PROFESSION
PFLEGE

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 59
10117 Berlin
Telefon: 030 844159142
Fax: 08453 332717
www.pro-pflege.eu

Adäquate Pflegepersonalbemessung – Gibt es einen Königsweg?

Historie

2012 Gründung einer Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 und PKMS

+ MEHR LESEN

2012 bis heute, Teilnahme am Vorschlagswesen des DIMDI und InEK

+ MEHR LESEN

2014 Konzeptentwicklung und Bewertung von Verfahren

+ MEHR LESEN

2015 Gründung der Fachgesellschaft Profession Pflege

+ MEHR LESEN

Wer sind wir?

PROFESSION PFLEGE

- Interessierte Pflegende welche sich für eine menschenwürdige, therapeutische und fördernde Pflege einsetzen.
- Die Fachgesellschaft versteht sich als pflegesachverständige Expertengruppe und steht der Politik, Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegewesen, Bildungsinstituten, Verbänden wie MDK, MDS, InEK, DIMDI und Gremien für Beratungen, Stellungnahmen zu Fragestellungen oder Fortbildungen zu den Themenbereichen zur Verfügung.

Unsere Themen

PROFESSION PFLEGE

- Adäquate Pflegepersonalbemessung in der Pflege
- Adäquate Abbildung der pflegerischen Leistungen im G-DRG-System
- Pflegerelevane Fallgruppen (PRG) als Ergänzung zum DRG-System als Erlös für die pflegerischen Leistungen
- Qualitätsindikatoren in der Pflege

Unser Vorstand

PROFESSION PFLEGE

1. VORSITZENDER

Lutz Pelchen

Pflegedienstleitung im Klinikum Brandenburg

E-Mail

2. VORSITZENDE

DR. RER. MEDIC.
Pia Wieteck

Leitung der Abteilung Forschung und Entwicklung der RECOM GmbH

Expertin des 2. Pflegegipfels und Mitentwicklerin des OPS 9-20

Vita | E-Mail

3. VORSITZENDE

DIPL.-PFLEGEWIRTIN (FH)
Renate Plenge

Mitarbeiterin der Pflegedirektion, Schwerpunkt Pflegequalitäts-entwicklung, PKMS

Katholisches Klinikum Bochum gGmbH, Betriebsstätte St. Josef-Hospital

E-Mail

SCHRIFTFÜHRER

Günther Rosenthal

Produktmanager für ‚elektronische Patientenakte' und Projektleiter bei der POLYPOINT Deutschland GmbH

Vita | E-Mail

KASSENWART

DIPL.-PFLEGEWIRTIN (FH)
Jacqueline Beetz

E-Mail

Unsere Beiräte

PROFESSION PFLEGE

BEIRÄTIN

Andrea Albrecht

Pflegedirektion, Lukaskrankenhaus Neuss

Vorstand des Bundesverbands Pflegemanagement Landesgruppe NRW

BEIRAT

Andreas Braselmann

PKMS-Beauftragter, delegierter im DBfK Nordwest e.V.

Kath. Krankenhaus Hagen gGmbH, Datenschutzbeauftragter der Fachgesellschaft

BEIRÄTIN

Cornelia Dettmer

Inhaberin Dettmer Consulting, Berlin
Leitung der AG PDL im DBfK-Nordost e.V.

Vita

BEIRAT

DIPL.-PFLEGEWIRT (FH)
Mirko Klinkosch

Pflegedienstleitung Klinikum Obergöltzsch Rodewisch

BEIRAT

Peter Miller

Leiter des Pflegedienstes, Therapiezentrum Burgau

Vita

BEIRAT

Michael von Eicken

Medizincontroller Kath. Klinikum Bochum gGmbH (St. Josef)

BEIRÄTIN

Christiane Elsner

Leitung Pflegedienst, Diakonie-Klinikum bethesda

BEIRAT

Michael Krug

Stabstelle Pflegedirektion/PKMS-Koordination Kliniken der Stadt Köln gGmbH

BEIRAT

René Tauterat

PKMS-Koordinator, Johanniter Waldkrankenhaus Bonn

BEIRAT

DIPL.-PFLEGEWIRT (FH)
Mirko Zinßmeister

Bereichsleitung BG Klinikum Murnau gGmbH, Mitglied der DMGP (Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie e.V.)

Adäquate Pflegepersonalschlüssel im deutschen Krankenhaus – Gibt es einen Königsweg?

PROFESSION PFLEGE

1 **Aktuelle Personalsituation und ihre Folgen**

2 **Krankenhausstrukturgesetz- KHSG Pflegestellenförderprogramm und Pflegezuschlag 2016-2018**

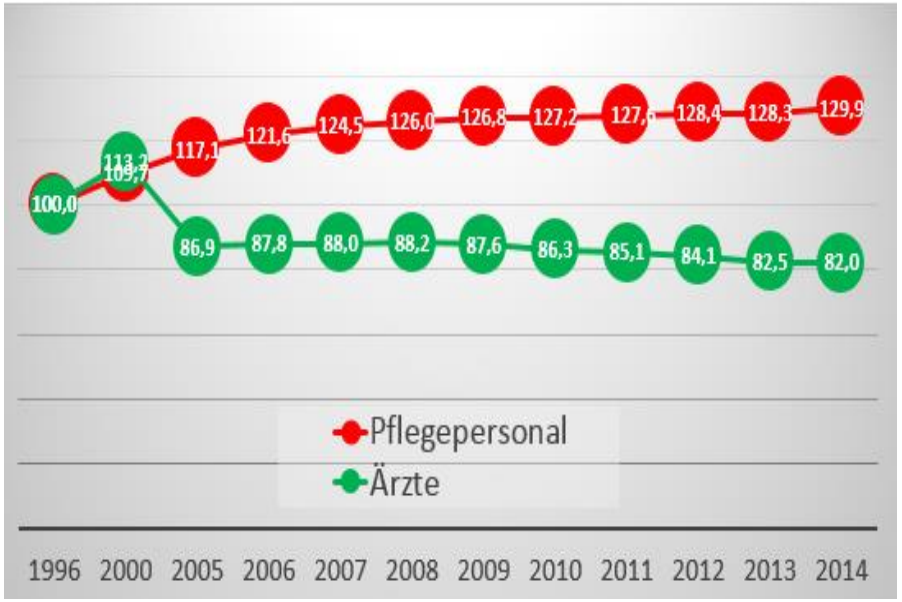
3 **Diskutierte Lösungsansätze**

- Zweckbindung der im DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten
- Aktivierung der PPR (Pflegepersonalregelung)
- Mindestbesetzungsvorgaben
- Anheben der Personalstellen auf den europäischen Durchschnitt
- Pflegebedarfsfaktoren als Bestandteil im G-DRG-System
- Pflegerelevante Fallgruppen im G-DRG-System

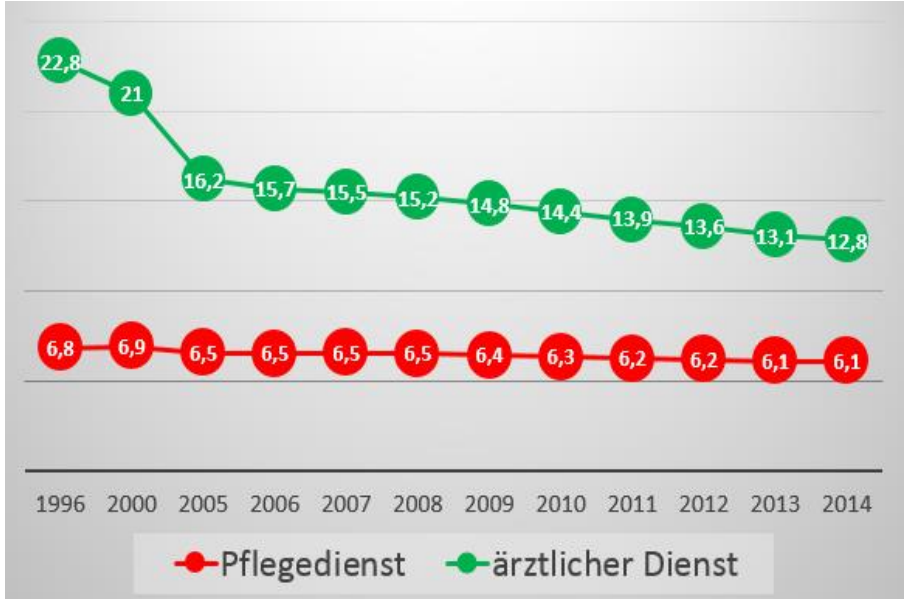
Personalbelastungskennziffer

PROFESSION PFLEGE

Belastungskennziffer: Fälle, prozentuale Veränderung



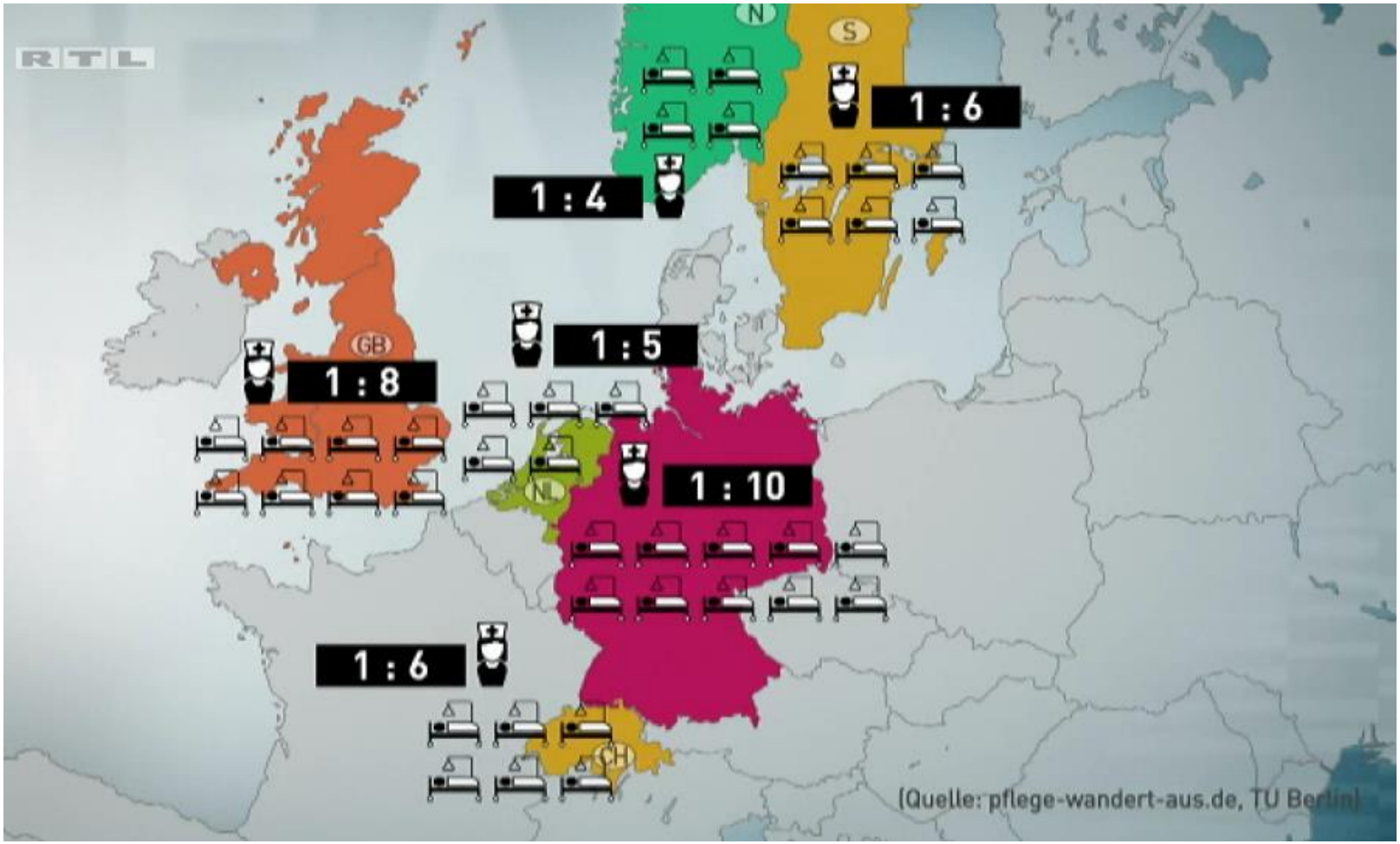
Belastungskennziffer: Belegungstage



Quelle: Eigene Grafik Wieteck 2016, basierend auf den Zahlen des Bundesamtes für Statistik, Fachserie 12 Reihe 6.1

Pflegepersonalschlüssel im Vergleich

PROFESSION PFLEGE



Team Wallraf – Reporter undercover
RTL Katastrophale Missstände in deutschen Krankenhäusern

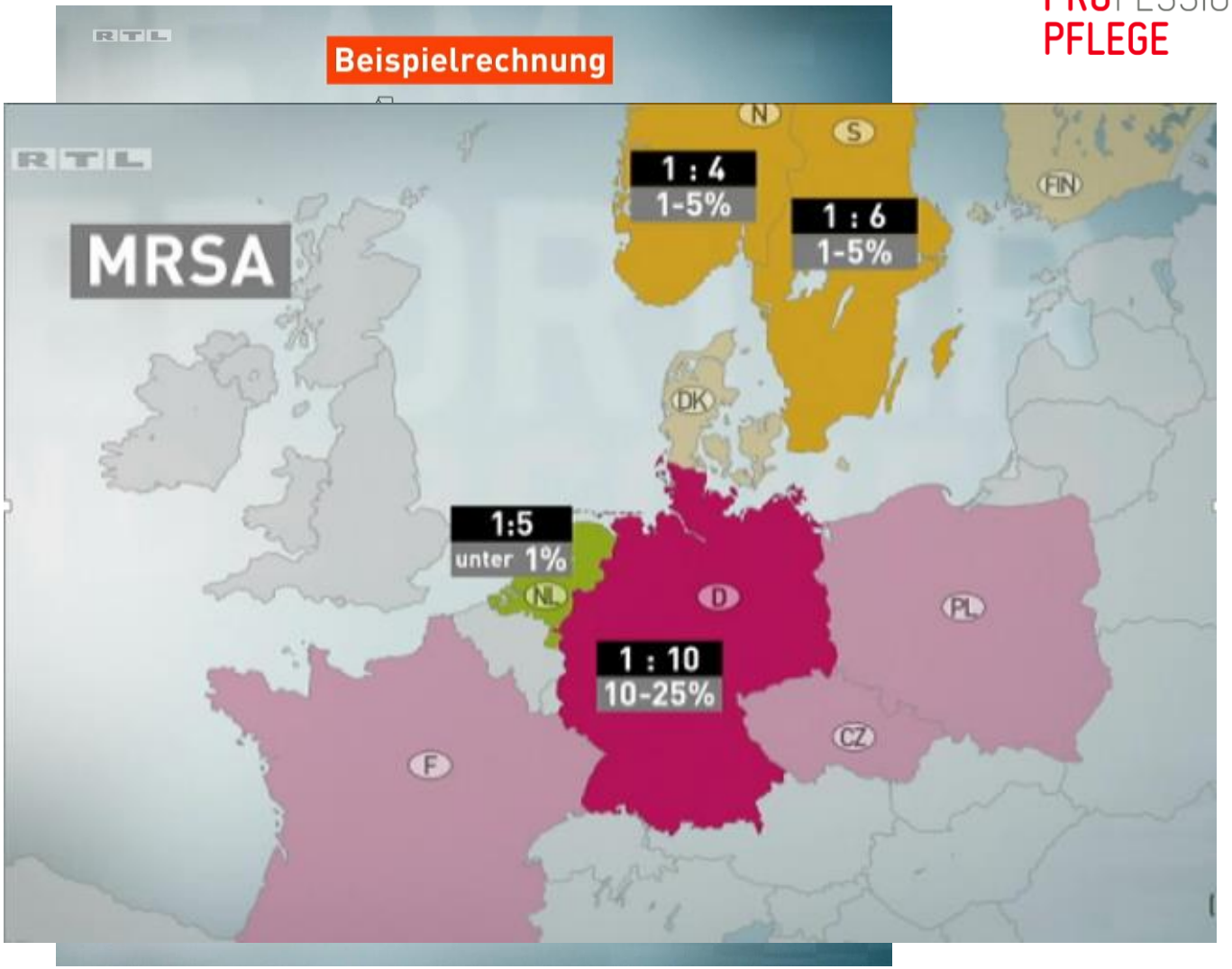
1

Beispielrechnung Händedesinfektion

PROFESSION PFLEGE

Pflegenden fehlt die Zeit zur Händedesinfektion!

In der Reportage gemessene Einwirkzeiten 6-10 Sekunden!



Team Wallraf – Reporter undercover
RTL: Katastrophale Missstände in deutschen Krankenhäusern

Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen

PROFESSION PFLEGE

Befragungsergebnisse einer internationalen Studie (RN4Cast): Im Durchschnitt wurden 4,7 Tätigkeiten von den 13 zur Auswahl gestandenen Pflegeaufgaben rationiert. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „ungetan" bleiben.
(Zander et al., 2014).

Ergebnis

PROFESSION PFLEGE

RN4Cast

Aus 13 Tätigkeitsbereichen wählten die examinierten Pflegepersonen (n=1511 aus 49 Kliniken) die Maßnahmen aus, welche in ihrer Schicht nicht erledigt werden konnten, obwohl diese erforderlich gewesen wären.

Häufigkeit der impliziten Rationierung

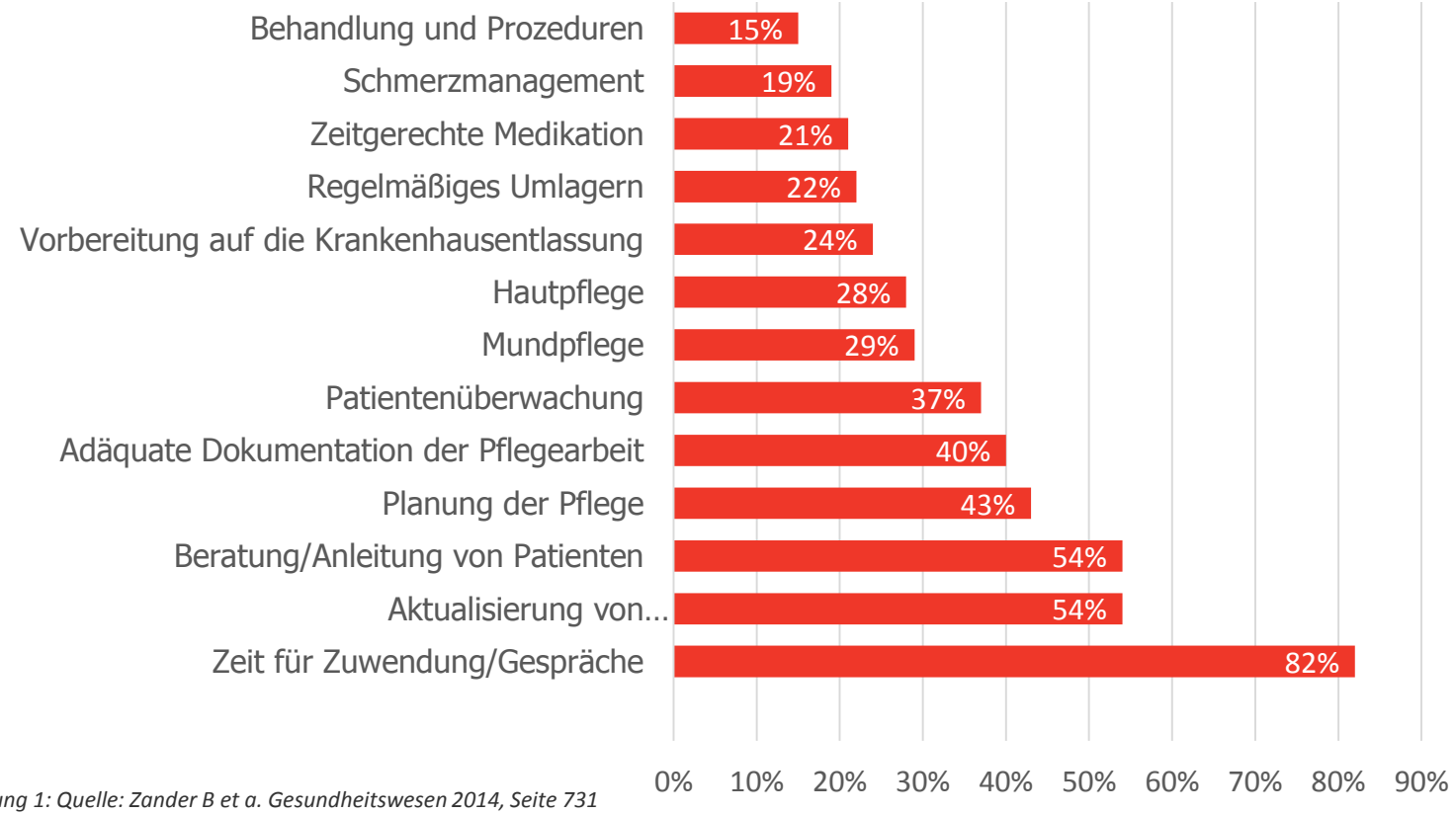


Abbildung 1: Quelle: Zander B et a. Gesundheitswesen 2014, Seite 731

Hinweise auf „zu wenig Pflegepersonal"

PROFESSION PFLEGE

Implizite Rationierung ist Tagesordnung!
Täglich entscheide ich darüber, welche Pflegemaßnahme ich bei welchem Patienten unterlasse!

Isfort et al. (2007 bis 2012)

Bildquelle: KLAMKE, B. 2002

Hinweise auf „zu wenig Pflegepersonal“

PROFESSION PFLEGE

Der pflegediagnostische Prozess wird nicht/ selten umgesetzt!

Probleme des Patienten werden nicht oder zu spät erkannt!

Patientenorientierung fehlt

Bildquelle: KLAMKE, B. 2002

Hinweise auf „zu wenig Pflegepersonal"

PROFESSION PFLEGE

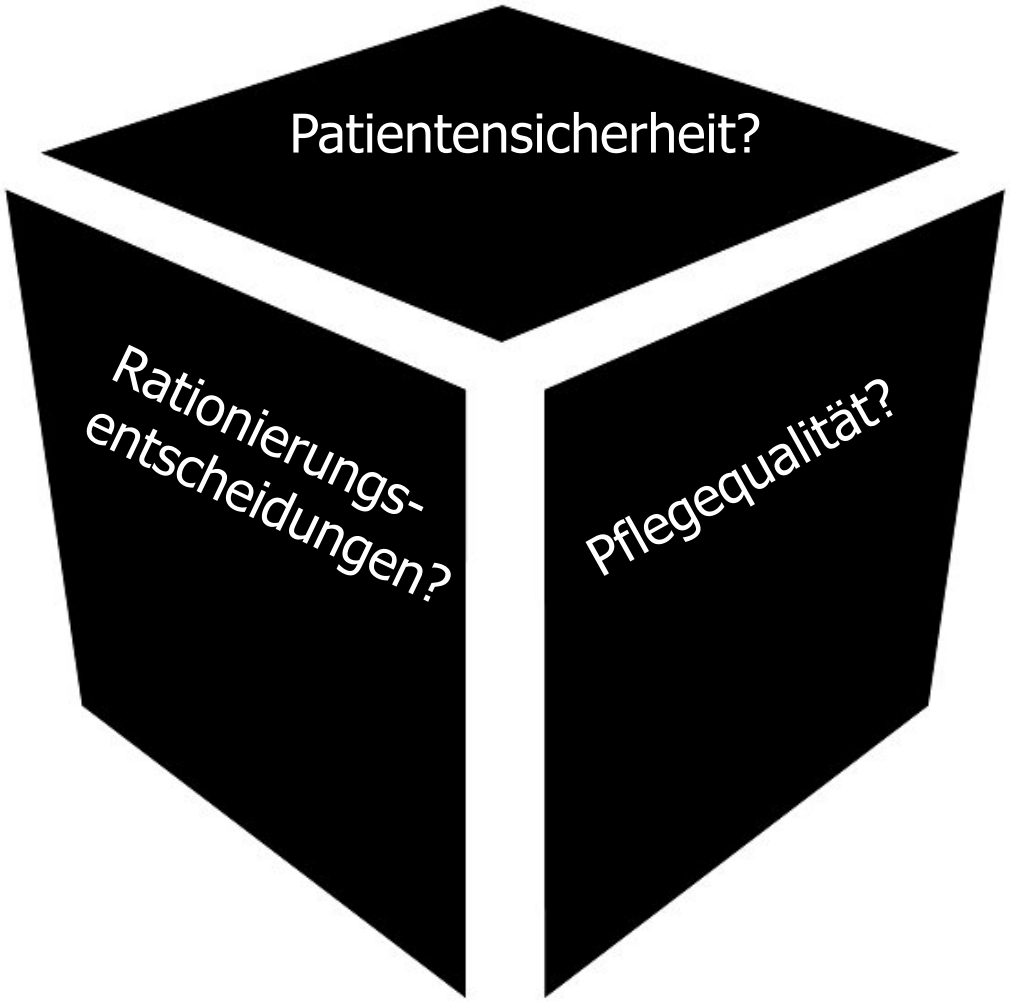
Therapeutisch-aktivierende Pflege findet kaum statt!

- Viel mehr als „satt und sauber" ist nicht möglich!
- Kontinenz-förderung ist kein gelebtes Konzept!
- …

Bildquelle: KLAMKE, B. 2002

Pflege in deutschen Krankenhäusern ist eine Blackbox

PROFESSION PFLEGE



Krankenhausstrukturgesetz- KHSG Pflegestellenförderprogramm und Pflegezuschlag 2016-2018

PROFESSION PFLEGE

Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu **660 Millionen** Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.

Der Versorgungszuschlag von **500 Millionen Euro** wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

QUELLE: http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bt-23-lesung.html

Krankenhausstrukturgesetz- KHSG Pflegestellenförderprogramm und Pflegezuschlag 2016-2018

PROFESSION PFLEGE

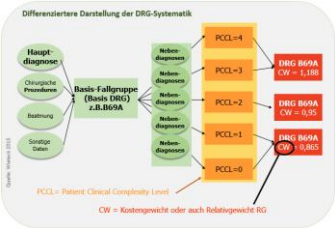
Eine **bereits eingerichtete Expertenkommission** aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende **2017 prüfen**, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

QUELLE: http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bt-23-lesung.html

Diskutierte Lösungsansätze

PROFESSION PFLEGE

- Zweckbindung der im DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten
- Aktivierung der PPR (Pflegepersonalregelung)
- Mindestbesetzungsvorgaben
- Anheben der Personalstellen auf den europäischen Durchschnitt



- Pflegebedarfsfaktoren als Bestandteil im G-DRG-System
- Pflegerelevante Fallgruppen im G-DRG-System

Bewertungskriterien

PROFESSION PFLEGE

Bewertungskriterien (Thomas et al. 2014; Pelchen et al. 2014)	Definition des Bewertungskriteriums
Wirkt einem weiteren Pflegepersonalstellenabbau entgegen (f)	Das Instrument/Verfahren besitzt die Kraft, mit dem Einsatz den bisher kontinuierlichen „Kellertreppeneffekt“ im DRG-System bezogen auf die Pflegepersonalstellenentwicklung zu stoppen.
Vollständigkeit des Instrumentes, das pflegerische Leistungsgeschehen adäquat zu berücksichtigen (f)	Eine adäquate Personalbemessung und Leistungstransparenz kann nur erreicht werden, wenn das eingesetzte Instrument/Verfahren die Kraft hat, die verschiedenen Facetten der Pflege abzubilden/zu berücksichtigen.
Setzt Anreize Pflegepersonalstellen aufzubauen (f)	Das Instrument/die Methode hat die Kraft dafür zu sorgen, dass Personalstellen in den Kliniken aufgebaut werden.
Datennutzung zur adäquaten Pflegepersonalbemessung (f)	Hat das Instrument/die Methode die Kraft, den Pflegebedarf der Patienten basierend auf dem Pflegebedürfnis darzustellen und in geeignete Kenngrößen der Pflegepersonalberechnung zu überführen?
Umsetzungsanforderungen in den Kliniken (b)	Hierzu gehören die Kosten für Softwareumstellungen, Lizenzen, Veränderungen der Prozessabläufe usw. Idealerweise würden hier keine Veränderungen erforderlich werden. Allerdings ist auch festzuhalten, sollten sich weder Prozessabläufe, noch die fachlich inhaltliche Ausgestaltung des Pflegeprozesses usw. ändern, sich auch keine Qualitätsverbesserungen einstellen können.
Aufbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation/Administrativer Aufwand, als Nebeneffekt (c)	Hier wird der Administrationsaufwand verstanden, welcher ausschließlich zur Personalbemessung, Kostenabrechnung dient. Nicht aber die Dokumentationsveränderungen, welche mit einer Qualitätsverbesserung im Entscheidungsfindungsprozess der Pflege einhergehen.

Bewertungskriterien

PROFESSION PFLEGE

Bewertungskriterien (Thomas et al. 2014; Pelchen et al. 2014)	Definition des Bewertungskriteriums
Finanzierung basiert auf der erbrachten Pflegeleistung (dem Pflegebedarf) **(d)**	Das Instrument/die Methode nutzt die pflegerische Leistungsebene zur Gruppierung im DRG-System.
Finanzierung basiert auf dem ermittelten Pflegebedürfnis/Patientenzustand **(d)**	Das Instrument/die Methode nutzt die Patientenzustände/-bedürfnisse zur Gruppierung im DRG-System.
Setzt Anreize, pflegerische Qualität zu verbessern **(g)**	Bietet das Instrument das Potenzial, dass höherwertige aktivierend-therapeutische Pflegeleistungen höher vergütet werden als passivierende Pflegekonzepte? Wird „critical thinking“ im Entscheidungsfindungsprozess unterstützt?
Datennutzung zur Qualitäts- und Outcome-Bewertung **(g)**	Durch den Einsatz des Verfahrens stehen Daten in standardisierter Form zur Qualitäts-/Outcome-Bewertung zur Verfügung.
Wirkt der Rationierung pflegerischer Leistungen entgegen **(g)**	Rationierung pflegerischer Leistungen sind Pflegemaßnahmen, die ein Patient eigentlich benötigt, welche aber aus den unterschiedlichsten Gründen nicht erbracht werden können. Z.B., da Pflege vermehrt nichtpflegerische Tätigkeiten übernimmt oder chronisch unterbesetzt ist.
Finanzierung basiert auf der erbrachten Pflegeleistung (dem Pflegebedarf) **(d)**	Das Instrument/die Methode nutzt die pflegerische Leistungsebene zur Gruppierung im DRG-System.

3

Zweckbindung der im DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten

PROFESSION PFLEGE

Beispiel DRG-Fallpauschalenkatalog mit eigenem Pflegekostengewicht

Quelle: In Anlehnung an Fallauschalenkatalog InEK

Beispiel: Zweckbindung und/oder eigene Pflegekostengewichte

					Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungs-relation bei Haupt-abteilungen	Mittlere Verweil-dauer	Erster Tag mit Abschlag	Bewertungs-relation/ Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungs-relation/ Tag
G10Z	0	Bestimmte Eingriffe am hepatobilärem System, Pankreas, Niere und Milz	2,177 P:1,23	15,5	4	0,099 P:0,3	28	0,017 P:0,08
G11A	0	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre	1,412	6,5	1	0,457	13	0,098
G11B	0	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre	0,624	4,5	1	0,352	10	0,066
G12A	0	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur	2,535	12,0	3	0,392	26	0,091
G12B	0	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur	1,887	12,0	3	0,360	25	0,084
G12C	0	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexer oder mäßig komplexe OR-Prozedur	1,065	5,8	1	0,562	15	0,080

3

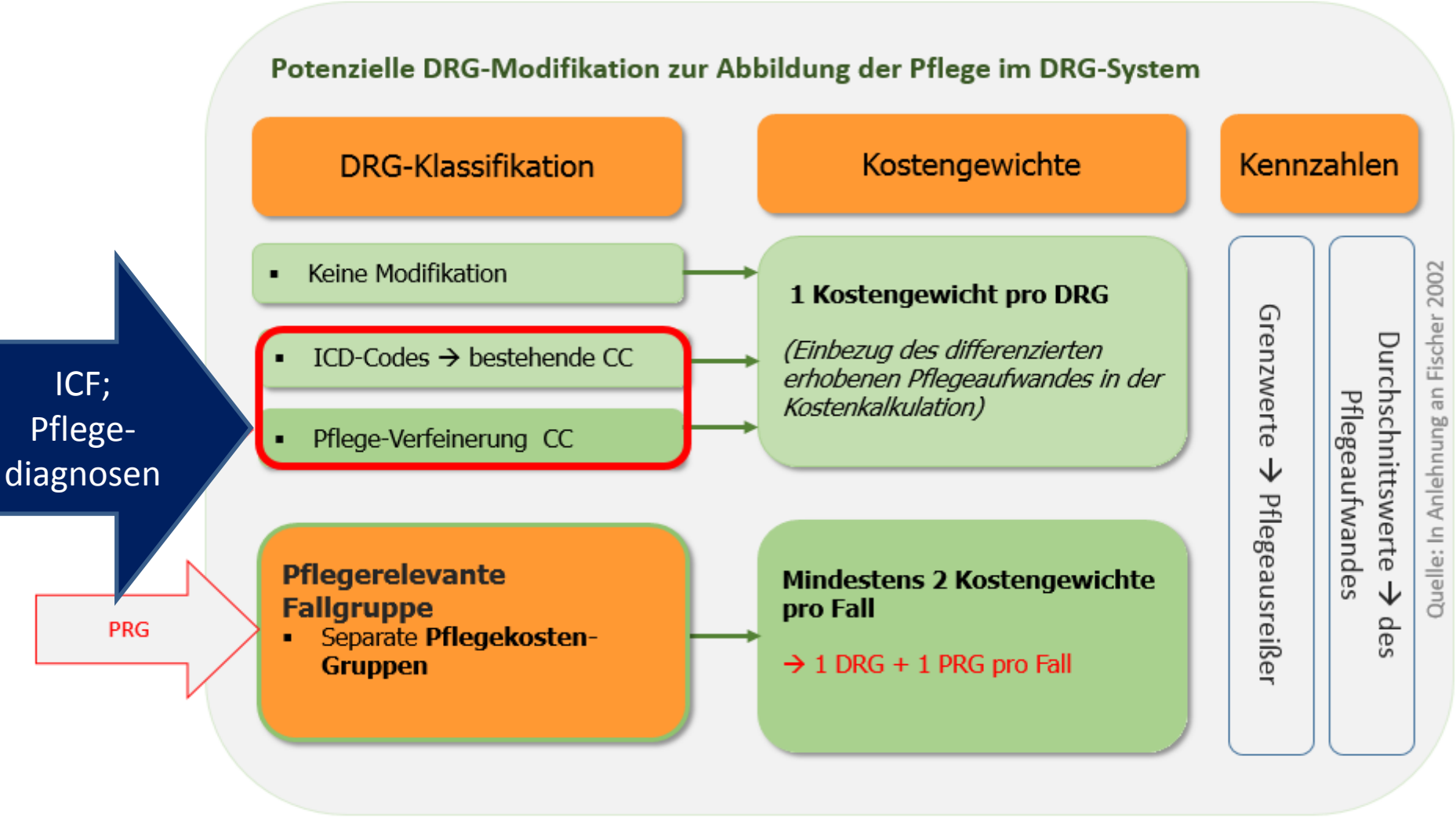
Zweckbindung der im DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten

Bewertungskriterien (Thomas et al. 2014; Pelchen et al. 2014)	Zweck-bindung
Wirkt einem weiteren Pflegepersonalstellenabbau entgegen **(f)**	JA
Vollständigkeit des Instrumentes das Leistungsgeschehen adäquat zu berücksichtigen **(f)**	NEIN
Setzt Anreize Pflegepersonalstellen aufzubauen **(f)**	NEIN
Datennutzung zur Adäquaten Pflegepersonalbemessung **(f)**	NEIN
Umsetzungsanforderungen in den Kliniken **(b)**	GERING
Aufbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation/Administrativer Aufwand **(c)**	NEIN
Finanzierung basiert auf der erbrachten Pflegeleistung (dem Pflegebedarf) **(d)**	GERING
Finanzierung basiert auf dem ermittelten Pflegebedürfnis/Patientenzustand **(d)**	Nein
Setzt Anreize pflegerische Qualität zu verbessern **(g)**	Nein
Datennutzung zur Qualitäts- und Outcome Bewertung **(g)**	Nein
Wirkt der Rationierung pflegerischer Leistungen entgegen. **(g)**	Nein
Datennutzung zur Beurteilung von Rationierungsentscheidungen **(g)**	Nein
Flexibilität des Management die verfügbaren Mittel einzusetzen **(e)**	NEIN
Anreiz für Professionalisierung und Attraktivität der Pflegeberufe **(i)**	NEIN
Dauer bis zur Anwendbarkeit des Verfahrens **(a)**	SOFORT
Flexibilität des Instrumentes im kontinuierlichen Verbesserungsprozesses Anpassungen vorzunehmen	-
Sektorenübergreifende Nutzung der Daten **(j)**	NEIN

3

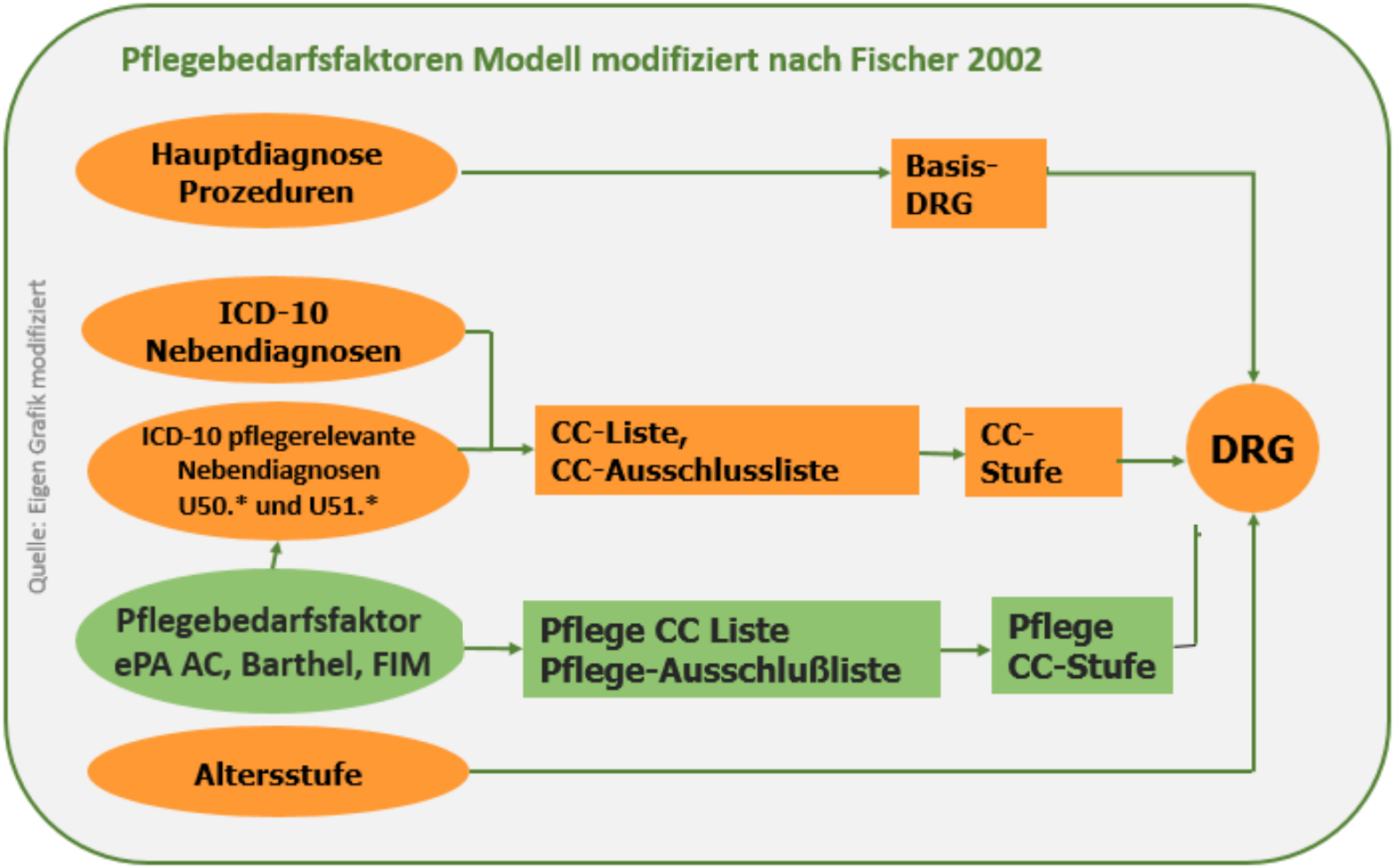
Lösungsansätze innerhalb des G-DRG-Systems

PROFESSION PFLEGE



Pflegebedarfsfaktoren Modell

PROFESSION PFLEGE



3

Pflegebedarfsfaktoren abbilden über: e-PA-AC/FIM/Barthel Punkte lösen die U 50.- und U51.- aus

PROFESSION PFLEGE

Quelle: Hunstein 2009, Auszug aus ePA-AC

Motorischer FIM

Funktion	Punkte
Selbstversorgung	
Essen und Trinken	1/2/3/4/5/6/7
Körperpflege	1/2/3/4/5/6/7
Baden, Duschen und Waschen	1/2/3/4/5/6/7
Ankleiden Oberkörper	1/2/3/4/5/6/7
Ankleiden Unterkörper	1/2/3/4/5/6/7
Intimpflege	1/2/3/4/5/6/7
Kontinenz	
Harnkontinenz	1/2/3/4/5/6/7
Stuhlkontinenz	1/2/3/4/5/6/7
Transfer	
ins Bett, auf Stuhl oder Rollstuhl	1/2/3/4/5/6/7
auf Toilettensitz	1/2/3/4/5/6/7
in Dusche oder Badewanne	1/2/3/4/5/6/7
Fortbewegung	
Gehen oder Rollstuhlfahren	1/2/3/4/5/6/7
Treppensteigen	1/2/3/4/5/6/7
Summe maximal	91

AC Assessment

olle lbstpflege-higkeit	gering Eingeschränkte Selbstpflege-fähigkeit	Stark ein-geschränkte Selbstpflege-fähigkeit	keine Selbstpflege-fähigkeit
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

PI 36-30 = geringe Beeinträchtigung;
PI 19-10 = maximale Beeinträchtigung

U50.0- Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung
U50.00 Barthel-Index: 100 Punkte
U50.01 Motorischer FIM: 85-91 Punkte
U50.02 Selbstpflege-Index (ePA-AC) 40 Punkte
U50.1- Leichte motorische Funktionseinschränkung
U50.10 Barthel-Index: 80-95 Punkte
U50.11 Motorischer FIM: 69-84 Punkte

3

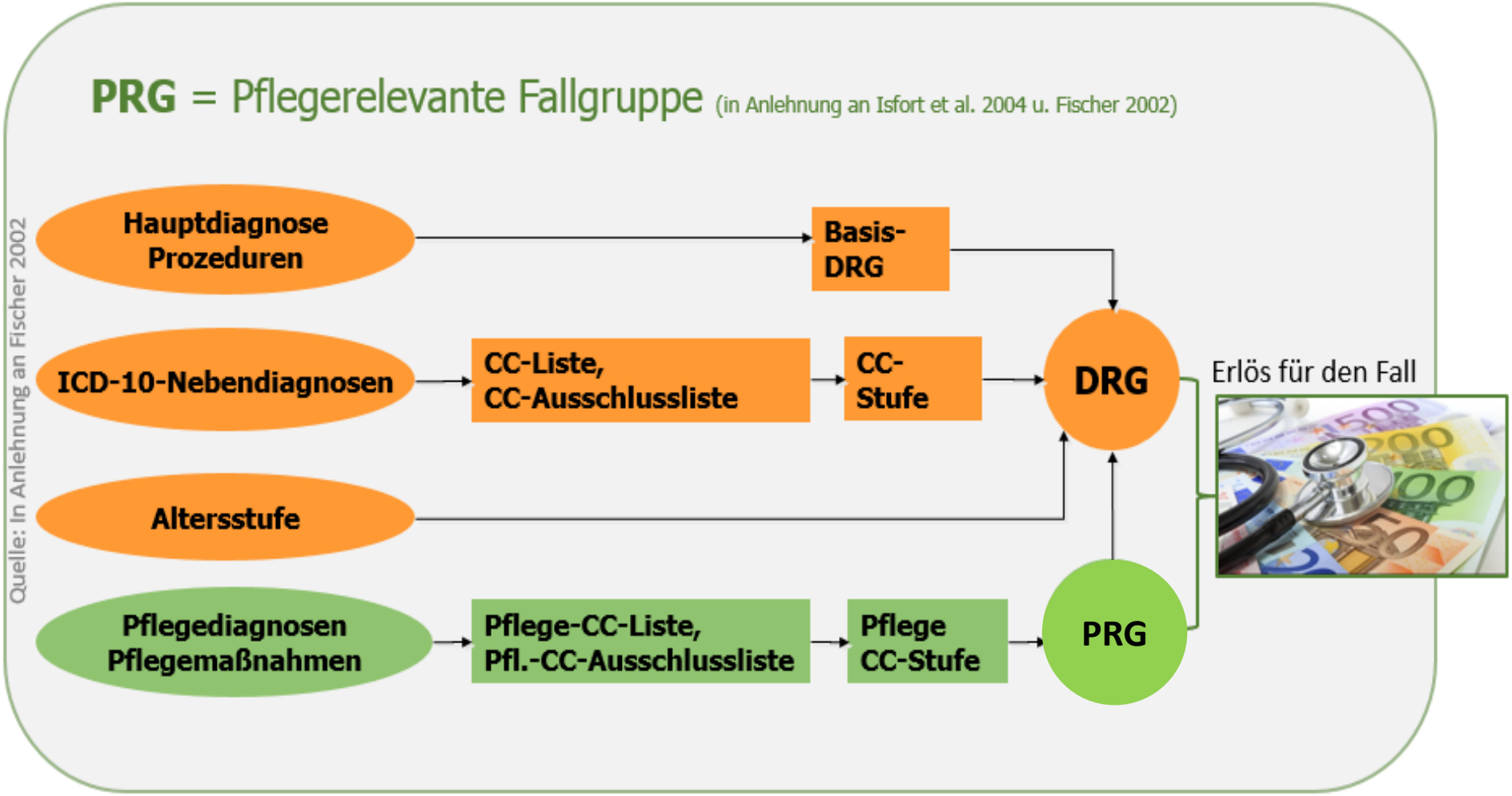
Pflegebedarfs-faktoren-Modell

Bewertungskriterien (Thomas et al. 2014; Pelchen et al. 2014)	Pflegebedarfs faktoren-
Wirkt einem weiteren Pflegepersonalstellenabbau entgegen **(f)**	UNGEWISS
Vollständigkeit des Instrumentes das Leistungsgeschehen adäquat zu berücksichtigen **(f)**	NEIN
Setzt Anreize Pflegepersonalstellen aufzubauen **(f)**	NEIN
Datennutzung zur Adäquaten Pflegepersonalbemessung **(f)**	NEIN
Umsetzungsanforderungen in den Kliniken **(b)**	GERING bis AUFWÄNDIG
Aufbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation/Administrativer Aufwand **(c)**	BEDINGT
Finanzierung basiert auf der erbrachten Pflegeleistung (dem Pflegebedarf) **(d)**	BEDINGT
Finanzierung basiert auf dem ermittelten Pflegebedürfnis/Patientenzustand **(d)**	NEIN
Setzt Anreize pflegerische Qualität zu verbessern **(g)**	BEDINGT
Datennutzung zur Qualitäts- und Outcome Bewertung **(g)**	NEIN
Wirkt der Rationierung pflegerischer Leistungen entgegen. **(g)**	NEIN
Datennutzung zur Beurteilung von Rationierungsentscheidungen **(g)**	NEIN
Flexibilität des Management die verfügbaren Mittel einzusetzen **(e)**	JA
Anreiz für Professionalisierung und Attraktivität der Pflegeberufe **(i)**	NEIN
Dauer bis zur Anwendbarkeit des Verfahrens **(a)**	Ca. 6-24 Monate, stufenweise Umsetzung
Flexibilität des Instrumentes im kontinuierlichen Verbesserungsprozesses Anpassungen vorzunehmen	BEDINGT
Sektorenübergreifende Nutzung der Daten **(j)**	NEIN

3

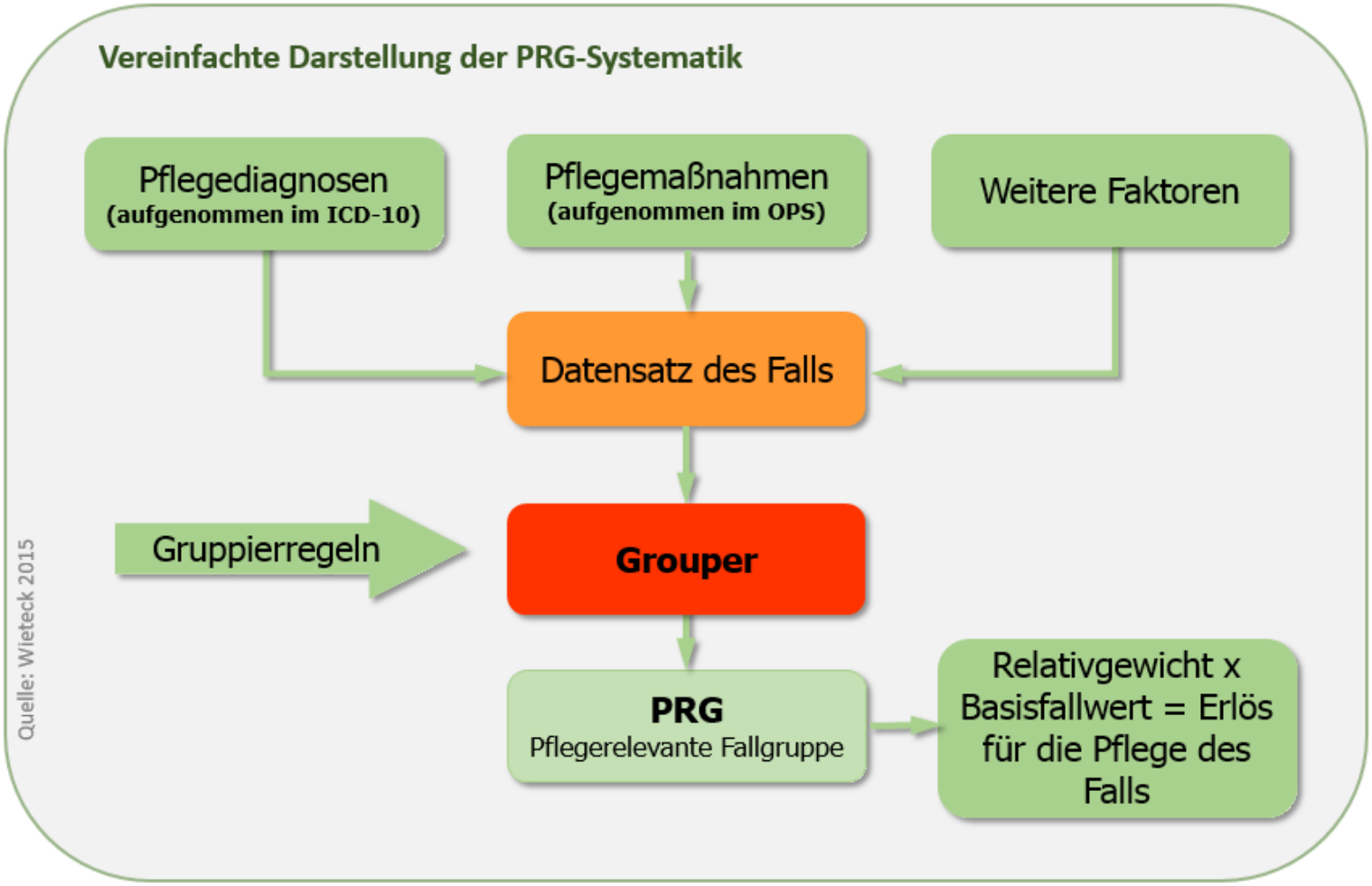
PRG = Pflegerelevante Fallgruppe

PROFESSION PFLEGE



Pflegerelevante Fallgruppen

PROFESSION PFLEGE



3

PRG
Pflegerelevante Fallgruppen

Einschätzung der aufgestellten Bewertungskriterien	Pflegerische Fallgruppen u. eigenes Kostengewicht
Wirkt einem weiteren Pflegepersonalstellenabbau entgegen **(f)**	JA
Vollständigkeit des Instrumentes das Leistungsgeschehen adäquat zu berücksichtigen **(f)**	JA
Setzt Anreize Pflegepersonalstellen aufzubauen **(f)**	JA
Datennutzung zur Adäquaten Pflegepersonalbemessung **(f)**	JA
Umsetzungsanforderungen in den Kliniken **(b)**	GERING bis AUFWÄNDIG
Aufbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation/Administrativer Aufwand **(c)**	BEDINGT
Finanzierung basiert auf der erbrachten Pflegeleistung (dem Pflegebedarf) **(d)**	JA
Finanzierung basiert auf dem ermittelten Pflegebedürfnis/Patientenzustand **(d)**	JA
Setzt Anreize pflegerische Qualität zu verbessern **(g)**	JA
Datennutzung zur Qualitäts- und Outcome Bewertung **(g)**	JA
Wirkt der Rationierung pflegerischer Leistungen entgegen. **(g)**	JA
Datennutzung zur Beurteilung von Rationierungsentscheidungen **(g)**	JA
Flexibilität des Management die verfügbaren Mittel einzusetzen **(e)**	JA
Anreiz für Professionalisierung und Attraktivität der Pflegeberufe **(i)**	JA
Dauer bis zur Anwendbarkeit des Verfahrens **(a)**	Ca. 6-24 Monate stufenweise Umsetzung
Flexibilität des Instrumentes im kontinuierlichen Verbesserungsprozesses Anpassungen vorzunehmen	Hoch
Sektorenübergreifende Nutzung der Daten **(j)**	JA

Nach Aufhebung der Zweckbindung

Diskutierte Lösungsansätze zur adäquaten Pflegepersonalbesetzung

3

Zentraler Kernunterschied der Modelle
Pflegebedarfsfaktor und PRG

PROFESSION PFLEGE

Pflegebedarfsfaktoren-Modell

Erhebt das Pflegebedürfnis über Assessments (FIM, BARTHEL, ePA-AC), über einen Punktwert drückt die Fallschwere aus.

Pflegerelevante Fallgruppen

Nutzt als Gruppierungselemente die Pflegediagnosen (Pflegebedürfnis) **und** erbrachte Pflegeleistung

Stufenmodell zur Umsetzung von PRGs

PROFESSION PFLEGE

1. Kurzfristige Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation

2016 Zweckbindung des vom InEK in den DRG-Fallgruppen ausgewiesenen Budgets für die Pflegepersonalstellen
STEP 1-PRGs auf Basis der InEK-Kalkulationsdaten, Start ist sofort möglich

2016-Bis 2019 Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelation auf einen „europäischen Durchschnittswert" – Nachweispflicht der Kliniken, durchschnittliche Patienten-/Pflegepersonalrelation

2. Vorbereitung zur Verfeinerung der Datengrundlage 2017

2017 Verpflichtende Nutzung der Kataloge mit Pflegediagnosen und Interventionen, welche mit normativen Zeitwerten hinterlegt sind und über ein Mapping zur PPR verfügen.

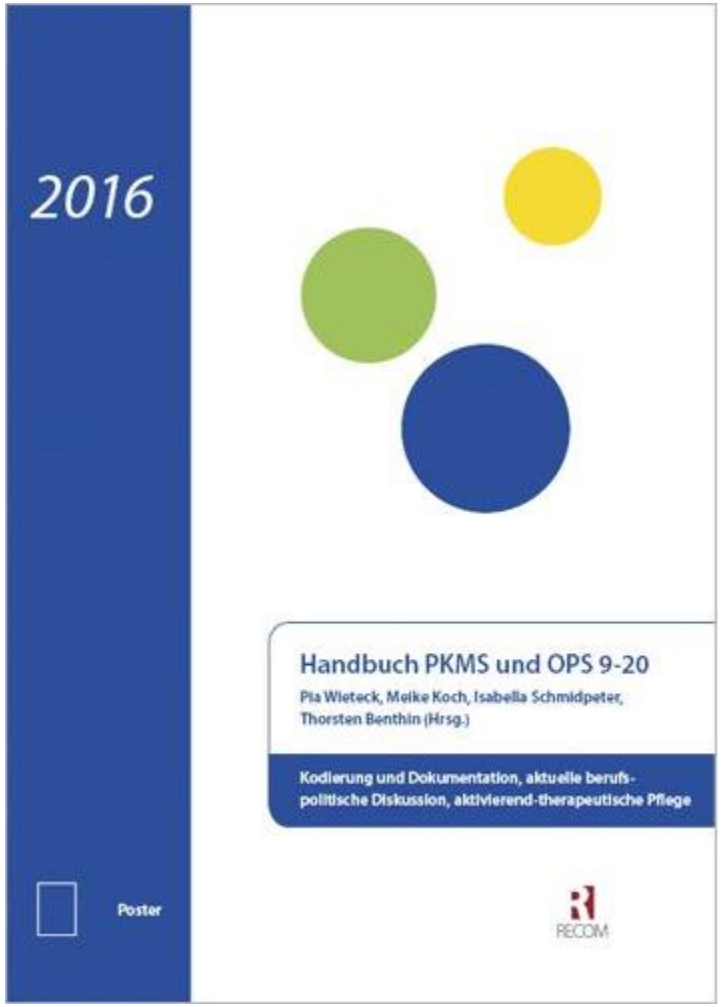
Zunächst für die Kalkulationskliniken

Stufenmodell zur Umsetzung von PRGs

PROFESSION PFLEGE

3. **2019 - Nutzung und Verfeinerung der PRGs**
   Alle Kliniken rechnen PRGs ab

3. **2020 – Abbau der Zweckbindung**

4. **Entwicklung von Outcome-Indikatoren bis 2017-2020**
   a. Aus der Regeldokumentation kann für die Krankenhaus-berichterstattung ein Indikatorenset zur Beurteilung der Pflegequalität entwickelt werden. (2017-2020)
   b. Ab 2020 Verpflichtung der Kliniken, die entwickelten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausberichterstattung zu veröffentlichen. Evtl. könnten Einrichtungen mit schlechten Qualitätsergebnissen einen Abschlag bekommen.

Diskussion über die Lösungsansätze, nachzulesen im…