

# **Konzept**

## **zur Abfrage und Übermittlung von für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V**

Stand: 23. Mai 2023

**Anmerkung:** Das ursprüngliche „Konzept zur Abfrage und Übermittlung von für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V“ in der am 29. Januar 2019 auf der Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlichten Fassung zielte auf eine zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderliche Datenerhebung im Jahr 2019. Zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen in den Folgejahren wurde das Konzept jährlich angepasst. In jenen Konzepten wurde auf die Einführung weiterer pflegesensitiver Bereiche und zugehöriger Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 1 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2024 noch nicht eingegangen, weil eine entsprechende Festlegung der Selbstverwaltungspartner im Krankenhausbereich auf weitere pflegesensitive Bereiche nicht vorlag. Die hier vorliegende Fassung des Konzepts beinhaltet nun aufgrund der Beauftragung nach § 137i Absatz 3 Satz 3 SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit vom 13. April 2023 mit Anpassung vom 11. Mai 2023 eine grundlegende Überarbeitung des Konzepts für eine Datenerhebung im Jahr 2023. Sie beinhaltet zum einen den Bereich Neurochirurgie als neuen Leistungsbereich. Zudem ist im Jahr 2023 eine ergänzende Datenerhebung für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin vorgesehen, für den in Teilen bereits Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt wurden.

Gemäß § 137i Absatz 1 SGB V hatten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar 2023 eine Weiterentwicklung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren. Weil eine solche Vereinbarung nicht zustande gekommen ist, erging am 13. April 2023 vom BMG gemäß § 137i Absatz 3 Satz 3 SGB V eine Beauftragung an das InEK hinsichtlich einer Datenerhebung zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen im Jahr 2023, die am 11. Mai 2023 angepasst und ergänzt wurde (postalischer Eingang am 22. Mai 2023): Die Datenerhebung soll den Bereich Neurochirurgie als neuen Leistungsbereich beinhalten. Sie soll eine breite Datengrundlage schaffen, um in diesem Bereich Pflegepersonaluntergrenzen neu einzuführen. Dabei soll eine mögliche Risikoadjustierung nach Pflegeaufwand, eine Differenzierung nach Schichten (Früh-, Spät- und Nachtschicht bzw. Tag- und Nachtschicht), eine Unterscheidung von Wochenende und unter der Woche sowie eine mögliche Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Schwerpunkten untersucht werden. Gemäß der Beauftragung soll sich die Festlegung des Bereichs nach den Ermittlungskriterien der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 9. November 2020 richten. Hierfür hat das InEK mit einem datengetriebenen Ansatz geeignete Fachabteilungsschlüssel und Indikatoren-DRGs zu ermitteln. Ferner wird das InEK mit der Datenerhebung zur Schließung der aktuell bestehenden „Lücke“ im Bereich Intensivmedizin beauftragt. Die aktuelle Definition des Bereichs Intensivmedizin richtet sich nach dem Vorliegen einer bestimmten Anzahl an Fällen mit Prozeduren für die (aufwendige) intensivmedizinische Komplexbehandlung im Krankenhaus. Vergleiche mit Da-

ten aus dem DIVI-Intensivregister zeigten, dass dadurch nur ein Teil des Bereichs Intensivmedizin in Deutschland erfasst wird.

Soweit möglich soll für die Datenerhebung im Jahr 2023 auf diejenigen Krankenhäuser zurückgegriffen werden, die auf Grundlage des zufallsbedingten Auswahlprozesses im Rahmen der PpUG-Weiterentwicklung in den Jahren 2020 bis 2022 bereits an einer der Datenerhebungen teilgenommen haben und daher über Erfahrungen, Wissen und etablierte Strukturen verfügen, auf die mit dem Ziel einer guten Datenqualität und einer effizienten Datengewinnung zurückgegriffen werden kann.

Mit § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V ist das InEK beauftragt worden, ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne von § 137i Absatz 1 SGB V erforderlich sind, zu erarbeiten. In der vorliegenden Fassung wird das aus den Vorjahren übernommene Konzept angepasst und derart fortgeschrieben, u.a. um eine geeignete Datengrundlage für den neuen pflegesensitiven Bereich Neurochirurgie und den bereits etablierten pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin zu schaffen.

Um die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG-Weiterentwicklung) auf eine dauerhaft tragfähige Datengrundlage zu stellen, ist das Datenkonzept gemäß der Gesetzesbegründung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) so zu entwickeln, dass es eine Beschreibung der erforderlichen Daten und des Verfahrens der Übermittlung dieser Daten enthält. Es kann demnach auch vorsehen, dass nur Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern benötigt werden, um dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung zu tragen. In diesem Fall legt das Konzept auch fest, um welche Krankenhäuser es sich handelt.

In den bisherigen Datenerhebungen zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen hat sich ein dreimonatiger Erfassungszeitraum grundsätzlich bewährt. Analog zum Vorjahr wird für die diesjährige Datenerhebung der Erfassungszeitraum vom 1. März 2023 bis zum 31. Mai 2023 gewählt. Dieser Zeitraum ist in den Leistungsdaten der Krankenhäuser enthalten, welche sie im Rahmen der ersten unterjährigen Datenübermittlung nach § 21 Abs. 3b KHEntgG für das Jahr 2023 im Lieferzeitraum vom 1. Juni 2023 bis zum 15. Juni 2023 an das InEK zu übermitteln haben. Der Erfassungszeitraum ist damit nicht direkt durch die Corona-Pandemie geprägt, was insbesondere für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin relevant ist. In die erste Hälfte des genannten Erfassungszeitraums fällt das Auslaufen der Grippewelle in diesem Jahr.

Da für die Herstellung der Datengrundlage im Bereich Intensivmedizin nicht grundsätzlich die Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind, wird in Teil I dieses Konzepts gemäß § 137i Absatz 3a Satz 2 SGB V das Auswahlverfahren der Krankenhäuser zur Datenerhebung für eine Stichprobe beschrieben. Die Krankenhäuser der Stichprobe werden unter Berücksichtigung der Vorgaben in der Beauftragung durch das BMG in einem zufallsbedingten Auswahlprozess ermittelt. Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgt bis Anfang Juni 2023 in den Räumlichkeiten des InEK. Aufgrund der kleinen Grundgesamtheit der Krankenhäuser mit einem Bereich Neurochirurgie ist für diesen Bereich eine Vollerhebung notwendig.

Teil II dieses Konzepts befasst sich mit den Daten, die im Rahmen der PpUG-Weiterentwicklung von den ausgewählten Krankenhäusern an das InEK zu übermitteln sind. Im Vergleich zu den Vorjahren bleibt der Umfang der erhobenen Daten praktisch unverändert mit einigen wenigen Anpassungen im Hinblick auf die Datenerfassung im pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin.

## Teil I: Abfrage der Daten

Wie weiter unten näher ausgeführt wird, ist im Bereich Neurochirurgie eine Vollerhebung notwendig. Dies bedeutet, dass alle für den Bereich Neurochirurgie ermittelten Krankenhäuser im Rahmen der diesjährigen PpUG-Weiterentwicklung Daten für diesen Bereich übermitteln müssen.

Da hingegen eine Vollerhebung über alle Krankenhäuser der Grundgesamtheit für den Bereich Intensivmedizin nicht notwendig ist, einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde und zudem der vorgegebene Bearbeitungszeitraum in diesem Jahr relativ kurz ist, erfolgt die Datenerhebung für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin in Form einer Zufallsstichprobe. Durch Wahl eines geeigneten Stichprobenumfangs können – unter gewissen Annahmen – Pflegepersonaluntergrenzen mit einer bestimmten Genauigkeit bei einem hohen Sicherheitsniveau ermittelt werden. Um ein hohes Maß an Repräsentativität der Stichprobe zu erreichen, wird wie in den Vorjahren die Ziehung einer geschichteten Zufallsstichprobe durchgeführt. Dabei wird die Grundgesamtheit anhand sogenannter Schichtungsfaktoren zunächst in sinnvolle paarweise disjunkte Untergruppen (die sogenannten Schichten) zerlegt. In jeder Schicht wird dann durch Ziehung einer einfachen Zufallsstichprobe (d.h. alle Krankenhäuser der jeweiligen Schicht haben dieselbe Ziehungswahrscheinlichkeit) eine bestimmte vorher festgelegte Anzahl an Krankenhäusern ausgewählt. Hierdurch wird mit Blick auf die Schichtungsfaktoren eine repräsentative Stichprobe erreicht, da insbesondere auch kleinere Schichten der Grundgesamtheit in einer für die Datenanalyse ausreichenden Anzahl in die Stichprobe gelangen. Dabei wird die Vorgabe der Beauftragung durch das BMG, soweit möglich auf Krankenhäuser mit Erfahrung in Bezug auf die PpUG-Weiterentwicklung in den letzten Jahren zurückzugreifen, umgesetzt.

## Datengrundlage und Grundgesamtheit

Als Datengrundlage des Auswahlverfahrens für eine Stichprobe zur Ermittlung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen werden die krankenhausbezogenen Strukturdaten und fallbezogenen Leistungsdaten gemäß § 21 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) des aktuellen Datenjahres 2022 verwendet. Da die zu erhebenden Daten aus dem Datenjahr 2023 stammen, sind bei den Auswertungen lediglich bekannte Informationen zu zwischenzeitlichen Krankenhausschließungen oder Fusionen zu berücksichtigen. Für die Bestimmung der Grundgesamtheit für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin werden ergänzend ein Auszug aus dem DIVI-Intensivregister für den Zeitraum vom 01.01.2023 bis 31.03.2023, den das Robert-Koch-Institut (RKI) am 17. Mai 2023 zu diesem Zwecke bereitgestellt hat, und die öffentlich zugängliche „Prognose der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V, Stand 12.05.2021“ (siehe [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/KH\\_Corona\\_Final\\_Prognose\\_Notfallstufen\\_Stand\\_12-05-2021\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/KH_Corona_Final_Prognose_Notfallstufen_Stand_12-05-2021_barrierefrei.pdf), Aufruf am 16. Mai 2023, 14:00 Uhr) verwendet.

Die Definition des pflegesensitiven Bereichs Neurochirurgie im Rahmen dieses Konzepts erfolgt weitgehend analog zur Definition zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche gemäß § 3 PpUGV in der Fassung der PpUGV vom 9. November 2020. Demnach zählt eine Fachabteilung eines Krankenhauses zum Bereich Neurochirurgie, wenn sie einen entsprechenden Fachabteilungsschlüssel hat oder wenn sie im Datenjahr 2022 einen Fallanteil von mindestens 40% oder mindestens 4.500 Belegungstage (davon mindestens 3.000 in einer Fachabteilung) in den für den jeweiligen Bereich relevanten Indika-

toren-DRGs aufweist. Ausschließlich im Hinblick auf die in diesem Konzept beschriebene Auswahl wurden für den Bereich Neurochirurgie gemäß der Beauftragung durch das BMG mit einem datengetriebenen Ansatz Listen mit Indikatoren-DRGs für diese pflegesensitiven Bereiche zusammengestellt (siehe die Tabellen 4 im Anhang).

Intensivmedizinische Bereiche (d.h. Fälle mit einem mit 36 beginnenden Fachabteilungsschlüssel oder mit einem Fachabteilungsschlüssel einer nach Analysen des InEK als intensivmedizinisch einzuschätzenden Fachabteilung) könnten theoretisch über das 40%-Kriterium oder das Belegungstagekriterium als Fachabteilung der Neurochirurgie identifiziert werden. Da für diese intensivmedizinischen Bereiche deutlich strengere Vorgaben hinsichtlich der zu erfüllenden Pflegepersonaluntergrenzen gelten, werden sie bei der Ermittlung des genannten nicht-intensivmedizinischen pflegesensitiven Bereichs nicht einbezogen. Ebenso werden neonatologische und pädiatrische Fachabteilungen nicht für den Bereich Neurochirurgie ausgewertet.

Werden in einem Krankenhaus für einen der genannten pflegesensitiven Bereiche mehrere Fachabteilungen gezählt (z.B. die Fachabteilungen 1700 Neurochirurgie und 1790 Neurochirurgie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (II) für den pflegesensitiven Bereich Neurochirurgie), werden diese auf Krankenhausebene für den jeweiligen pflegesensitiven Bereich im Weiteren zu einer „Abteilung“ zusammengefasst.

Besonders kleine Abteilungen mit nur wenigen betroffenen Fällen werden nicht einbezogen: Zum einen ist bei diesen Fachabteilungen – u.a. auch aus der Erfahrung in der PpUGV-Umsetzung und der PpUG-Weiterentwicklung in den Vorjahren – zu erwarten, dass es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um Fehlkodierungen einzelner Fälle handelt; zum anderen ist aufgrund der niedrigen Fallzahl bei der Zuordnung von Pflegepersonal unter Berücksichtigung üblicher Fehlerquoten mit einer großen Anfälligkeit hinsichtlich Extremwerten (= Ausreißer) zu rechnen. Für den pflegesensitiven Bereich Neurochirurgie werden nur Fachabteilungen mit jeweils mindestens 1.000 Belegungstagen berücksichtigt.

Neben den krankenhausbezogenen Strukturdaten und fallbezogenen Leistungsdaten gemäß § 21 Absatz 1 KHEntgG werden zur Ermittlung der Grundgesamtheit im Bereich Intensivmedizin drei Datenquellen herangezogen:

- Die vom RKI bereitgestellten Daten aus dem DIVI-Intensivregister für den Zeitraum vom 01.01.2023 bis 31.03.2023. Die auf Ebene der einzelnen Meldebereiche je Krankenhausstandort erfassten Daten werden auf Krankenhausebene zusammengefasst.
- Die Notfallstufen I, II und III setzen u.a. eine bestimmte Anzahl von Intensivbetten und eine bestimmte Anzahl von Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit am jeweiligen Krankenhausstandort voraus. Auch diese Informationen werden auf Krankenhausebene aggregiert.
- Die Daten aus der ersten Quartalsmeldung 2023 der Nachweisführung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen im pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin. Die bisherige Ermittlung für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin zielt auf das Vorhandensein einer bestimmten Anzahl von Fällen mit einer Prozedur der (aufwendigen) intensivmedizinischen Komplexbehandlung.

Die Differenzmenge aus den drei erstgenannten Quellen und der letztgenannten Quelle der „PpUG-Daten“ zeigt im Wesentlichen die aktuelle bestehende „Lücke“ des Bereichs Intensivmedizin in Bezug auf die Pflegepersonaluntergrenzen.

Einen Überblick über die Anzahl der Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Neurochirurgie bietet Tabelle 1.

Pflegesensitiver Bereich	Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
	Grundgesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
Intensivmedizin	1.075	308
Neurochirurgie	149	149 (= Vollerhebung)

*Tabelle 1: Übersicht über die Grundgesamtheit und den ermittelten Stichprobenumfang der pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Neurochirurgie*

### **Geschichtete Zufallsstichprobe und benötigter Stichprobenumfang**

Bei geeigneter Wahl der Schichtungsfaktoren bzw. Schichten lässt sich für eine geschichtete Zufallsstichprobe in der Regel eine genauere Schätzung der Verteilungsparameter erwarten als für eine einfache Zufallsstichprobe, da extreme Ziehungen (z.B. alle gezogenen Krankenhäuser stammen aus nur wenigen Schichten) von vorneherein ausgeschlossen sind. Dies führt zu einer Verringerung des Standardfehlers, was als „Schichtungseffekt“ bezeichnet wird. Aufgrund des Schichtungseffekts kann bei geschichteten Zufallsstichproben im Vergleich zu einfachen Zufallsstichproben für in etwa gleich genaue Schätzungen meist der Stichprobenumfang reduziert werden. Da im Rahmen dieser Ziehung jedoch keine belastbaren Anhaltspunkte zur Abschätzung des Schichtungseffekts vorliegen, erfolgt die Festlegung der Stichprobengröße insgesamt auf grundlegenden Überlegungen zum notwendigen Stichprobenumfang einfacher Zufallsstichproben (siehe Hartung J., Elpelt B. und Klösener, K.-H. (2009)). Entsprechend ist es angemessen, die Anzahl der zu ziehenden Krankenhäuser je Schicht durch eine proportionale Schichtung zu bestimmen. D.h. der Anteil der aus jeder Schicht gezogenen Krankenhäuser ist in allen Schichten gleich groß. Damit ist die Wahrscheinlichkeit der Krankenhäuser, in die Stichprobe zu gelangen, – von unvermeidlichen rundungsbedingten Abweichungen abgesehen – gleich groß. Der in Tabelle 1 angegebene Stichprobenumfang für den Bereich Neurochirurgie beruht auf folgenden Annahmen: Die Patienten-Pflegepersonal-Verhältniszahlen seien annähernd normalverteilt und werden für eine grundlegende Einschätzung durch die in Schreyögg, J. und Milstein, R. (2016) ermittelten Verteilungsparameter beschrieben. Der Stichprobenumfang ist so gewählt, dass bei einem Sicherheitsniveau von gut 90% das 25%-Quantil der Verteilung der Pflegepersonal-Patienten-Verhältniszahlen mit einer Genauigkeit von  $\pm 10\%$  ermittelt werden kann. Der in Tabelle 1 angegebene Stichprobenumfang beinhaltet darüber hinaus einen Sicherheitszuschlag von bis zu +10%, da erfahrungsbedingt davon auszugehen ist, dass letztlich nicht alle für die Stichprobe ausgewählten Krankenhäuser Daten liefern werden. Auf Basis der Erfahrung in den Vorjahren ist eine Reduktion des Sicherheitszuschlags von +20% auf +10% möglich. Im Ergebnis ist aufgrund der verhältnismäßig kleinen Grundgesamtheit im Bereich Neurochirurgie eine Vollerhebung notwendig.

Bei den ersten beiden Datenerhebungen für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin wurden rund 40% der Krankenhäuser der Grundgesamtheit für die Stichprobe ausgewählt. Vor allem die bisherigen Erfahrungen berücksichtigend wird in diesem Jahr der Stichprobenumfang schichtspezifisch anhand des bisherigen Erfassungsgrades durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung 2023 festgelegt. Die für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin ermittelten Krankenhäuser werden dazu in zwei Gruppen aufgeteilt: Krankenhäuser mit den Behandlungsschwerpunkten der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern oder „nur“ Kindern einerseits und Krankenhäuser mit dem Behandlungsschwerpunkt der intensivmedizinischen Versorgung „ausschließlich“ von Erwachsenen (d.h. ohne Behandlungsschwerpunkt der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern) andererseits. Für jede der beiden Gruppen werden drei Schichtungsfaktoren verwendet:

- die Trägerschaft als Attribut der Krankenhausdaten gemäß Meldung im Standortverzeichnis gemäß § 293 Abs. 6 SGB V auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 S. 1 KHG mit den Merkmalsausprägungen „frei-gemeinnützig“, „öffentlich“ und „privat“
- drei gleich große Klassen für die Größe der intensivmedizinischen Behandlungseinheiten: Die Größe der Behandlungseinheiten wird gemessen über die durchschnittlich an das DIVI-Intensivregister gemeldete mit den Informationen aus den §-21-Daten und den Notfallstufen verprobte Bettenzahl. Die Ausprägungen sind „groß“, „mittel“ und „klein“.
- zwei bzw. drei annähernd gleich große Klassen für den Erfassungsgrad in der PpUGV-Umsetzung 2023: Hierbei wird die Anzahl der in der ersten Quartalsmeldung für das Jahr 2023 gemeldeten Betten ins Verhältnis zur Anzahl der an das DIVI-Intensivregister gemeldeten Betten gesetzt. Die Merkmalsausprägungen sind „hoch“, „mittel“ und „niedrig“. In der zahlenmäßig deutlich kleineren Gruppe der Krankenhäuser mit Behandlungsschwerpunkten der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern oder nur Kindern werden die Gruppen „hoch“ und „mittel“ zu „mittel oder hoch“ zusammengefasst. Ein hoher Erfassungsgrad bedeutet, dass (fast) die gesamte intensivmedizinische Versorgung des Krankenhauses bereits unter die Pflegepersonaluntergrenzen der pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin oder pädiatrische Intensivmedizin fällt. Ein niedriger Erfassungsgrad bedeutet hingegen, dass aktuell die gesamte oder ein nennenswerter Teil der intensivmedizinischen Versorgung des Krankenhauses aktuell noch nicht unter die Pflegepersonaluntergrenzen der pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin oder pädiatrische Intensivmedizin fällt. Diese „Lücke“ zu schließen ist Auftrag des BMG an das InEK.

In Schichten mit niedrigem Erfassungsgrad in der PpUGV-Umsetzung 2023 werden 40% der Krankenhäuser für die Stichprobe ausgewählt, in Schichten mit mittlerem Erfassungsgrad werden 30% der Krankenhäuser für die Stichprobe ausgewählt und in Schichten mit hohem Erfassungsgrad werden – im Wesentlichen als Kontrollgruppe – 20% der Krankenhäuser in die Stichprobe gelost. Die geringere Stichprobengröße ergibt sich unter Berücksichtigung statistischer Kennzahlen wie Mittelwert und Standardabweichung. Im Gesamtdurchschnitt werden damit rund 30% der Krankenhäuser für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin in die Stichprobe gewählt.

Somit ergeben sich für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin 27 (= 3 x 3 x 3) Schichten in der Gruppe der Krankenhäuser mit intensivmedizinischer Versorgung von ausschließlich Erwachsenen und 18 (= 3 x 3 x 2) Schichten in der Gruppe der Krankenhäuser mit intensivmedizinischer Versorgung von Erwachsenen und Kindern mit schichtspezifischen Stichprobengrößen (für einen tabellarischen Überblick siehe die Tabellen 3a und 3b im Anhang).

### **Durchführung des Auswahlverfahrens**

Im Bereich Neurochirurgie ist eine Vollerhebung erforderlich, sodass für diesen Bereich keine Ziehung durchgeführt werden muss. Alle Krankenhäuser der Grundgesamtheit im Bereich Neurochirurgie müssen im Rahmen der PpUG-Weiterentwicklung Daten an das InEK übermitteln.

Aufgrund des oben dargestellten Ansatzes für das Auswahlverfahren liegt für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin eine Zerlegung der Grundgesamtheit in 27 + 18 Schichten vor (d.h. jedes Krankenhaus mit diesem Bereich ist genau einer Schicht des Bereichs zugeordnet). Zudem wurde

beschrieben, wie viele Krankenhäuser je Schicht im Rahmen einer einfachen Zufallsauswahl gezogen werden müssen (siehe dazu die Tabellen 3a und 3b im Anhang).

Der Ablauf der Ziehung ist wie folgt: Der Reihe nach werden für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin für jede der 27 + 18 Schichten alle Krankenhäuser der jeweiligen Schicht aufgelistet. Zur Umsetzung der Beauftragung durch das BMG im Hinblick auf die Bevorzugung von teilnahmeerfahrenen Krankenhäusern wird anschließend geprüft, welche Krankenhäuser bereits in den letzten drei Jahren an mindestens einer Datenerhebung zur PpUG-Weiterentwicklung teilgenommen haben. Sind dies in der jeweiligen Schicht mindestens so viele teilnahmeerfahrene Krankenhäuser als benötigt, wird unter ihnen ausgelost, wer auch im Jahr 2023 an der Datenerhebung teilzunehmen hat. Sind es in der jeweiligen Schicht hingegen weniger teilnahmeerfahrene Krankenhäuser, wird durch Ziehung unter allen Krankenhäusern der Schicht ausgelost, welche Krankenhäuser an der Datenerhebung teilnehmen. Für die jeweils notwendige Auslosung werden in der jeweiligen Gruppe die Krankenhäuser zufällig mit den Losnummern 1, 2, 3, ... versehen und anschließend die aus dieser Schicht benötigte Anzahl von Krankenhäusern durch Ziehung ohne Zurücklegen ausgewählt. Grundsätzlich könnte die Auslosung mit Loskugeln in einer Lostrommel durchgeführt werden. Da die Schichten jedoch unterschiedlich groß sind (und somit die Anzahl der Loskugeln in der Lostrommel variieren würde) und relativ viele Ziehungsrunden mit entsprechend hohem Zeitaufwand durchzuführen sind, wird die Auslosung anstelle einer mechanischen Lostrommel mit Loskugeln computergestützt durchgeführt, um den zeitlichen Umfang der gesamten Ziehung zu reduzieren.

Der gesamte Auswahlprozess endet, wenn für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin in allen Schichten die erforderliche Anzahl an Krankenhäusern ausgewählt wurde.

Sowohl die zufällige Vergabe der Losnummern an die Krankenhäuser innerhalb einer Schicht als auch die faire Ziehung der Losnummern ohne Zurücklegen (d.h. alle Losnummern haben dieselbe Ziehungswahrscheinlichkeit) werden mit Hilfe der in der Software Microsoft SQL Server Management Studio 2012 integrierten Funktion „RAND“ erzeugt. Um die vollständige Nachvollziehbarkeit der Ziehung zu gewährleisten, wird die zufallszahlengenerierende Funktion über ihren Parameter „seed“ mit einer Zufallszahl initialisiert (siehe <https://docs.microsoft.com/de-de/sql/t-sql/functions/rand-transact-sql?view=sql-server-2017>, Aufruf am 15. Mai 2023, 15:00 Uhr). Damit sind die generierten Zahlen für den Benutzer zufällig.

Wie in den beiden Vorjahren wird auch in diesem Jahr auf die Ziehung des „seed“ in den Räumlichkeiten des InEK unter notarieller Begleitung verzichtet. Stattdessen wird in diesem Jahr wie in den Vorjahren auf eine andere öffentliche Ziehung unter notarieller Prüfung abgestellt, konkret auf die weitbekannte Lottoziehung „6 aus 49“. Zur zufallsbedingten Bestimmung des „seed“ werden die am Mittwoch, den 31. Mai 2023, gezogenen Zahlen (ohne Zusatz- oder Superzahl) dem Ziehungsverlauf entsprechend notiert; die letzten neun Ziffern ergeben den „seed“. Lautet das Ziehungsergebnis bspw. 37, 3, 25, 11, 14, 48 ergibt sich hieraus die Ziffernfolge 37325111448. Die letzten neun Ziffern, also 325111448, werden als „seed“ verwendet. Sollte die Ziffernfolge keine neun Ziffern haben, werden führende Nullen ergänzt.

Bei dem im voranstehenden Abschnitt beschriebenen Vorgehen hat das InEK selbst wie in den Vorjahren damit keinen Einfluss auf die Auswahl der Krankenhäuser.

Jede Ziehungsrunde lässt sich transparent dokumentieren und zu einem späteren Zeitpunkt konkret nachvollziehen: Benennung der Krankenhäuser der Schicht, Zuordnung der Losnummern an die Krankenhäuser der Schicht, Ziehung der Losnummern ohne Zurücklegen, Feststellung der gezogenen

Krankenhäuser. Die vollständige Nachvollziehbarkeit des Verfahrens ist gegeben. Die Ziehungsdatenbank wird vor der Ziehung des „seed“ einem Notar übergeben.

Alle ausgewählten Krankenhäuser werden im Anschluss an die Ziehung schriftlich informiert, für welchen pflegesensitiven Bereich bzw. für welche pflegesensitiven Bereiche die in Teil II beschriebenen Daten an das InEK zu liefern sind. Zusätzlich wird das Ziehungsergebnis auf der Homepage des InEK veröffentlicht.

Die Auswahl der Krankenhäuser ist zufallsbedingt. Die genaue Anzahl der ausgewählten Krankenhäuser ist damit nicht sicher vorhersagbar. Aufgrund von Simulationen lässt sich erwarten, dass die Anzahl der ausgewählten Krankenhäuser zwischen 390 und 430 liegt.

## **Teil II: Übermittlung der Daten**

In diesem Teil des Konzepts wird gemäß § 137i Absatz 3a Satz 2 SGB V festgelegt, welche Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 3 SGB V spätestens bis zum 31. August 2023 von den gemäß Teil I dieses Konzepts ausgewählten Krankenhäusern an das InEK zu übermitteln sind. Zur Erfüllung der Beauftragung durch das BMG sind von Seiten der Krankenhäuser, wie nachfolgend beschrieben, über die Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG hinausgehende Daten zum Pflegepersonal (Tabelle „Pflegepersonalbesetzung“), zu den von diesem Pflegepersonal versorgten Patienten (in den Tabellen „Stationsangaben“ und „Belegungsdaten“) sowie zu den betroffenen Stationen (Tabelle „Stationen“) für den pflegesensitiven Bereich bzw. die pflegesensitiven Bereiche, für den bzw. für die sie ausgewählt wurden, für den Zeitraum vom 1. März 2023 bis zum 31. Mai 2023 zu liefern. Wie im Vorjahr werden also Daten des aktuellen Jahres erfasst. Um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten und eine Überforderung der ausgewählten Krankenhäuser zu vermeiden, wird eine mit Fristen gesteuerte Datenlieferung in mehreren Etappen angestrebt.

### **Bestimmung eines Ansprechpartners**

Das Krankenhaus hat **bis zum 20. Juni 2023** einen oder mehrere Ansprechpartner zu benennen, welcher bzw. welche für die Übermittlung der nachfolgend beschriebenen Daten an das InEK verantwortlich ist bzw. sind und dem InEK bei Rückfragen zur Verfügung steht bzw. stehen. Hierfür wird von Seiten des InEK ein Meldeformular bereitgestellt, welches fristgerecht ausgefüllt, rechtsgültig unterschrieben und mit einem Stempel des Krankenhauses versehen an das InEK zu senden ist.

### **Daten zu den betroffenen Stationen**

Für jeden pflegesensitiven Bereich, für den ein Krankenhaus gemäß Teil I ausgewählt wurde, sind für alle zugehörigen Fachabteilungen die einzelnen zur Fachabteilung gehörenden bettenführenden Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten zu benennen.

Als Strukturdaten des Krankenhauses sind in der Tabelle „Stationen“ die Daten zu den betroffenen Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten einmal je Krankenhaus zu liefern.



Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)  
Standort(nummer)  
Pflegesensitiver Bereich  
Eindeutige Bezeichnung der Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit  
Anzahl der Betten auf der Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit  
Davon: Anzahl der Intensivbetten  
    Davon: Anzahl der Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit  
Fachabteilungsschlüssel der belegenden Fachabteilungen  
Ergänzende Informationen zur Station

In Abweichung zu den vorherigen Datenjahren werden als Davon-Angabe der Intensivbetten nicht mehr „IMC-Betten oder Betten mit IMC-vergleichbarer Pflegeintensität“ auf der Station bzw. der intensivmedizinischen Behandlungseinheit, sondern die „Anzahl der Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit“ abgefragt. Damit wird den Erfassungsmöglichkeiten während der Corona-Pandemie im DIVI-Intensivregister Rechnung getragen und eine Annäherung an die Voraussetzungen im gestuften System von Notfallstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses erreicht.

Die eindeutige Bezeichnung der Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten wird auch in den folgenden zu übermittelnden Tabellen verwendet. Um eine Verknüpfung der Tabellen zu ermöglichen, ist auf eine konsistente und korrekte Schreibung der Stationsbezeichnungen besonders zu achten. Im Bereich Intensivmedizin sind dieselben Bezeichnungen zu verwenden wie für die Meldebereiche in der Datenübermittlung an das DIVI-Intensivregister.

Jeder Datensatz der Tabelle „Stationen“ steht damit für die Kombination eines pflegesensitiven Bereichs und einer Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit. Besteht ein pflegesensitiver Bereich aus mehreren Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten, sind entsprechend viele Datensätze für den pflegesensitiven Bereich anzugeben. Eine Station wiederum kann ggf. auch zu mehreren pflegesensitiven Bereichen gehören. Gegebenenfalls ist diese Station mehrfach aufzuführen, wenn das Krankenhaus für die entsprechenden pflegesensitiven Bereiche ausgewählt wurde.

Im Feld „Ergänzende Informationen zur Station“ haben die Krankenhäuser z.B. Schwerpunkte im Leistungsumfang der Station anzugeben. Für die Station bzw. intensivmedizinische Behandlungseinheit ist anzugeben, ob für sie für das Jahr 2023 bereits ein Nachweis der Pflegepersonaluntergrenzen zu führen ist (bspw. mit einem Eintrag „PpUG2023:ITS20“, wenn für die intensivmedizinische Behandlungseinheit mit dem Namen „ITS20“ bereits Pflegepersonaluntergrenzen gelten) oder nicht (mit dem Eintrag „PpUG2023:nein“). Nähere Informationen hierzu finden sich in der Datensatzbeschreibung.

Für die Lieferung der Stationsinformationen ist die Frist der **30. Juni 2023**.

### **Daten zu den versorgten Patienten**

Für die im Zeitraum vom 1. März 2023 bis zum 31. Mai 2023 versorgten Fälle in einem pflegesensitiven Bereich, für den das Krankenhaus gemäß Teil I dieses Konzepts ausgewählt wurde, hat das Krankenhaus die Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG in der Regel im Rahmen der ersten unterjährigen Da-

tenlieferung im Jahr 2023 bis zum 15. Juni 2023 zu übermitteln. Darüber hinausgehend sind zusätzlich die kontaktierten Stationen und intensivmedizinischen Behandlungseinheiten eines Falls und die Belegungsdaten der Stationen an das InEK zu übermitteln.

#### *Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG*

Um die Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom InEK entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ergibt, bei der Weiterentwicklung der pflegesensitiven Bereiche und der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen einbeziehen zu können, müssen alle Fälle, die im Zeitraum vom 1. März 2023 bis zum 31. Mai 2023 auf einer Station des vom ausgewählten Krankenhaus zu liefernden pflegesensitiven Bereichs versorgt wurden, zur Bestimmung ihrer DRG im G-DRG-System gruppiert werden können.

Für alle Fälle, die bis zum 31. Mai 2023 aus dem Krankenhaus entlassen wurden, ist dies mit ihrem Datensatz nach § 21 Abs. 3b KHEntgG, der bis zum 15. Juni 2023 regulär an das InEK geliefert wird, ohne weiteres möglich.

Es ist vom ausgewählten Krankenhaus zu prüfen, ob es darüber hinaus Fälle gibt, die im Zeitraum vom 1. März 2023 bis zum 31. Mai 2023 auf einer Station des vom ausgewählten Krankenhaus zu liefernden pflegesensitiven Bereichs versorgt wurden, aber noch nicht bis zum 31. Mai 2023 aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Für diese Fälle gibt es keinen Datensatz nach § 21 Abs. 3b KHEntgG für den Zeitraum bis 31. Mai 2023. Im seltenen Einzelfall werden bei den vom Krankenhaus benannten Ansprechpartnern einige wenige relevante Informationen aus der Leistungsdokumentation zur Abschätzung der Bewertung im Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflebelast-Katalog) abgefragt.

Der Datensatz nach § 21 Abs. 3b KHEntgG für den Erfassungszeitraum 1. Januar 2023 bis 31. Mai 2023 ist bis **zum 15. Juni 2023** an das InEK zu übermitteln.

#### *Stationsangaben*

In Anlehnung an die Datei „FAB“ für fallbezogene Fachabteilungsangaben in den Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG sind für jeden Fall, der im Zeitraum vom 1. März 2023 bis zum 31. Mai 2023 auf einer Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit des vom ausgewählten Krankenhaus zu liefernden pflegesensitiven Bereichs versorgt wurde, Angaben zu den von ihm kontaktierten Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten in der Tabelle „Stationsangaben“ zu übermitteln.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)

Standort(nummer) Behandlungsort

Krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalls (wie in den Daten der ersten unterjährigen Datenlieferung nach § 21 Abs. 3b KHEntgG im Datenjahr 2023)

Fachabteilungsschlüssel

Bezeichnung der Fachabteilung

Eindeutige Bezeichnung der Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit

Datum der Aufnahme auf der Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit

Datum der Verlegung/Entlassung von der Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit

Kennung Intensivbett  
Kennung Beatmung  
Ergänzende Informationen zum Fall

Die Stationsangaben sind damit eine feinere Aufgliederung als die in den Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG übermittelten Fachabteilungsangaben. Es sind stets alle Fälle der Station zu übermitteln, unabhängig davon, welche Fachabteilung für sie kodiert wird.

Begleitpersonen, die selbst nicht im Krankenhaus behandelt werden, sondern lediglich einen Patienten begleiten, sind in den Stationsangaben nicht zu übermitteln.

In Folge der Anpassung der Datei Stationen wird in diesem Jahr die „Kennung IMC-Bett oder Bett mit IMC-vergleichbarer Pflegeintensität“ durch die „Kennung Beatmung“ ersetzt. Sie ist zu setzen, wenn der Fall in einem Intensivbett im angegebenen Zeitraum beatmet wurde. Nähere Informationen finden sich in der Datensatzbeschreibung.

Zur Verbesserung und Vereinfachung des Dialogs mit den Krankenhäusern wurde in dieser Tabelle das Feld „Ergänzende Informationen zum Fall“ eingeführt, in dem das Krankenhaus mitzuteilen hat, wenn es sich bei dem Fall z.B. nicht um einen regulären Fall im Entgeltbereich „DRG“ oder einen nicht bis zum 31. Mai 2023 entlassenen Fall handelt. Nähere Informationen hierzu finden sich in der Datensatzbeschreibung.

Für die Übermittlung der Stationsangaben ist die Frist der **21. Juli 2023**.

### *Belegungsdaten*

Für alle in der Tabelle „Stationen“ benannten über die eindeutige Bezeichnung zuordenbaren Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten sind tageweise für den gesamten Zeitraum vom 28. Februar 2023 bis zum 31. Mai 2023 in der nachfolgend beschriebenen Tabelle „Belegungsdaten“ die Belegungszahlen der Stationen zu übermitteln.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)  
Standort(nummer)  
Eindeutige Bezeichnung der Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit  
Datum  
Anzahl der Patienten (gesamt)  
Davon: Anzahl der Patienten mit Betreuung in einem Intensivbett  
    Davon: Anzahl der Patienten mit Beatmung

Die Anzahl der Patienten ist jeweils um 24:00 Uhr eines Tages zu ermitteln („Mitternachtsstatistik“). Da als jeweils erste Information einer Station die Belegung in der Nacht vom 28. Februar 2023 auf den 1. März 2023 zu erfassen ist und dies als Wert in der Mitternachtsstatistik für den 28. Februar 2023 um 24:00 Uhr vorliegt, muss die Erfassung dieser Tabelle bereits mit dem 28. Februar beginnen.

Die Belegungsdaten sind ebenfalls **bis zum 21. Juli 2023** an das InEK zu übermitteln.

## **Daten zum Pflegepersonal in den pflegesensitiven Bereichen**

Für alle in der Tabelle „Stationen“ benannten über die eindeutige Bezeichnung zuordenbaren Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten sind für den gesamten Zeitraum vom 1. März 2023 bis zum 31. Mai 2023 differenziert nach Qualifikationsgruppen des Pflegepersonals folgende Daten zum Pflegepersonal in der Tabelle „Pflegepersonalbesetzung“ in den pflegesensitiven Bereichen bereitzustellen:

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)

Standort(nummer)

Eindeutige Bezeichnung der Station bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheit

Datum

Bezeichnung der Schicht (z.B. „Frühschicht“)

Schichtbeginn

Schichtende

Qualifikationsgruppe des Pflegepersonals

Anzahl der unmittelbar in der Patientenversorgung geleisteten Arbeitsstunden

Die Bestimmung der Personalausstattung erfolgt auf Basis von Ist-Werten anhand der Dienstpläne. Die Schichtzeiten und der Differenzierungsgrad der Personalzusammensetzung orientieren sich dabei grundsätzlich an den abgefragten Dienstplandaten der KPMG-Studie von Friedrich, S. et al. (2018), deren Abfrage der Qualifikationen auf einem zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) gemeinsam ausgearbeitetem Konzept basiert, sowie der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Konkret werden die in der PpUGV genutzten Definition für die Qualifikationsgruppen des Pflegepersonals für Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Weitere Fachkräfte genutzt. Wie in den Vorjahren werden zudem Auszubildende und weitere Hilfskräfte erfasst, wobei die Definition der weiteren Hilfskräfte derart präzisiert wird, dass sie sich stärker an der Datensatzbeschreibung der Datenlieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG orientiert. Zu differenzieren sind:

### **1. Pflegefachkräfte**

Pflegefachkräfte sind Personen, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes verfügen oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach § 64 des Pflegeberufegesetzes fortgilt.

### **2. Pflegehilfskräfte**

Pflegehilfskräfte sind Personen,

1. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossen wurden,
2. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder

3. denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist.

### 3. Weitere Fachkräfte/Gesundheitsberufe

Zu den Weiteren Fachkräften zählen außerdem

1. Medizinische Fachangestellte, die erfolgreich eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser Ausbildung entspricht,
2. Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten, die erfolgreich eine Ausbildung nach der „Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten“, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist, in der jeweils geltenden Fassung abgeschlossen haben, und
3. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, denen auf Grundlage des Notfallsanitätergesetzes eine Erlaubnis zum Führen der entsprechenden Berufsbezeichnung erteilt worden ist.

### 4. Auszubildende der Pflegeberufe gemäß 1.

### 5. Weitere Hilfskräfte

Hierzu zählen sämtliche Pflegekräfte die in der §-21-Datensatzbeschreibung unter die Kategorien Sonstige Berufe und ohne Berufsabschluss fallen, sowie zahnmedizinische Fachangestellte und Sozialassistenten/-innen, jedoch nur mit dem pflegerischen Anteil ihrer Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.

Die Anzahl der vom Pflegepersonal unmittelbar in der Patientenversorgung geleisteten Arbeitsstunden ist mindestens auf 0,25 Stunden genau anzugeben.

Wird eine Pflegekraft während ihrer Schicht auf mehreren Stationen bzw. intensivmedizinischen Behandlungseinheiten eingesetzt (z.B. als „Springer“), sind die anteilig auf der Station bzw. der intensivmedizinischen Behandlungseinheit geleisteten Arbeitsstunden zu berücksichtigen.

Um die Erstellung der Tabelle „Pflegepersonalbesetzung“ für die Krankenhäuser möglichst einfach zu gestalten, kann mit obiger Tabellenstruktur wahlweise jede Pflegekraft auch einzeln erfasst werden – also ohne nachgelagerte Aggregation der Daten.

Beispiel: Wurde der Pflegedienst in der Station „Neurochirurgie 1“ im pflegesensitiven Bereich Neurochirurgie in der Nachtschicht am 27. März 2023 mit Schichtbeginn 22 Uhr und Schichtende am 28. März 2023 um 6 Uhr von den beiden examinierten Pflegefachkräften (d.h. Qualifikationsgruppe 1) Pflegekraft A und Pflegekraft B geleistet, sind folgende beiden Arten der Erfassung möglich. Nur zur besseren Lesbarkeit werden die ersten zwei Spalten der Tabelle (Institutionskennzeichen und Standort(nummer)) hier nicht dargestellt.

**Erfassungsmöglichkeit 1:** Gemeinsame (d.h. aggregierte) Erfassung von Pflegekraft A und Pflegekraft B in einer Zeile, da sie sowohl hinsichtlich ihrer Arbeitszeit als auch hinsichtlich ihrer Qualifikation übereinstimmen.

Eindeutige Bezeichnung der Station	Datum	Bezeichnung der Schicht	Schichtbeginn	Schichtende	Qualifikationsgruppe des Pflegepersonals	Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden
Neurochirurgie 1	27.03.2023	Nachtschicht	27.03.2023 22:00	28.03.2023 06:00	Pflegefachkraft	15

Alternativ **Erfassungsmöglichkeit 2:** Getrennte Erfassung von Pflegekraft A (Zeile 1) und Pflegekraft B (Zeile 2), wenn dies für das Krankenhaus einfacher zu bewerkstelligen ist.

Eindeutige Bezeichnung der Station	Datum	Bezeichnung der Schicht	Schichtbeginn	Schichtende	Qualifikationsgruppe des Pflegepersonals	Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden
Neurochirurgie 1	27.03.2023	Nachtschicht	27.03.2023 22:00	28.03.2023 06:00	Pflegefachkraft	7,5
Neurochirurgie 1	27.03.2023	Nachtschicht	27.03.2023 22:00	28.03.2023 06:00	Pflegefachkraft	7,5

Die von den Krankenhäusern übertragenen durch die jeweilige Schichteinteilung der Krankenhäuser geprägten Daten werden vom InEK in eine einheitliche Schichteinteilung überführt, in der die Früh- schicht den Zeitraum von 6 Uhr bis 14 Uhr, die Spätschicht den Zeitraum von 14 Uhr bis 22 Uhr und die Nachtschicht den Zeitraum von 22 Uhr bis 6 Uhr am Folgetag umfasst. Je nach Datengrundlage können wie in der PpUGV Früh- und Spätschicht zur Tagschicht zusammengefasst werden.

Die Tabelle „Pflegepersonalbesetzung“ ist **bis zum 21. Juli 2023** an das InEK zu übermitteln.

### **Datenübertragung, Zweckbindung, Datenschutz und Vergütung**

Für die Übermittlung von Daten wird von Seiten des InEK rechtzeitig eine Möglichkeit zur Datenübertragung über Dokumentvorlagen zur Verfügung gestellt, damit die gemäß Teil I dieses Konzepts ausgewählten Krankenhäuser ihre Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 3 SGB V in maschinenlesbarer Form an das InEK übertragen können. Als Orientierung dienen dabei die bekannten und bewährten Datenübermittlungswege gemäß § 21 KHEntgG und der Kalkulation. Erfahrungsgemäß ist davon auszugehen, dass im Rahmen der Datenübertragung Nachfragen notwendig und Korrekturen erforderlich sind. Deshalb wird ein frühzeitiger Übertragungszeitraum bis Mitte/Ende Juli 2023 angestrebt, sodass nach einer Phase der Datenplausibilisierung und -validierung bis Ende August 2023 die letzte Datenlieferung spätestens bis zum 31. August 2023 abgeschlossen ist.

Im InEK wurde sowohl strukturell als auch personell ein eigener Bereich geschaffen, der die ausgewählten Krankenhäuser mit Ansprechpartnern bei der Datenübermittlung begleitet. Bei der Gestaltung wurden Erfahrungen und Hinweise von Seiten der KPMG, aus der Datenstelle des InEK, aus der PpUGV-Umsetzung sowie aus der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Vorjahren aufgegriffen und u.a. zur besseren Erreichbarkeit eine eigene Telefonnummer (02241/9382-130) und eine eigene E-Mail-Adresse (PPUG-Weiterentwicklung@inek-drg.de) eingerichtet.

Eine Verwendung der von den Krankenhäusern übermittelten Daten erfolgt ausschließlich für die Erfüllung des Zwecks der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen. Für die Plausibilisierung der in einer gesonderten Datenumgebung gehaltenen Daten und die Ermittlung des Pflegeaufwands der Fälle erfolgt eine Verknüpfung der von einem Krankenhaus gelieferten Daten mit den eigenen im Rahmen der Datenlieferung gemäß § 21 Abs. 3b KHEntgG übermittelten Daten für des Jahres 2023. Eine Veröffentlichung von Arbeitsergebnissen erfolgt ausschließlich durch das InEK. Das InEK stellt bei allen Veröffentlichungen sicher, dass die Herstellung eines Bezugs der veröffentlichten Daten zu dem jeweiligen Krankenhaus hierbei ausgeschlossen ist. Bei der Veröffentlichung von Daten wird eine Identifikation des Krankenhauses durch eine geeignete Pseudonymisierung und Anonymisierung ausgeschlossen. Die Weitergabe von Auswertungen dieser Daten an Dritte ist darüber hinaus ausgeschlossen. Anderweitige Verarbeitungen und Nutzungen sind unzulässig. Die Beachtung des Datenschutzes erfolgt nach Maßgabe der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Zum Schutz der übermittelten Daten werden nur verschlüsselte Datensätze im Datenportal angenommen. Unverschlüsselte Datensätze werden hingegen nicht angenommen und abgewiesen.

Der Aufwand, welcher bei den ausgewählten Krankenhäusern bei der Übermittlung der Daten nach § 137i Absatz 3a Satz 2 SGB V entsteht, wird gemäß § 137i Absatz 3a Satz 4 SGB V mit Pauschalen abgegolten. Die Pauschalen sollen nach § 137i Absatz 3a Satz 5 SGB V in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Auf der anderen Seite sind darüber hinaus gemäß § 137i Absatz 4b Satz 2 SGB V zur Sanktionierung Vergütungsabschläge für Krankenhäuser vorgesehen, die im Rahmen der PpUG-Weiterentwicklung zur Lieferung von Daten ausgewählt wurden, ihre Pflicht zur Übermittlung der Daten aber nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.

### **Übergabe der Daten an das Bundesministerium für Gesundheit**

Die bis zum 31. August 2023 vom InEK erhobenen Daten werden spätestens Anfang Oktober 2023 als geeignete Datengrundlage zur Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne von § 137i Absatz 1 SGB V dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt. Gemäß § 137i Absatz 3a Satz 7 SGB V bedeutet dies insbesondere, dass das InEK die erhobenen Daten in einer Form aufbereitet, die eine bereichs- und schichtbezogene sowie eine nach dem Pflegeaufwand gemäß § 137i Absatz 1 Satz 3 SGB V entsprechend differenzierte Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen ermöglicht.

Das InEK strebt dabei die frühestmögliche Übergabe der Daten an das BMG an. Sofern dem InEK bereits früher nutzbare Teilergebnisse vorliegen, werden diese so früh wie möglich dem BMG zur Verfügung gestellt.

## Anhang

Die nachfolgenden Tabellen 3a und 3b geben einen Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Intensivmedizin, über die Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit und in der anzustrebenden Stichprobe.

### Krankenhäuser mit Behandlungsschwerpunkten der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern oder „nur“ Kindern

Nr.	Trägerschaft	Schicht		Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
		Größe	Erfassungsgrad PpUGV in 2023	Grundgesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
1	frei-gemeinnützig	groß	hoch	2	0
2	frei-gemeinnützig	groß	niedrig oder mittel	2	1
3	frei-gemeinnützig	mittel	hoch	8	2
4	frei-gemeinnützig	mittel	niedrig oder mittel	7	2
5	frei-gemeinnützig	klein	hoch	12	2
6	frei-gemeinnützig	klein	niedrig oder mittel	23	8
7	öffentlich	groß	hoch	28	6
8	öffentlich	groß	niedrig oder mittel	17	6
9	öffentlich	mittel	hoch	23	5
10	öffentlich	mittel	niedrig oder mittel	13	5
11	öffentlich	klein	hoch	11	2
12	öffentlich	klein	niedrig oder mittel	5	2
13	privat	groß	hoch	3	1
14	privat	groß	niedrig oder mittel	5	2
15	privat	mittel	hoch	3	1
16	privat	mittel	niedrig oder mittel	4	1
17	privat	klein	hoch	4	1
18	privat	klein	niedrig oder mittel	2	1
<b>Summe:</b>				172	48

Tabelle 3a: Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Intensivmedizin in der Gruppe der Krankenhäuser mit Behandlungsschwerpunkten der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern oder „nur“ Kindern



**Krankenhäuser mit Behandlungsschwerpunkt der intensivmedizinischen Versorgung „ausschließlich“ von Erwachsenen**

Nr.	Trägerschaft	Schicht		Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
		Größe	Erfassungsgrad PpUGV in 2023	Grund-gesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
1	frei-gemeinnützig	groß	hoch	57	11
2	frei-gemeinnützig	groß	mittel	51	15
3	frei-gemeinnützig	groß	niedrig	8	3
4	frei-gemeinnützig	mittel	hoch	74	15
5	frei-gemeinnützig	mittel	mittel	32	10
6	frei-gemeinnützig	mittel	niedrig	26	10
7	frei-gemeinnützig	klein	hoch	22	4
8	frei-gemeinnützig	klein	mittel	5	2
9	frei-gemeinnützig	klein	niedrig	89	36
10	öffentlich	groß	hoch	69	14
11	öffentlich	groß	mittel	41	12
12	öffentlich	groß	niedrig	6	2
13	öffentlich	mittel	hoch	59	12
14	öffentlich	mittel	mittel	15	5
15	öffentlich	mittel	niedrig	21	8
16	öffentlich	klein	hoch	26	5
17	öffentlich	klein	mittel	6	2
18	öffentlich	klein	niedrig	70	28
19	privat	groß	hoch	33	7
20	privat	groß	mittel	23	7
21	privat	groß	niedrig	11	4
22	privat	mittel	hoch	48	10
23	privat	mittel	mittel	17	5
24	privat	mittel	niedrig	6	2
25	privat	klein	hoch	14	3
26	privat	klein	mittel	8	2
27	privat	klein	niedrig	66	26
<b>Summe:</b>				<b>903</b>	<b>260</b>

*Tabelle 3b: Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Intensivmedizin in der Gruppe der Krankenhäuser mit Behandlungsschwerpunkt der intensivmedizinischen Versorgung „ausschließlich“ von Erwachsenen*

## Indikatoren-DRGs

Folgende DRGs des aG-DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2023 in Tabelle 4, der auf der Internetseite des InEK veröffentlicht ist, gelten als Indikatoren für das Vorhandensein eines pflegesensitiven Bereichs **Neurochirurgie** in Krankenhäusern:

DRG	Bezeichnung der DRG
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Ingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Ingr. bei BNB
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Ingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre

DRG	Bezeichnung der DRG
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten

Tabelle 4: Indikatoren-DRGs zur Definition des Bereichs Neurochirurgie

## Quellenverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (9. November 2020). *Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)*. Bonn am 13. November 2020: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 51

Friedrich, S. et al. (2018). *Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern*. Berlin: KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Hartung J., Elpelt B. und Klösener, K.-H. (2009). *Statistik: Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik*. München: Oldenbourg Verlag

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. *Konzept zur Abfrage und Übermittlung von für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V*. Siegburg am 29. Januar 2019 auf der Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. *Konzept zur Abfrage und Übermittlung von für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V*. Siegburg am 29. Januar 2020 auf der Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. *Konzept zur Abfrage und Übermittlung von für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V*. Siegburg am 23. Februar 2021 auf der Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. *Konzept zur Abfrage und Übermittlung von für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten gemäß § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V*. Siegburg am 10. Mai 2022 auf der Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Schreyögg, J. und Milstein, R. (2016). *Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland*. Hamburg: Hamburg Center for Health Economics