

AKG Geschäftsführer-Treffen

10./11.Oktober 2013, Saarbrücken

Arbeitskreis der Pflegedirektorinnen/ Pflegedirektoren

*Josef Hug, Pflegedirektor
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH*

*Ulrich Heller, Pflegedirektor
Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH*

Regelmäßig teilnehmende Häuser (15)

- Augsburg
- Berlin
- Bielefeld
- Braunschweig
- Cottbus
- Chemnitz
- Dortmund
- Leipzig
- Lüdenscheid
- Mannheim
- München
- Nürnberg
- Saarbrücken
- Stuttgart
- Karlsruhe

Unregelmäßig teilnehmende Häuser (2)

- Potsdam
- Bremen

Nicht teilnehmende Häuser (3)

- Fulda
- Köln
- Minden

Arbeitsschwerpunkte

1. KHRG-Sonderprogramm Pflegedienst und PKMS (Pflege-Komplex-Maßnahmen-Score)
2. Einführung der PEPP (Pauschalisierten Entgelte in der Psychiatrie und Psychotherapie)
3. Trends zur Beschäftigungsentwicklung im Pflege- und Funktionsdienst
→ Schlussfolgerungen und Konsequenzen der Häuser.

Arbeitsschwerpunkte

4. Akademisierung im Pflegedienst
→ zukünftige Einsatzmöglichkeiten, incl. Spezialisierungen im Pflegedienst.
5. Prozessmanagement
24-Stunden-Profil der allgemein bettenführenden Stationen
→ Stationsorganisation.
6. Demographieorientiertes Personalmanagement im Pflege- und Funktionsdienst

AG-Leiter Tagung, Braunschweig

21.03.2013

- Präsentation der aktuellen Aufgaben
- Aufträge aus der Vorstandsrunde der AKG:
 1. KHRG + PKMS + PEPP
 2. Trends zur Beschäftigungsentwicklung
 3. Akademisierung im Pflege- und Funktionsdienst
 4. Auswirkungen GBA-Entwurf Neonatologie

AG-Treffen der PflegedirektorInnen, Nürnberg

14./15.03.2013

Schwerpunkte:

- Spezialisierung und Akademisierung im Pflegedienst / Wirkungen und Aufgaben.
- Prozessmanagement:
Stationsorganisation/ Aufgabenteilung.
- Demographieorientiertes Personalmanagement.
- Idealtypische Aufbauorganisation im Pflege und Funktionsdienst.
- Standortbestimmung der AG.

Workshop mit der AG Medizincontrolling am 28.06.2013, Nürnberg

Schwerpunkte: PKMS + PEPP

PKMS:

- Zahlen aus den AKG-Häusern
- Erfahrungsberichte
- Dokumentationsvarianten (Organisationsverfahren)
- MDK-Prüfergebnisse
- Verschiedene Strategien

PEPP:

- Strukturvergleich AK-Pflege
- Leistungsdaten aus AKG-Benchmark
- Strategie Frühumstieg (Stuttgart)
- Berichtswesen → was ist/wird wichtig?

PKMS

Schwerpunkte:

- Geriatrie
- Allgemeine Innere Medizin
- Onkologie
- Neurologie
- Einzelfälle in allen Fachabteilungen

Quantität:

- 1 bis 1,5 % aller DRG-Fälle.

PKMS

Komplexität:

- Der PKMS ist in der aktuellen Form viel zu komplex.
- Kein ZE erfordert ähnlich großen Aufwand.

Dokumentation:

- Aus der Regeldokumentation alleine kann der PKMS nicht abgeleitet werden.
- Dokumentationsverhalten als generelles Problem.

PKMS

Aufwand:

- Maximal aufwändig.
- Viele Mitarbeiter müssen mit der Logik des Systems und der Denkweise des MDK vertraut gemacht werden.
- Inhaltliche Kriterien des PKMS sind teilweise auch noch strittig.
- 5 bis 8 Leistungsbereiche mit durchschnittlich 5 Gründen und Maßnahmenkombinationen sind täglich zu prüfen.

PKMS

MDK:

- Aufwändiges MDK-Management-/Controllingverfahren.
- Bundesweit gibt es regional große Unterschiede beim Prüfverfahren.

Best-Practice:

- Dokumentation fortlaufend mit institutionalisierter und kontinuierlicher Kontrolle.
- Wenig Spezialisten qualifizieren.
- Keine Akte geht ohne interne Endprüfung zur Abrechnung.
- Wenn möglich MDK-Prüfungen vor Ort (im Hause) anstreben.

PKMS

Weiterentwicklung des PKMS:

Vorschlag aus dem AKG-Workshop:

- Diskussion mit Vertretern des DPR.
- Diskussion mit Frau Dr. Wieteck.

PKMS

	Saarbrücken	Cottbus	M_B	Nürnberg	Mannheim	Stuttgart	Karlsruhe	Braunschweig
2012								
verschlüsselte PKMS Fälle	364	258	264	897	1135	981	926	670
Davon angefragte Fälle	79	111	49	243	475	300	266	335
davon bereits abgeschlossen	79	98	10	29	22	0	147	87
davon zugunsten KH	24	64	5	17	13	0	7	45
2013								
verschlüsselte PKMS Fälle	65	119	92	415	369	429	287	0
Davon angefragte Fälle	17	27	16	96	88	115	79	0
davon bereits abgeschlossen	17	8	5	0	1	0	6	0
davon zugunsten KH	7	6	4	0	1	0	0	0

AG-Treffen der PflegedirektorInnen am 17./18.03.2013, Bremen

Tagesordnung:

- KHRG und PKMS
- Akademisierung / Spezialisierung
- Trends zur Beschäftigungsentwicklung
- Stationsorganisation
- Demographieorientierte Personalentwicklung
(Beobachtungen / Erfahrungen)

Auswirkungen der G-BA Richtlinie

„Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V“

Ausgangssituation – G-BA Richtlinie

§ 2 Voraussetzung der Leistungserbringung

Die Krankenhäuser **müssen** die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen.

QFR-RL, Anlage 2, Punkt 1.2.2. Pflegerische Versorgung

- Im neonatologischen **Intensivtherapiebereich** eines Perinatalzentrums Level 1 muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit **mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen verfügbar sein**; bis zum 1. Januar 2017 kann das Krankenhaus unter zu begründenden Umständen davon abweichen.
- Im neonatologischen **Intensivüberwachungsbereich** muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit **mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin für je zwei intensivüberwachungspflichtig Frühgeborene verfügbar sein**; bis zum 1. Januar 2017 kann das Krankenhaus unter zu begründenden Umständen davon abweichen.

Inhalte G-BA Richtlinie

Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation muss aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bestehen.

In jeder Schicht **soll** eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt werden.

Klärungsbedarf

- Finanzierungsmodell
- Definition von Therapie bzw. Überwachung aktuell ohne einheitliches Assessment, d. h. faktoriell nicht ermittelbar. Somit der ärztlichen Einschätzung überlassen bzw. Einschätzung über die „*guidelines bapm*“
- Bundesweite Marktsituation Pflegefachkräfte
- Widerspruch zur geplanten generalistischen Pflegeausbildung ! ?
- Generelle Pers.-Quote für Intensiv/ IMC?

BS			NÜ			KA			ST		
Betten			Betten			Betten			Betten		
NEO IPS	NEO IMC	K	NEO IPS	NEO IMC	K	NEO IPS	NEO IMC	K	NEO IPS	NEO IMC	K
10	5	2	11	9	2	9	3	3	20	21	
Besetzungsbedarf bei 100% Belegung											
VK			VK			VK			VK		
10	2,5	1	11	4,5	1	9	1,5	1,5	20	10,5	
NAZ 1540	VK-Bedarf	78,07	NAZ 1540	VK-Bedarf	95,42	NAZ 1620	VK-Bedarf	76,91	NAZ 1583	VK-Bedarf	177,08
	VK-IST	43,00		VK-IST	35,00		VK-IST	36,95		VK-IST	85,00
Finanzielle Auswirkung Vorhaltekosten einer 100% Belegung ohne die Zusatzkosten für den entsprechenden FWB Anteil											
Mehrbedarf VK	35,07	1.965.849 €	Mehrbedarf VK	60,42	3.386.843 €	Mehrbedarf VK	39,96	2.239.958 €	Mehrbedarf VK	92,08	5.161.544 €
FWB		228.198 €	FWB		190.138 €	FWB		112.132 €	FWB		294.400 €
		2.194.047 €			3.576.981 €			2.352.090 €			5.455.944 €
zusätzl. Kosten pro aufgestell. Neo- Bett		146.270 €			178.849 €			196.007 €			133.072 €
VK pro Bett		4,59			4,34			5,13			4,32
Besetzungsbedarf bei 82,35 % Auslastung			Besetzungsbedarf bei 67 % Auslastung			Besetzungsbedarf bei 75 % Auslastung			Besetzungsbedarf bei 80 % Auslastung		
10	2,5	1	11	4,5	1	9	1,5	1,5	20	10,5	
NAZ 1540	VK-Bedarf	63,61	NAZ 1540	VK-Bedarf	65,84	NAZ 1620	VK-Bedarf	57,68	NAZ 1583	VK-Bedarf	141,66
	VK-IST	43,00		VK-IST	35,00		VK-IST	36,95		VK-IST	85,00
Finanzielle Auswirkung bei einer individuellen Belegung ohne die Zusatzkosten für den entsprechenden FWB Anteil											
Mehrbedarf VK	20,61	1.155.294 €	Mehrbedarf VK	30,84	1.728.736 €	Mehrbedarf VK	20,73	1.162.020 €	Mehrbedarf VK	56,66	3.176.076 €
FWB		133.115 €	FWB		38.028 €	FWB		112.132 €	FWB		181.312 €
		1.288.409 €			1.766.764 €			1.274.152 €			3.357.388 €
zusätzl. Kosten pro belegtem Neo- Bett		103.073 €			113.985 €			121.348 €	geschätzt, ausgehend von der 75% Angabe		110.078 €
VK pro Bett		4,71			3,99			4,81			4,65
auf der Grundlage der gelieferten Daten, zum Teil die Zahlen angepasst						Personalkosten 56.055 €					

Auswirkungen

Ergebnis des Vergleichs von 4 AKG-Häusern

Die zusätzlichen Kosten pro aufgestelltem Bett würden sich auf ~ 133.027 € bis zu 196.007 € belaufen

oder

Die zusätzlichen Kosten pro belegtem Bett würden sich auf ~ 103.073 € bis zu 121.348 € belaufen

Zu berücksichtigen sind die individuellen bestehenden Personalschlüssel, FWB-Quote, Wochenarbeitszeiten und Ausfallquoten.

Die Personalkosten sind bezogen auf Ø 56.055 € pro VK

Strategische Hauptthemen des Arbeitskreises Pflege

- Maßnahmen zur Sicherstellung des qualifizierten Pflegekräftenachwuchses
 - *Attraktivität des Pflegeberufes verdeutlichen etc.*
- Personalmanagement und -führung
 - *Demographieprojekte etc.*
- Pflegequalität sichern
 - *Organisationsstrukturen etc.*
- Prozessmanagement
 - *Aufgabenverteilung Arzt, Pflege und Administration etc.*