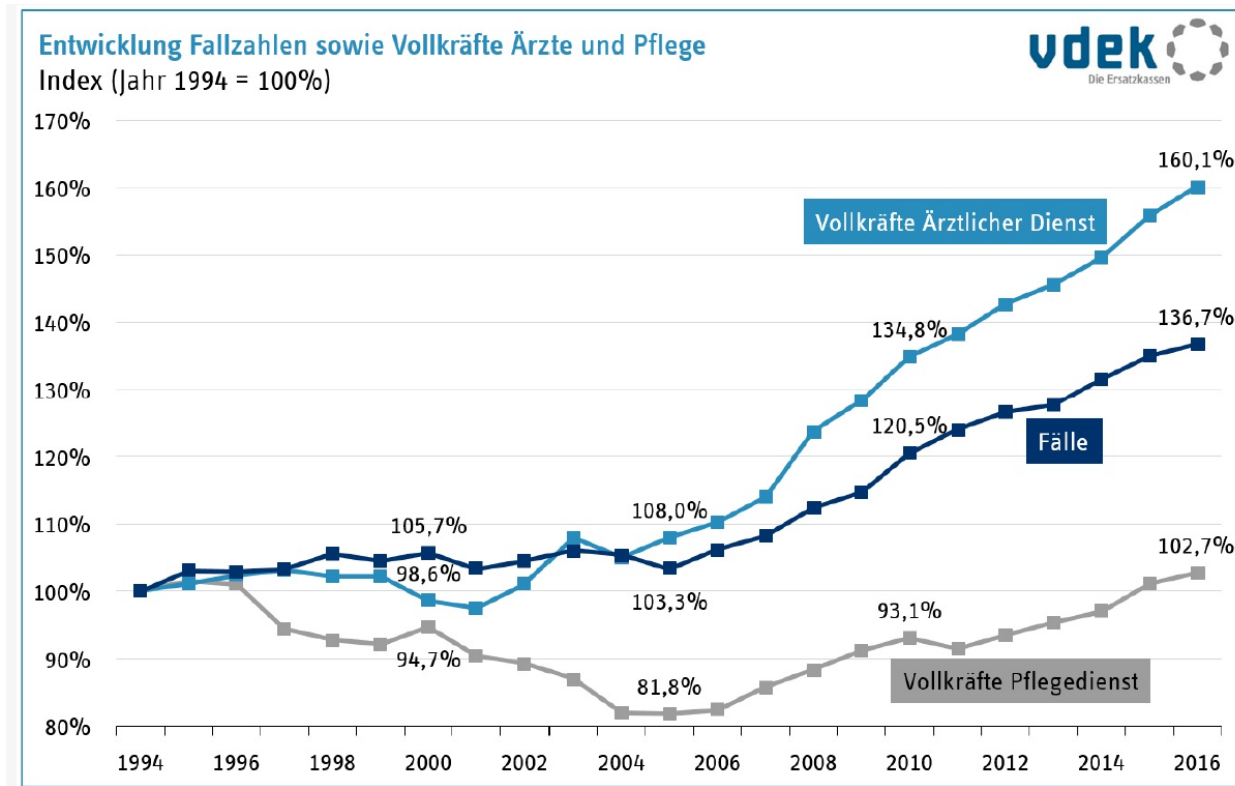




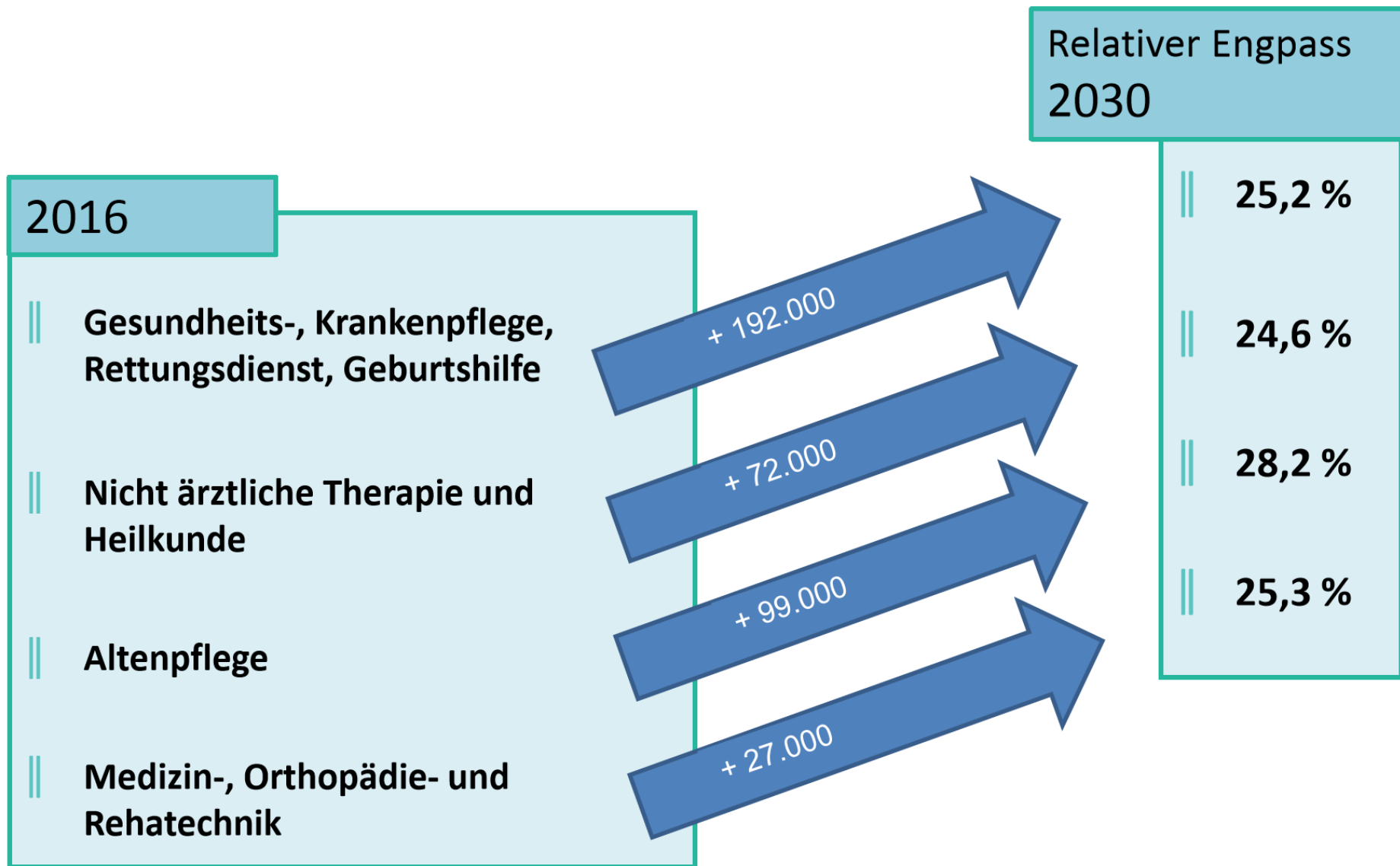
Wie lösen wir das Pflegeproblem? Was lösen wir mit der Lösung aus?

Dr. Gruhl/BGV

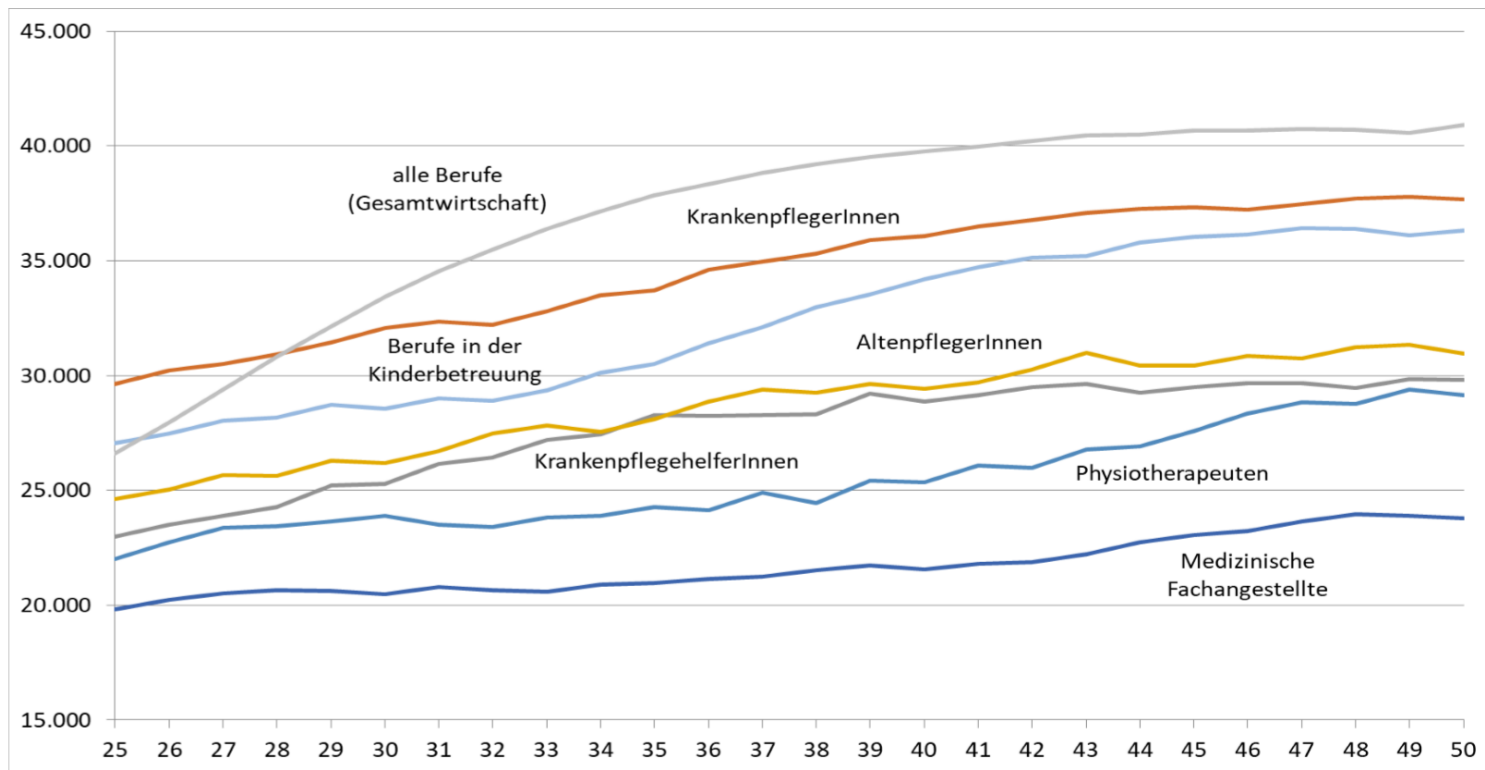


Vollkräfte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fälle in Hamburger Krankenhäusern insgesamt; Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Engpassentwicklung in den Berufsgruppen



Durchschnittliche Bruttojahresentgelte (Vollzeit nach Alter)



Quelle: Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiographien, IAW-Berechnungen und -Darstellung

➤ **Gesundheitsfachberufe: abgehängt**

Altenpflege:

Engpassanalyse
Dezember 2017



Krankenpflege:

Engpassanalyse
Dezember 2017



- **(noch) mehr Ausbildung?**

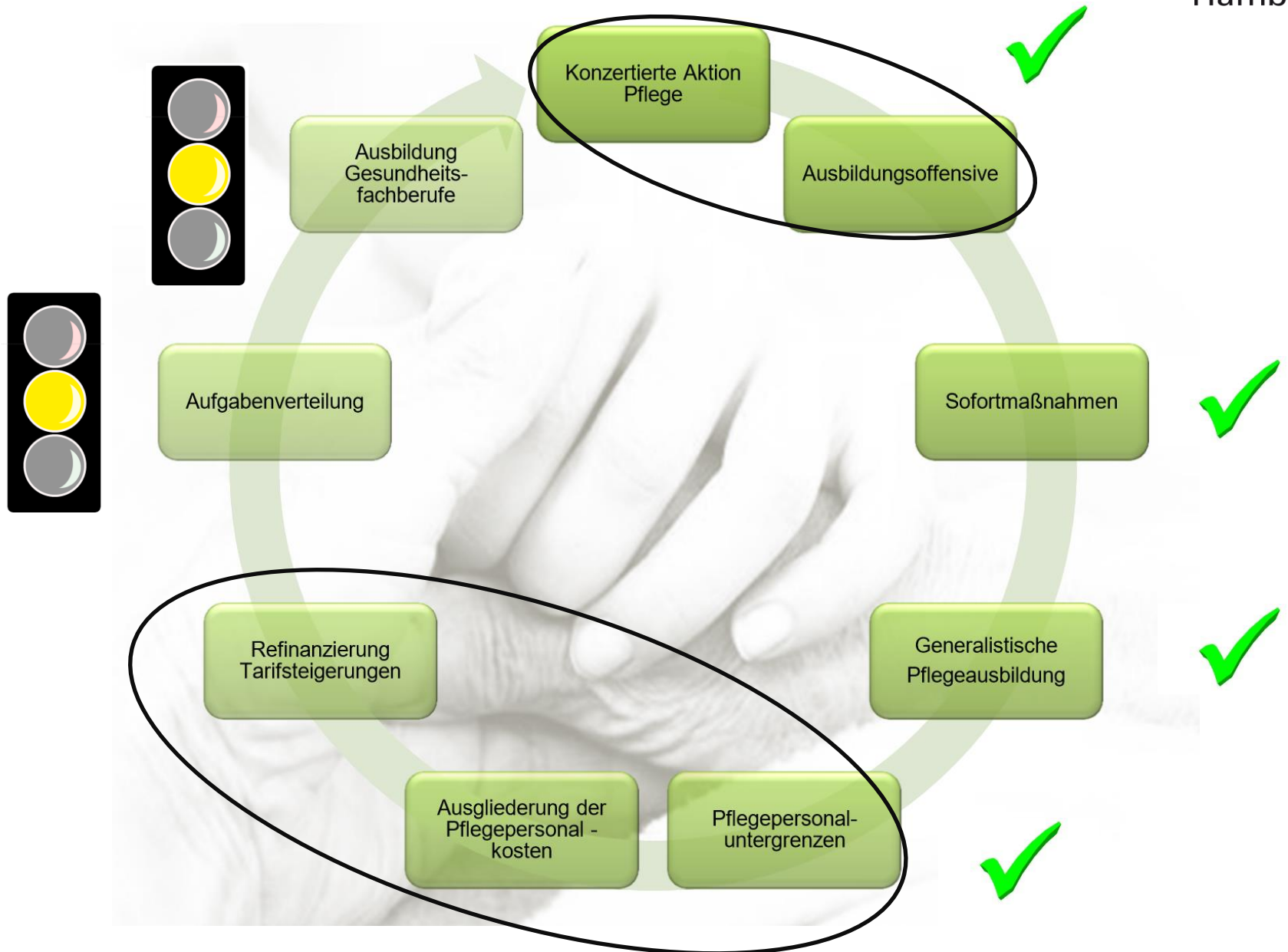
Es gibt mehr Pflegefachkraft außerhalb der Pflege als innerhalb der Pflege.

Wenn die Pflegekräfte ein Jahr länger im Beruf blieben, hätten wir 80.000 zusätzliche Kräfte

- **Aufstocken aus der Teilzeit**
- **später aus der Pflege gehen**
- **zurückkommen in die Pflege**

➤ **Leitthemen für die Konzertierte Aktion Pflege**

Gesamtschau- Pflege im Koalitionsvertrag

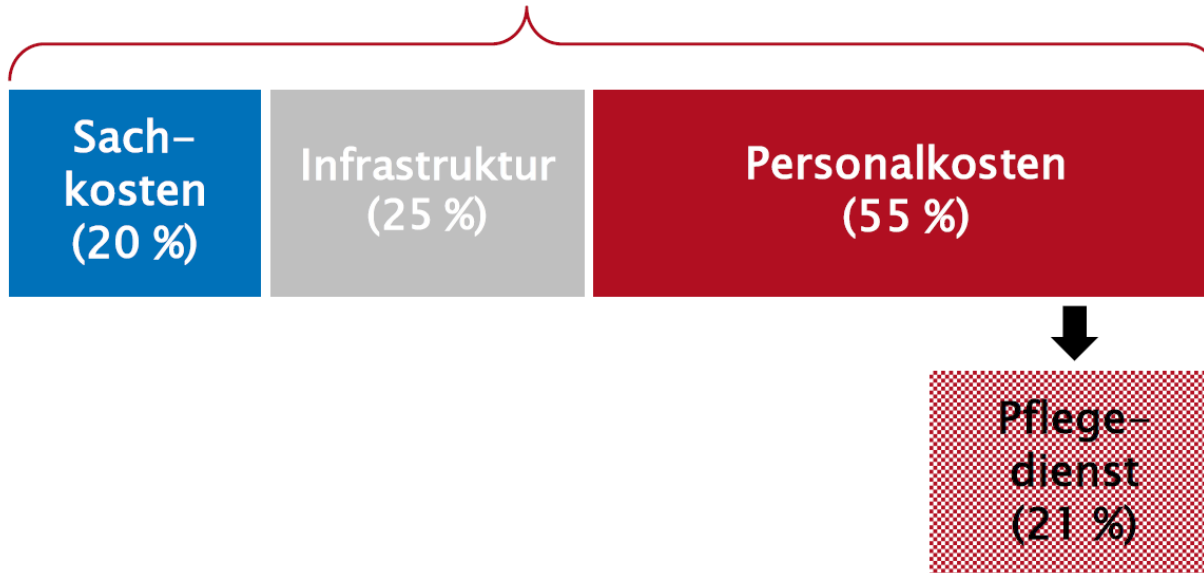


„Künftig sollen **Pflegepersonalkosten** besser und **unabhängig von Fallpauschalen** vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer **Pflegepersonalkostenvergütung** umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“

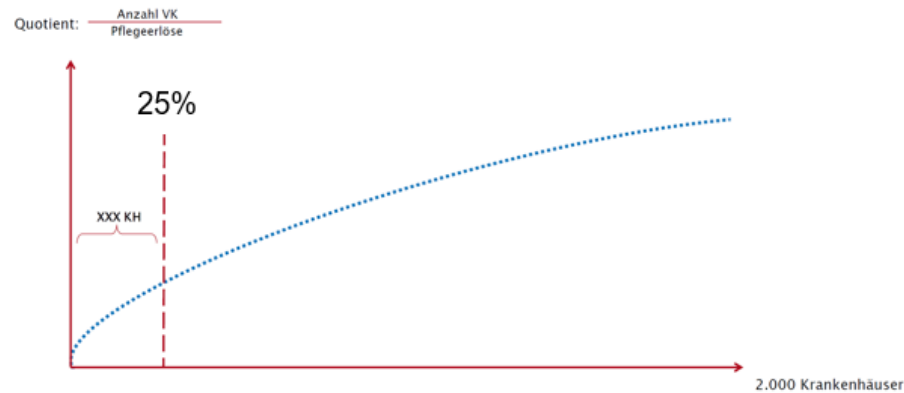


Kostenseite (InEK)

DRG-Fallpauschalen



- **Mit der Selbstkostenerstattung der Pflegestellten nach Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) gibt es keinen Anreiz mehr, an der Pflege zu sparen.**
- **PPUG nicht mehr Gegenmittel, um Einsparung zu verhindern.**
- **Vielmehr dienen sie jetzt als Sicherheitslinie und Kontrolle, dass gefährliche Pflege nicht aus anderen als ökonomischen Gründen erfolgt.**



Zahl der Pflege-Vollkräfte

Quotient = $\frac{\text{Zahl der Pflege-Vollkräfte}}{\text{Pflegekosten/Pflegeaufwand}}$



- **Aufwand nach Pflegepersonal-Regelung (PPR) oder**
- **Pflegerlöse oder**
- **Risikoadjustierter Pflegeaufwand („Pflegelast“)**

Tägliche prospektive Schätzung des patientenspezifischen Pflegeaufwandes durch eine Pflegekraft gemäß im Jahr 1990 festgelegter Kategorien

Pro Kategorie sind genormte Minutenwerte hinterlegt

Addition der jeweiligen Minutenwerte jedes Patienten zu einem (jährlichen) Soll

Pflegepersonalregelung: Zeitwerte

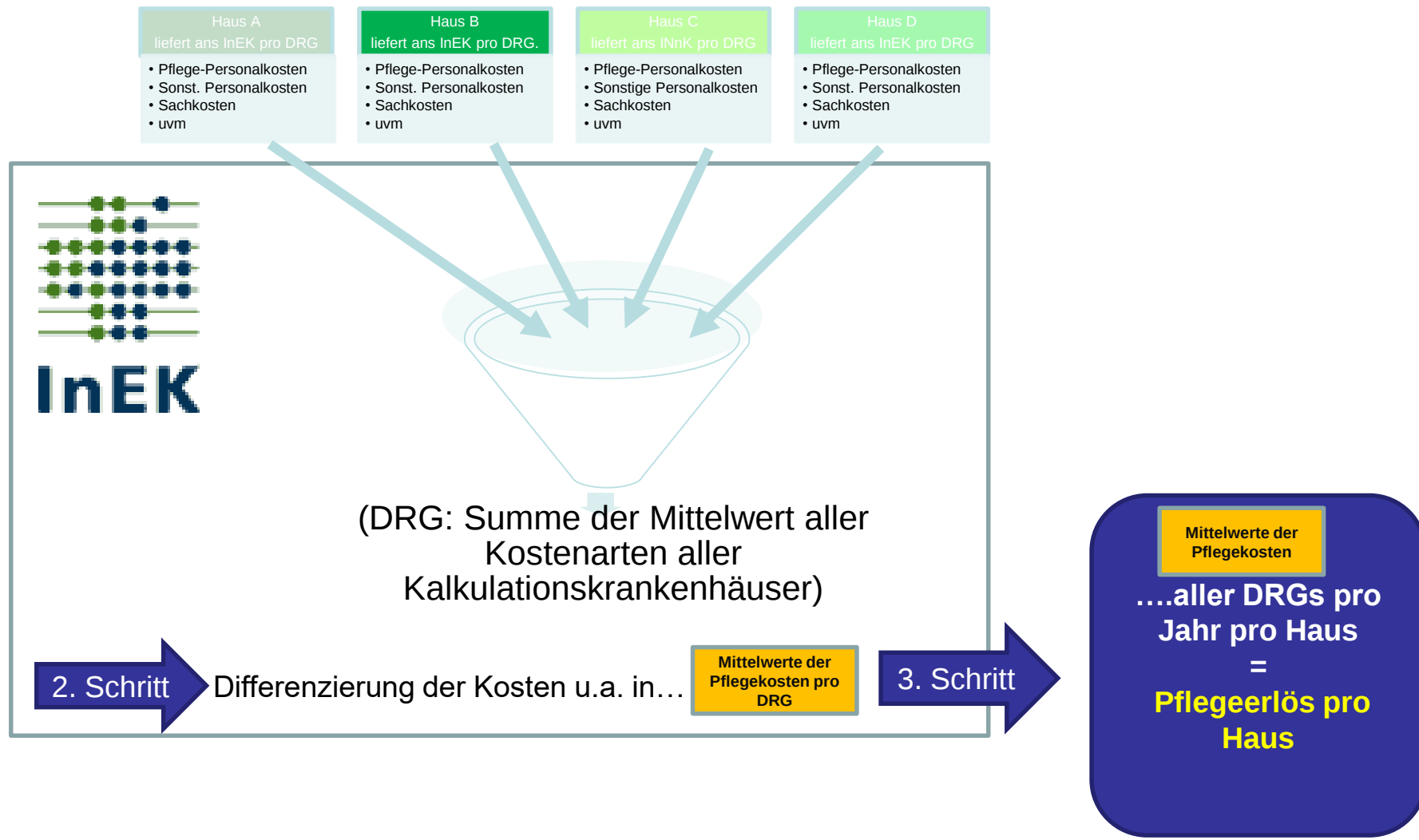
	Allgemeine Pflege A1	Allgemeine Pflege A2	Allgemeine Pflege A3
Spezielle Pflege S1	52 Minuten pro Patient und Tag	98 Minuten pro Patient und Tag	179 Minuten p. Patient u. Tag
Spezielle Pflege S2	62 Minuten pro Patient und Tag	108 Minuten p. Patient u. Tag	189 Minuten p. Patient u. Tag
Spezielle Pflege S3	88 Minuten pro Patient und Tag	134 Minuten p. Patient u. Tag	215 Minuten p. Patient u. Tag

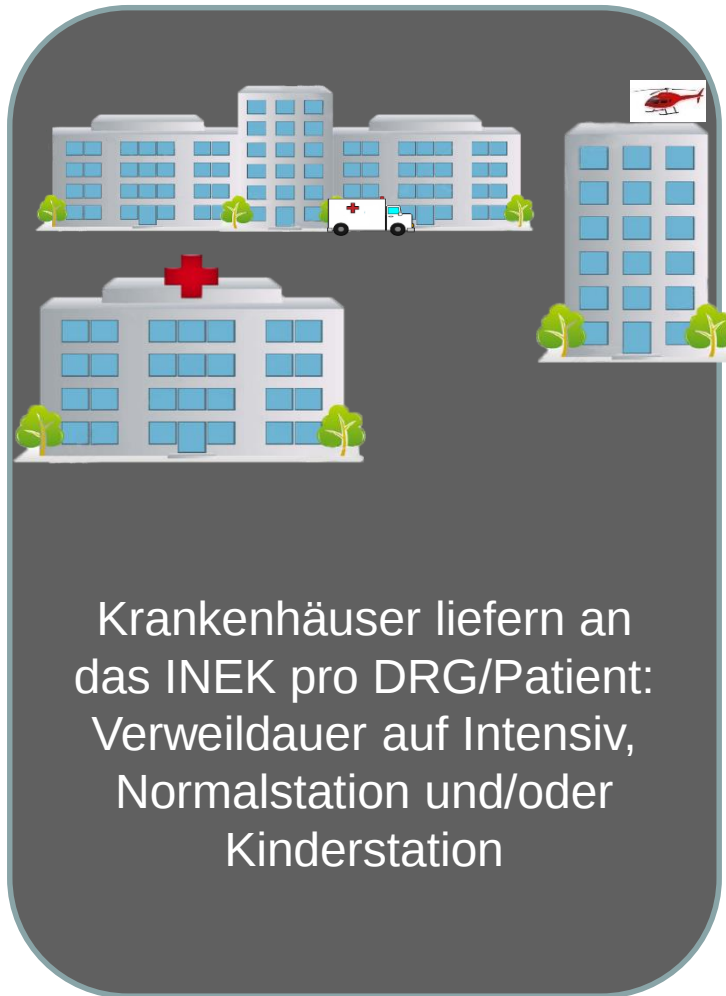
Vorteile:

- Patientenscharfe Erhebung des Aufwandes
- Nutzung zur internen Steuerung des Pflegepersonals

Nachteile:

- Methodik veraltet (1990!!)
- Intensivstationen fehlen
- Nicht manipulations-sicher, hoher Kontrollaufwand
- Großer bürokratischer Aufwand
- **Zweck (Durchsetzen des Bedarfs gegenüber Träger) bei künftiger Pflegekostenerstattung unnötig**





(DRG: Summe der Mittelwert aller Kostenarten aller Kalkulationskrankenhäuser)

2. Schritt

Differenzierung der Kosten u.a. in...



3. Schritt

Differenzierung nach Pflege am Bett und Normalstation, Kinder- bzw. Intensivmedizin

5. Schritt

4. Schritt

INEK erstellt pro Haus aufwandgerechtes Abbild der Pflegelast

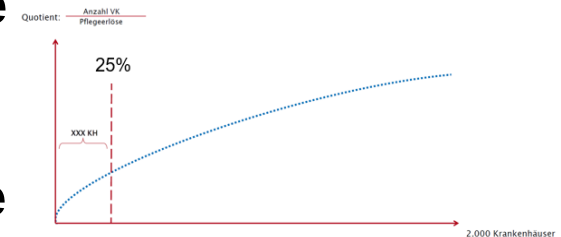
Pflegelast

- Differenzierte Nutzung von durchschnittlichen Pflegekosten pro DRG
- Zusätzliche Meldung von VD und Stationsart nötig
- damit Berücksichtigung des patientenbezogenen Aufwandes unter Nutzung durchschnittlicher Kostenwerte
- manipulationssicher

Pflegeerlös

- Undifferenzierte Nutzung von durchschnittlichen Pflegekosten pro DRG
- Kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand
- Kein Patientenbezug
- Nur Kostenbetrachtung, keine Aufwandsberücksichtigung

- Mit der Pflegelast kann der Pflegeaufwand patientenbezogen abgebildet werden
- Zusätzliche Erhebungen, sind- insbesondere für das Stationspersonal - nicht nötig
- Zusammen mit den krankenhausspezifische Pflege-VKs kann ein bundesweites Krankenhausranking in Bezug auf eine bedarfsgerechten Pflegeausstattung erhoben werden
- Dies ist im PpSG in § 137j so zur Abbildung einer Untergrenze übernommen worden



- PPUG für pflegesensible Bereiche als Ergänzungen zum Ganzhausansatz nach § 137j grundsätzlich willkommen
 - Wenn nicht für relevante Zahl von Abteilungen zu leicht zu umgehen („Verschiebebahnhof“)
 - Nach empirische Erhebung der Ist-Situation nur noch für Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie und Intensivstationen (max. 15 % aller Krankenhausfälle)
 - Keine Einigung dazu in der Selbstverwaltung (Wo ist die Grenze?)
-
- Ersatzvornahme durch das BMG liegt als Ref-E einer RV vor.
 - Gut: Quartil-Grenze – Schlecht: geringe Abdeckung, keine Leistungseinschränkungen
 - Erschreckende Untergrenzen (empirisch erhoben!!!)!
 - Weitere pflegesensitive Bereiche sollen peu a peu folgen (erneut durch SV)
 - **BMG erfüllt Gesetzesauftrag – wg Personalverschiebung leider ohne große Wirkung – KEIN ERSATZ FÜR § 137j**

Abb. 21

Arbeitsfähig bis zur Rente? – So antworten die Beschäftigten in Pflegeberufen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

»Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben könnten?«

Ja, wahrscheinlich

Nein, wahrscheinlich nicht

Weiß nicht

Pflegeberufe insgesamt*

22%

71%

7%

Alle Beschäftigten

48%

42%

10%

*Im Detail:

Krankenpflege

23%

72%

5%

Altenpflege

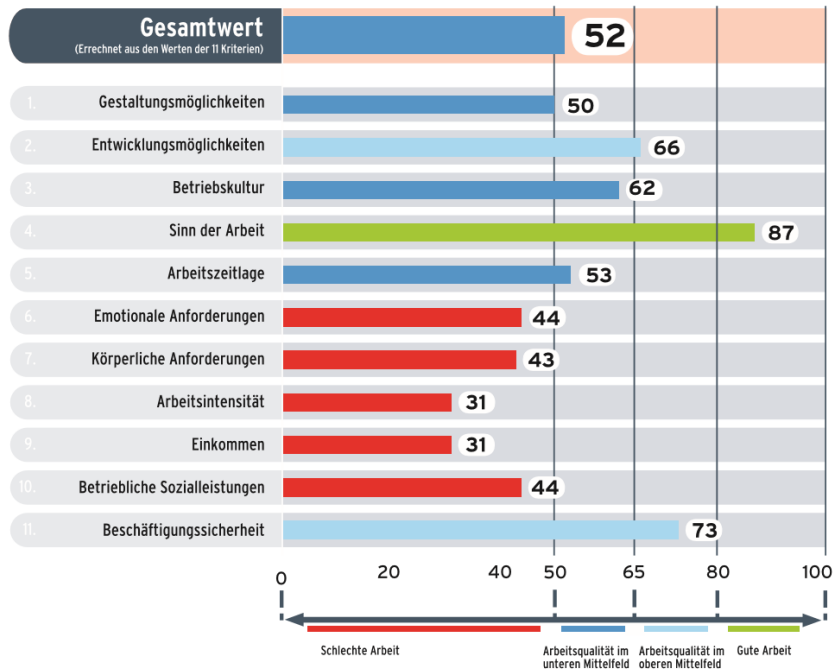
20%

69%

11%

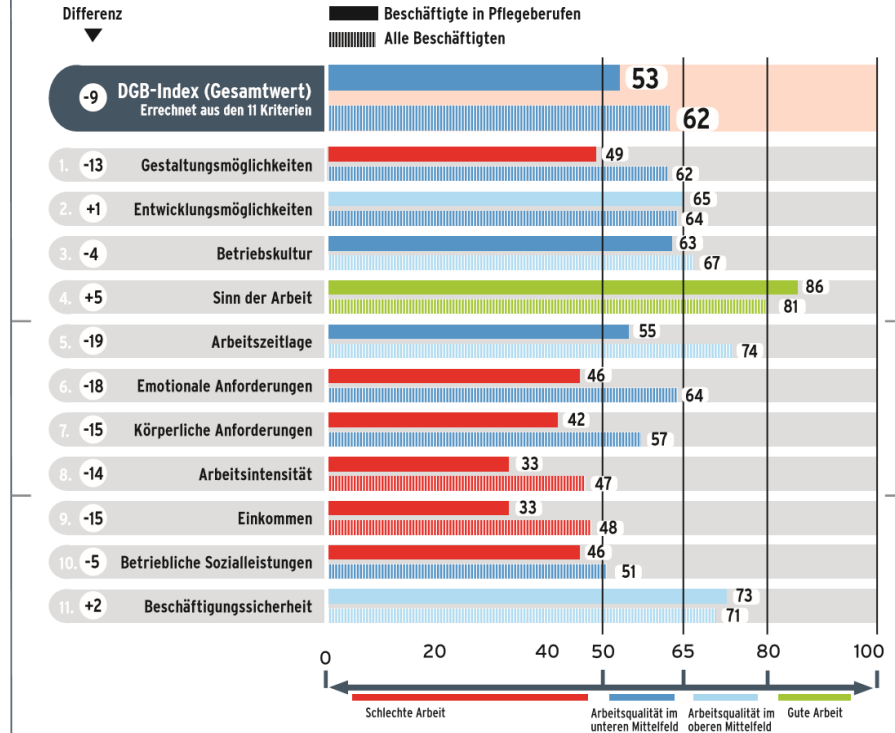
2012

Abb. 1 DGB-Index Gute Arbeit in Pflegeberufen - Das Ergebnis nach Kriterien der Arbeitsqualität



2017

Abb. 19 Der DGB-Index Gute Arbeit für die Beschäftigten in Pflegeberufen im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt für alle Beschäftigten



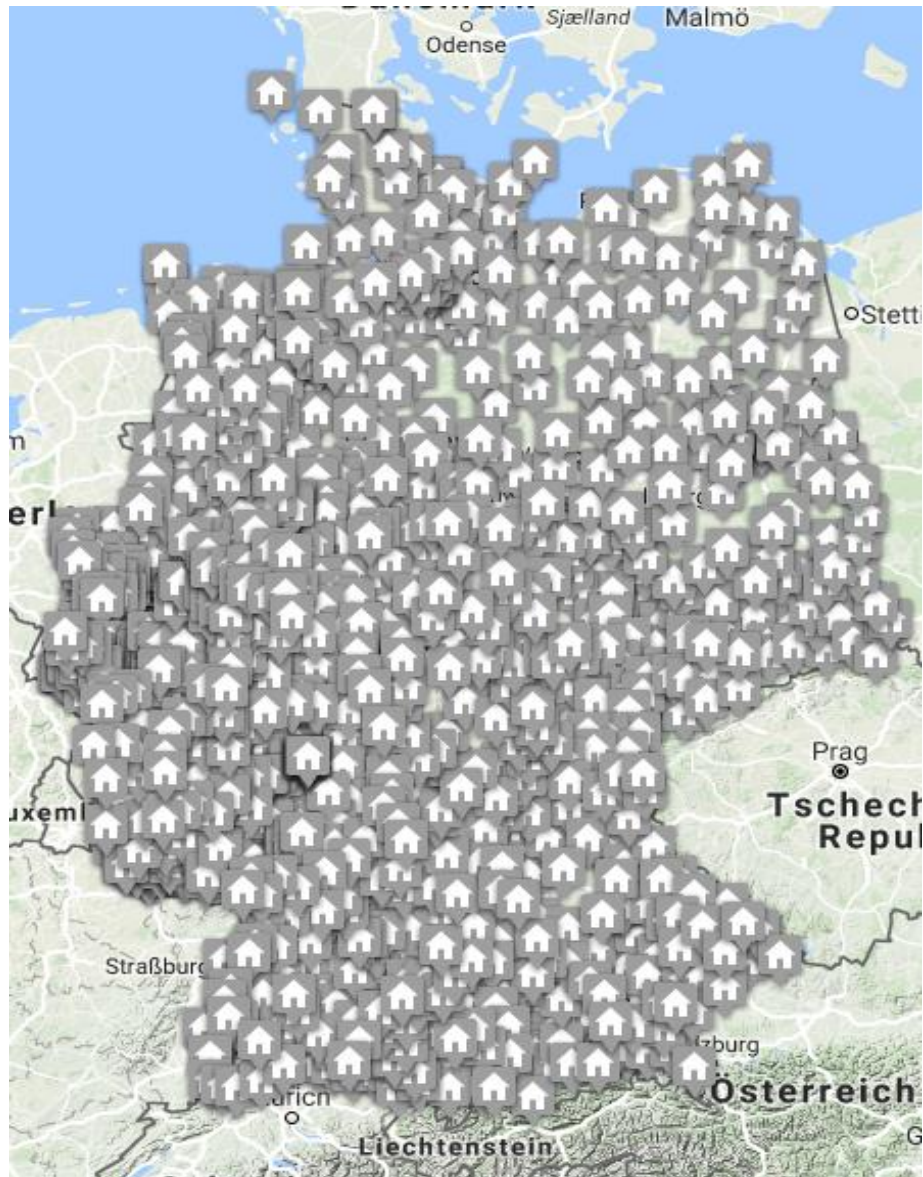
- **Feste Teams**
 - **Gute Bezahlung**
 - **Sichere Arbeitslast**
 - **Sichere Freizeit keine Anrufe zur Übernahme**
 - **Familienfreundlichkeit**
 - **Fort- und Weiterbildung**
 - **Akademisierung**
 - **Karrierechancen**
- **Vor dem Wettbewerb um die Patienten steht der Wettbewerb um das Personal !**

2. Was lösen wir mit der Lösung aus?

One more thing...

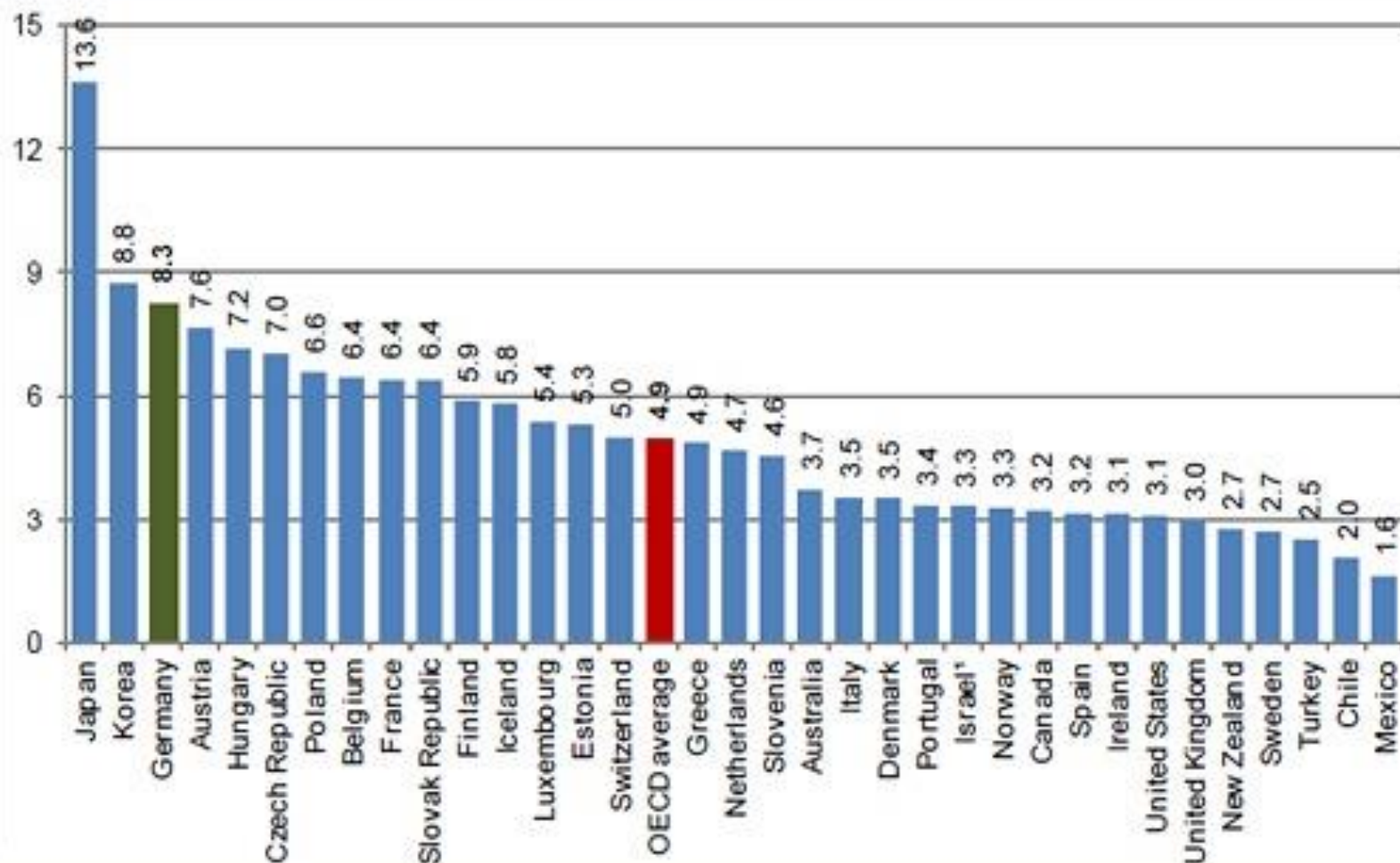


Krankenhäuser in Deutschland



Zu viele Krankenhausbetten

Krankenhausbetten | pro 1000 Einwohner 2010



Quelle: OECD Health Data 2012

Krankenhausbetten: Deutschland hat das dichteste Versorgungsnetz der EU



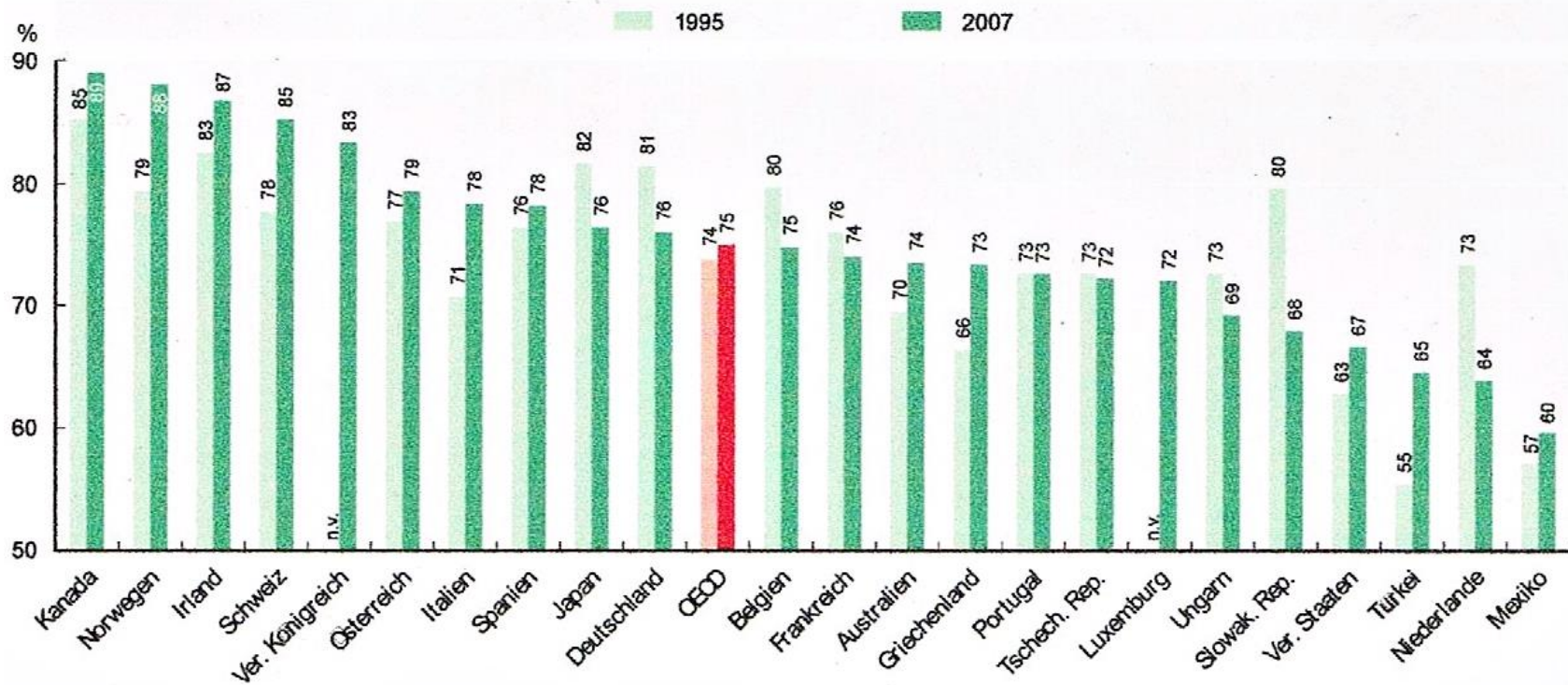
In Deutschland ist die Anzahl der Krankenhausbetten zwischen 2000 und 2015 um 10 % gesunken. Dennoch hat [Deutschland](#) weiterhin das mit Abstand dichteste Versorgungsnetz aller EU-Staaten (keine Angaben für das Vereinigte Königreich): 2015 standen hierzulande 611 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner zur Verfügung. Das waren fast drei Mal so viele Plätze wie in Schweden, wo es 226 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner gab (-27 % gegenüber dem Jahr 2000).

Hamburg: 281 HNO-Betten

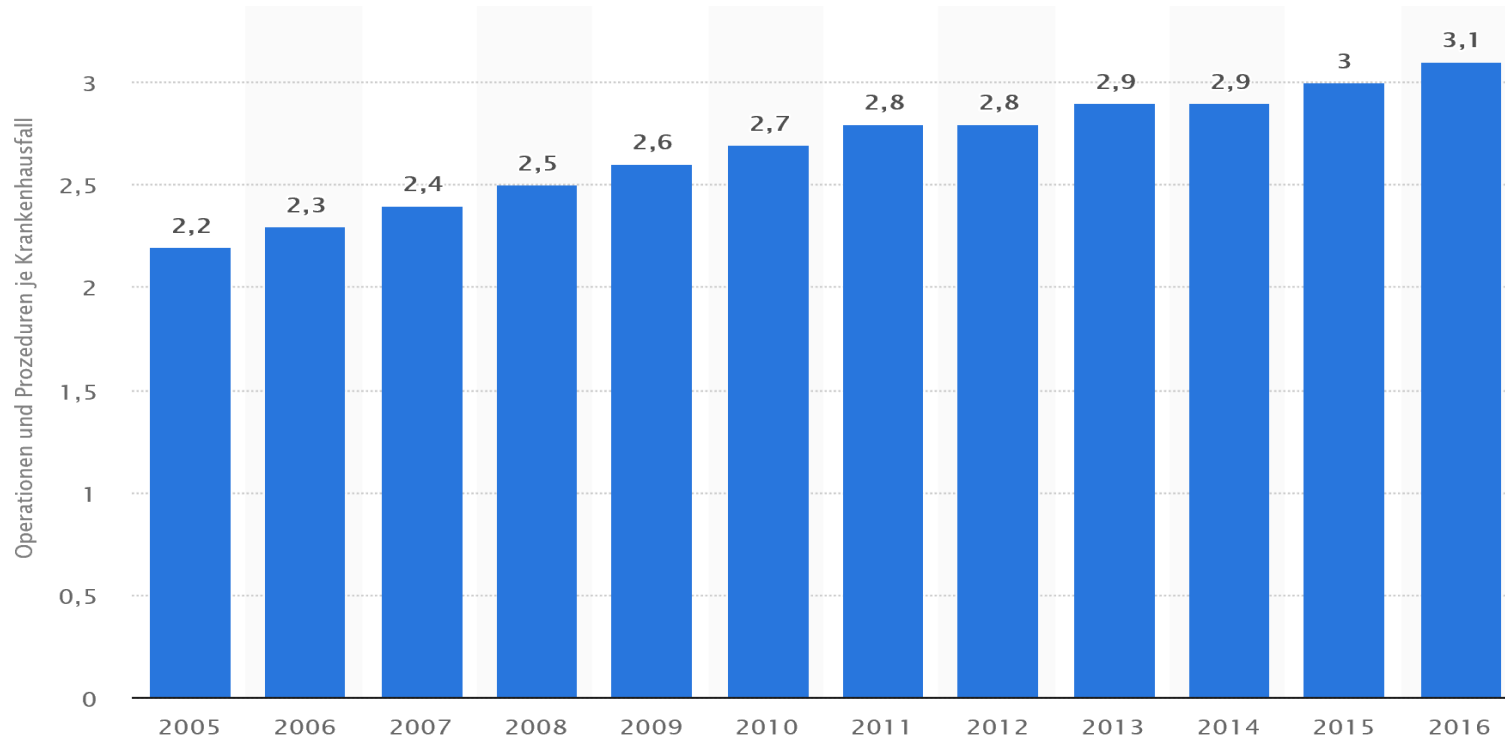


Stockholm: unter 20 HNO-Betten

4.3.2 Belegungsrate der Akutbetten, 1995 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Zu viele Fälle



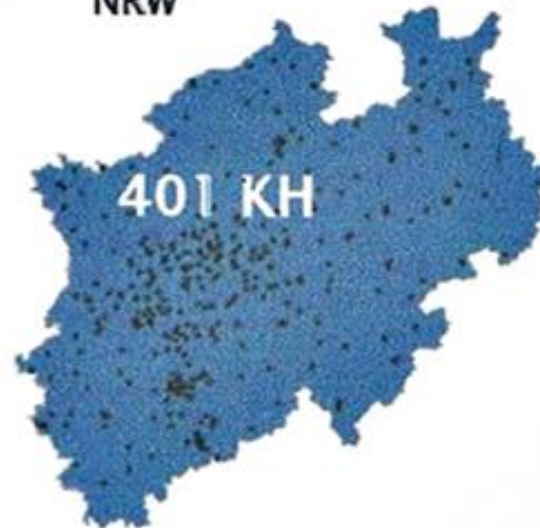


Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

- Der Erfolg einer Krankenhausleitung sind schwarze Zahlen
 - Die Währung der Krankenhäuser sind Fälle
 - Falloptimierung führt zu selektiven Mehrleistungen
 - Generierung über Notfälle bei stagnierenden Einweisungen
 - Ausweitung vor Bedarfsorientierung
 - Behandlung nach DRG-Optimierung
 - Überversorgung
-
- Wettbewerb um „mehr“ und nicht um „besser“
 - Kein intrinsischer Druck zu rationalem, patientenzentriertem Handeln

Die Virustheorie:

Steuern über Qualität:

**Von der heute nur
nachvollziehenden
Krankenhausplanung zur
Planung und Gewährleistung
guter Qualitäten**

„ Folterwerkzeuge“ des KHSG

Baum/Mörsch (Hrsg.)

Krankenhausstrukturgesetz – KHSG
Materialiensammlung



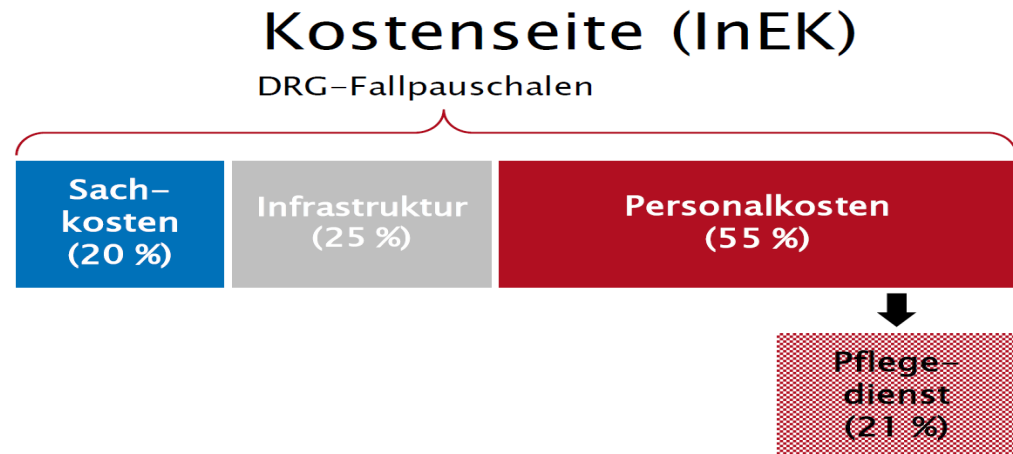
Deutsche Krankenhaus
Verlagsgesellschaft mbH

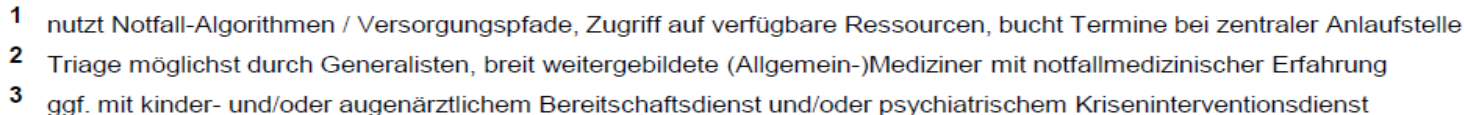
2. Am Personal kann nicht gespart werden

Vor dem Kampf um Fälle steht der Kampf ums Personal

**Die Spardose Pflege fällt damit weg-
(Im Gegenteil: Pflegeuntergrenzen!!)**

- **Nur noch attraktive Krankenhäuser bekommen Personal**

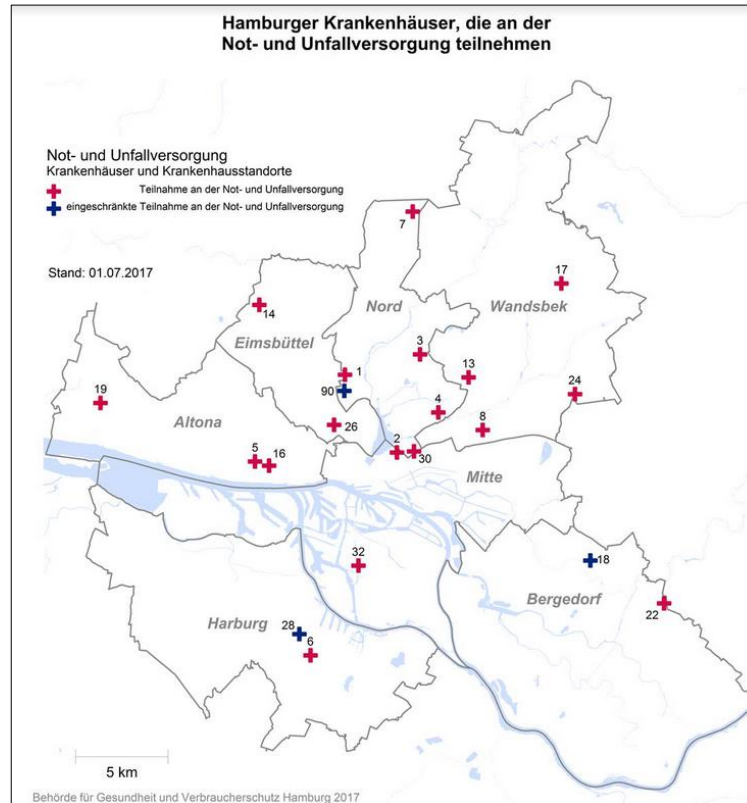




3. Notfallversorgung

Hamburg (1,8 Mio
Einwohner plus
Umlandversorgung):
= 21 Notfallaufnahmen

- Maßzahl Dänemark:
- 1 Notfallzentrum
pro 250.000
Einwohner



- 6-7 Zentren der
Not- und
Unfallversorgung
- Mind. 14
Krankenhäuser
werden von der
Notfallversorgung
abgeschnitten!

Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen.

Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.

Tagesordnung

für die konstituierende Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
„sektorenübergreifende Versorgung“
am 24.09.2018

von 14:30 – 16:30 Uhr, Bundesministerium für Gesundheit, 10117 Berlin, Raum 06.35

(Stand: August 2018)

- | | |
|-------|--|
| TOP 1 | Begrüßung |
| TOP 2 | Aussprache zu inhaltlichen Zielen und Priorisierung der Themen |
| TOP 3 | Festlegung der Arbeitsstruktur |
| TOP 4 | Termine (Sitzungsturnus etc.) |
| TOP 5 | Verschiedenes |

Kostenseite (InEK)

DRG-Fallpauschalen

Baum/Mörsch
Krankenh
Materialien

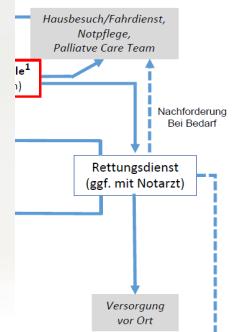


alkosten
(5 %)



Pflege-
dienst
(21 %)

ng (Entwurf)



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Trage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

für die k
von 14:30 – 16:30
(Stand: August 2018)

- TOP 1 Begr
- TOP 2 Auss
- TOP 3 Festlegung der Arbeitsstruktur
- TOP 4 Termine (Sitzungsturnus etc.)
- TOP 5 Verschiedenes

Kostenseite (InEK)

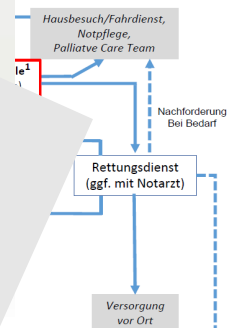
DRG-Fallpauschalen

Ziel: Leistungskonzentration und nachgewiesene Qualität

alkosten
(5 %)

Pflege-
dienst
(21 %)

ng (Entwurf)



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Trage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

für die k
von 14:30 – 16:30
(Stand: August 2018)

- TOP 1 Begr
- TOP 2 Auss
- TOP 3 Festlegung der Arbeitsstruktur
- TOP 4 Termine (Sitzungsturnus etc.)
- TOP 5 Verschiedenes

