

# Traditionelle Kämpfe um die Vorherrschaft im Gesundheitswesen im digitalen Zeitalter

conHIT-Workshop

„Alles wird anders!? – Die Digitalisierung verändert die Gesundheitswirtschaft“

Berlin, 18.04.2018

Dr. Wulf-Dietrich Leber

GKV-Spitzenverband

# Wer die Daten hat, hat die Macht.

- ▶ Die Blockaden bei der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens sind auch Folge von Machtkämpfen zwischen Leistungserbringern, Kassen, Patienten, Unternehmen und staatlichen Institutionen.
- ▶ Die entscheidende Frage der nächsten Jahre: Wem gehört die elektronische Patientenakte?
- ▶ Die neue politische Antwort lautet: Sie gehört dem Patienten.
- ▶ Damit fällt das Zwei-Karten-Prinzip.

# Einwilligung für alles?

- ▶ Das Prinzip

„Ohne Einwilligung geht nichts, mit Einwilligung geht alles.“

kann nicht handlungsleitend sein.

- ▶ Das Gesundheitswesen funktioniert bislang weitgehend ohne Einwilligungsbürokratie. Klare Verwendungsaufgaben sind zielführender als die Einwilligung von Patienten in Notsituationen.

(Bsp.: Entlassmanagement, Transplantationsregister ...)

## ePA-Rechte klären!

- ▶ Darf der Patient die Daten löschen, verändern, weitergeben, verkaufen?
- ▶ Wer erbt die Daten nach dem Tod?
- ▶ Wem darf der Patient die „Administratorrechte“ übertragen, wenn er selber nicht (mehr) dazu in der Lage, die Administratorfunktion wahrzunehmen?
- ▶ Darf ein Betreuer die Daten für Forschungszwecke freigeben?
- ▶ Darf ein Patient die Daten seiner Krankenkasse zur Verfügung stellen?
- ▶ ...

[... und trotzdem zügig die ePA einführen!]

# Erstmal „klassische Aufgaben“ erledigen: Digitalisierungsdefizit in der Krankenpflege beseitigen!



- ▶ Die Verzögerungen bei der eGK können keine Entschuldigung sein für den niedrigen Digitalisierungsgrad im Krankenhaus.
- ▶ Deutsche Krankenhäuser sind im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich digitalisiert.
- ▶ Siehe internationalen Vergleich.
- ▶ Eine vernünftige Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen scheitert derzeit an mangelnder Digitalisierung der Personaleinsatzplanung und an einem Mangel an aufwandsarmer Erfassung von Pflegeleistungen.

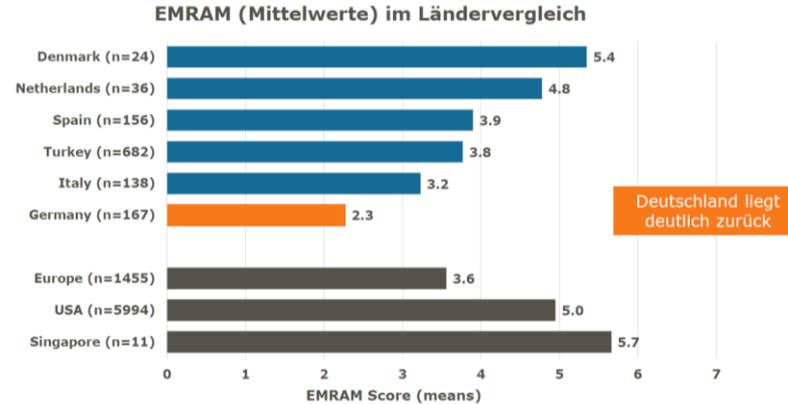
# Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

## Beispiel: EMRAM-Score



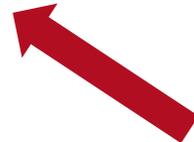
Spitzenverband

EMR Adoption Model <sup>SM</sup>	
Stufe	Kumulative Voraussetzungen
Stufe 7	Lückenlose ePA integriert alle klinischen Bereiche (z.B. Ambulanz, Intensivstation, Notaufnahme) und ersetzt alle (medizinischen) Papierakten; Einsatz von Standards zum Datenaustausch für die integrierte Versorgung; Data Warehouse als Basis für klinische- und betriebliche Analysen
Stufe 6	Klinische Dokumentation integriert mit intelligenter klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf diskreten Datenelementen) UND Vorhandensein eines IT-gestützten, geschlossenen Medikationsgabeprozesses (closed loop medication)
Stufe 5	Integrierte Bildmanagementlösung (z.B. PACS) ersetzt alle filmbasierten Bilder
Stufe 4	Elektronische Verordnung mit klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf einer Rules-Engine) in mindestens einem klinischen Bereich und für Medikation
Stufe 3	IT-gestützte klinische Dokumentation sowie Einsatz elektronischer Verordnungen durch Ärzte bzw. Pflegepersonal, dies beinhaltet auch die Dokumentation der Medikamentengabe (eMAR)
Stufe 2	Eine Elektronische Patientenakte (bzw. ein Clinical Data Repository) ermöglicht die Zusammenfassung und Normalisierung von Daten aus verschiedenen klinischen Quellen im gesamten Krankenhaus
Stufe 1	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind installiert bzw. Daten von externen Dienstleistern können elektronisch verarbeitet werden
Stufe 0	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind nicht installiert bzw. Daten von externen Dienstleistern können nicht elektronisch verarbeitet werden



Source: HIMSS Analytics Database, Q4/2017 (data from 1/2014 - 12/2017), Status as of 1/1/2018

HIMSS Analytics®



“Electronic Medical Records Adoption Model”  
Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads  
elektronischer Dokumentation und Prozesse

# Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (EpiModIfSG)

## § 137i SGB V

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung **pflugesensitive Bereiche im Krankenhaus** fest, für die sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung spätestens **bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser vereinbaren.**“

„In den pflegesensitiven Bereichen sind die **dazugehörigen Intensiveinheiten**, in begründeten Fällen auch Intensiveinheiten außerhalb von pflegesensitiven Krankenhausbereichen, sowie die **Besetzungen im Nachtdienst** zu berücksichtigen.“

„[...] geeignete Maßnahmen vorzusehen, um **Personalverlagerungseffekte** aus anderen Krankenhausbereichen **zu vermeiden.**“

„Sie bestimmen **notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen** sowie die Anforderungen an deren Nachweis.“

„Für den Fall der Nichteinhaltung bestimmen die Vertragsparteien [...] die Höhe und die nähere Ausgestaltung von **Vergütungsabschlägen**.“

„Der **Erfüllungsgrad** [...] ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser [...] darzustellen.“

„Zur Unterstützung bei der Festlegung [...] können sie im Bedarfsfall fachlich unabhängige **wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen**.“

# Koalitionsvertrag – Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen



Spitzenverband

- ▶ „Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, **Personaluntergrenzen** für pflegeintensive Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derartige Untergrenzen **für alle bettenführenden Abteilungen** eingeführt werden.“

# Gesetzliche Aufgaben und Fristen des § 137i SGB V

	Aufgabe	Frist	Konfliktlösung	Status
1	Zeitplan inkl. konkreter Zeitziele für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben an BMG	31.08.2017	-	✓
2	Zwischenbericht an BMG	31.01.2018	-	✓
3	Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen	30.06.2018	Ersatzvornahme durch das BMG	
4	Mehrkostenvereinbarung	-	Schiedsstelle auf Antrag	
5	Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle	
6	Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle	
7	Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntgG	31.07.2018	-	
8	Vereinbarung zur Überführung der Mittel des Pflegesonderprogramms in den Pflegezuschlag	31.10.2018	-	
9	Wissenschaftliche Evaluation inkl. Bericht an BMG und BT	31.12.2022	-	

# Vertragsparteien und beteiligte Organisationen



- ständiger fachlicher Austausch
- Teilnahme an den Sitzungen
- Übermittlung der fachlichen Unterlagen



- Konzept für 21er Datensatz
- Auswertungen

- Teilnahme an und Mitwirkung in den Beratungen
- Einbezug der Stellungnahmen in die Entscheidungsfindung



# Zwischenbericht über den Stand der Umsetzung

- ▶ Wurde am 31.01.2018 an das BMG übermittelt.
- ▶ Abrufbar unter:

<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen.jsp>



## Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V

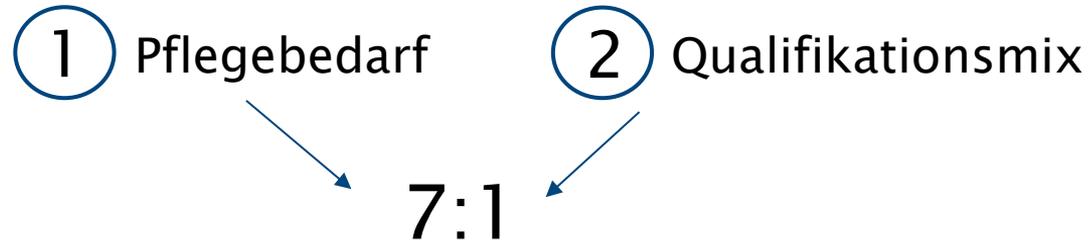
### Zwischenbericht

des  
GKV-Spitzenverbandes und der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

an das Bundesministerium für Gesundheit

Stand: 30.01.2018

# Problemdimensionen



- ③ Zeitlich: je Schicht, Tag, Nacht ...
- ④ Organisatorisch: Bereich, Station, Fachabteilung
- ⑤ Grenze: Durchschnitt, Erfüllungsquote

# Hauptproblem: Pflege ist eine empirische Wüste.

- ▶ Wir haben keinen Überblick über die Stationsbesetzung.
- ▶ Wir wissen nicht, wo und wann Fehler geschehen.
- ▶ Wir haben kaum deutsche Studien.
  
- ▶ ... Und trotzdem sollen wir binnen Jahresfrist Pflegepersonaluntergrenzen festlegen.
  
- ▶ Wir sollten versuchen, innerhalb eines Jahres die Datenlage zu verbessern.
- ▶ Wir sollten die Grundlagen schaffen, langfristig verlässliche Daten zu haben.

# Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung

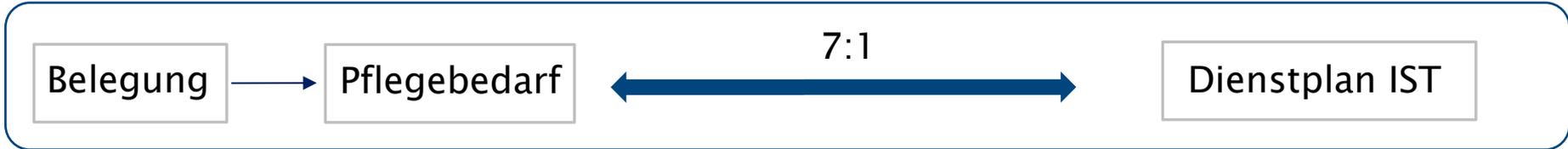
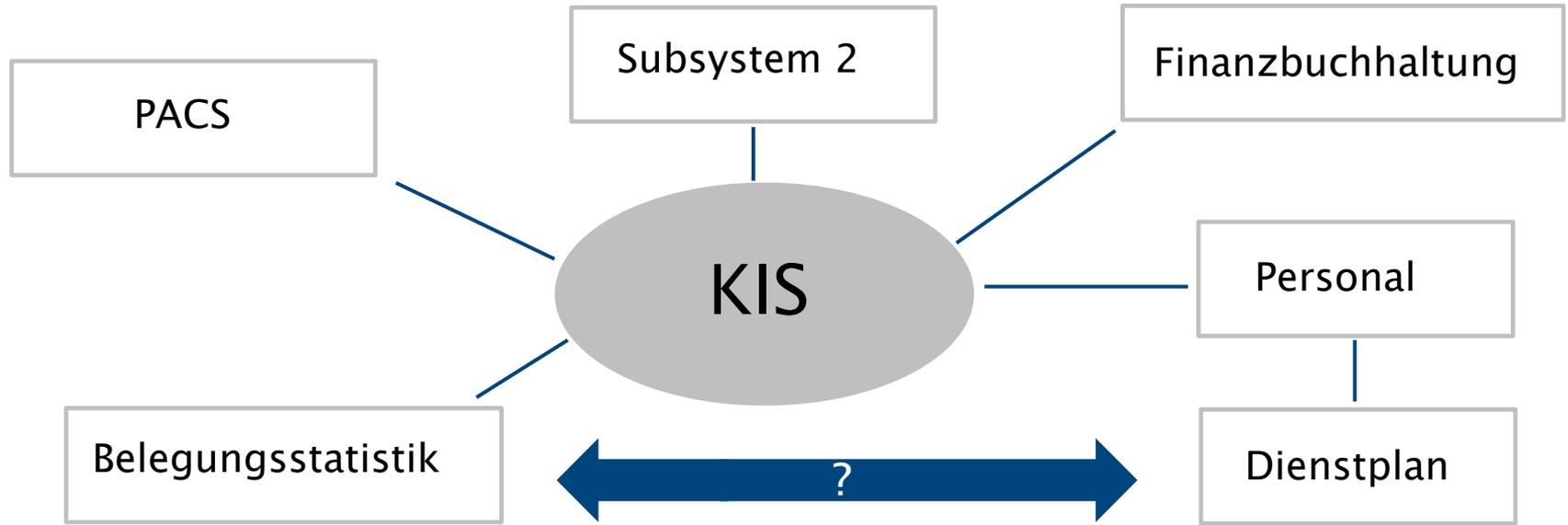
- ▶ Ziel: Schaffung der Datengrundlage zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen
- ▶ Öffentliche Ausschreibung ist erfolgt.
- ▶ Einigung zur empirischen Datenerhebung und Auswertung
  - Basis: repräsentative Stichprobe je pflegesensitiven Bereich (Abteilungsebene)
  - schichtgenau (Tag- /Nachtschicht) je Tag
    - ▶ Ist-Pflegepersonalbesetzung (VK) und Qualifikationsmix
    - ▶ Anzahl der Fälle zzgl. Pflegelast (DRGs, Zusatzentgelte und Verweildauer)
  - Zeitraum: acht Wochen (jeweils zwei Wochen je Quartal)
- ▶ April 2018: KPMG schreibt Krankenhäuser an.

# Dienstpläne und Belegungspläne abgleichen!

Wer nicht monatlich die (pflegebedarfs-adjustierten) Personal-Patienten-Quoten für alle Stationen und Schichten überprüft, der hat seinen Laden nicht im Griff.

Merke: Nur die schichtgenaue Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen schützt den Patienten.

# Dienstpläne und Belegungsstatistik



# Identifikation pflegesensitiver Bereiche

## ► Basis

- Auswertungen des Hamburg Center for Health Economics (hche-Gutachten)
- Auswertung zu pflege**intensiven** Bereichen (PKMS, Pflegegrade, Funktionseinschränkungen)
- Ermittlung pflegesensitiver Bereiche anhand von Qualitätsindikatoren der ESQS
- Auswertungen des Beschwerdemanagements der Kassen und der CIRS-Systeme
- Auswertungen zu Sterbehäufigkeiten

## ► Einigung auf sechs vorläufige Bereiche

- Geriatrie
- Neurologie
- Herzchirurgie
- Kardiologie (für Innere Medizin)
- Unfallchirurgie (für Allg. Chirurgie)
- Intensivmedizin

# Ermittlung der relativen Pflegelast (gleichbedeutend: relativer Pflegebedarf)

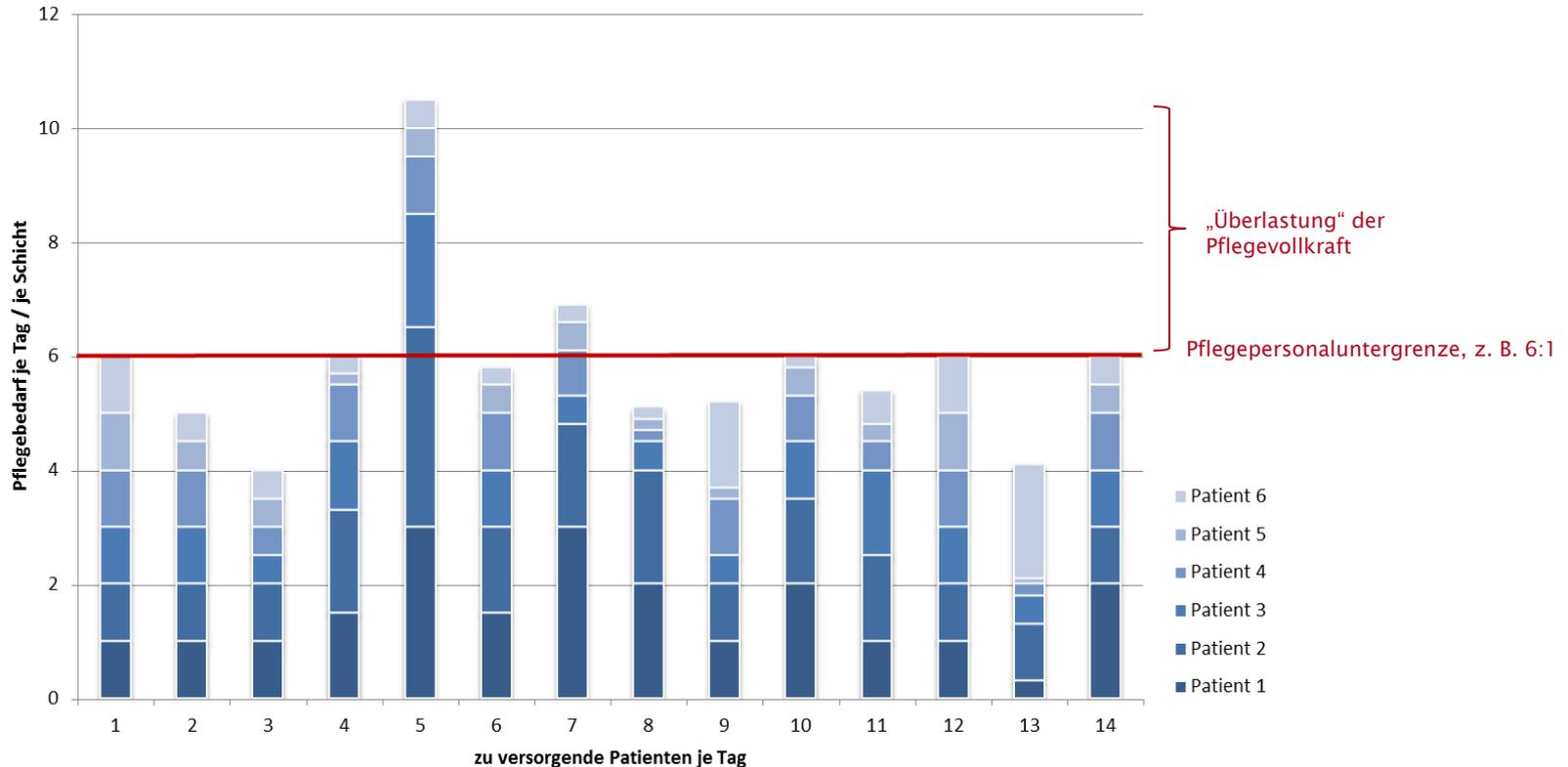
- ▶ Das InEK hat die sogenannten „Pflegelast“ je Tag ermittelt (Präsentation am 12.03.2018).
- ▶ Die Berücksichtigung der Verweildauer führt zu „Pflegelast je DRG je Verweildauertag“.
- ▶ Datengrundlage: Pflegemodul in der DRG-Kalkulation
- ▶ Pflegekostenrelevante Zusatzentgelte werden additiv berücksichtigt.
- ▶ Ergebnis:
  - Pflegelast-Katalog analog zum G-DRG-Katalog
  - zwei Relativgewichte (Normal- und Intensivstation)

# Auszug aus dem Pflegelast-Katalog (InEK)

DRG	Parti-tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung	Bewertungs-relation/Tag Normalstation	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation	Bewertungs-relation/Tag Normalstation Kinder	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation Kinder
1	2	3	4	5	6	7	8
A07F	O		Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden	0,0809	0,1486		
A13B	O		Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	0,0398	0,1760	0,0788	0,2042
B70B	M		Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	0,0299	0,0973		
F03E	O		Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler	0,0364	0,1359		
F49G	A		Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.	0,0247	0,0826		
I41Z	A		Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	0,0284	0,1041		

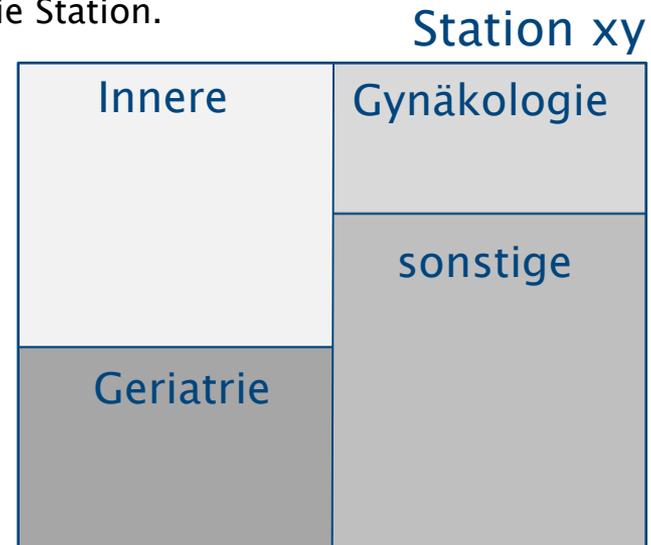
# Überblick zur taggenauen Ist-Abfrage

## Variierende Pflegebedarfe (z. B. Frühschicht, 14 Tage)



# Station statt Abteilung

- ▶ Abgrenzung der pflegesensitiven Bereiche
- ▶ Organisationseinheit für ärztliche Leistungen ist die Abteilung.
- ▶ Organisationseinheit für pflegerische Leistungen ist die Station.
  
- ▶ Problem: Krankenkassen erhalten bei Rechnungslegung lediglich Informationen zur Abteilung.



# Qualifikationsmix der Pflegekräfte

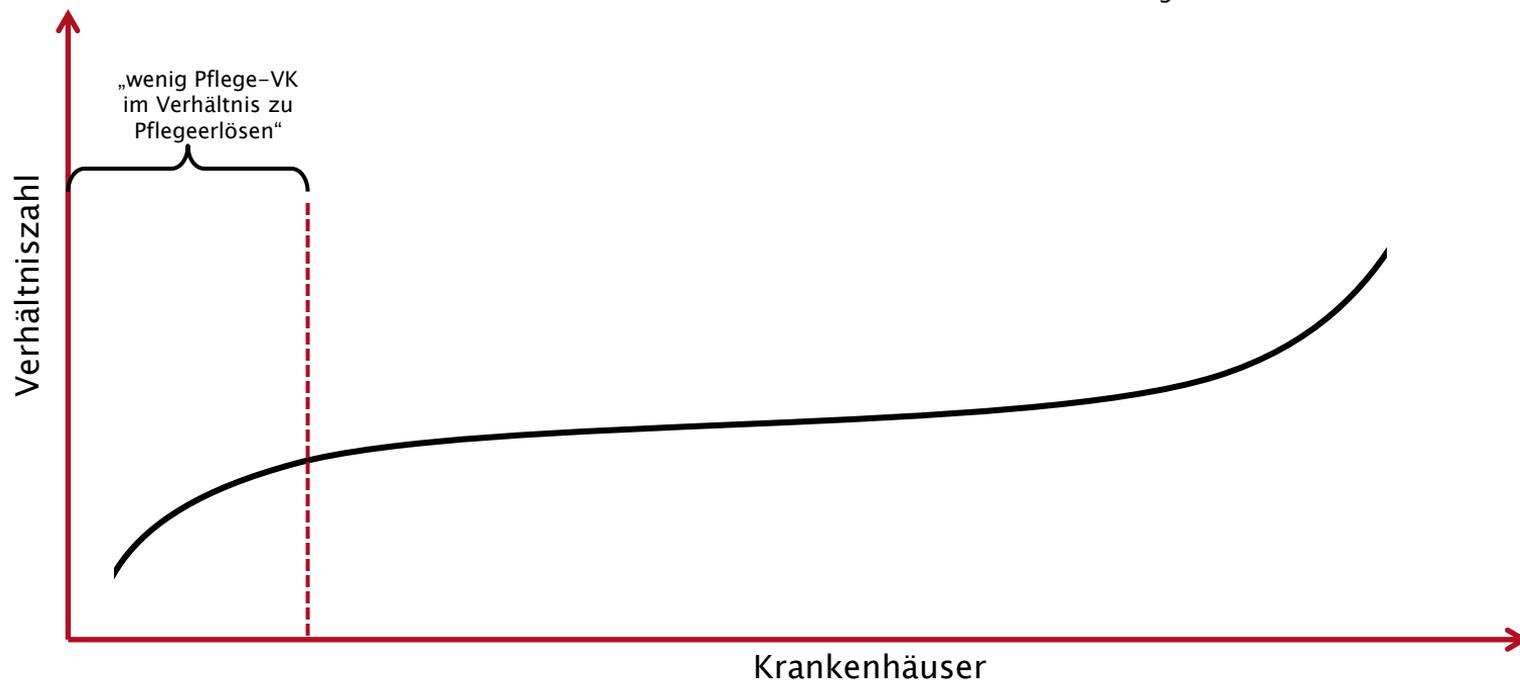
- ▶ Basis: „Pflege am Bett“
- ▶ Differenzierung zwischen „examiniert“ (dreijährige Ausbildung) und „nicht-examiniert“ (kürzere Ausbildungsdauer)
- ▶ Pflegekräfte, die für mehrere Stationen zuständig sind, werden als VK-Anteile berücksichtigt (Einzelverrechnung oder Schlüsselung).
- ▶ Streitpunkt: Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen
- ▶ GKV-Ansatz:
  - Orientierung am „Pflegedienst“ gemäß Gliederung des nicht-ärztlichen Personals des Statistischen Bundesamtes
  - Weitgehende Übereinstimmung mit KHBV

# Interimslösung: Gesamthausansatz

- ▶ **Annahme**
  - Wer DRGs mit einem hohen Pflegeanteil erbringt, viel für Pflege erlöst und gleichzeitig wenig für Pflege ausgibt, gefährdet Patienten.
- ▶ **Pflegeausstattung**
  - VK im Durchschnitt über das gesamte Jahr  
(entspricht einer examinierten Pflegekraft, keine reine Gehaltssteigerung)
- ▶ **Pflegeerlöse**
  - Anteil der Pflegeerlöse aus den DRG-Fallpauschalen und ZE eines Krankenhauses  
(entspricht dem durchschnittlichen Pflegeaufwand eines Patienten [DRG-Browser] in Euro)
- ▶ **Bildung eines Quotienten aus Pflegevollkräften und Pflegeerlösen**
- ▶ **Alle Daten liegen (künftig) vor.**
  - VK in § 21 KHEntgG bzw. Pflegezuschlag, Erlöse aus DRG und ZE

# Verhältnis der Zahl der Vollkräfte zur Pflegelast

$$\text{Verhältniszahl: } \frac{\text{Anzahl examinierte VK}}{\text{Pflegerlöse}}$$



# Fristen und gesetzlicher Handlungsbedarf

- ▶ **Frist: 30.06.2018**
  - Ermittlung von Pflegepersonaluntergrenzen auf der Basis von empirischen Datenauswertungen unwahrscheinlich
  
- ▶ **Drei Gründe für eine schnelle Gesetzesänderung:**
  - Pflegepersonaluntergrenzen auf alle Bereiche ausweiten (Koalitionsvertrag)
  - Datenübermittlung zur Pflegepersonalausstattung und zur Pflegelast regeln
  - Ganzhausansatz als „Interimslösung“ gesetzlich verankern

# Conclusio

- ▶ Wir werden in nächster Zeit intensiver über ePA-Rechte diskutieren.
- ▶ Das sollte uns nicht von einer zügigen Digitalisierung im Krankenhaus abhalten.
- ▶ Erst sollten die Hausaufgaben gemacht werden:  
Dienst- und Belegungspläne zusammenführen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

[www.GKV-Spitzenverband.de](http://www.GKV-Spitzenverband.de)

[Wulf-Dietrich-Leber.de](http://Wulf-Dietrich-Leber.de)