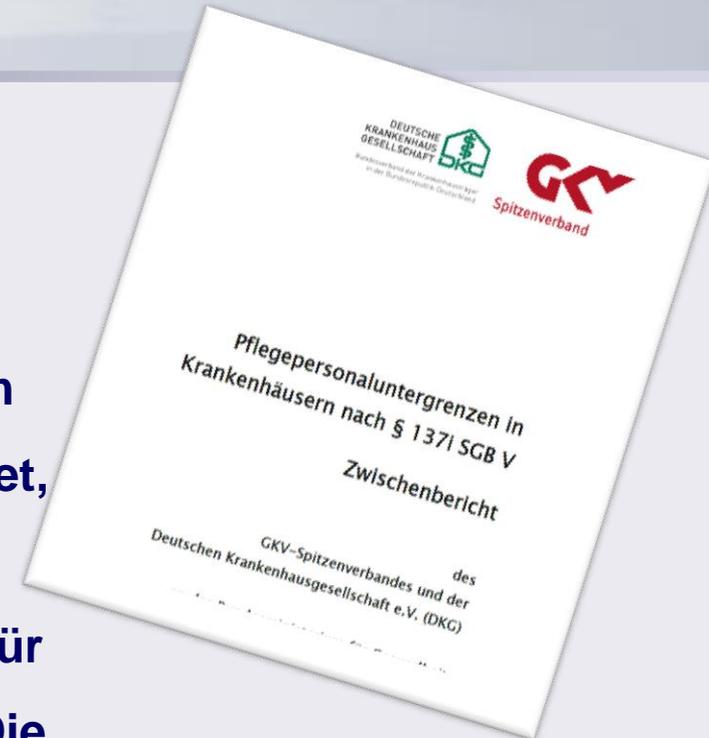
Bei Unterschreitung



Pflegelastkatalog 0.99

Pflegelastkatalog

Die Vertragsparteien haben sich darüber hinaus darauf verständigt, den Pflegebedarf bzw. die Pflegelast bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen zu berücksichtigen. **Im Ergebnis wurde ein **Pflegelast-Katalog** berechnet, der für jede DRG die Pflegelast pro Verweildauertag sowie additive Komponenten für pflegekostenrelevante Zusatzentgelte enthält. Die zu ermittelnde Pflegelast je pflegesensitiven Bereich soll in einem weiteren Schritt bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen Berücksichtigung finden.**





Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog)

– Version 0.99 –

Ist-Kosten
Ansatz

Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog) - Version 0.99

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
Prä-MDC							
A01A	0		Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	0,0627	0,2237		
A01B	0		Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre	0,0606	0,2032		
A01C	0		Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre	0,0479	0,1668		
A02Z	0		Transplantation von Niere und Pankreas	0,0478	0,1712		
A03A	0		Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	0,0636	0,1614		
A03B	0		Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden	0,0392	0,1396		
A04A	0	x	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	0,0501	0,1704		
A04B	0		Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost	0,0501	0,1704		

© InEK, Pflegelastkatalog 0.99

Verwendete Felder der InEK Kostenmatrix zur Kalkulation

		Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1	Normalstation		X	X								
2	Intensivstation		X									
3	Dialyse		X									
4	OP-Bereich											
5	Anästhesie											
6	Kardiologie											
7	Kreißsaal											
8	Endoskopie											
9	Radiologie											
10	Laboratorien											
11	Diagnostische Bereiche											
12	Therapeutische Verfahren											
13	Patientenaufnahme		X									

© InEK, Pflegelastkatalog 0.99

die einzelnen (fallbezogenen) Kostenanteile für die Pflegedienstleitung nicht vorliegen. Um den Einfluss „buchhalterischer Besonderheiten“ (z.B. Einsatz von Arzthelfern) gering zu halten, werden auf den Normalstationen (Zeile 1) auch die Personalkosten des medizinischen Dienstes/Funktionsdienstes berücksichtigt (Spalte 3).

Zusatzentgelte mit eigener BR

Cave: Die Bewertungsrelationen für die ZE´s werden nur einmalig zum Fall gezählt und dürfen nicht täglich addiert werden!!

- ZE60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung
- ZE130 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
- ZE131 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen
- ZE145 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
- ZE162 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)
- ZE163 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)

© InEK, Pflegelastkatalog 0.99

- Viele theoretische Verbesserungen
- Pflegepersonaluntergrenzen sehr umstritten, es drohen Betten/Stationsschliessungen
- Finanzielle Sanktionen drohen
- Wenn kein Personal gefunden wird, muss das Geld zurückgezahlt werden...
- Dokumentationspflichten verstärken sich!!!

Stimmen zum Pflegepersonalstärkungsgesetz



Pressemitteilung vom 09.11.2018

[zurück zu den Pressemitteilungen](#)

Deutscher Pflegerat: „Wir brauchen Personalbemessung für Pflegende in allen Arbeitsfeldern – auch im Krankenhaus!“

Verabschiedung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes ist ein erster Schritt – Personalbemessungsinstrument fehlt



***„Jedes mal wenn Du alle
Antworten gelernt hast, wechseln
sie alle Fragen“***

(Oliver Otis Howard | 1830-1909)