



Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser
und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.

GKiND e.V. • Jochen Scheel • Tannenstraße 15 • 57290 Neunkirchen

Herrn RegDir Ferdinand Rau
Referat 215
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Dokumentname	Autor	Fon	Fax	E-Mail	Datum
2013_11_05_V.docx	Jochen Scheel Dr. Nicola Lutterbüse	030.60984280 0941.2983668	030.60984283	Jochen.Scheel@GKiND.de Nicola.Lutterbuese@GKiND.de	05.11.2013

G-BA-Beschluss zur Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20.06.2013

Sehr geehrter Herr Rau,

vielen Dank für Ihr Antwortschreiben in o.g. Angelegenheit vom 24.10.2013.

Sehr erfreulich ist Ihre abschließende Anmerkung, dass es aus Sicht des Bundesministeriums Ziel aller Beteiligten sein muss, bis zum Ablauf der Übergangsfrist eine sachgerechte Finanzierung einer richtlinienkonformen Versorgung zu gewährleisten.

Gerne möchten wir einige Passagen Ihres Schreibens zum Anlass nehmen, Ihnen nachstehend zusätzliche Informationen und Anmerkungen zur Verfügung zu stellen und bitten gleichzeitig um Nachsicht, falls es sich um bereits bekannte Sachverhalte handeln sollte.

1. Vorbemerkungen

Die konkrete jeweilige Anzahl der Perinatalzentren Level 1 und Level 2 in der Bundesrepublik ist nach unserem Kenntnisstand nicht bekannt. Aus den Qualitätssicherungsprogrammen wird eine Gesamtzahl zwischen 150 und 200 abgeleitet. Da nach unserem Informationsstand auch die GKV nicht flächendeckend überprüft haben, inwieweit bis dato die G-BA-Kriterien von Perinatalzentren Level 1 und Level 2 erfüllt werden, dürften auch dort keine genaue Anzahl mit Unterscheidung nach Level vorliegen.

Man kann also davon ausgehen, dass max. 10% der bundesdeutschen Krankenhäuser ein Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 betreiben.

2. Anforderungen müssen bereits heute erfüllt sein

„Generelle Anforderungen“ müssen erfüllt sein. Das trifft auf die Anforderungen der Richtlinie zu, die bereits längere Zeit gelten. Hier geht es aber um neu hinzugekommene Anforderungen / Festlegungen.

Im Rahmen einer Datenabfrage bei unseren Mitgliedseinrichtungen konnten wir bisher feststellen, dass derzeit keine Einrichtung die ab 01.01.2017 verbindliche Personalquote im Pflegedienst von 1:1 bei Intensivbehandlung und 1:2 bei Intensivüberwachung erfüllt.

Dass der G-BA davon ausgeht, dass diese bereits heute zu erfüllen sind, aber eine Übergangsfrist bis zum 01.01.2017 gewährt, ist bekannt.

Offensichtlich war dem G-BA klar, dass eine Übergangsfrist bei der Formulierung des Beschlusses nötig sein würde, weil die derzeitige Personalausstattung in Deutschlands Neonatologien die Anforderungen nicht erfüllen. Aber wie die Personalausstattung derzeit wirklich ist, war dem G-BA anscheinend wohl nicht bekannt.

3. Häufig nicht zutreffende Berechnung der erforderlichen Personalbesetzung

Woher Sie Ihre Kenntnis einer häufig nicht zutreffenden Berechnung der erforderlichen Personalbesetzung haben, können wir nicht beurteilen.

Wir erlauben uns daher, im Folgenden unsere Berechnungsmethode zu beschreiben und erbitten dazu Ihren Kommentar, falls sie unzutreffend sein sollte.

Ausgangslage

Ausgangslage unserer Datenabfrage sind Kostendaten und Angaben zu Vollkräften und Kopfzahlen, die sich nur auf die Neonatologie beziehen dürfen, also auf den Anteil der mit Neonaten belegten Intensivtherapie- und Intensivüberwachungsplätze. Wenn beispielsweise in einem Perinatalzentrum eine gemischte Station mit Betten der pädiatrischen Intensivmedizin betrieben wird, dürfen die Kosten- und Stellenanteile für die pädiatrische Intensivstation nicht enthalten sein. Gleiches gilt selbstverständlich für andere Mischformen.

Damit gehen wir bei der Bewertung des Mehrbedarfs von bereinigten Daten der Intensivstationen aus.

Ermittlung der Tage mit intensivbehandelten und intensivüberwachten Frühgeborenen

Grundlage für die Ermittlung sind die Berechnungstage aus 2012, differenziert nach Intensivbehandlung und Intensivüberwachung. Als Kriterien für diese Unterscheidung wurden die als **Anlage 1** beigefügten Hinweise zur Verfügung gestellt, auf die der G-BA in den tragenden Gründen zum Beschluss vom 20.6.2013 verwiesen hat.

Erläuterung der konkreten VK-Bedarfsermittlung im Pflegedienst an einem Beispiel

Wir haben ein mittleres Perinatalzentrum Level 1 zugrunde gelegt mit 3.500 Tagen Intensivbehandlung und 3.000 Tagen Intensivüberwachung. Der Personalbedarf ermittelt sich wie folgt (die zugrundeliegende Excel-Datei ist als **Anlage 2** zur gfl. Prüfung beigefügt):

VK-Ermittlung für Schichtbesetzungen

1. Ermittlung Jahresarbeitsstunden netto pro VK

Jahresarbeitsstage	250	Beispiel NRW (Wert aus Arbeitsblatt Jahresarbeitsstage BL 2013 übernehmen) (hier ggf. abweichende tägliche tarifl. Arbeitszeit eintragen)
Tarifl. Arbeitszeit pro Tag	7,7	
Jahresarbeitsstunden brutto pro VK	1.925,0	hier evt. abweichende Ausfallzeiten eingeben
Ausfallzeit (Urlaub, Krankheit etc.)	20%	
Jahresarbeitsstunden netto pro VK	1.540,0	

2. Ermittlung der zu besetzenden Arbeitsstunden

Bezeichnung	Berechnungstage (Ist-Daten des Hauses eintragen)	Schichtbesetzung	Faktor	Stunden pro Tag incl. 30 Min. Übergabe	Zeitbedarf in Stunden
Intensivtherapie	3.500	1:1	1	25,5	89.250,0
Intensivüberwachung	3.000	1:2	0,5	25,5	38.250,0
Gesamt	6.500				127.500,0

3. VK-Bedarf

Notwendige VK	82,79
Quote Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ Level 1	40%
Erforderl. VK mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ bei Level 1	33,12

Nach dieser üblichen Berechnungsmethode ergibt sich ein Vollkräftebedarf für intensivbehandlungsbedürftige und intensivüberwachte Frühgeborene von 82,79 Vollkräften im Pflegedienst. Davon müssen mindestens 33,12 die erforderliche Fachweiterbildung nachweisen.

Hinzu kommt der Personalbedarf für die sog. „anderen Frühgeborenen“ im Perinatalzentrum, für die weder die Kriterien für intensivbehandelte noch diejenigen für intensivüberwachte Frühgeborene zutreffen. Für diese Patienten existiert kein aufgrund eines G-BA-Beschlusses verbindlicher Personalschlüssel.

Aus Praktikabilitätsgründen haben wir bei dieser Betrachtung auf den Berechnungstag und nicht die Behandlung / Schicht abgestellt. Bitte geben Sie uns einen Hinweis, falls Sie die Berechnungsmethode für unzutreffend halten sollten.

Durchschnittsbetrachtung

Bitte beachten Sie, dass es sich bei obiger Berechnung um eine Durchschnittsbetrachtung handelt. In der Praxis sind die Perinatalzentren natürlich nicht gleichmäßig ausgelastet, sondern müssen mit enormen Belegungsschwankungen rechnen. Diese enormen Belegungsschwankungen erfordern eine sehr flexible Personaleinsatzplanung, die aber nur möglich ist, wenn Personal zusätzlich im Ruf-Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht, um z.B. bei einer unvorhergesehenen Mehrlingsgeburt rechtzeitig die zusätzlichen Mitarbeiter/innen vor Ort verfügbar zu haben.

Die sich daraus ergebenden Zusatzkosten haben wir in unseren Berechnungen bisher nicht berücksichtigt.

Kosten pro Vollkraft

Bei der Ermittlung der Kosten pro Vollkraft (Brutto-AG-Kosten) ergibt sich derzeit (es gehen weiterhin noch Daten ein) ein Durchschnittswert über alle bisher an der Datenerhebung teilgenommenen Häuser i.H.v. 53.342 € (Ist-Kosten 2012). Dieser Wert ist realistisch angesichts der Fachkraftquote (ausschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen mit einem hohen Fachbildungsanteil und i.d.R. mit einem gegenüber dem Durchschnitt etwas höheren Lebensalter).

Mehrkosten für die Erfüllung der Fachweiterbildungsquote

Die Mehrkosten für die Ausbildung von 40% der zusätzlichen Fachkräfte zu Fachschwestern und -pflegern sind in den Berechnungen noch nicht enthalten. Dazu ermitteln wir derzeit noch die durchschnittlichen Ausbildungskosten.

4. Prüfung durch das InEK

Sie haben sich an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gewandt mit der Bitte, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kurzfristig mit der Prüfung zu beauftragen, inwieweit Finanzierungsprobleme zu erwarten sind.

Kostendaten

Nach unserem Informationsstand verfügt das InEK über detaillierte Kalkulationsdaten aus den Kalkulationshäusern (244 Häuser nach Angabe im Abschlussbericht über das DRG-System 2013).

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.609	244
Anzahl Betten	439.425	97.231
Anzahl Fälle	20.545.811	4.075.155

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2011 (Stand: 31. Mai 2012)

Dies ist eine Stichprobe aus rd. 10% aller bundesdeutschen Krankenhäuser. Bei einem Anteil von 10% Krankenhäusern mit Perinatalzentren Level 1 oder 2 verfügt das InEK wahrscheinlich über für diese Fragestellung verwertbare Kostendaten von 1% aller Krankenhäuser, also max. aus 20 Perinatalzentren.

Die Repräsentativität dieser Datenbasis sollte man also nicht überbewerten.

Ob ein Kalkulationshaus ein Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 betreibt, ergibt sich weder direkt aus den Kalkulationsdaten noch aus den § 21 Daten und müsste ggf. zusätzlich ermittelt werden. Theoretisch ließe sich diese Information zumindest näherungsweise aus den Daten indirekt ableiten.

Keine Informationen zur Unterscheidung Intensivbehandlung/-überwachung

Dem InEK dürften keine Daten über die Tage intensivbehandelter oder intensivüberwachter Frühgeborener nach der Definition der British Association of Perinatal Medicine (2011) vorliegen. Diese Information ist in der geforderten Form nicht Bestandteil des sog. § 21 Datensatzes. Damit fehlt die Basis zur Ermittlung des Soll-Personalbedarfes.

Unvollständige Information zum IST-Personal

Dem InEK dürften ohne ergänzende Datenabfrage (die würde der unseren dann sehr ähnlich sein) auch keine Daten zur Anzahl der in Perinatalzentren eingesetzten Vollkräfte im Pflegedienst vorliegen, die von der QFR-RL betroffen sind. Auch die Kostendaten lassen sich nur grob frühgeborenen Patienten zuordnen.

Ein Abgleich zwischen Vollkräfte-Ist und Vollkräfte-Soll lt. G-BA lässt sich u.E. mit den vorhandenen Daten also zeitnah kaum ermitteln.

5. Lösungen suchen und die Kalkulation anpassen

Wir trauen dem InEK durchaus zu, eine entsprechende Anpassung der Kalkulation vornehmen zu können, aber kurzfristig wird das nicht möglich sein.

6. Finanzierung sicherstellen

Sie schreiben, dass es aus Ihrer Sicht Ziel aller Beteiligten sein muss, bis zum Ablauf der in der QFR-RL vorgesehenen Übergangsfrist eine sachgerechte Finanzierung einer richtlinienkonformen Versorgung zu gewährleisten. Das reicht aus unserer Sicht nicht aus. Wenn der Finanzierungsbedarf besteht, wovon wir zu 99% ausgehen, dann benötigen die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 erste finanzielle Mittel schon zum 01.01.2014, um die Anforderungen zum Ende der Übergangsfrist am 31.12.2016 zu erfüllen. Es besteht keine Möglichkeit einer „Vorfinanzierung“ aus Überschüssen, da diese in der Regel nicht existieren.

Für die Zeit bis zur endgültigen Abbildung im DRG-System (Fallpauschalenkatalog 2019) benötigen wir umgehend eine Regelung.

Die Budgetverhandlungen für 2014 beginnen, Kliniken wollen ja den neuen personellen Anforderungen der QFR-RL nachkommen und Kinderkrankenpflegepersonal aufstocken und für die Intensivbehandlung in den Perinatalzentren weiterbilden.

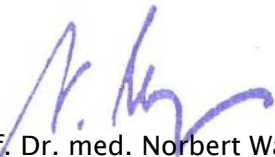
Aber ohne eine Finanzierungsregelung dieser Investition lässt sich das mit den Kostenträgern vor Ort nicht verhandeln und damit auch nicht umsetzen.

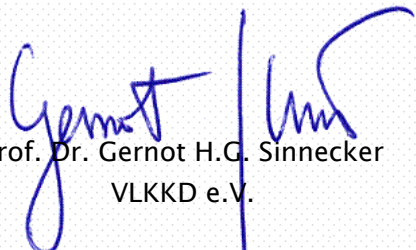
Ihrer Antwort sehen wir gerne entgegen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen


Dr. Nicola Lutterbüse
GKinD e.V.


Jochen Scheel
GKinD e.V.


Prof. Dr. med. Norbert Wagner
DGKJ e.V.


Prof. Dr. Gernot H.C. Sinnecker
VLKGD e.V.

Frauke Leupold
BeKD e.V.
(angefragt)



Prof. Dr. Rolf F. Maier
GNPI e.V.

Nachrichtlich: Herr MinDir Dr. Ulrich Orlowski, BMG