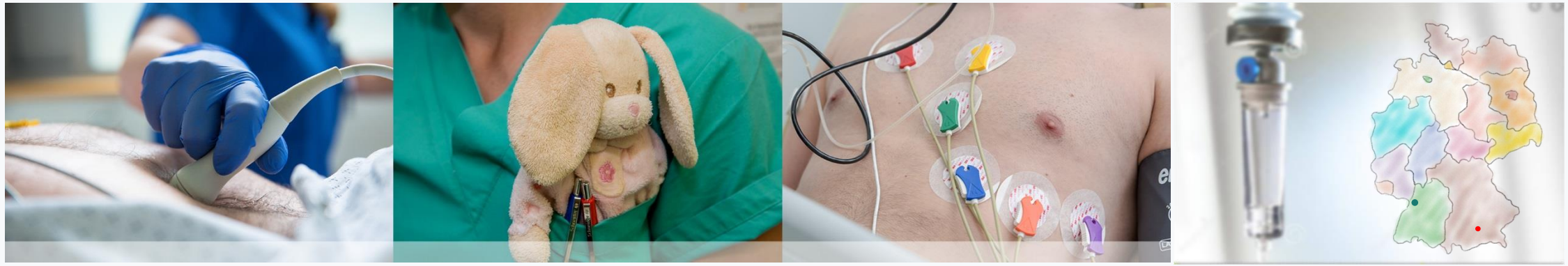
Bayerischer Landespflegerat
Frühjahrsakademie

14.11.2019
München



Zeitenwende im Pflegedienst:

Auswirkungen der Pflegepersonalstärkungsgesetze
Schwerpunkt Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebudget

Städtisches Klinikum Karlsruhe

Karlsruhe

Josef Hug

1974 – 1977	Ausbildung zum staatlich examinierten Krankenpfleger
1977 – 1978	Zivildienst / Rettungsdienst
1979 – 1994	Kardiologische Intensivstation (12 Jahre in leitender Position)
1996 – 1998	Pflegedienstleitung Pflegezentrum Intensivpflege
1998 – dato	Pflegedirektor, Prokurist, Mitglied der KH Betriebsleitung, Leiter des Geschäftsbereichs 4: Pflegedirektion, Pflege- und Funktionsdienst, Aus-, Fort- und Weiterbildung, zentrale Dienste patientennah
2017	Pflegemanager des Jahres

Gremienarbeit

- **DKG** AG zur Reform der Pflegeberufe
- **DKI** Arbeitsgruppen und Forschungsarbeiten (2)
- **BMG** Berufung als Sachverständiger für die Weiterentwicklung der Pflegberufe
- **AKG** (Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser) Leitung der AG der Pflegedirektoren
- **GBA** (Gemeinsamer Bundesausschuss) AG Regelung Substitution/Delegation
- **EKK** Fachausschuss Pflegedienste 2008-2018
- **TRK** Vorstandsvorsitzender des Pflegebündnisses der TechnologieRegion Karlsruhe
- **BWKG** Mitglied im Vorstandsausschuss
- **DKG** Mitglied der Verhandlungskommission Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegefinanzierung
- **DKG** Mitglied der AG Personalbemessungsinstrument

Bayerischer Landespflegerat Frühjahrsakademie
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebudget

Das Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH

- Klinikum der maximalen Versorgungsstufe für die Region Mittlerer Oberrhein
- 1.550 Betten in 22 Fachabteilungen und 4 Instituten
- 61.000 stationäre Patienten/innen pro Jahr
- 160.000 ambulante Patienten pro Jahr
- Bilanzsumme 380 Mio. Euro

Das Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH

- 4.800 Mitarbeiter/innen, davon 2.400 Mitarbeiter/innen im Pflege-, Funktions- und Beratungsdienst
- Davon 480 Ausbildungsplätze, alle Fachweiterbildungen, betriebliche Weiterbildung
- 5 klinische und pflegerische Schwerpunkte
- 72 allgemeine Krankenstationen
- 38 Funktionsbereiche

Ausgangslage Januar 2019 ff

- Der Pflege- und Funktionsdienst in den Kliniken steht vor tiefgreifenden Veränderungen
- Diese Entwicklung betrifft die Strategie, die Struktur, die Organisation und die Prozesse im Pflegedienst
- Unterschiedliche Pflegegenerationen haben unterschiedliche Einstellungen und Vorstellungen.
- Die krankheitsbedingten Fehlzeiten steigen teilw. dramatisch an (multifaktorielle Ursachen)
- Die Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst über laufende Prozesse lässt noch Luft nach oben zu.
  → Situation der friedlichen Koexistenz! (Derzeit größte noch zu hebende Ressource!)
- Die schleichende Reduzierung der Nettojahresarbeitszeit wird (endlich!) sichtbar!

Ausgangslage Januar 2019 ff

1. Derzeit haben wir einen hoch vulnerablen, bzw. nicht vorhandenen Arbeitsmarkt
   → Angebot und Nachfrage halten sich nicht die Waage!
2. Ruinöser Wettbewerb der Krankenhäuser um das Personal (beginnend)
3. Leasing-Arbeitskräfte stellen eine verheerende Entwicklung dar, da sie einen sich evtl. entwickelnden Arbeitsmarkt im Keim ersticken und nicht zu lösende soziale Konflikte produzieren!

- 22 Jahre Fehlentwicklung in der Krankenhausfinanzierung sollen zu einem Stichtag (01.01.2020) korrigiert werden.
- Die Auswirkungen in den innerklinischen Organisationen werden aus meiner Beobachtung heraus in den Kliniken noch völlig unterschätzt!

Ressourcen des Pflegedienstes

Aus fachlicher Sicht

- Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung in sämtlichen medizinischen Fachgebieten
  - z.B. Basispflege bis spezielle Pflege = Körperpflege bis Wundmanagement und weitere medizinische Dienstleistungen
- Spezialisierung durch Fachweiterbildung (7-jährige Berufserfahrung) in den Richtungen
  - Intensiv
  - Anästhesie
  - OP
  - Nephrologie
  - Psychiatrie
  - Pädiatrie
  - Führung und Leitung
  - Onkologie
- Erfüllung des pädagogischen Auftrags der Ausbildung in verschiedenen Facetten

  → Neues Pflegeberufegesetz zusätzliche 11,0 VK Praxisanleiter bei 330 Ausbildungsplätzen!

Ressourcen des Pflegedienstes

Aus organisatorischer Sicht

- Sicherstellung der Patientenversorgung 24/7/365
- Pflegerische Versorgung und Überwachung des Dienstbetriebes im gesamten Krankenhaus!
- Koordination von Therapie/Diagnostik und begleitender Pflege
- Sicherstellung qualitätssichernder Maßnahmen
- Sicherstellung der Patientensicherheit

Ressourcen des Pflegedienstes

Aus kommunikativer Sicht

- Permanenter Ansprechpartner für Patienten / Angehörige / das therapeutische Team / politische Vertreter
- Starke Prägung der Innen- und Außendarstellung (Marketing)
- Prägung der Sprache / des Stils/ der Atmosphäre eines Klinikums
- Geplante und ungeplante Darstellung des Berufsbildes / des Images

Ressourcen des Pflegedienstes

Aus produktiver Sicht

- Ca. 65% der primären Wertschöpfung am Patienten wird vom Pflege- und Funktionsdienst erbracht
- Jetzt und in Zukunft werden auch in einem hocharbeitsteiligen System die Mitarbeiter des Pflege- und Funktionsdienstes 50% aller Mitarbeiter eines Klinikums stellen (in VK!)
  - Cave: existenzielle Bedrohung durch Demographie und fehlenden politischen Mut!

Ressourcen des Pflegedienstes

Aus politischer Sicht

- Derzeit „entdeckt" die Politik die Pflege (max. Rückenwind!)
- Ansehen und Wertschätzung waren aber schon immer in hohem Maße vorhanden
- Die Bedeutung der Pflegekräfte wird exponentiell steigen
- Die Selbstverwaltung der Pflege wird deren Bedeutung dokumentieren
- Pflege bleibt ab sofort auf Dauer auf der politischen Agenda weit oben

Historie

- Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) (1977)
- Haushaltsbegleitgesetz (1982)
- Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (1981)
- Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) (1984)
- Gesetz über die kassenärztliche Bedarfsplanung (1986)
- Gesundheits-Reformgesetz (GRG) (1988)
- Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) (1992)
- Beitragsentlastungsgesetz (1996)
- 1. GKV-Neuordnungsgesetz (1. NOG) (1997)
- 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) (1997)
- Solidaritätsstärkungsgesetz (1998)
- GKV-Gesundheitsreformgesetz (1999)
- Fallpauschalengesetz (2002)
- GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) (2003)
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) (2007)
- GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) (2010)
- Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) (2010)
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) (2011)
- Krankenhaus-Strukturreform (KHSG) (2016)

Historie

- Seit 50 Jahre Diskussion über sach- und fachgerechte Ausstattung des Pflegepersonals in deutschen Kliniken
- Anhaltszahlen DKG von 1969! Minuten/Tag
- Modifizierung 1974
- PPR 1992 entwickelt
- PPR 1993-1997 in Kraft
- 1997 **Gesetz** nicht **aus**gesetzt sondern **ab**gesetzt!
- 2003 Einführung der Fallpauschalen im KH! Primär falsche Kalkulation!
  - keine 100% PPR

Historie

- 2008 – 2010 erste „Pflegegipfel"
    1. Pflegestellenförderprogramm
    2. PKMS
    3. Weiterentwicklung der Pflegeberufe… (Aktivierung durch die konzertierte Aktion Pflege)

Historie

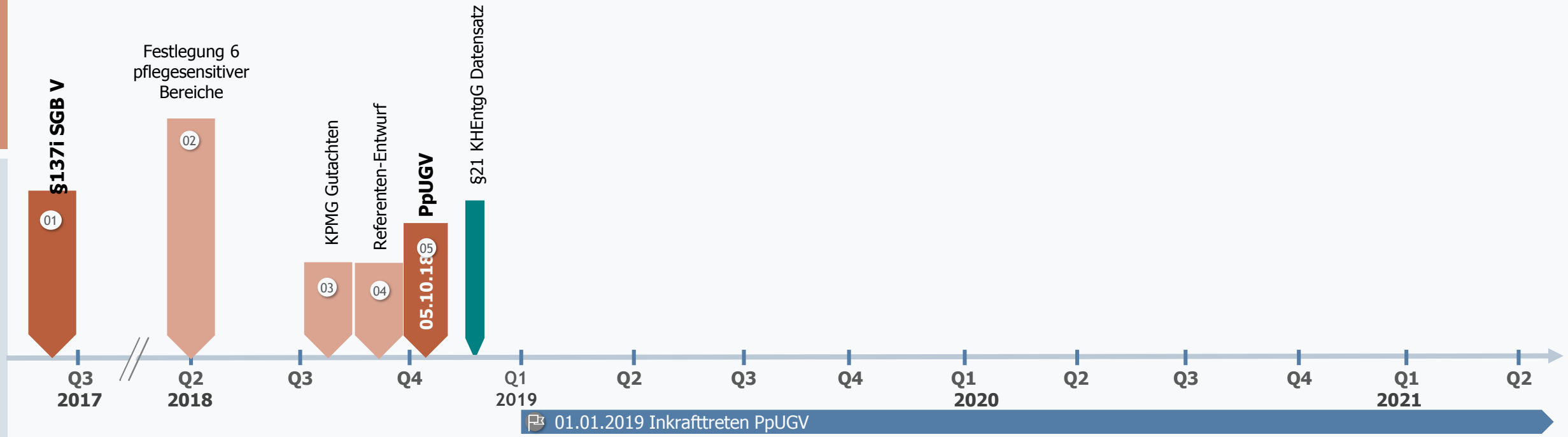
- 2013 Die Große Koalition beschließt die Krankenhausreform
  - Krankenhausplanung und Qualität
  - Mengensteuerung
  - Personal in Krankenhäusern
  - Strukturfonds
- 2014 Bund-Länder-AG arbeitet Schwerpunkte aus
- 2015 Einrichtung einer Expertenkommission Pflegepersonal in Krankenhäusern

→ Auftrag eines Gutachtens: Schreyögg

Historie

- Themen der Expertenkommission:
  - Allgemeiner Pflegebedarf
  - Besonderer Pflegebedarf
  - Überführung der Finanzmittel des Pflegestellenförderprogramms ab 2019
- Ergebnis: Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen (PPUGV)

Die PpUG im zeitlichen Verlauf



Bayerischer Landespflegerat Frühjahrsakademie
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebudget

- Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in 4 Bereichen

Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften	exam. Pflegekraft		Pflegehilfskräfte	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Intensivmedizin*	2,5 : 1	3,5 : 1	8 %	8 %
Geriatrie	10 : 1	20 : 1	20 %	40 %
Unfallchirurgie	10 : 1	20 : 1	10 %	15 %
Kardiologie	12 : 1	24 : 1	10 %	15 %

ab dem 1. Januar 2021
täglich in der Tagschicht 2 : 1 und in der Nachtschicht 3 : 1

- Vergleich KPMG-Berechnung / BMG-Ersatzvornahme und PpUGV

	Intensiv			Geriatrie			Unfallchirurgie			Kardiologie		
	KPMG	BMG	**PpUGV***	KPMG	BMG	**PpUGV**	KPMG	BMG	**PpUGV**	KPMG	BMG	**PpUGV**
Tag WT	1,7	2,0	**2,5**	7,0	10,0	**10,0**	7,6	10,0	**10,0**	9,5	11,0	**12,0**
	2,1			12,1			11,6			12,0		
Tag WE	1,9	2,0		8,7	11,0		8,7	11,0		11,4	13,0	
	2,3			12,7			13,8			14,5		
Nacht WT	2,9	3,0	**3,5**	24,2	24,0	**20,0**	20,4	20,0	**20,0**	23,7	24,0	**24,0** *bis 2021
Nacht WE	2,9	3,0		24,3	24,0		20,6	21,0		23,2	23,0	

- KPMG → BMG:
  - Zusammenfassung von Früh- und Spätschicht, 25%-Grenze, Durchschnitt der beiden Schweregrade (Intensiv / Geriatrie / Kardiologie)
- Referentenentwurf → PpUGV
  - Zusammenfassung von Wochentagen und Wochenenden
  - signifikante Absenkung der Nachtdienstquote in der Geriatrie

21 KHEntgG Datensatz (Dezember 2018)

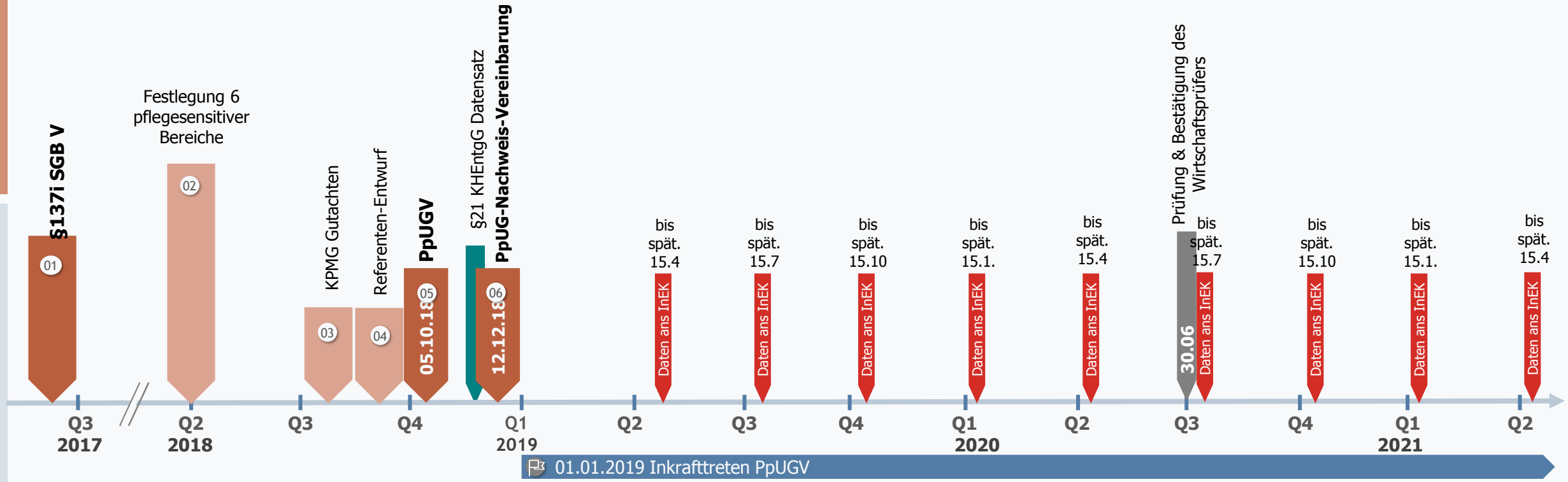
- Fortschreibung der Datensatzbeschreibung zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach §21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG für das Datenjahr 2018

! **Inhaltliche Anpassungen** (PpUG relevant!)

- Aufnahme der Übermittlung der Daten zum Pflegepersonal
  - Pflegepersonal (Standort, Fachabteilung, Pflegefachpersonal, Pflegehilfspersonal, Pflegepersonal Gesamt, Anzahl Betten Fachabteilung, Anzahl Intensivbetten Fachabteilung)
- Aufnahme der Übermittlung der Intensivzeiträume
  - Identifikation von Intensivbetten sowie eine Ermittlung intensivmedizinischer Behandlungszeiten von Patienten notwendig

- Übermittlung der Daten bis Ende März 2019

Die PpUG im zeitlichen Verlauf



PpUG-Nachweis-Vereinbarung (Dezember 2018)

- **Geltungsbereich und Grundsätze (§ 1):**
  - Die Nachweise und Meldungen sind für die **Pflegefachkräfte** und **Pflegehilfskräfte** zu führen
    - Dazu zählen aktuell beispielsweise **KEINE**:
      - Auszubildende
      - MFAs
      - Hebammen
      - Heilerziehungspfleger
      - Stud. Hilfskräfte
      - Erzieher
      - Pflegehelfer (< 1 Jahr Ausbildung)
      - Servicekräfte, etc.
  - Die Meldungen und Nachweise sind für jede Pflegepersonaluntergrenze **für jede Station** eines pflegesensitiven Bereichs (an jedem Standort) des Krankenhauses zu führen.
  - Die Einhaltung der PpUG ist **differenziert nach** den festgelegten **Schichten** nachzuweisen

PpUG-Nachweis-Vereinbarung (Dezember 2018)

Schichten:

- Tagschicht von 6 bis 22 Uhr
- Nachtschicht von 22 bis 6 Uhr
- Bei abweichender Schichtorganisation vor Ort (z. B. ND 20:25 - 6:25 Uhr) anteilige Zuordnung des vorgehaltenen Personals.

PpUG-Nachweis-Vereinbarung (Dezember 2018)

- **Ermittlung der durchschnittlichen monatlichen Patientenbelegung und Personalausstattung (§ 3)**
  - Die Patientenbelegung für jede Station ermittelt sich aus dem **Mitternachtsbestand** entsprechend der Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes.
    - Summe der um 24:00 Uhr vollstationär auf einer Station untergebrachten Patienten
  - **Dieser Wert ist für die laufende Nachtschicht und für die darauffolgende Tagschicht maßgeblich.**

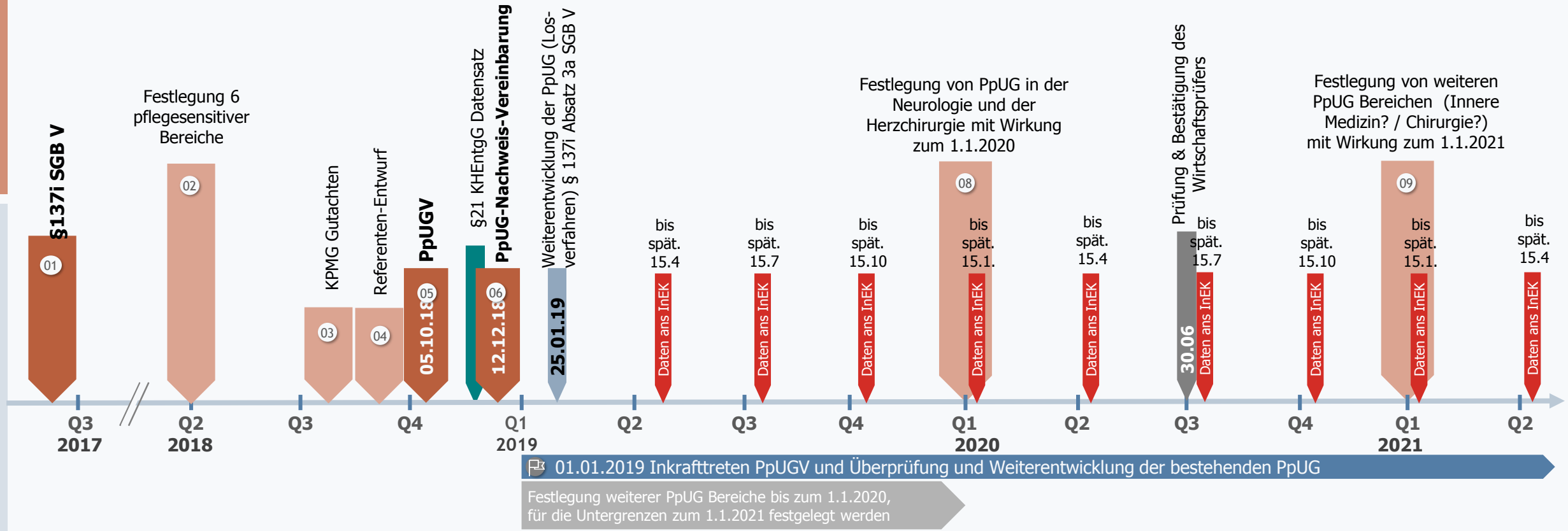
PpUG-Nachweis-Vereinbarung (Dezember 2018)

- **Meldungen zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 3, § 4)**
  - Ab dem 01.01.2019 melden die Krankenhäuser, inwieweit sie die Vorgaben gemäß § 6 PpUGV zu den Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten haben.
  - Die Meldungen der Krankenhäuser umfassen:
    - die **Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen** in jedem pflegesensitiven Bereich gemäß § 6 Abs. 5 PpUGV **als monatliche Durchschnittswerte** (siehe § 3 PpUG-Nachweis-Vereinbarung),
    - die **Anzahl der Schichten** gemäß § 7 Abs. 1 PpUGV, **in denen die Pflegepersonaluntergrenzen** nach § 6 PpUGV **nicht eingehalten worden sind**, einmal im Quartal aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht (siehe § 4 PpUG-Nachweisvereinbarung).
    - Die **Meldungen sind jeweils 2 Wochen nach Quartalsende** eines jeden Jahres für das jeweils vorhergehende Quartal **für die jeweilige Station und Schicht** für jeden pflegesensitiven Bereich an jedem Standort auf elektronischem Weg an das Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu übermitteln.

PpUG-Nachweis-Vereinbarung (Dezember 2018)

- **Meldungen zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 3, § 4)**
  - Die gemeldete Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, übermittelt das InEK an den GKV-SV, die DKG, den PKV-Verband sowie die jeweils zuständige Landesbehörde.
  - Das Krankenhaus übermittelt die Daten an die Vetragsparteien nach §11 KHEntgG.
  - Prüfung über die Richtigkeit und Bestätigung durch Wirtschaftsprüfer **bis zum 30.6.**
    - Der MDK hat keinerlei Kompetenzen oder gar Zugriffsrechte!

Die PPUG im zeitlichen Verlauf



Weiterentwicklung der PPUG (Losverfahren) gemäß §137i Absatz 3a SGB V

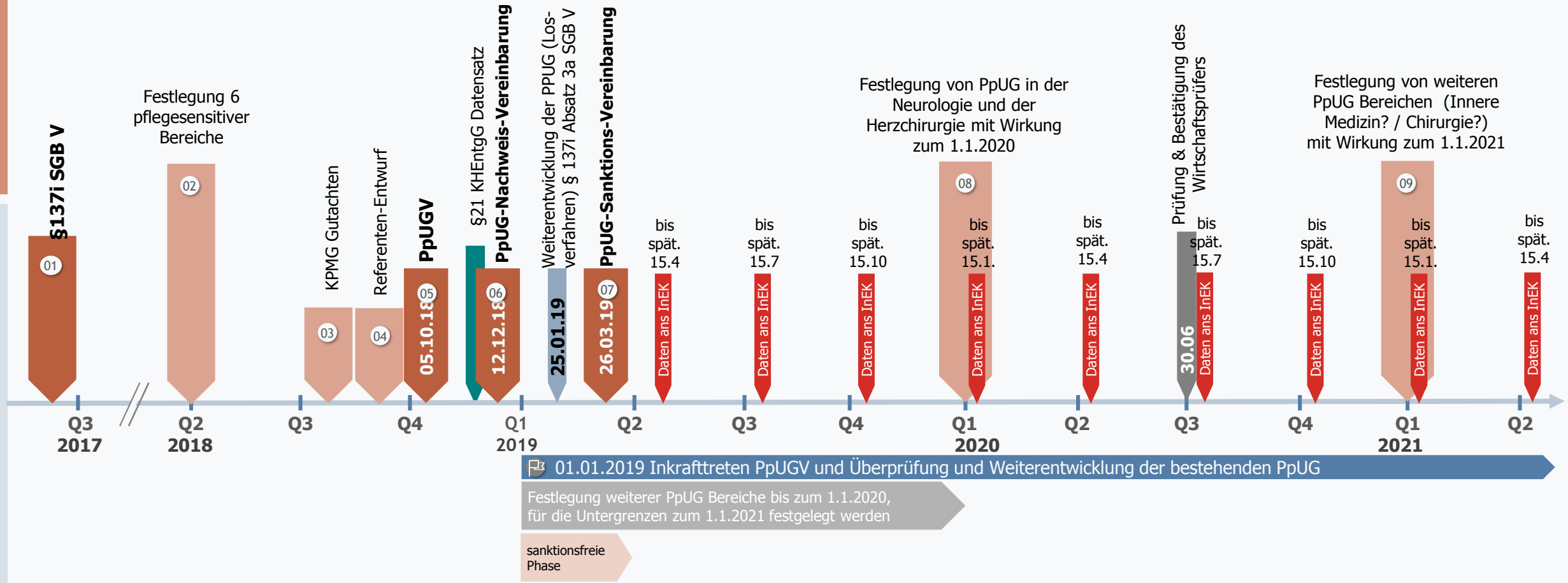
- Das InEK wurde beauftragt ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die **Festlegung und Weiterentwicklung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen PpUG** im Sinne von § 137i Absatz 1 SGB V erforderlich sind, zu erarbeiten.
- Für die Festlegung und Weiterentwicklung der PpUG werden die Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern benötigt. Mit der diesjährigen Ziehung von Krankenhäusern ist eine **einmalige Verpflichtung** verbunden, Daten gem. § 137i Abs. 3a SGB V für die Weiterentwicklung der PpUG für bestimmte pflegesensitive Bereiche zu liefern.
- Die Ziehung der Krankenhäuser erfolgte am 25. 01.2019 in den Räumlichkeiten des InEK unter notarieller Begleitung. Die entsprechenden Krankenhäuser per Fax über die Verpflichtung gem. § 137i Abs. 3a SGB V zur Lieferung von Daten zur Weiterentwicklung der PpUG informiert.

Weiterentwicklung der PPUG (Losverfahren) gemäß §137i Absatz 3a SGB V

! Völlig anderes Verfahren / Systematik als bei der PpUGV

- **Datenzeitraum:** 01.09.2018 0:00 Uhr - 30.11.2018 23:59 Uhr
- **Mögliche Bereiche:** Geriatrie, Herzchirurgie, Kardiologie, Neurologie, Unfallchirurgie, Intensivmedizin
- **Zu liefernde Daten:**
  - **Angaben zu den betroffenen Stationen:** FAB, Bettenanzahl, Intensiv, IMC, Anzahl der Fälle, Überlieger,…
  - **Daten gem. § 21 KHEntgG:** Datenjahr 2018
  - **Stationsangaben:** Fallnummern, Aufnahme und Entlassdaten sowie die Kennung, ob diese Leistungen in einem Intensivbett oder IMC-Bett/Intensivbett mit weniger hohem Personaleinsatz erbracht wurden)
  - **Belegungsdaten:** gemäß Mitternachtsstatistik, inkl. tägliche Intensiv- / IMC-Belegung nach Station
  - **Daten zum Pflegepersonal in den Leistungsbereichen:** Station, Tag, Schichtbezeichnung inkl. Arbeitsbeginn & -Ende; Qualifikationsgruppe *(Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, weitere Fachkräfte/ Gesundheitsberufe, Auszubildende und weitere Hilfskräfte),* Anzahl Arbeitsstunden

Die PPUG im zeitlichen Verlauf



PpUG-Sanktions-Vereinbarung (April 2019)

- **Berechnung der Höhe der Vergütungsabschläge (§ 3)**
  - Die zur Erfüllung der PPUG fehlende Anzahl von Vollkräften wird für die **Tagschicht** mit einem **Faktor von 2,6** und die **Nachtschicht** mit einem **Faktor von 1,3** gewichtet.

	16	Std. Tagdienst
X	7	Tage pro Woche
/	39	Stunden pro Woche
=	2,87	
-	0,27	(krankheitsbedingter Ausfall / Lohnfortzahlung)
=	**2,6**	

	8	Std. Nachtdienst
X	7	Tage pro Woche
/	39	Stunden pro Woche
=	1,43	
-	0,14	krankheitsbedingter Ausfall / Lohnfortzahlung)
=	**1,3**	

  - Als Anreiz zur Einhaltung der PPUG, wurde ein Sanktionsfaktor von **1,35 für 2019** festgelegt.
  - Aufgrund der veränderten Finanzierung von Pflegekräften über das Pflegebudget, wird der **Sanktionsfaktor ab 2020 auf 0,35** abgesenkt.

Erfüllungsgrad anhand der monatlichen Durchschnittswerte nach pflegesensitiven Bereichen in deutschen Großkliniken

Berechnung des Erfüllungsgrads anhand der monatlichen Durchschnittswerte:
Anteil der Anzahl der Meldungen, in denen die PpUG eingehalten wurden, an der Gesamtanzahl der Meldungen.

Quartal 1

Pflegsensitiver Bereich	Anzahl von Station	Summe von PPU erfüllt	Erfüllungsgrad Großkliniken	*Erfüllungsgrad bundesweit (DKG)*
Geriatrie	258	217	**84,11%**	*83,7 %*
Intensivmedizin	702	645	**91,88%**	*92,1 %*
Kardiologie	510	487	**95,49%**	*91,7 %*
Unfallchirurgie	544	462	**84,93%**	*82,1 %*
Gesamtergebnis	2014	1811	**89,92%**	*87,6 %*

Berechnung des Erfüllungsgrads anhand der monatlichen Durchschnittswerte:
Anteil der Anzahl der Meldungen, in denen die PpUG eingehalten wurden, an der Gesamtanzahl der Meldungen.

Bayerischer Landespflegerat Frühjahrsakademie
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebudget

Pflegsensitiver Bereich	Anzahl von Station	Summe von PPU erfüllt	Erfüllungsgrad Großkliniken	*Erfüllungsgrad bundesweit (DKG)*
Geriatrie	254	215	**84,65%**	*n.n.*
Intensivmedizin	746	681	**91,29%**	*n.n.*
Kardiologie	540	524	**97,04%**	*n.n.*
Unfallchirurgie	516	455	**88,18%**	*n.n.*
Gesamtergebnis	2056	1875	**91,20%**	*n.n.*

Berechnung des Erfüllungsgrads anhand der monatlichen Durchschnittswerte:
Anteil der Anzahl der Meldungen, in denen die PpUG eingehalten wurden, an der Gesamtanzahl der Meldungen.

Anteil nicht erfüllter Einzelschichten an der Gesamtschichtzahl [in %]

Bayerischer Landespflegerat Frühjahrsakademie
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebudget

Quartal 1

Anteil nicht erfüllter Einzelschichten an der Gesamtschichtzahl [in %]

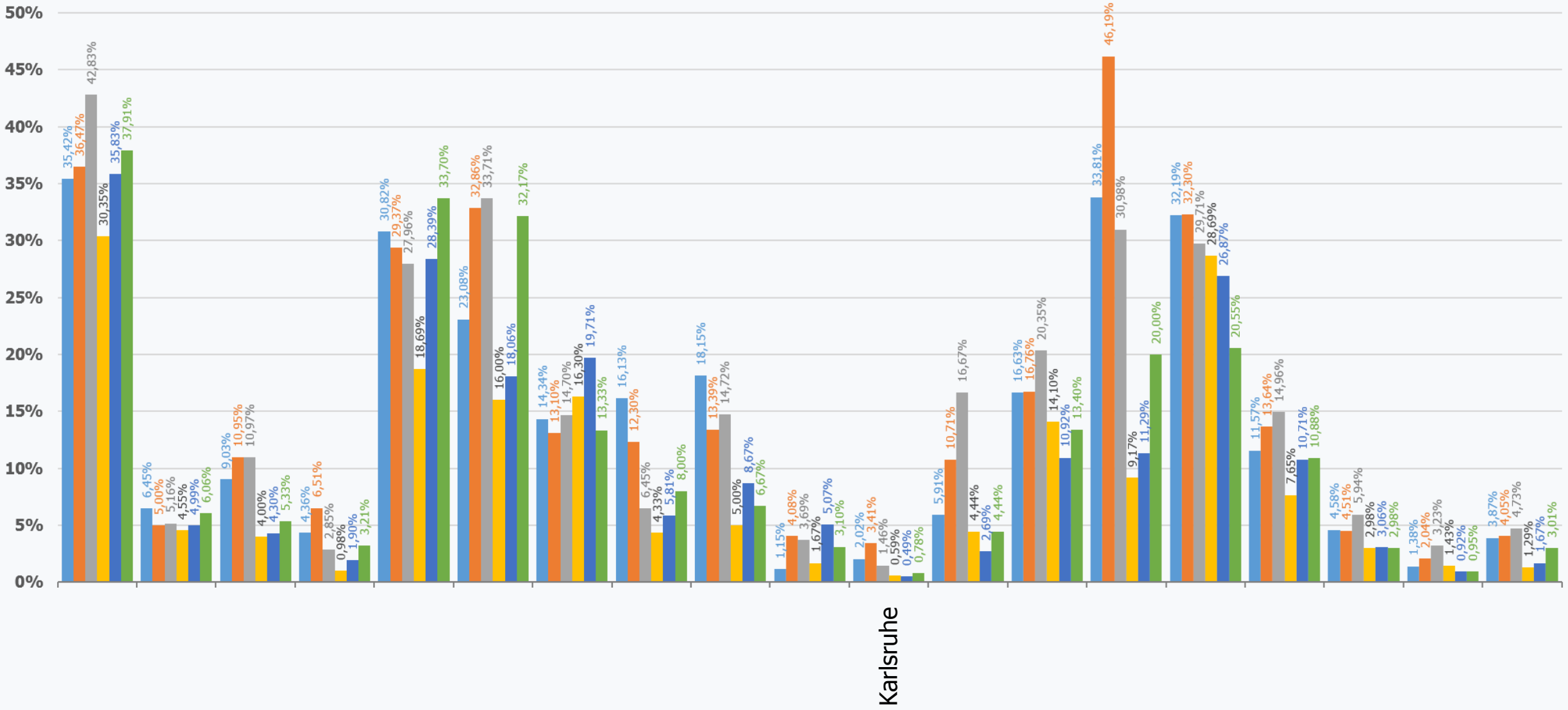
Pflegesensitiver Bereich	Tag			Nacht			Gesamt: Summe von Anzahl Schichten (Summe)	Gesamt: Summe von Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurde	Gesamt: Mittelwert von Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurden [in %]
	Summe von Anzahl Schichten (Summe)	Summe von Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurde	Mittelwert von Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurden [in %]	Summe von Anzahl Schichten (Summe)	Summe von Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurde	Mittelwert von Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurden [in %]			
Geriatrie	3.870	806	20,77%	3.870	1.094	28,20%	**7.740**	**1.900**	**24,49%**
Geriatrie (DKG)	*57.772*	*10.348*	*17,91%*	*57.683*	*15.004*	*26,08%*	***155.455***	***25.392***	***22,00%***
Intensiv	10.525	1.444	13,76%	10.526	1.653	15,75%	**21.051**	**3.097**	**14,76%**
Intensiv (DKG)	*103.138*	*12.547*	*12,17%*	*103.575*	*12.908*	*12,46%*	***206.713***	***25.455***	***12,31%***
Kardiologie	7.578	762	10,06%	7.554	865	11,36%	**15.132**	**1.627**	**10,71%**
Kardiologie (DKG)	*71.514*	*7.627*	*10,67%*	*72.068*	*10.990*	*15,25%*	***143.582***	***18.617***	***12,96%***
Unfallchirurgie	8.045	1.551	19,41%	8.021	2.098	26,78%	**16.066**	**3.649**	**23,09%**
Unfallchirurgie (DKG)	*97.226*	*20.946*	*21,54%*	*99.997*	*28.737*	*28,74%*	***197.223***	***49.683***	***25,14%***
Gesamt	**30.018**	**4.563**	**15,25%**	**29.971**	**5.710**	**19,21%**	**59.989**	**10.273**	**17,23%**
Gesamt (DKG)	***329.650***	***51.468***	***15,57%***	***333.323***	***67.679***	***20,63%***	***662.973***	***119.147***	***18,10%***

Anzahl TAG- bzw. NACHT - Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurden Quartal 1 + 2 [in %]

Quartal 1+2

Bayerischer Landespflegerat Frühjahrsakademie
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebudget

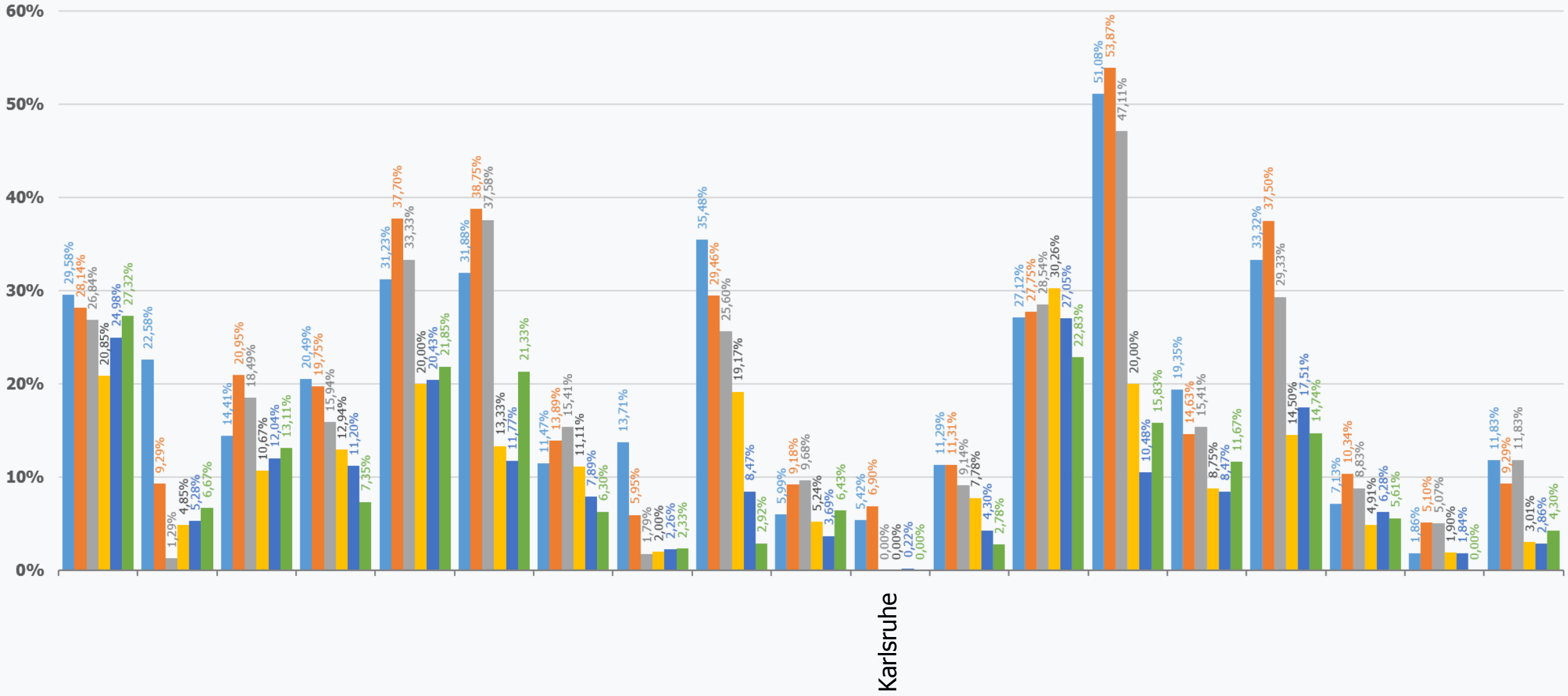
Anzahl Tag - Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurden Quartal 1 + 2 [in %]



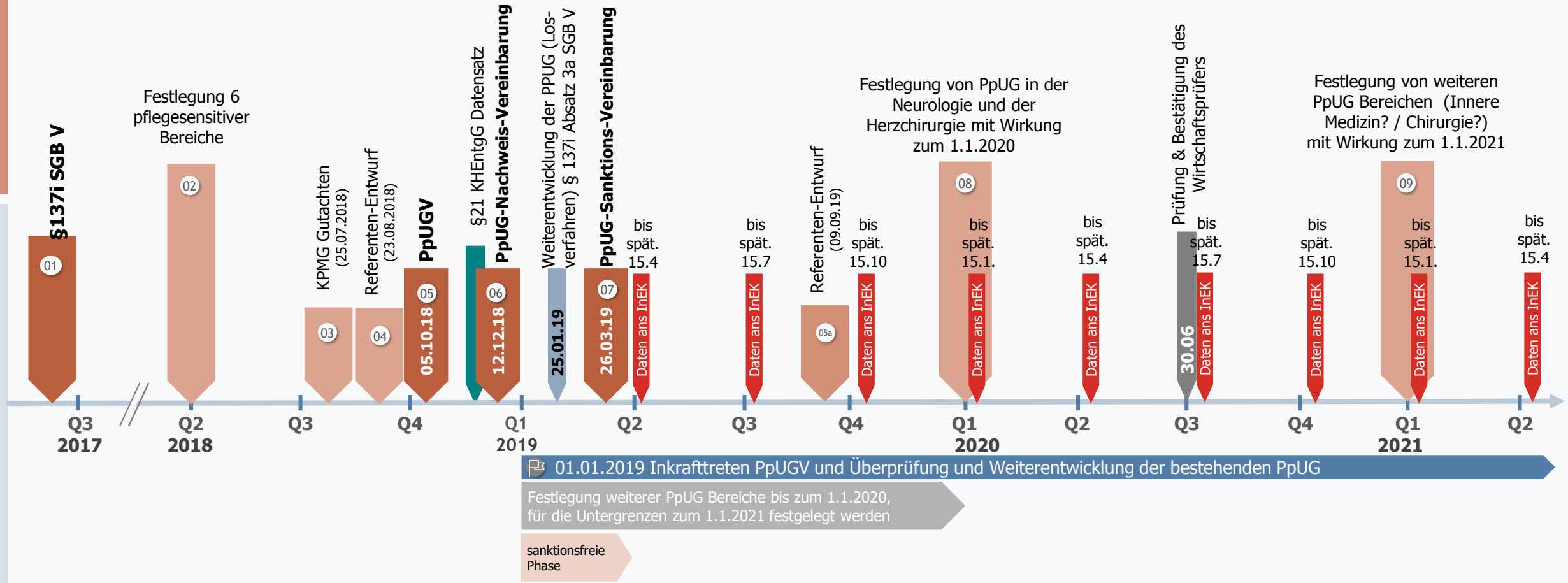
Quartal 1+2

Bayerischer Landespflegerat Frühjahrsakademie
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegebudget

Anzahl Nacht- Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurden Quartal 1 + 2 [in %]



Die PPUG im zeitlichen Verlauf



- Festlegung der PpUG in 6 Bereichen nach dem Referentenentwurf vom 9.9.2019
  → Wirksam zum 1.1.2020

Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften	exam. Pflegekraft		Pflegehilfskräfte		Änderungen
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	ab 1.1.2020
Intensivmedizin*	2,5 : 1	3,5 : 1	~~(8 %)~~ **0 %**	~~(8 %)~~ **0 %**	✗
Geriatrie	10 : 1	20 : 1	~~(20 %)~~ **15 %**	~~(40 %)~~ **20 %**	✗
Unfallchirurgie	10 : 1	20 : 1	10 %	15 %	✓
Kardiologie	~~(12 : 1)~~ **10 : 1**	~~(24 : 1)~~ **20 : 1**	10 %	~~(15 %)~~ **10 %**	✗
Neurologie	10 : 1	20 : 1	10 %	8 %	neu
- Schlaganfalleinheit	3 : 1	5 : 1	0 %	0 %	neu
- Frührehabilitation	5 : 1	12 : 1	10 %	8 %	neu
Herzchirurgie	7 : 1	15: 1	5 %	0 %	neu

ab dem 1. Januar 2021
täglich in der Tagschicht 2 : 1 und in der Nachtschicht 3 : 1

Referentenentwurf für die Ersatzvornahme vom 9.9.2019

!

- Es erfolgt **keine** Schweregradadjustierung.
- In der Neurologie soll es bei der Dreiteilung (Neurologie, Stroke, Frühreha) bleiben.
- Beibehaltung des Qualifikationsmixes und die fehlende Anrechnung der Auszubildenden, die Anteile für das Pflegehilfspersonal würden ab dem kommenden Jahr sinken.
- Es verbleibt bei der bisherigen 2-Schicht-Systematik.
- Begriffsbestimmung „Station" für die Anwendungsgebiete der PPUGV.
  (Wesentliches Merkmal einer Station ist die für sie bestehende gesonderte Personalplanung.)
- Die Ausnahmetatbestände wurden nicht erweitert. Die Forderung der Krankenhäuser, die Ausnahmetatbestände um die Versorgung von Notfällen bei gleichzeitiger Abmeldung des pflegesensitiven Bereiches zu erweitern, wurde nicht berücksichtigt.

Referentenentwurf für die Ersatzvornahme vom 9.9.2019

(!)

- Ein Krankenhaus verfügt über einen pflegesensitiven Bereich der Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie oder Herzchirurgie, wenn die Anzahl an Belegungstagen der jeweiligen Indikatoren-DRGs jeweils mindestens 5.000 beträgt (bisher lag der Kompromiss lt. DKG bei 8.000).
- Ein Krankenhaus verfügt über einen pflegesensitiven Bereich der **neurologischen Frührehabilitation**, wenn der pflegesensitive Bereich der Neurologie ermittelt wurde und wenn in den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten des Vorjahres die Anzahl an **Belegungstagen** der Indikatoren-DRGs der neurologischen Frührehabilitation mindestens **3.000** beträgt.
- Ein Krankenhaus verfügt über einen pflegesensitiven Bereich der **Schlaganfalleinheit**, wenn der pflegesensitive Bereich der Neurologie ermittelt wurde und wenn in den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten des Vorjahres mindestens **200 Fälle** mit einem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder der anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981.* oder 8-98b.*) enthalten sind.

Referentenentwurf für die Ersatzvornahme vom 9.9.2019

(!)

- Ein anhand dieser drei neuen Vorschriften ermittelter pflegesensitiver Bereich umfasst sämtliche Stationen, auf denen die entsprechende Leistung erbracht oder Fälle dokumentiert worden sind, für jeden Standort gesondert.
- Ein Krankenhaus verfügt über einen pflegesensitiven Bereich der **Intensivmedizin**, wenn in dennach § 21 KHEntgG übermittelten Daten des Jahres 2018 eines Krankenhauses mindestens **fünf Fälle** (vorher 400!) mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980.* oder 8-98f.*) enthalten sind. Ein pflegesensitiver Bereich der Intensivmedizin umfasst sämtliche als intensivmedizinische Behandlungseinheiten aufgestellten Betten einer Station, für jeden Standort des Krankenhauses gesondert.
- Als weitere Option zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche gelten die bestehenden Aufgreifkriterien (Ausweisung der Fachabteilungsbezeichnung, Anteil von mindestens 40 % der Fälle mit den Indikatoren-DRGs an der Gesamtfallzahl einer Fachabteilung) der PpUGV vom 05.10.2018 weiter.

Referentenentwurf für die Ersatzvornahme vom 9.9.2019

!

- In den Verordnungsentwurf werden die bislang im Rahmen der PpUG-Nachweisvereinbarung vorgesehenen Bestimmungen zu Personalverlagerungen aufgenommen und um eine Regelung ergänzt, für den Fall der unzulässigen Personalverlagerungen.
  Sind bei einem Krankenhaus unzulässige Personalverlagerungen festgestellt worden und weist das betroffene Krankenhaus nicht nach, dass die Personalverlagerungen nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung in der unmittelbaren Patientenversorgung in den anderen Bereichen geführt haben, sind von den örtlichen Vertragsparteien Maßnahmen zu vereinbaren, die das Krankenhaus zur Vermeidung von Personalverlagerungen zu ergreifen hat.

Pflegebudget

- Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Zur Ermittlung der pflegebudgetrelevanten Kosten sind die gebuchten Personalkosten für die Pflege in den Konten 6001, 6101, 6201, 6301 und 6401 zu summieren. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung.
- Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden.

Pflegebudget

- Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG begrenzt.
- 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.
- Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der Patientenversorgung führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden.
- Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 5 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen.
- Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.

Pflegebudget

Cave

- Welche Auswirkungen die Ausgliederung der Pflege auf den Fallpauschalenkatalog 2020 haben wird ist unklar.
- Krankenhausindividuell werden sich dadurch neue Chancen, aber auch Risiken ergeben.
- Um solche und ähnliche Effekte abzumildern, hat der Gesetzgeber eine Beschränkung des maximalen Budgetverlusts auf 2 % in 2020 und 4 % im Folgejahr eingezogen. Bezugspunkt ist jeweils die Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget des Vorjahres, sodass schlimmstenfalls knapp 6 % Budgetverlust innerhalb von 2 Jahren drohen.
- Ab 2022 entfällt diese Absicherung.

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

- Pflegebudgetrelevanten Kosten: Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, die nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen (Allgemeinstation, Intensivstation, stationäre Dialyse, Aufnahmestation). Diese Kosten sind zukünftig im Pflegebudget zu berücksichtigen.

- Nicht-pflegebudgetrelevanten Kosten: Pflegepersonalkosten außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder außerhalb des Anwendungsbereichs des KHEntgG, sind den nicht-pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten zuzuordnen. Hierbei handelt es sich um Kosten, die nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind.

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

- Pflegedienstleitung:
  Nach Anlage 4 der KHBV gehören zu den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen die Vergütung an die Pflegedienstleitung im Sinne einer Bereichs- und Stationsleitung.
- Pflegedienstleitungen auf den Konten 6x01 sind im Sinne einer Bereichs- und Stationsleitung zu verstehen.
- Dagegen sind Pflegepersonalkosten, die für die Tätigkeiten der Pflegedienstleitung im Rahmen des Krankenhausdirektoriums oder für einen innerbetrieblichen Patiententransportdienst aufgewendet werden, nicht zu berücksichtigen.

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

- Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich (wenn Dienst am Krankenbett)
  - Pflegekräfte, die sowohl patientennah als auch -fern eingesetzt werden, sind gemäß ihrem patientennahen Tätigkeitsanteil zu berücksichtigen.
- Auch Pflegekräfte in Intensivpflege- und Behandlungseinheiten sowie Dialysestationen,
- Schüler(-innen)
- Stationssekretärinnen, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (siehe auch Konto 6011 "Sonstiges Personal").

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

nicht pflegebudgetrelevanten Kosten

- Pflegepersonalkosten für Funktionspersonal im Operationsbereich
- In der Anästhesie
- In diagnostischen und therapeutischen Bereichen
- In der medizinischen Infrastruktur
- Vergütungen für Pflegepersonal, das im medizinisch-technischen Dienst, Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst oder Verwaltungsdienst eingesetzt wird, sind auf die entsprechenden Konten (6x02, 6x03, 6x05 und 6x07) zu buchen und sind den nicht-pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten zuzuordnen.

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psychiatrie und Psychosomatik)

- Das in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d KHG (inkl. stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung und psychiatrischer Ambulanzbereiche) tätige Pflegepersonal ist nicht pflegebudgetrelevant.
- Pflegepersonalkosten, die in Einrichtungen gemäß § 17d KHG entstehen, sind nicht pflegebudgetrelevant.
- Sofern diese Pflegepersonalkosten der Dienstart 01 zugeordnet sind, sind diese abzugrenzen.

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

Personalkosten der Ausbildungsstätten

- Das haupt- und nebenberufliche Lehrpersonal der Ausbildungsstätte ist gemäß KHBV in der Dienstart 10 (Personal der Ausbildungsstätte) zu führen. Sollte es sich um Pflegepersonal handeln, das in der Grundgesamtheit der im Krankenhaus zugeordneten Vollkräfte in der Dienstart 01 – Pflegedienst nach KHBV aufgeführt ist, so ist es ggf. anteilig in dieser Position aufzuführen, um es zu korrigieren.
- Die Anteile des Pflegepersonals eines Krankenhauses, das Schüler ausbildet (Praxisanleiter), sind als nicht pflegebudgetrelevant abzugrenzen, da sie über die Ausbildungsstätte finanziert werden. Der Anteil für Stunden der praktischen Anleitung und Arbeitsausfälle für die Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter sind in dieser Position aufzuführen.
- Sofern Personalkosten der Ausbildungsstätten nach § 17a KHG in der Dienstart 01 enthalten sind, sind diese Personalkosten als nicht-pflegebudgetrelevante Kosten abzugrenzen. Dabei erfolgt ein getrennter Ausweis der Personalkosten der Praxisanleiter sowie der Schüler.

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

Sachkosten für Leiharbeiter und Honorarkräfte

- Leiharbeitnehmer werden in der Zuordnung hinsichtlich der von ihnen erbrachten Leistungen wie im Krankenhaus angestellte Mitarbeiter behandelt. Aufwendungen für Leiharbeitnehmer werden in der Finanzbuchhaltung zunächst als Sachaufwand gebucht (z. B. analog Konto 6618 des KHBV-Musterkontenplans). Sie sind für die Abgrenzung auf das der Dienstart entsprechende Aufwandskonto für Löhne und Gehälter umzugliedern.

- Sofern das Krankenhaus mit einer Pflegekraft Einzelverträge über die Erbringung bestimmter Leistungen gegen Honorarvergütung schließt, sind diese Kosten im Rahmen der Personalkostenverrechnung analog zur Arbeitnehmerüberlassung umzugliedern und auf das der Dienstart entsprechende Aufwandskonto für Löhne und Gehälter zuzuordnen.

Zukunft

- Zum 01.01.2020 (Pflegefokussiertes Datum!)
  Einführung in allen Fachabteilungen
- IMC? Pädiatrie? Spezialeinheiten? (z.B. Stroke Unit / Chest-Pain-Unit)
- Organisatorischer Kraftakt der besonderen Art
- Aufgabe für das gesamte Klinikmanagement
- Chance die Kliniken im Innenverhältnis neu zu ordnen

Pflegebudget - Ursachen

- Wird das Pflegebudget leistungsorientiert zugewiesen und verhandelt?
- Beachtliche Zweifel der politischen Gremien zur zielorientierten Verwendung
- Pflegelast = Pflegeleistung = Pflegekosten = in der Regel unterkalkuliert
- Pflegebedarfsberechnungsinstrument steht (noch) nicht zur Verfügung!!
- Nach welchen Kriterien werden ca. 500.000 Pflegekräfte (Pflege- und Funktionsdienst) in den Kliniken eingesetzt?

Pflegebudget - Wirkung

- Zum 01.01.2020 aus den DRG „herausgelöstes Pflegebudget"
- Vollständige Transparenz der Mittelverwendung!
- Bildung eines Pflegequotienten (Verhältnis VK/Pflegelast)
- Sind Kriterien eines Budgets erfüllt?
- Auswirkungen (faktisch und psychologisch) auf innerbetriebliche Planung?

10 Thesen zu PpSG mit PPUGV und Pflegebudget

- Untergrenzen und Pflegebudget sind gesetzliche Eingriffe in ein sich bisher selbst regulierendes System
- Untergrenzen bilden eine rote Linie die in keinem gut geführten Krankenhaus unterschritten werden sollte
- Untergrenzen sind praktizierte Patientensicherheit
- Untergrenzen sind Mitarbeiterschutz in jeder Hinsicht
- Untergrenzen haben auch eine ethisch-moralische Dimension

10 Thesen zu PpSG mit PPUGV und Pflegebudget

- Pflegebudgets sind die politische Antwort auf fehlinvestierte DRG-Pflegeerlöse
- Pflegebudgets sorgen für vollständige Transparenz der Mittelverwendung
- Pflegebudgets müssen flexibel sein und Innovationen zulassen
- Pflegebudgets müssen gezielt zur Unternehmens- und Erlösentwicklung beitragen
- Pflegebudgets sollten strategisch genutzt werden

10 Aufgabenschwerpunkte

die alle gleichzeitig beachtet und bearbeitet werden müssen!

10 Aufgabenschwerpunkte

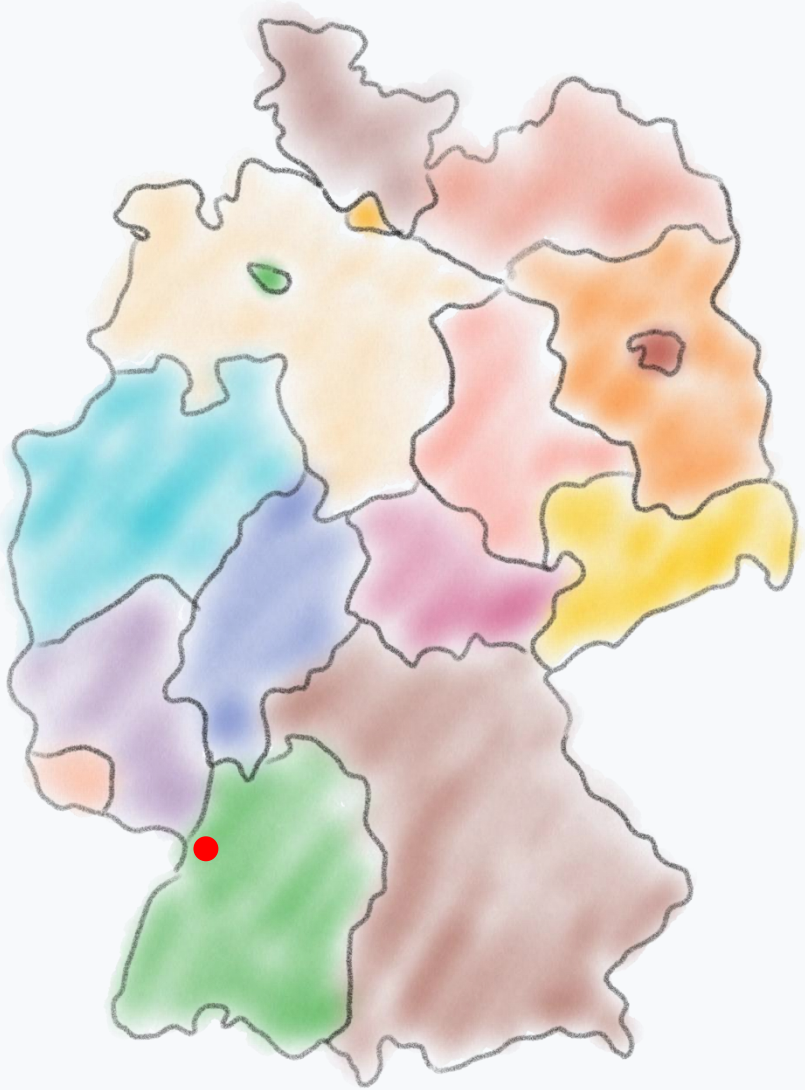
- PPUGV
- Pflegebudget
- Pflegepersonalquotient
- Pflegepersonalbemessungsinstrument
- Ausbildungsreform / Permanente Evaluation
- Konzertierte Aktion Pflege
- Unternehmensindividuelle Bestandsaufnahme und Strategieentwicklung
- Neuaufstellung des Pflegemanagements
- Neudefinition der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit
- Offensive Berufsbildentwicklung

Eine nationale Kraftanstrengung für die Pflegedienste in deutschen Kliniken ist unverzichtbar und kann nicht weiter vermieden werden!

→

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit
und wünsche uns eine angeregte Diskussion

Kontaktdaten

Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

Josef Hug
Pflegedirektor/Prokurist
Tel. +49 721 974-1020
josef.hug@klinikum-karlsruhe.de