

Die neue Pflegepersonalkostenvergütung

und die Auswirkungen auf das G-DRG-System

Düsseldorf, 20. September 2019

DRG RESEARCH
GROUP

Dr. med. Wolfgang Fiori

Roeder & Partner Ärzte
Berater im Gesundheitswesen

TIPHCe

AGFA 
HealthCare

Pflexit - Woher stammt die Idee?

**Ein neuer Aufbruch für Europa
Eine neue Dynamik für Deutschland
Ein neuer Zusammenhalt für unser Land**

**Koalitionsvertrag
zwischen
CDU, CSU und SPD**

Dr. Leber (GKV-SV, f&w 3/2019):

„Noch einmal: Die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-Fallpauschalensystem ist ein politischer Fehler. Insbesondere die Entscheidung, künftig zwei Vergütungskomponenten einzuführen und Pflege nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zu finanzieren, ist auf der Skala politischer Klugheit irgendwo in der Nähe des Brexit einzusortieren. (...)“

Die Entscheidung einer dunklen Nacht während der Koalitionsverhandlung ist nach wie vor ein Mysterium, ...“

4639 Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen ver-
4640 gütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpau-
4641 schalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonal-
4642 kostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen
4643 Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten
4644 bereinigt.

Ordnungspolitische Baustellen der Krankenhausfinanzierung

(Auswahl)

Qualitätsoffensive des KHSG

(Mindestmengen, G-BA-Richtlinien,
planQI, MD(K)-Kontrollen,
qualitätsorientierte Vergütung, Qualitätsverträge)

Pflegepersonaluntergrenzen
Pflegepersonalquotient

Pflegepersonalkostenfinanzierung

(Pflegebudget, Pflegeerlöskatalog, Pflegeentgelte, Pflegeentgeltwert)

Rumpf-DRG-System (aG-DRGs)

(Pflegepersonalkostenausgliederung, Normierung)

Notfallversorgung

(G-BA-Notfallstufen, GNL, INZ)

MDK-Reformgesetz

(Prüfquote, Sanktion, neuer AOP-Katalog)

DRG RESEARCH
GROUP

Pflexit – Gesetzliche Vorgaben zur Umsetzung

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG):

- **§ 17b Abs. 4 KHG**
 - Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung
 - Kalkulationskonzept des InEK
 - Pflegeerlöskatalog
 - Bericht über die Auswirkungen (2021/25)
- **§ 6a KHEntgG**
 - Vereinbarung eines Pflegebudgets, krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert, Ausgleich (Selbstkostendeckung), pflegeentlastende Maßnahmen
- **§ 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG**
 - Vereinbarung der SV-Partner zu den näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG (Frist: 31. Juli 2019)

Budgets und Abrechnung

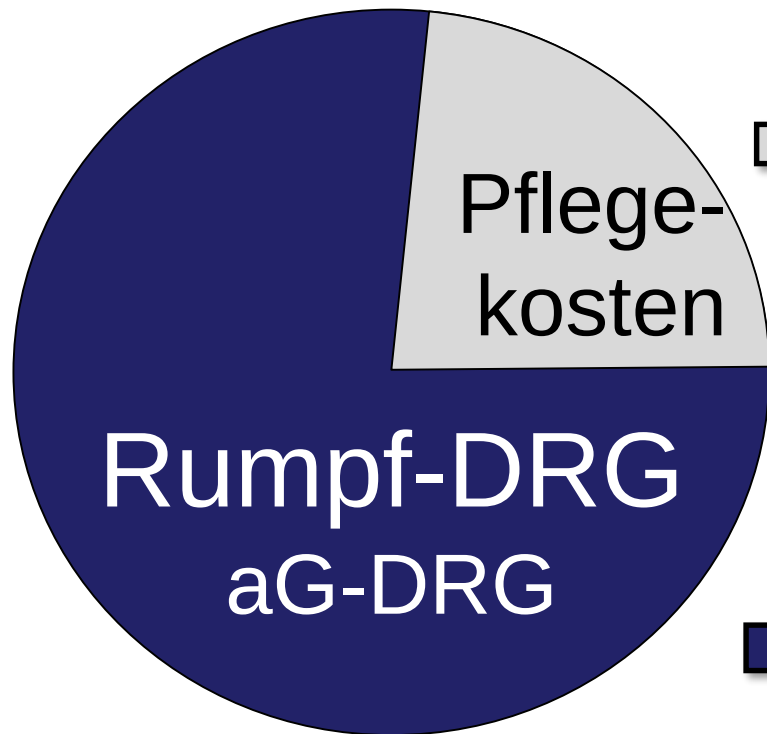
**Gesamtbetrag
(Erlösbudget/-summe)**
(Mengensteuerung)

- **DRG-Katalog**
- **Fallpauschalierung**
- **Zusatzentgelte, NUB**
- **Landesbasisfallwert**

Pflegebudget
(Selbstkostendeckung)

- **Pflegeerlöskatalog**
- **tagesbezogene Pflegeentgelte**
- **krankenhausindividueller
Pflegeentgeltwert**

Neue Pflegepersonalkostenvergütung ab 2020



neu:

- **Selbstkostendeckung:**

- Keine Deckelung in der Menge
- Innerhalb tariflicher Grenzen
keine Deckelung in der Vergütung

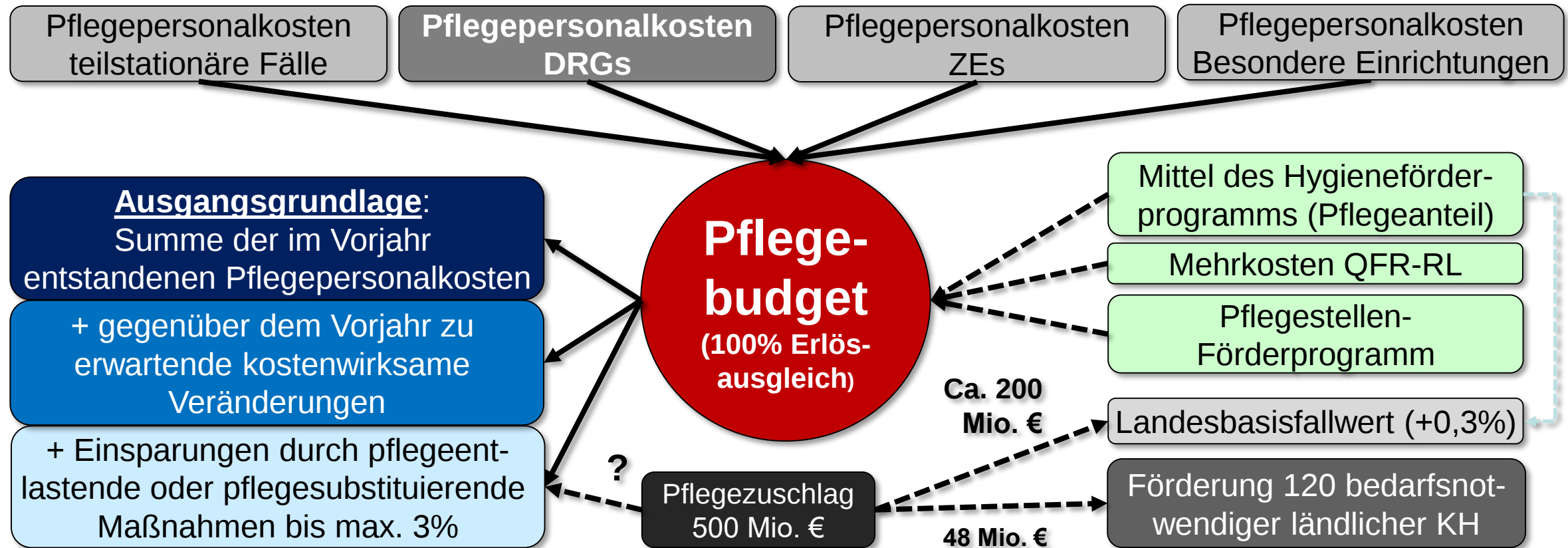
- **Tagesbezug** in der Abrechnung

Echter Paradigmenwechsel !

wie bisher:

- Anreize der **Fallpauschalierung**
- **Mengensteuerung** über **Budgetierung**
- **Preissteuerung** über Landesbasisfallwert

Das neue Pflegebudget



Das neue Pflegebudget

§ 6a Abs. 2 KHEntgG

*„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.**“*

- Was ist ein „sachlicher Grund“? → z.B. Wettbewerbsumfeld?
- Ist höherer Tarifvertrag im Nachbarkrankenhaus ein sachlicher Grund?
- Können neue hauseigene Tarifverträge geschlossen werden, ohne dass Anspruch auf Refinanzierung entfällt? → sollten diese befristet werden?
- Höhere Einstufungen im Tarifvertrag und Vorwegnahme von Entwicklungsstufen zulässig?
- Einsatz von Leasingkräften, Zeitarbeitskräften, „Honorarpflege“?
→ Vermutlich Themen für die Schiedsstellen

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

(Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG)

**Ausgangsgrundlage
für die Ermittlung des
Pflegebudgets**

(ab 2020)

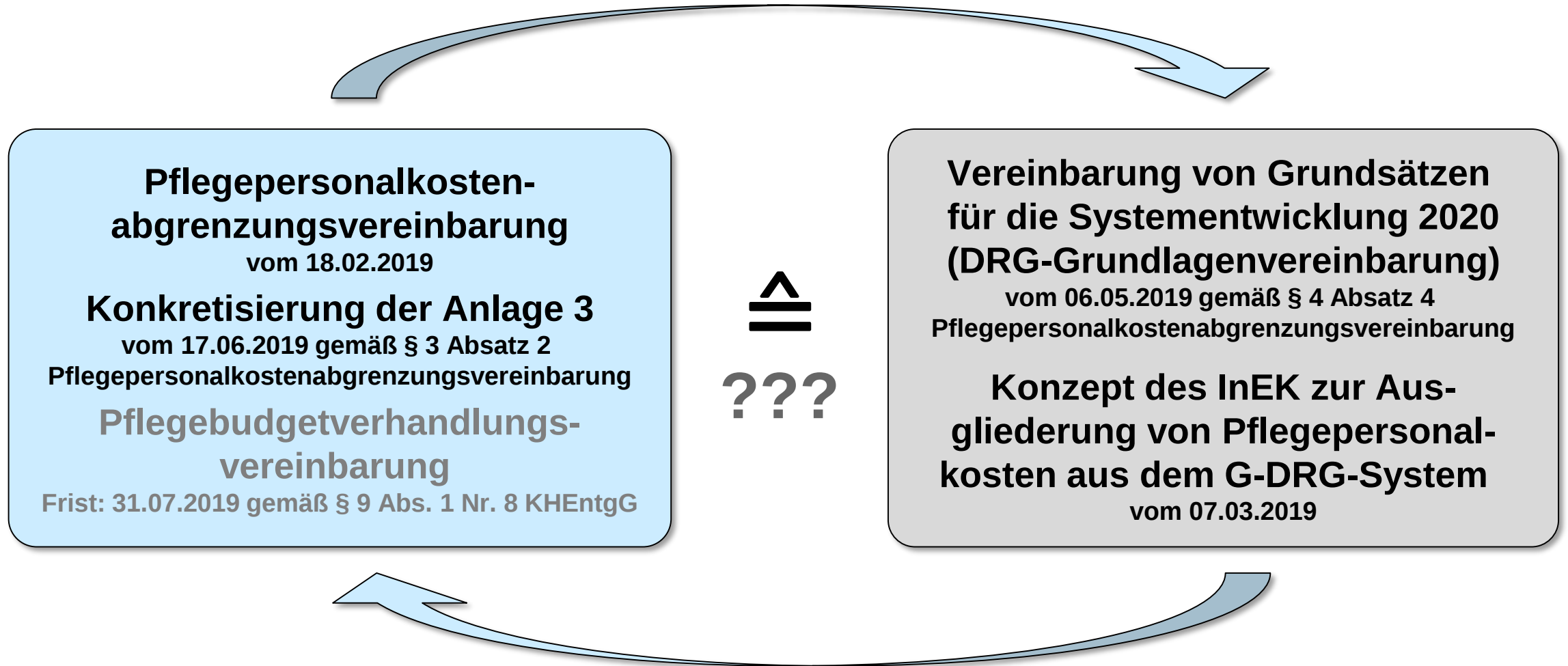
$\triangleq$
???

**Aus dem G-DRG-System
auszugliedernde Kosten**

(„Problem“: erst für G-DRG-System 2021
[Kostendaten 2019] komplett umsetzbar)

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

(Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG)



Ist „Pflege“ eine Tätigkeit oder ein Berufsbild?

Was ist eine Pflegekraft:

3-jährige/einjährige Ausbildung (inkl. Altenpflege?), Auszubildende, Studentische Hilfskräfte, Pflegediensthelfer(innen), BFDler/FSJler, Stationssekretär(innen), MFA, Arzthelfer(innen), ausländische Kräfte im Anerkennungsprozess

Was ist Pflege:

Körperpflege, Hilfe bei Ausscheidung, Mobilität, Gespräch?
Dokumentation, Terminkoordination, Hygieneaufgaben, Personalplanung, Qualitätssicherung, Fortbildung, Anleitung, Patiententransport, Essen austeilen/Hilfestellung, Entlassmanagement, „study nurse“?

- Können **pflegerische Tätigkeiten** auch von **anderen Berufsgruppen** durchgeführt werden?
- Ist alles, was eine **Pflegekraft** (auf einer bettenführenden Station) tut auch „**Pflege**“?

Ist „Pflege“ eine Tätigkeit oder ein Berufsbild?

Beispielhafte Tätigkeit	Beispielhafte Berufsgruppen
Blutabnehmen, Blutzucker(-tagesprofile), Blutgasanalysen, Urinuntersuchungen, Mikrobio	Arzt, Arzthilfe, Physican Assistant, Pflege, Labor
Messen von Blutdruck, Puls, Körpertemperatur, Atmung, Flüssigkeitsbilanzierung	Arzthilfe, Physican Assistant, Pflege
Wundpflege, Verbände, Gipsen	Arzt, Arzthilfe, Physican Assistant, Pflege
Kleinere Funktionsuntersuchungen (EKG, EEG, LZ-Blutdruck, Lungenfunktion, Schlafmedizin)	Arzt, Arzthilfe, Physican Assistant, Pflege, MTA
Patiententransporte, innerbetriebliche Transporte	Pflege, Hilfskräfte
Betten machen/vorbereiten	Pflege, MFA, Hotelfachangestellte, Arzthilfe, Hilfskräfte
Dokumentation, PKMS, Komplexbehandlungen, QS, PpUG, Befundabheftung in der Akte, QM, Casemanagement, Beschwerdemanagement	alle Berufsgruppen
Dienstplangestaltung	Pflege (Stations-/Pflegedienstleitung)
Anforderung von Material, Medikamenten, etc.	Pflege, MFA, Arzthilfe, Stationssekretärin
Praxisanleitung	Pflege
Patientenaufnahme	Pflege, MFA, Hotelfachangestellte, Arzthilfe, Hilfskräfte
Essenbestellung/-austeilung	Pflege, MFA, Hotelfachangestellte, Arzthilfe, Ernährungswissenschaft, Diätassistent, Küche, Stationssekretariat, Hilfskräfte

Ist „Pflege“ eine Tätigkeit oder ein Berufsbild?

Tätigkeit	Berufsgruppen
Medikamentengestellung und –austeilung, Infusionen	Pflege, PTA, Apotheke, Arzthilfe
Vorbereiten von Infusionen	Arzt, Arzthelfer, Physican Assistant, Pflege, PTA/Apotheker
Mobilisation, Dekubitusprophylaxe, Atemgymnastik, Inhalationen	Pflege, Therapie
Vorbereitung der Entlassung mit Anschlussversorgung, Entlassmanagement	Pflege, Sozialdienst, Stationssekretariat
Terminanforderung (z.B. Radiologie, Funktionsdienste), Organisation Krankentransporte	Pflege, MFA, Hotelfachangestellte, Arzthilfe, Stationssekretariat, Hilfskräfte
Hygienetätigkeiten (Überwachung, Desinfektion)	Pflege, spezielle aus-/fortgebildete Mitarbeiter
Seelsorgerische Tätigkeiten	Seelsorger, alle Berufsgruppen
Patientenschulungen, -beratungen (z.B. Stillberatung, Diabetes, Demenz, Angehörige)	Arzt, Pflege, Therapeuten, Ernährungswissenschaft
Essensanreicherung bei Patienten mit Schluckstörung, Demenz	Pflege, Therapeuten, ggf. weitere Berufsgruppen
Stomapflege	Pflege, spezielle aus-/fortgebildete Mitarbeiter

- Grenzen zwischen den Tätigkeiten und Berufsgruppen sind in besonderen Versorgungsstrukturen (Intensivmedizin, Palliativmedizin, Geriatrie, etc.) noch fließender.
 ➔ Tätigkeiten werden von vorhandenem Personal nach dessen Befähigung erbracht (Medikamentengaben, Tracheostomapflege, Absaugen, Bewegungstherapien, u.v.m.)
- **Können/wollen Pflegekräfte zukünftig auf Station weiterführende Aufgaben übernehmen?**

Ist „Pflege“ eine Tätigkeit oder ein Berufsbild?

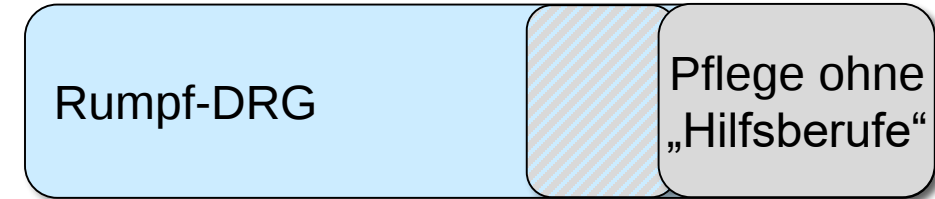
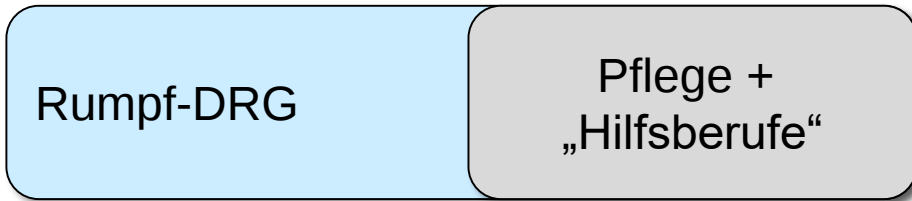
Service oder nicht patienten-
bezogene Tätigkeiten

„Klassische“ Pflege

(Qualifiziertes) Pflegepersonal

Fremde Berufsgruppen

Anreizszenarien in Abhängigkeit der Definition der Pflege



- Anreiz zur Delegation und Substitution von Tätigkeiten bleibt (aufgrund des Personalmangels) bestehen
- Konzentration des Einsatzes der Pflege auf Pflegeaufgaben bleibt bestehen
- Fachkräftemangel wird nicht verstärkt
- Mehr Personal auf Arbeitsmarkt verfügbar, das eingestellt werden kann
➔ Kostensteigerungen?

- Krankenhäuser, die Pflege nur für Kernaufgaben eingesetzt haben, werden benachteiligt
- Freisetzung des Hilfspersonals
- Anreiz Pflege für pflegefremde Tätigkeiten (in der Patientenversorgung) einzusetzen
- Verstärkung des Wettbewerbs und Fachkräftemangels

Welche „Pflege“ kommt ins Pflegebudget?

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG

- Pflege- und Pflegehilfspersonal mit „**Dienst am Krankenbett**“
- Pflegekräfte in **Intensiv**pflege- und –behandlungseinheiten, **Dialyse**stationen sowie **bettenführenden Aufnahmestationen**
- **Schüler** und **Stationssekretärinnen**, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden
- Nach § 17a KHG Abs. 1 S. 3 KHG anzurechnende Anteil der **Auszubildenden**
- **Pflegedienstleitung** (nur i.S. einer Bereichs- oder Stationsleitung, nicht PDL im Krankenhausdirektorium)

Welche „Pflegekosten“ kommen ins Pflegebudget?

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG und KHBV

- **Löhne und Gehälter (KHBV 6001)**
inkl. Vergütungen für Überstunden, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft, nicht in Anspruch genommenen Urlaub, Zuschläge, Zulagen, Sachbezüge für freie Station, Mutterhausabgaben, Altersteilzeit, Gestellungsgelder
- **Gesetzliche Sozialabgaben (KHBV 6101), Aufwendungen für Altersversorgung (KHBV 6201), Aufwendungen für Beihilfen und Unterstützungen (KHBV 6301)**
Arbeitgeberanteile zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung, Zuführungen zu Pensionsrückstellungen, Beiträge zu Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskassen sowie anderen Versorgungseinrichtungen, ferner Ruhegehälter für ehemalige Mitarbeiter des Krankenhauses
- **„Sonstige Personalaufwendungen“ (KHBV 6401)**
z.B. Erstattungen von Fahrtkosten zum Arbeitsplatz und freiwillige soziale Leistungen an die Mitarbeiter (freiwillige Weihnachtsgeschenke, Jubiläumsgeschenke und -zuwendungen, Zuschuss zum Mittagessen), erstattete Umzugskosten
- **Gestellungsgelder, sofern unter Sachkosten verbucht**
- **Im Jahr aufgelöste Rückstellungen**

Welche „Pflege“ kommt **nicht** ins Pflegebudget?

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG

- **Pflegepersonal**, das im **medizinisch-technischen Dienst, Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst**, oder **Verwaltungsdienst** eingesetzt wird (KHBV 6x02, 6x03, 6x05 und 6x07)
→ Funktionspersonal im Operationsbereich, in der Anästhesie (auch Aufwachraum), der Entbindungspflege (im Kreißsaal), den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur
- **Pflegedienstleitung** im **Krankenhausdirektorium**
- **Pflegepersonal** in **Patiententransportdiensten**
- **Pflegepersonal** in der nicht bettenführenden Notaufnahme (Schockraum, Rettungstransporte, Notfallambulanz, zukünftig sicher auch in den geplanten integrierten Notfallzentren)
- **Pflegepersonal** in **ambulanten Leistungsbereichen** (AOP, MVZ, ASV, SPZ, Poliklinik, u.v.m.)
- **Pflegepersonal** zur Behandlung **ausländischer Selbstzahler/Asylbewerber** (wenn nicht Teil des Krankenhausbudgets [Option für Krankenhäuser])
- **Pflegepersonal** bei **NUB** ???
- **Pflegepersonal** der **Ausbildungsstätten nach § 17a KHG** (soweit nicht anzurechnen)
- **Pflegepersonal** in der **vor- und nachstationären Versorgung** (soweit gesondert berechenbar)

Welche „Pflege“ kommt nicht ins Pflegebudget?

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG

- **Pflegepersonal** im **Entgeltbereich** nach §17d KHG (Psych/PEPP)
- **Pflegepersonal** in **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen** (§ 111 SGB V)
- **Pflegepersonal** in **Pflegeeinrichtungen außerhalb des KHEntgG**
- **Pflegepersonal** für **Disease-Management-Programme** (§ 137f SGB V)
- **Pflegepersonal** in der **Besonderen (Integrierten) Versorgung** (§ 140a SGB V)
- **Pflegepersonal** für **Wahlleistungen** für gesondert berechenbare Unterkunft
- **Pflegepersonal** für **Leistungen für externe Dritte** (z.B. Dialyse, Verbringungsleistungen)
→ umgekehrt müssen Kosten externer Dritter mit aufgenommen werden
- **Pflegepersonal** für **Zentrumsleistungen** (z.B. Kinderonkologie, Brustzentren, Geriatrie)
- **Pflegepersonal** in **Forschung und Lehre**
- **Pflegepersonal** für **Qualitätsverträge** (§ 110a SGB V), Projekte **Innovationsfonds** ???

Herausforderung Pflegebudget

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG

- Personalabgrenzung und flexibler Personaleinsatz

Bezeichnung	Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
Besondere Versorgung nach § 140a SGB V [Integrierte Versorgung]	Stunden- aufzeichnungen	Minuten gemäß PPR oder LEP	(gewichtete) Pflegetage

- Umgang mit Leiharbeit

Zurechnung weiterer pflegebudgetrelevanter Kosten	
Sachkosten für Leiharbeiter und Honorarkräfte (ohne direktes Beschäftigungsverhältnis – nur für pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche)	gemäß gebuchter Rechnungsbeträge

- Pflegerische Leistungen von/für externe(n) Dritte(n) – (Sachkosten Spalte 6c der InEK-Matrix!)

- Beiträge zur berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung

Zurechnung weiterer pflegebudgetrelevanter Kosten	
Beiträge zur berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung (Anteil für Pflege)	anteilig entsprechend der gebuchten pflegebudgetrelevanten Beträge in den Konten 60XX und 61XX

- Umgang mit Stationshilfen, klinischen Hausangestellten, Medizinischen Fachangestellten (MFA), pflegerischer Dokumentation (PKMS), Entlassmanagement, ...

Was kommt (nicht) ins Pflegebudget?

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG

Tabelle zur Herleitung der pflegebudgetrelevanten Kosten gemäß Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019				
Spalte 1		Spalte 2a	Spalte 2b	Spalte 2c
Zelle (Id. Nr.)	Bezeichnung	Zuordnung / mögliche alternative Verrechnungsschlüssel (Priorität 1)	Zuordnung / mögliche alternative Verrechnungsschlüssel (Priorität 2)	Zuordnung / mögliche alternative Verrechnungsschlüssel (Priorität 3)
Ermittlung der pflegebudgetrelevanten Kosten				
1	Kosten in der Dienstart 01 (Pflegedienst) nach KHBV	Direkte Zuordnung auf den KHBV-Konten 6001, 6101, 6201, 6301, 6401		
2	Gestellungsgelder, sofern unter Sachkosten verbucht			
3	Rückstellungen gemäß Punkt 2.2			
4	Ausgangsbasis pflegebudgetrelevanter Kosten			
Anteile für nicht pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche (Id. Nr. 5 - 21):				
5	Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psychiatrie und Psychosomatik)	Stundenaufzeichnungen	(gewichtete) Pflegetage	
6	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V	Stundenaufzeichnungen	Minuten gemäß PPR oder LEP	(gewichtete) Pflegetage
7	Personalkosten der Ausbildungsstätten nach § 17a KHG, sofern dem Ausbildungsbudget zuzurechnen und in DA 01 enthalten	gemäß der Zuordnung des Personals für die Ausbildungsstätte		
7a	- davon Praxisanleitung	Siehe Vereinbarung Ausbildungsbudget		
7b	- davon Auszubildende	Siehe Vereinbarung Ausbildungsbudget		
8	Pflegeeinrichtungen außerhalb des KHEntG	Stundenaufzeichnungen	Minuten gemäß PPR oder LEP	(gewichtete) Pflegetage
9	Pflegedienstleistung (inkl. hauptamtliche Stellvertretung) im Krankenhausdirektorium (sofern in Dienstart 01 enthalten)	gemäß der Zuordnung zum Führungspersonal der Krankenhausleitung (z. B. Krankenhausdirektorium, Pflegedirektion, Vorstand)		
10	Ambulante Leistungsbereiche (z. B. ambulantes Operieren nach § 115b SGB V)	Stundenaufzeichnungen	⊙ Zeitaufwand × Anzahl	
11	- Pflegepersonal in der Notfallambulanz / Notaufnahme / Rettungsstelle / Schockraum / Rettungstransporte / nicht bettenführenden Aufnahmestation	Stundenaufzeichnungen	⊙ Zeitaufwand × Anzahl	
12	Personenkreis nach § 4 Abs. 4 KHEntG	Stundenaufzeichnungen	Minuten gemäß PPR oder LEP	(gewichtete) Pflegetage
13	Vorstationäre Leistungen nach § 115a SGB V, soweit gesondert berechenbar	⊙ Zeitaufwand × Anzahl		
14	Nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V, soweit gesondert berechenbar	⊙ Zeitaufwand × Anzahl		
15	Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V [Disease Management Programme]	Stundenaufzeichnungen	Minuten gemäß PPR oder LEP	(gewichtete) Pflegetage
16	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V [Integrierte Versorgung]	Stundenaufzeichnungen	Minuten gemäß PPR oder LEP	(gewichtete) Pflegetage
17	Pflegeleistungen im Rahmen der Wahlleistung für gesondert berechenbare Unterkunft	⊙ Zeitaufwand × Anzahl		
18	Pflegerische Leistungen für externe Dritte	ausgewiesener Rechnungsbetrag		
19	Pflegepersonal, deren Leistungen über Zentrumszuschläge nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntG finanziert werden	Sofern der G-BA im Rahmen der Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 135c Abs. 5 SGB V Leistungen festlegt, die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung umfassen und zuschlagsfähig ausgestaltet sind.		
20	Pflegepersonal in Forschung und Lehre (z. B. Leistungen für Studienpatienten außerhalb des KHEntG)	Stundenaufzeichnungen	⊙ Zeitaufwand × Anzahl	
21	Innenbetriebliche Patiententransportdienste (Kost 9141)	Abgrenzung gemäß Stellenplan		
22	verbleibende pflegebudgetrelevante Pflegepersonalkosten (im direkten Beschäftigungsverhältnis) - Voll- und teilstationäre Leistungsbereiche (Haupt- und Belegabteilungen) - Vor- und nachstationäre Leistungen (soweit nicht gesondert berechenbar) - Stationäre Behandlungsleistungen für "Studienpatienten" (soweit nicht anderweitig vergütet) - Besondere Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG - Behandlung von Zivilpatienten in Bundeswehrkrankenhäusern - Patientenbehandlungen in Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (soweit nicht die Unfallversicherung die Kosten trägt)			
Weitere pflegebudgetrelevante Kosten				
23	Anzurechnender Anteil der Personalkosten für Auszubildende in der Pflege (sofern nicht in Dienstart 01 enthalten)	Ermittlung gemäß Ausbildungsbudget		
24	Sachkosten für Leiharbeiter und Honorarkräfte	Gemäß gebuchter Rechnungsbeträge		
25	Pflegerische Leistungen von externen Dritten	ausgewiesener Rechnungsbetrag		
26	Beiträge zur berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung (Anteil für Pflege)	Anteilig entsprechend der gebuchten pflegebudgetrelevanten Beträge in den Konten 600X und 610X		

Welche „Pflege“ kommt nicht ins Pflegebudget?

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG

- Wie **präzise** sind die **KHBV** und **Kalkulationsvorgaben** bzw. können diese überhaupt sein?
- Kann die **Korrektheit** der Kostenzuordnung bei der **Kalkulation** und Vereinbarung des **Budgets** ausreichend geprüft werden?

Wer prüft?

- ➔ Ausgliederung: InEK
- ➔ Pflegebudget: Wirtschaftsprüfer (und Krankenkassen?)
- ➔ Dass die für 2020 ausgegrenzten Pflegepersonalkosten methodisch exakt den in die Pflegebudgets 2020 eingehenden Pflegepersonalkosten entsprechen werden, ist unwahrscheinlich

pflegeentlastende/-substituierende Maßnahmen

(§ 6a Abs. 2 Sätze 6ff. KHEntgG)

- **Einsparungen** von **Pflegepersonalkosten** durch **pflegeentlastende** oder **pflegesubstituierende Maßnahmen** können erhöhend (bis zu 3 %) im Pflegebudget berücksichtigt werden
 - Gesetzesbegründung für die Begrenzung: persönliche Pflege soll nicht in zu hohem Umfang durch alternative technische Maßnahmen ersetzt werden
 - Auch die Fortsetzung bereits ergriffener Maßnahmen ist berücksichtigungsfähig
 - Einsparende Wirkung ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen nachzuweisen (→ Vereinbarung zu § 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG beachten?!)
 - Gesetzgeber geht von einem bundesweit verhandelbaren zusätzlichen Geldvolumen in Höhe von 550 bis 600 Mio. € aus
- Was könnten **pflegeentlastende** und/oder **pflegesubstituierende Maßnahmen** sein?

pflegeentlastende/-substituierende Maßnahmen

(§ 6a Abs. 2 Sätze 6ff. KHEntgG)

Beispiele aus der Gesetzesbegründung (Kabinettsentwurf):

- **Prozessoptimierungen** um Pflegepersonal in der Patientenversorgung in seinen **Kernkompetenzen** zu entlasten, z.B. durch **Hilfspersonal** oder **technische Lösungen**
- Ersatz durch vermehrten **Einsatz von Robotik**
- Voraussetzung: keine Beeinträchtigung oder Gefährdung der Patientensicherheit

Beispiele aus: Rau F. Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: Was ändert sich?

(das Krankenhaus 12/2018, S. 1113-20)

- Übertragung Essensausgabe oder Wäschedienst auf andere Personalgruppen
- Medikamentengabe durch pharmazeutisch-technische Assistenten
- Mobilisation von Patienten durch Physiotherapeuten
- *IT-gestützte Dokumentationshilfen, Pflegeroboter, Intelligente Pflegewagen*

pflegeentlastende/-substituierende Maßnahmen

(§ 6a Abs. 2 Sätze 6ff. KHEntgG)

Eingesparte Pflegepersonalkosten	400.000 €
Kosten der Maßnahme	300.000 €
Eingesparte Gesamtkosten	100.000 €

Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 3 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.

- ➔ z.B. wieviel VK, welcher Qualifikation und tariflichen Einordnung?
- ➔ Könnten hier auch Einsparung der Nutzung von Leasingkräften geltend gemacht werden?

pflegeentlastende/-substituierende Maßnahmen

(§ 6a Abs. 2 Sätze 6ff. KHEntgG)

b) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:

„Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, sind **diese Kosten** bis zu einer Höhe von **5 Prozent** bei der Vereinbarung des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. **Die Kosten der pflegeentlastenden Maßnahmen** sowie die zweckentsprechende Mittelverwendung sind durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen.“

Beschlussempfehlung (Bundesrats-Ds.: 359/1/19)

Pflege im Kontext der unterschiedlichen Instrumente

(ohne Gewähr!)

Was ist Pflege ???

	Pflegestellen-Förderprogramm	Pflegepersonal-untergrenzen	Pflegepersonal-quotient	Pflegebudget (z.T. Annahmen)
<u>Pflegefachkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen</u>				
Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz	✓	✓	✓	✓
Personal, das die Erlaubnis für das Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Altenpflegegesetz erteilt wurde	X	✓	✓	✓
Personal, das die Erlaubnis für das Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Pflegeberufgesetz erteilt wurde (Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (zukünftig))		✓	✓	✓
<u>Pflegehilfskräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen</u>				
Personen, die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben (mit Mindestanforderungen gemäß „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“)	X	✓ (ggf. anteilig)	✓	✓
Personen, die eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer erfolgreich abgeschlossen haben oder	X	✓ (ggf. anteilig)	✓	✓
Personen, denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 04.06.1985 (BGBl. I S. 893) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist.	X	✓ (ggf. anteilig)	✓	✓
Überstunden		✓	X	✓
Bereitschaftsdienste		X	X	✓
<u>Weitere Berufe/Sachverhalte aus der Pflegekostenabgrenzungsvereinbarung (unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen):</u>				
Gesundheits- und Pflegeassistent, Pflegefachhilfe, Sozialassistent	X	X(?)	?	✓
Stationssekretärinnen und Schüler, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden	X	X	?	✓
Arbeitnehmerüberlassung/Honorartätigkeit	?	✓	✓	✓ (Höhe?)
FSJler/BFDer, Personal mit 6-wöchigem Basiskurs, etc. soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden	X	X	✓ (vermutlich)	✓ (vermutlich)

Pflege im Kontext der unterschiedlichen Instrumente

(ohne Gewähr!)

Was ist Pflege ???

	Pflegestellen- Förderprogramm	Pflegepersonal- untergrenzen	Pflegepersonal- quotient	Pflegebudget (z.T. Annahmen)
<u>Pflegefachkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen</u>				
Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz	✓	✓	✓	✓
Personal, das die Erlaubnis für das Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Altenpflegegesetz erteilt wurde	X	✓	✓	✓
Personal, das die Erlaubnis für das Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Pflegeberufgesetz erteilt wurde (Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (zukünftig))		✓	✓	✓
<u>Pflegehilfskräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen</u>				
Personen, die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben (mit Mindestanforderungen gemäß „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenzberufen in der Pflege“)				✓
Personen, die eine landesrechtlich geregelte Ausbildung zur Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben				✓
Personen, denen auf der Grundlage des KrPflG (BGBl. I S. 893) in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt wurde		(ggf. anteilig)	✓	✓
Überstunden		✓	X	✓
Bereitschaftsdienste		X	X	✓
<u>Weitere Berufe/Sachverhalte aus der Pflegekostenabgrenzungsvereinbarung (unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen):</u>				
Gesundheits- und Pflegeassistent, Pflegefachhilfe, Sozialassistent	X	X(?)	?	✓
Stationssekretärinnen und Schüler, soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden	X	X	?	✓
Arbeitnehmerüberlassung/Honorartätigkeit	?	✓	✓	✓ (Höhe?)
FSJler/BFDe, Personal mit 6-wöchigem Basiskurs, etc. soweit diese auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden	X	X	✓ (vermutlich)	✓ (vermutlich)

Wird hier ein neues
Pflegepersonalbemessungsinstrument
eine Auskunft geben?

Abzahlung des Pflegebudgets über tagesbezogene Entgelte nach dem Pflegeerlöskatalog (§ 17b Abs. 4 KHG und § 6a KHEntgG)

DRG-Abrechnung:

$$\text{Bewertungsrelation} \times \text{Landesbasisfallwert} = \text{Erlös}$$

Pflegeerlösabrechnung:

$$\text{Bewertungsrelation} \times \text{Verweildauer} \times \text{Krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert} = \text{Erlös}$$

Berechnung des Krankenhaus individuellen Pflegeentgeltwerts:

$$\frac{\text{Pflegebudget Pflegekosten}}{\text{„Pflegedaymix“}} = \text{Krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert}$$

100 % Ausgleich

(am Ende zählen die testierten Ist-Kosten und nicht das verhandelte Pflegebudget)

Abzahlung des Pflegebudgets über tagesbezogene Entgelte nach dem Pflegeerlöskatalog (DRG-Grundlagenvereinbarung vom 06.05.2019)

- **Tagesbezogene Bewertungsrelationen** für alle voll- und teilstationären Fälle
 - Soweit möglich durch das InEK **anhand von Kostendaten kalkuliert** (auch für bislang unbewertete DRGs (Anlagen 3a/3b FPV))
 - Für alle DRGs und teilstationäre Leistungen, bei denen keine tagesbezogene Bewertungsrelationen für die Pflege kalkuliert werden können und für Fälle in Besonderen Einrichtungen, wird mit der **Bewertungsrelation von 1 pro Tag** abgerechnet (→ vermutlich erstmalige Normierung des Pflegeerlöskatalogs auf den Durchschnitt)
- Vorgaben zum Umgang mit den **Jahresüberliegern** sollen in der FPV 2020 geregelt werden
→ auch spannendes Thema für die Entgeltvereinbarungen!

Pflegeerlöse vor der Entgeltverhandlung 2020

Reichen die Abschlagszahlungen?

§ 15 Abs. 2a S. 1 KHEntgG:

*Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag **130 Euro** und für jeden teilstationären Belegungstag **65 Euro** abzurechnen.*

- Reicht das aus?
- Entstehen nennenswerte Liquiditätsengpässe?
- Einfluss auf den Verhandlungszeitpunkt?
- Bestand der Regelung?

Pflegeerlöse vor der Entgeltverhandlung 2020

Reichen die Abschlagszahlungen?

- **Die Abschlagszahlungen sind in Bezug auf das Gesamtsystem äußerst knapp bemessen!**
- Wegfall oder erhebliche Reduktion der ZE für PKMS und Pflegegrade
- Nach den Werten des Statistischen Bundesamtes wäre für allgemeine Krankenhäuser von Pflegepersonalkosten von ca. 138 € pro Tag auszugehen
- Seit 2017 sind die Pflegepersonalkosten vermutlich deutlich gestiegen (Tarifsteigerungen, Pflegeförderprogramm, Pflegepersonaluntergrenzen, mehr höher qualifiziertes Personal)
- ➔ bei einer konservativen Steigerungsrate von 2,5% p.a.
wäre **2020 von Kosten von fast 150 € pro Tag auszugehen**
- ➔ Für ein Krankenhaus mit 20.000 Fällen und einer mittleren Verweildauer von 6 Belegungstagen wäre das ein Liquiditätsverlust von $20\text{€} \cdot 20.000 \cdot 6 = 2,4 \text{ Millionen Euro/a}$ (200.000€/Monat)
- ➔ Ausschüsse des Bundesrates empfehlen die Erhöhung auf 160 €/ 80 €

Pflegeerlöse vor der Entgeltverhandlung 2020

Reichen die Abschlagszahlungen?

- **Grundkonzeption nicht sinnvoll**, denn Anteil der Pflegepersonalkosten ist sehr unterschiedlich:
 - ➔ die 130 € gelten sowohl für einen Tag in der HNO, Geriatrie, Intensivmedizin, Neonatologie,...
 - ➔ **Liquidität wird unterschiedliche Krankenhäuser in unterschiedlichem Maß betreffen**
 - ➔ **Was werden 2020 Ihre Pflegepersonalkosten pro Tag sein ???**
- Allerdings werden bis zur neuen Vereinbarung vermutlich die bisherigen Entgelte für einige unbewertete DRGs und ZE, die auch noch Pflegekostenanteile enthalten, weiter erhoben
 - ➔ sofern nicht vom InEK Pflegeerlöse für unbewertete Leistungen kalkuliert werden können (und diese von den unbewerteten Entgelten abgezogen werden)
 - ➔ **Einzig sinnvoll wäre die Vorgabe eines (vom InEK ermittelten) vorläufigen Pflegeentgeltwertes** (z.B. fortgeschriebene Bezugsgröße) und
 - ➔ **Nutzung des Pflegeerlöskatalogs 2020**

Pflegebudget, Pflegeerlöse und MD-Prüfungen?

- Die fallindividuellen Pflegeerlöse sind sowohl von der **DRG** als auch von der **Verweildauer** und damit vom Ergebnis der MD-Prüfungen abhängig
- Bei einer **Selbstkostendeckung** (100%-Ausgleich) haben die Ergebnisse der Fallprüfungen in Bezug auf die Pflegeerlöse ausschließlich einen Effekt auf den **Wettbewerb der Krankenkassen** untereinander
 - ➔ Fehlanreize, Bürokratie und Blockierung von MD-Ressourcen
- ➔ **Prüfungen mit Ziel der Reduktion der Pflegeerlöse sollen verhindert werden!**
(hierzu besteht Einigkeit)

Pflegebudget, Pflegeerlöse und MDK-Prüfungen?

SV: § 4 Abs. 6 der DRG-Grundlagenvereinbarung vom 06.05.2019

- Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG **nur dann berücksichtigt**, wenn sich durch diese Kürzung eine **Änderung der effektiven Bewertungsrelation** der DRG ergibt.
- ➔ Bei Prüfungen zur unteren/oberen Grenzverweildauerüberschreitung/Verlegung
- ➔ Bei Kodierprüfungen und Indikationsprüfungen mit DRG-Wechsel
- ➔ Verweildauerprüfungen mit DRG-Wechsel (z.B. Komplexbehandlungen)
- ➔ Primäre Fehlbelegungsprüfungen
- ➔ Fallzusammenführung
- ➔ Nur nicht Verweildauerreduktionen innerhalb des Inlierfensters!

Pflegeerlöse bleiben Teil
des **Prüfpotenzials** und
der **Sanktionszahlungen!**

Pflegebudget, Pflegeerlöse und MDK-Prüfungen?

Gesetzgeber: § 275c Abs. 6 Nr. 1 SGB V (Kabinettsentwurf: MDK-Reformgesetz)

- *Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; **Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben***
- ➔ **Reduktion des Prüfpotenzials** (uGVD, Beatmungszeiten, primäre Fehlbelegung)
- ➔ Aber: **Komplexitätszunahme** für das Controlling und die KIS-Hersteller !!!
 - ➔ Bei erfolgreicher **primärer Fehlbelegungsprüfung** kann ein Fall **zwei Abrechnungsarten** (z.B. ambulant/stationär) haben ➔ Cave: Fallzählung
 - ➔ Bei erfolgreicher **Kodierprüfung** kann ein Fall **zwei DRGs** haben
 - ➔ Bei Prüfung auf **Fallzusammenführung** sogar **mehr als zwei DRGs!**

Das neue Rumpf-DRG-System (aG-DRG-System)

DRG-Grundlagenvereinbarung vom 06.05.2019

- 2020 so **wenige Änderungen** wie notwendig am „Klassifikationsalgorithmus“ des DRG-Systems
- Kalkulation- und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zunächst **wie bisher**
→ Beibehaltung des Konzepts der Gesamtkostenhomogenität?
- Aber: Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Fallebene
- **Sortierreihenfolge** der G-DRGs wird ohne Pflegepersonalkosten vorgenommen
→ Mehr und bedeutsamere Migrationen als üblich
- **Normierung** mit Hilfe eines aG-DRG-Kataloges 2019 **nach bisheriger Methodik** (Adjustierung des aG-DRG-Casemixvolumens auf Bundesebene)
→ führt zu (nicht zu verhindernden) technischen Katalogeffekten auf Landesebene

Das neue Rumpf-DRG-System (aG-DRG-System)

Konzept des InEK gem. § 17b Abs. 4 KHG zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten:

„Eine kurzfristige Umstellung des gesamten Kalkulationsprozesses in den Kalkulationshäusern und im InEK auf die konsentierte Definition „Pflege am Bett“ der Vertragsparteien auf Bundesebene mit den korrespondierenden Umstellungen im gemeinsamen Miteinander im Rahmen des Plausibilisierungsverfahrens ist nicht möglich. Die Kongruenz zwischen Kalkulation und Vergütung in der Datenbasis muss in mehreren Schritten in einem mehrjährigen Prozess wiederhergestellt werden.“

Dr. Heimig auf dem 18. DRG-Forum am 21.03.2019:

„Einen so disruptiven Eingriff in so kurzer Zeit haben wir noch nicht vorgenommen.“

„Keiner weiß, was am Ende der Umstellung herauskommen wird. Klar sei nur, dass die Auswirkungen für die Krankenhäuser teils erheblich sein werden.“

Das neue Rumpf-DRG-System (aG-DRG-System)

- Über die auszugrenzenden Module bestand relativ schnell Einigkeit
- **Aber:** was dort (zukünftig) hinein zu buchen ist, wird sukzessive konkreter festgelegt (zuletzt Konkretisierung der Anlage 3 zum 17.06.2019)
- Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung ist rückwirkend nur ab 2019 anzuwenden, für die Kalkulation und Normierung des G-DRG-Systems 2020 wurden jedoch Kostendaten aus 2018 (Rückfragen möglich) und 2017 genutzt
- Problematisch sind auch die Pflegepersonalkosten in der Patientenaufnahme

Anlage 1: Kontenabgrenzung – auszugliedernde Module gemäß InEK-Matrix

Kostenartengruppe	Kostenstellengruppe										
	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	Personalkosten Ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflegedienst	Personalkosten med.- techn. Dienst / Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Implantate / Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten med. Infrastruktur	Sachkosten nicht med. Infrastruktur
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation	1										
Intensivstation	2										
Dialyseabteilung	3										
OP-Bereich	4										
Anästhesie	5										
Kreißsaal	6										
Kardiologische Diagn. /Ther.	7										
Endoskopische Diagn. /Ther.	8										
Radiologie	9										
Laboratorien	10										
Diagn. Bereiche	11										
Therap. Verfahren	12										
Patientenaufnahme	13										

Legende:



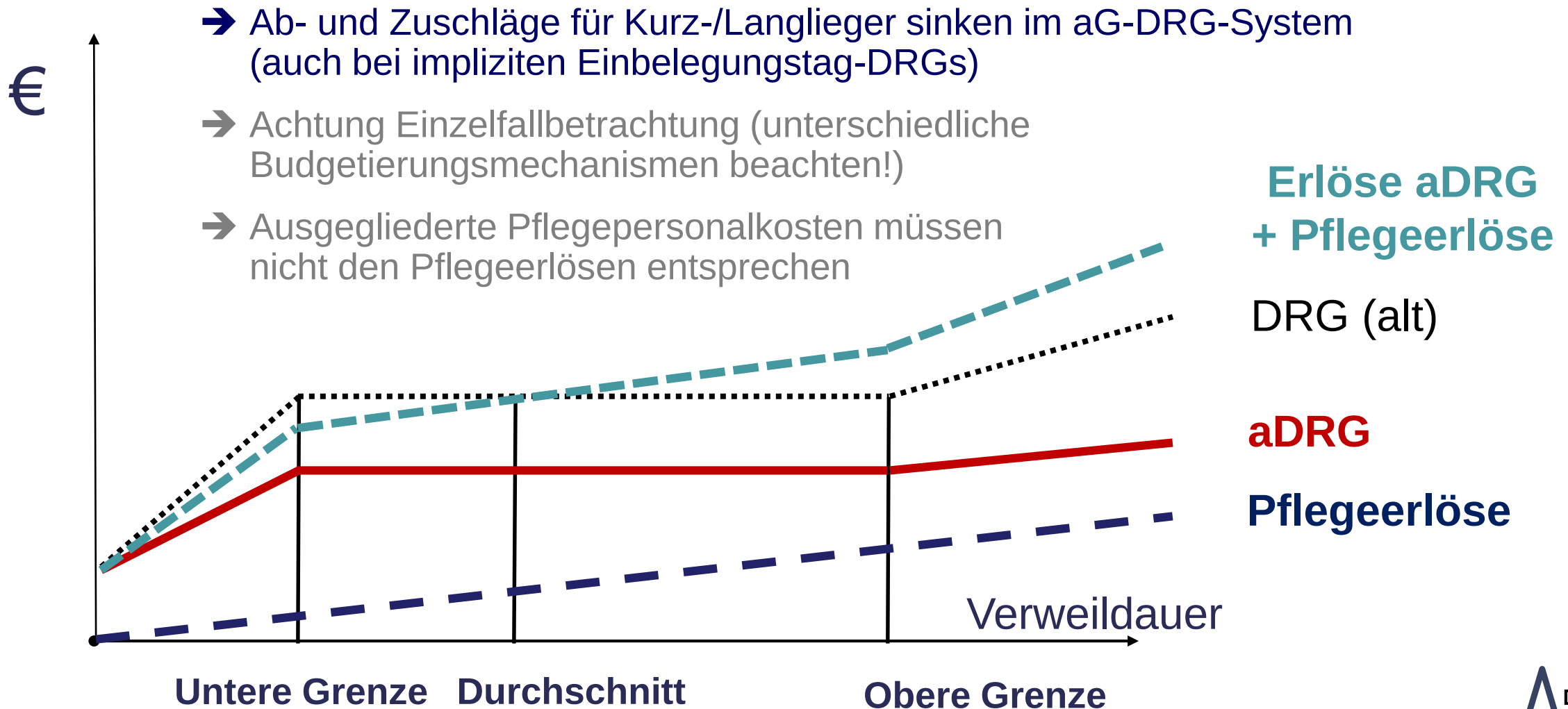
Die Module sind vollständig auszugliedern.



Relevant sind nur die Kosten der bettenführenden Aufnahmestation.

Quelle: Anlage 1 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung:

Mögliche Vergütungsprofile nach Ausgliederung der Pflegekosten



Das neue Rumpf-DRG-System (aG-DRG-System)

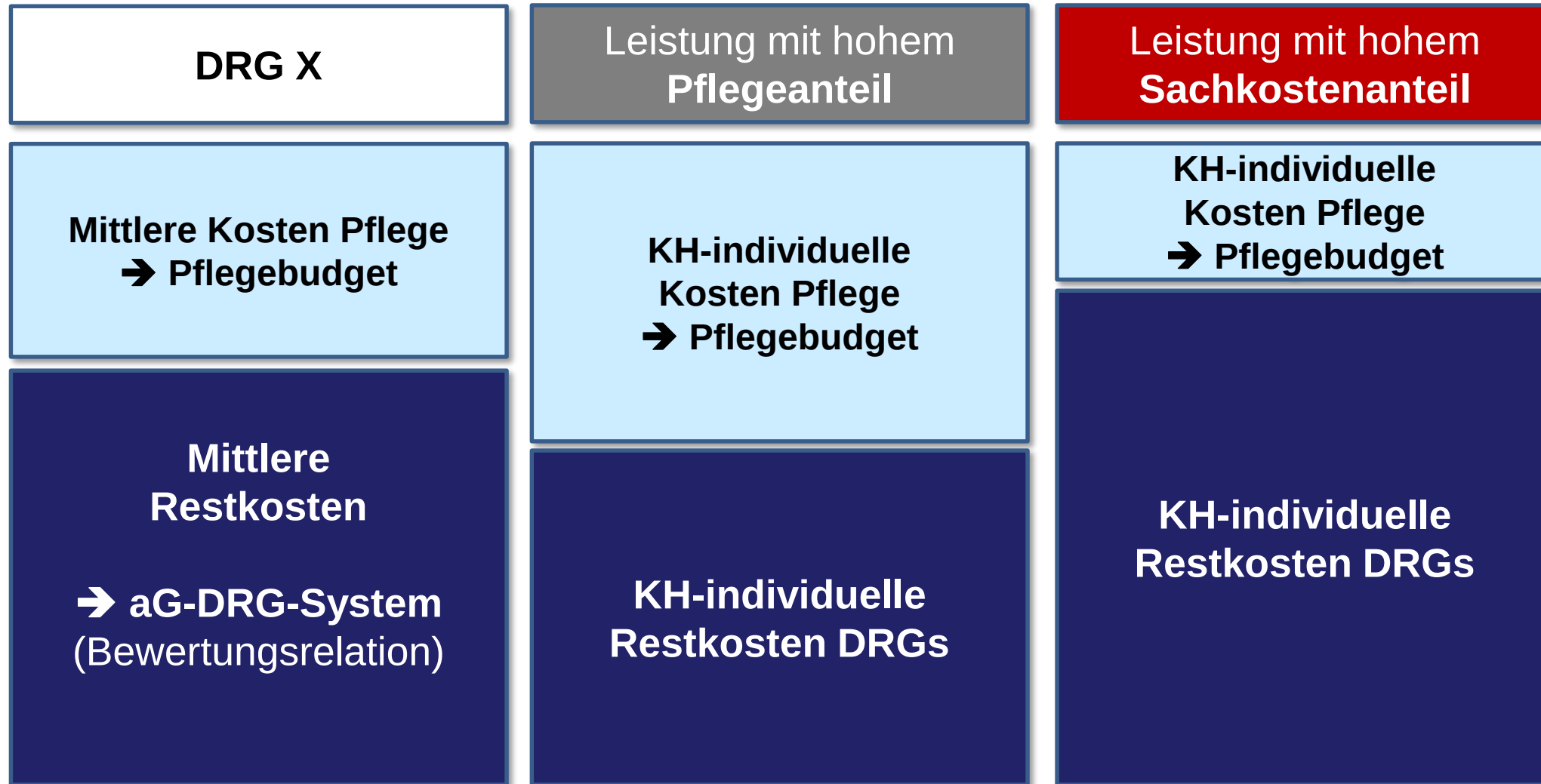
Konzept des InEK gem. § 17b Abs. 4 KHG zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten

Zusatzentgelte, die einen nennenswerten Anteil von Pflegepersonalkosten enthalten:

- ZE60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ca. 35%)
 - ZE130 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (ca. 70%)
 - ZE131 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen (ca. 70%)
 - ZE145 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (ca. 35%)
 - ZE162 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1) (ca. 85%)
 - ZE163 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2) (ca. 85%)
 - ZE2019-03 ECMO und PECLA
 - ZE2019-17 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
 - ZE2019-26 Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
 - ZE2019-36 Versorgung von Schwerstbehinderten
 - ZE2019-40 Naturheilkundliche Komplexbehandlung
 - ZE2019-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
 - ZE2019-133 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst
 - ZE2019-134 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst
-
- **Dialyseverfahren**

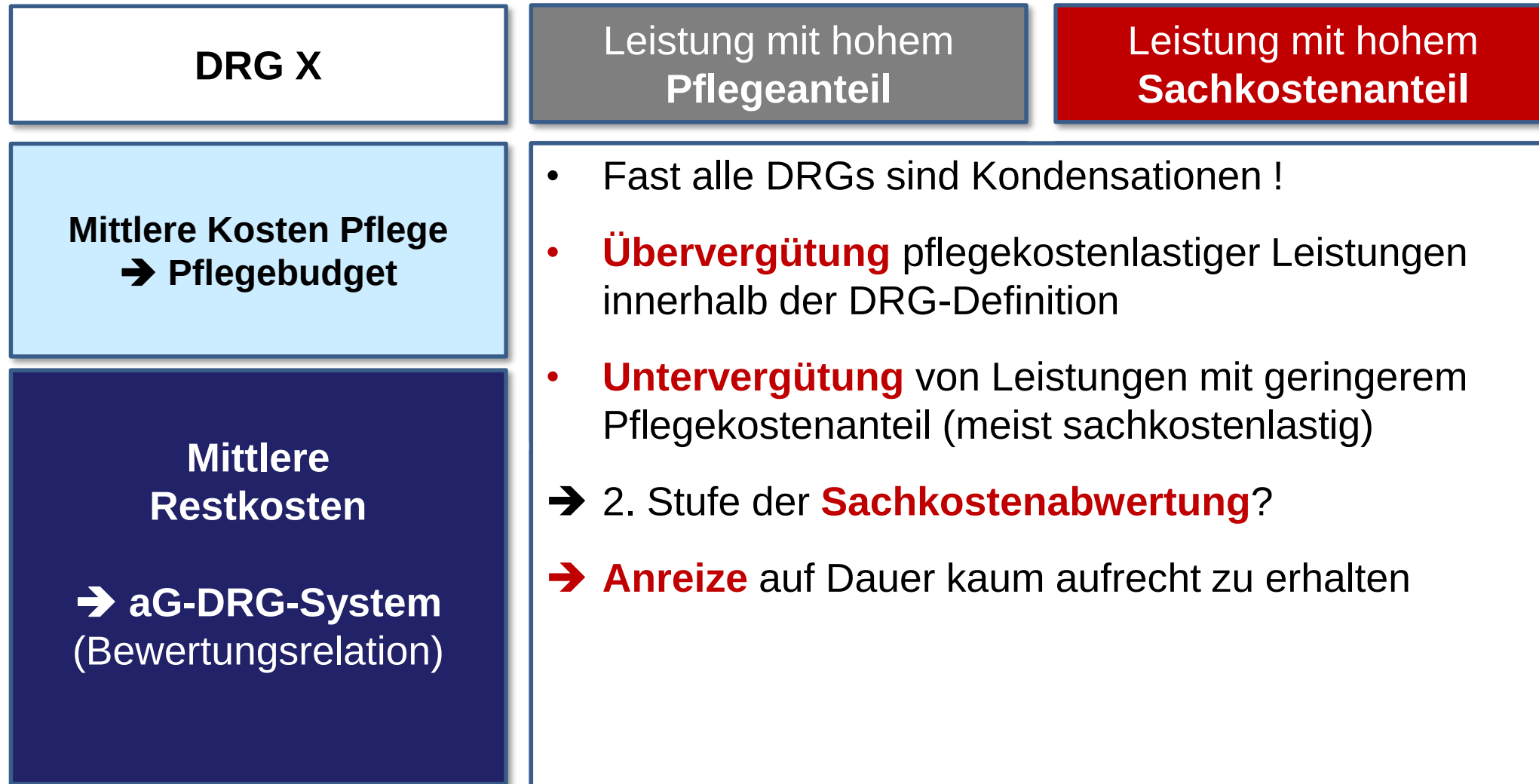
Das neue Rumpf-DRG-System (aG-DRG-System)

Anreize bei DRGs mit inhomogener Kostenzusammensetzung („Kondensationen“)



Das neue Rumpf-DRG-System (aG-DRG-System)

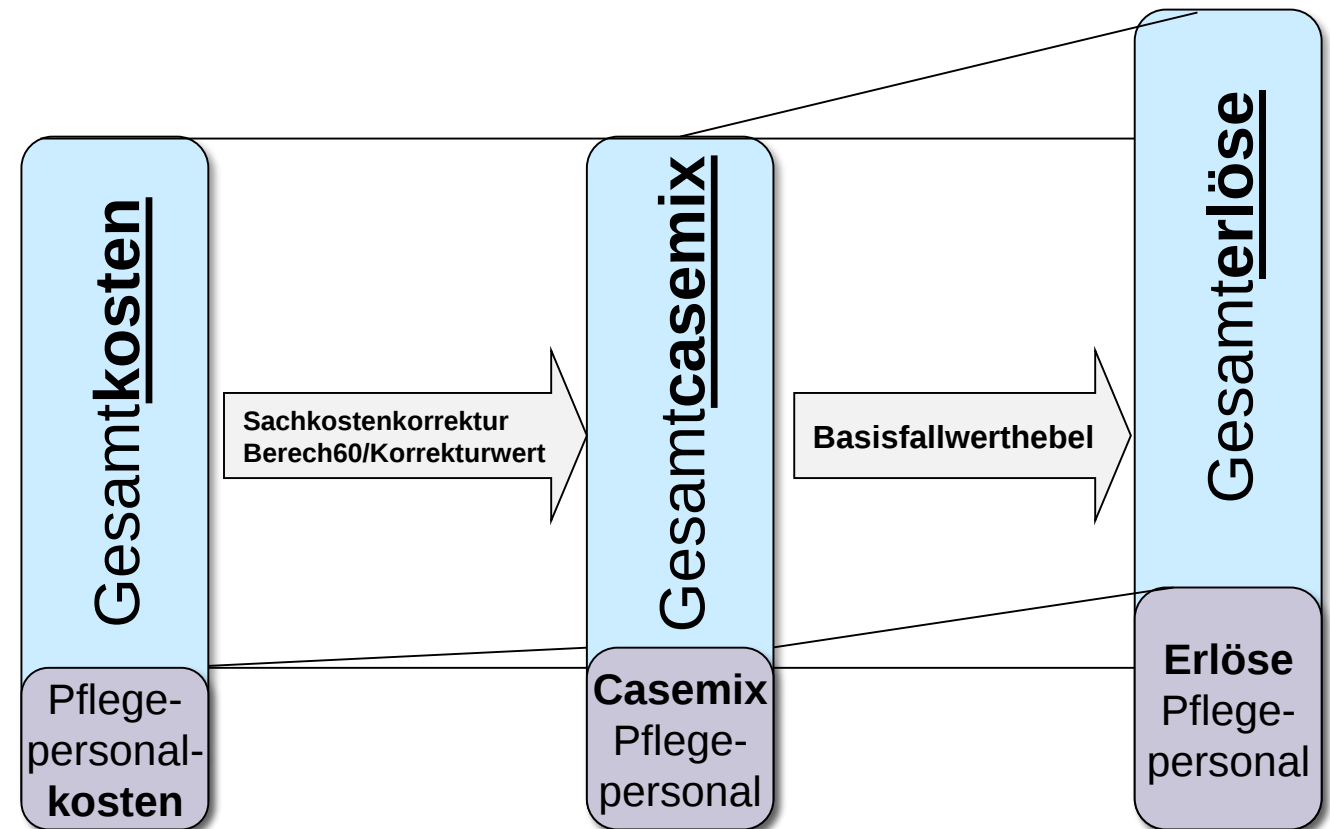
Anreize bei DRGs mit inhomogener Kostenzusammensetzung („Kondensationen“)



Ausgliederung und das neue Pflegebudget

Keine reine Umverteilung - Basisfallwerthebel und Sachkostenkorrektur

- Basisfallwerthebel 2019:
 - Bezugsgröße: 3.096,24 €
 - Bundesbasisfallwert: 3.544,97 €
 - „Hebel“: + 14,5 %
- Sachkostenkorrektur 2019:
 - Abwertung Sachkosten: - 6,5 %
 - Aufwertung Personalkosten + 1,7 %
 - Korrekturwert: 3.045,17 €
 - Bundesbasisfallwert: 3.544,97 €
 - „Hebel“: + 16,4 %
- Werte für 2020 noch unbekannt
 - ➔ bei einem Veränderungswert von 3,66% (zzgl. LBFW-Steigerung von mind. 0,3%) deutliche Hebelwirkung zu erwarten!



Ausgliederung und das neue Pflegebudget

Keine reine Umverteilung!

„Es gehöre aber auch zur Wahrheit, dass die Debatte rund um das Pflegepersonal zusammenhänge mit der Investitionsfinanzierung. In manchen Bundesländern seien die Häuser gezwungen, Honorare der Krankenkassen, die eigentlich zur Finanzierung des laufenden Betriebs gedacht seien, für Investitionen zu verwenden, weil die Länder ihren Pflichten nicht nachkämen.“ (J. Spahn)

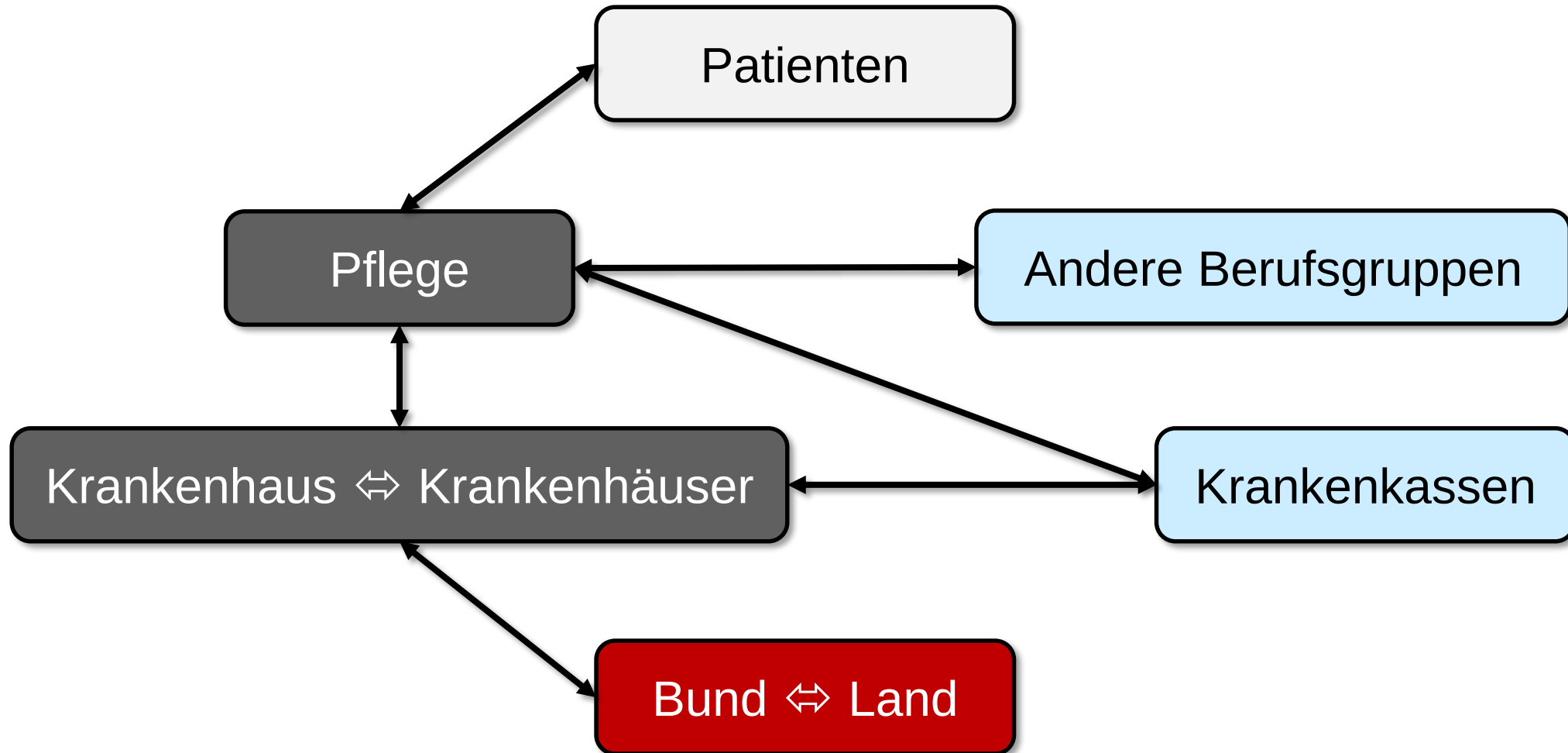
Quelle: www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/fw/heftarchiv/ausgabe/artikel/fw-4-2018-sonderausgabe-17-drg-forum-2-reha-forum/35069-spahn-redesign-your-krankenhauslandschaft/ (16.04.2018)

„In Zukunft sollen keine Gewinne oder Verluste mehr am Pflegebett entstehen, aus Pflegeerlösen sollen zudem keine Investitionsmittel mehr abgezweigt werden. „Der Schlüssel liegt mehr denn je bei den Ländern“, betonte Rau mit Blick auf die „unterirdische Situation im Bereich der Investitionsmittel“. Nimmt man 2015 als Referenzmaßstab, gebe es eine Förderlücke zwischen 50 und 60 Prozent. Bis zu 3,4 Mrd. Euro entnähmen die Kliniken aus den Betriebsmitteln, um Investitionen zu finanzieren.“ (F. Rau, BMG)

Quelle: www.bibliomedmanager.de/drg-forum/nationales-drg-forum/drg-forum-news/detailansicht/37732-rau-es-geht-nicht-um-selbstkostendeckung-und-blackbox/ (21.03.2019)

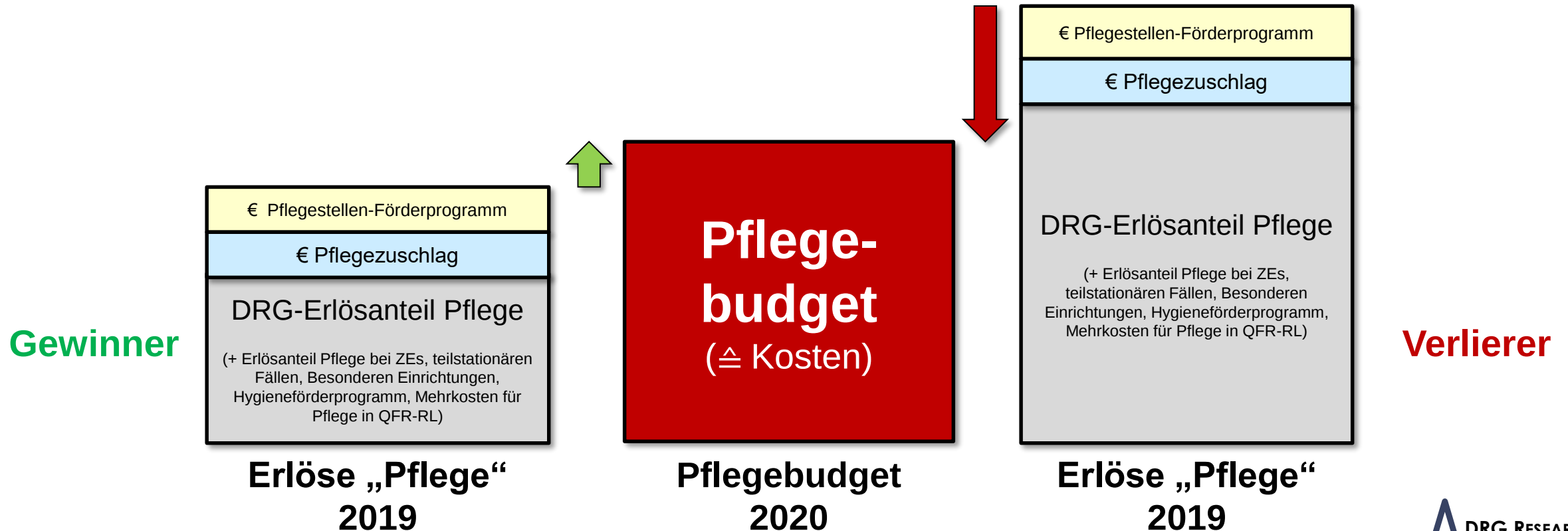
Ausgliederung und das neue Pflegebudget

Gewinner und Verlierer



Ausgliederung und das neue Pflegebudget

Gewinner und Verlierer



Ausgliederung und das neue Pflegebudget

Gewinner und Verlierer

- Gewinnen könnten Krankenhäuser mit vergleichsweise **hohen Pflegekosten**
 - Gewinnen könnten Krankenhäuser mit **geringer Auslastung** bei **hoher Personalvorhaltung**
 - Gewinnen könnten Krankenhäuser mit **wenig pflegeentlastendem Personal**
 - Gewinnen könnten Krankenhäuser mit vergleichsweise **langen Verweildauern**
 - Gewinnen könnten Krankenhäuser mit vergleichsweise **vielen Fehlbelegungsprüfungen**
- ➔ In der Summe wird den Krankenhäusern vermutlich Geld entzogen (im Vergleich zum Remain)
- ➔ Wird eine Lücke bei der Investitionskostenfinanzierung offenbar?

Schutz durch Kappungsgrenze?

(§ 6a Absatz 6 KHEntgG)

„Ist die für das Jahr 2020 zu vereinbarende **Summe aus dem Gesamtbetrag** nach § 4 Absatz 3 Satz 1 **und dem zu vereinbarenden Pflegebudget** um **mehr als zwei Prozent** und für das Jahr 2021 um mehr als vier Prozent niedriger **als der jeweils vereinbarte Vorjahreswert**, ist für diese Jahre das Pflegebudget so zu erhöhen, dass damit die Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget für das Jahr 2020 auf zwei Prozent und für das Jahr 2021 auf vier Prozent begrenzt wird.

Diese Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt nicht der Pflicht zur Rückzahlung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel nach der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8.

Satz 3 findet **keine Anwendung** bei einer Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget aufgrund von **Leistungsrückgängen**“

Schutz durch Kappungsgrenze?

(§ 6a Absatz 6 KHEntgG)

2019

Gesamtbetrag:

- E1 (DRGs)
- E2 (ZE)
- E3 (unbewertete Leistungen)

- Pflegezuschlag
- Pflegestellen-Förderprogramm
- Hygieneförderprogramm
- Mehrkosten QFR-RL

2020 (2% + ca. 3%)

Gesamtbetrag:

- E1 (DRGs)
- E2 (ZE)
- E3 (unbewertete Leistungen)
- Katalogeffekte
- Überliedereffekte?
- **LBFW-Steigerung**
- Leistungssteigerung

Pflegebudget:

- Zzgl. bis zu 3% für pflegeentlastende/-substituierende Man.
- Zzgl. (**geplanter**) Personalaufbau
- Abzgl. Abwanderung

2021 (4% + x)

Gesamtbetrag:

- E1 (DRGs)
- E2 (ZE)
- E3 (unbewertete Leistungen)
- Katalogeffekte
- LBFW-Steigerung
- Leistungssteigerung

Pflegebudget:

- Zzgl. (**geplanter**) Personalaufbau
- Tarifsteigerung
- Anstieg im Skillmix
- Abzgl. Abwanderung



Entwicklung der Landesbasisfallwerte

- **Veränderungsrate:** 3,66 %
(Orientierungswert vermutlich wieder niedriger)
- Wegfall des **Pflegezuschlags** 0,30 %
- Wegfall Hygiene-Förderprogramm ? %
- Anteilige **Tariferhöhungsrate** ? %
- Empfehlung der Ausschüsse des Bundesrats
zu MDK-Reformgesetz: (Bundesrats-Ds.: 359/1/19) 0,90 %
(einmalig)

Entgeltverhandlungen 2020

Wichtig und/oder unklar :

- Pflegebudget:
 - Was kommt rein, was nicht (insbesondere nicht/anders qualifiziertes Personal in der Pflege, Leasingkräfte)
 - Vergütungshöhen?
 - pflegentlastende/-substituierende Maßnahmen
 - Nachweise bzw. Nachweispflichten
- Erlösbudget:
 - Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag und Erlösausgleiche)
 - Umgang mit den Jahresüberliegern (Klärung der Abrechnung in [K]FPV 2020???)
- Erlössumme:
 - Neukalkulation und Vereinbarung aller unbewerteten Entgelte
 - Umgang mit den Jahresüberliegern und deren Abrechnung
- Sonstiges: (Ausbildung, Sanktionen PPUG?, ...)

Perspektiven

- An der Notwendigkeit, weiter **Investitionskosten** zu erwirtschaften, ändert sich nichts
- An der Tatsache, dass **Tariflohnsteigerungen** - außer ggf. bei der Pflege - nicht vollständig refinanziert werden, ändert sich nichts
- An der Tatsache, dass über Menge **Deckungsbeiträge** erwirtschaftet werden, ändert sich im Prinzip nichts (nur quantitativ)
- **Finanziell wird die Belastung eher zunehmen**: Wegfall des Pflegezuschlags, Wegfall Basisfallwerthebel für Pflegekosten, Entzug von Ressourcen über Sachkostenabwertung, stärkere Auswirkungen von Fixkostendegressionsabschlag und Mehrerlösausgleichen, steigender administrativer Aufwand
- Abhängig von der bisherigen Organisation kann es zu **neuen Aufgabenverteilungen** im Krankenhaus kommen
- Der **Wettbewerb** um qualifiziertes und spezialisiertes Pflegepersonal wird zunehmen

Perspektiven

- Selbstkostendeckung ohne weitere Steuerungselemente kann nur temporär aufrechterhalten werden (sonst bräuchten wir Pflegepersonalobergrenzen)
- Parallelität zweier Vergütungssysteme mit unterschiedlichen Anreizen ist wenig sinnvoll
- Beibehaltung der Struktur- und Weiterentwicklungsprinzipien des G-DRG-Systems eigentlich nur denkbar bei geplanter kurzfristiger Reintegration der Pflegepersonalkosten
- **Zukunft des „Pflexits“ ist ungewiss!**

Perspektiven

1. **Re-Integration** der Pflegepersonalkosten in das G-DRG-System, nachdem die gestiegenen Pflegepersonalkosten (Anzahl, Qualifikation und Vergütung) in der Kalkulation angekommen sind
2. Koppelung des Pflegebudgets an eine **Pflegepersonalbemessung** (Anzahl, Qualifikation?) und dauerhaft getrennte Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems
3. **Grundsätzlicher Ausstieg aus der Fallpauschalierung** (Alternativen?)

Perspektiven

Der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Karl Lauterbach, erklärte: „Das ist die wichtigste und beste Reform in der Pflege seit 15 Jahren.“ Durch die Fallpauschalen sei systematisch die Qualität in der Pflege gesunken ebenso wie die Zufriedenheit der Pflegenden mit ihrem Beruf. „Heute ändern wir diesen Nachteil, indem wir die Pflegekosten **als ersten Bereich** aus den DRGs herausnehmen“, so Lauterbach.

Quelle: www.aerzteblatt.de/archiv/202818/Krankenhausfinanzierung-Lob-fuer-Spahns-Pflegereform

Minister Laumann kritisierte auch das System der Fallpauschalen (DRGs) zur Vergütung von Krankenhausleistungen. Die **politisch richtige Herausnahme der Pflegekosten** aus den Fallpauschalen durch die Große Koalition sei ‚**der Anfang vom Ende der DRGs**‘. Die DRGs haben dazu geführt, dass dieser ganze Wahnsinn passiert ist: Wir reden nicht mehr vom Patienten, sondern vom Kunden. Wir reden nicht mehr vom Versorger, sondern vom Markt. Diese Begriffe hätten ihm nie gefallen.

Quelle: www.lifepr.de/inaktiv/wiso-seconsulting-gmbh/Gesundheitskongress-des-Westens-Schlagabtausch-zu-Gemeinsamem-Bundesausschuss-und-Kassenleistungen/boxid/745529
(27.03.2019)

Krankenhausfinanzierung

(Auswahl)

- 31.07.2019 SV:** Vereinbarung zu Einzelheiten der Verhandlung des Pflegebudgets (vorzulegende Unterlagen/Rückzahlungsabwicklung)
- 31.08.2019 SV/BMG:** **Revision der PpUG und neue PpUG** (Herzchirurgie/Neurologie), Bildung von Schweregradgruppen für jeden pflegesensitiven Bereich auf Basis des Pflegeaufwandkatalogs mit Wirkung zum 01.01.2020
→ VB gescheitert → **PPUG-Verordnung** vom BMG angekündigt
- 30.09.2019 InEK/SV:** Vereinbarung neues **aDRG-System** und **Pflegeerlöskatalog**
→ Scheitern nicht unwahrscheinlich → Ersatzvornahme BMG
- 01.01.2020 KH/KK:** **Beginn der Abrechnung tagesbezogener Pflegeerlöse**
- KH/KK:** Geltung **neuer PpUG**, zusätzlich auch in **Herzchirurgie** und **Neurologie**
- SV:** Bestimmung neuer pflegesensitiver Bereiche: gültig ab 01.01.2021
- KH/KK/MD/SV:** Beginn Umsetzung **MDK-Reformgesetz**