

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 5. Oktober 2018 vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 137i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erlassenen „Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)“ werden sechs pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus benannt: Geriatrie, Herzchirurgie, Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie und Unfallchirurgie. Für vier der sechs Bereiche (Geriatrie, Intensivmedizin, Kardiologie und Unfallchirurgie) werden in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung mit Wirkung zum 1. Januar 2019 unter Berücksichtigung der Zusammensetzung von Pflegefach- und Pflegehilfskräften nach Tag- und Nachschicht differenzierte Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt.

Gemäß dem durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) geänderten § 137i Absatz 1 SGB V haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen bis zum 31. August 2019 die in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen zu überprüfen und die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus und die zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung zum 1. Januar 2020 weiterzuentwickeln. Darüber hinaus sind von den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen mit Wirkung zum 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche Neurologie und Herzchirurgie zu vereinbaren. Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind zudem die Pflegepersonaluntergrenzen differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand festzulegen, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand bestimmt.

Mit § 137i Absatz 3a Satz 1 SGB V ist das InEK beauftragt worden, das vorliegende 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, spätestens bis zum 31. Januar 2019 zu erarbeiten.

Um die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen auf eine dauerhaft tragfähige Datengrundlage zu stellen, ist das Datenkonzept gemäß der Gesetzesbegründung zum 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.

Da für die Herstellung der Datengrundlage 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 in einem zufallsbedingten Auswahlprozess ermittelt. Die Ziehung der Krankenhäuser erfolgt im Januar 2019 in den Räumlichkeiten des InEK unter notarieller Begleitung.

Teil II dieses Konzepts befasst sich mit den Daten, die gemäß § 137i Absatz 3a Satz 3 SGB V spätestens bis zum 31. Mai 2019 von den ausgewählten Krankenhäusern an das InEK zu übermitteln sind.

Teil I: Abfrage der Daten

Da eine Vollerhebung über alle Krankenhäuser der Grundgesamtheit einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde und zudem der vorgegebene Bearbeitungszeitraum relativ klein ist, erfolgt die Datenerhebung für jeden pflegesensitiven Bereich separat grundsätzlich 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 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 insbesondere 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.

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 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) des aktuellen Datenjahres 2017 verwendet. Bei den Auswertungen finden Informationen z.B. zu Krankenhausfusionen, Krankenhausschließungen, Schließung oder Verlegung von Fachabteilungen, Wechsel der IK-Nummer und sonstige Einwände, die im Rahmen der Umsetzung der PpUGV in Erfahrung gebracht wurden, Berücksichtigung. Bei Krankenhausfusionen werden bspw. die (getrennten) Daten des Datenjahres 2017 der beteiligten Krankenhäuser zusammengefasst und gemeinsam als ein Haus ausgewertet. Damit kann es bei einzelnen Krankenhäusern zu einer abweichenden Einschätzung kommen im Vergleich zur Umsetzung der PpUGV durch das Bundesministerium für Gesundheit, in der entscheidungsrelevant ausschließliche eine Auswertung auf Institutskennzeichen-Ebene (IK-Ebene) erfolgte.

Die Definition der pflegesensitiven Bereiche im Rahmen dieses Konzepts basiert für die nicht-intensivmedizinischen pflegesensitiven Bereiche Geriatrie, Herzchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Unfallchirurgie wesentlich auf der Definition in § 3 PpUGV. Das bedeutet, dass eine Fachabteilung eines Krankenhauses zu einem der fünf genannten Bereiche zählt, wenn sie einen entsprechenden Fachabteilungsschlüssel hat oder wenn sie im Datenjahr 2017 einen Fallanteil von mindestens 40% in den für den jeweiligen Bereich relevanten Indikatoren-DRGs aufweist (siehe hierzu § 3 PpUGV und die Anlage zu § 3 Absatz 1 PpUGV). Ausschließlich im Hinblick auf die in diesem Konzept beschriebene Ziehung wurden die Listen der Indikatoren-DRGs der pflegesensitiven Bereiche von Seiten des

InEK überprüft und an einigen wenigen Stellen angepasst, wobei einzelne DRGs sowohl neu aufgenommen als auch gestrichen wurden. Im Ergebnis ergeben sich die größten Veränderungen im pflegesensitiven Bereich Kardiologie, der im Vergleich zur PpUGV etwas weiter gefasst wird.

Intensivmedizinische Bereiche (d.h. Fälle mit mit 36 beginnendem Fachabteilungsschlüssel oder mit Fachabteilungsschlüssel einer nach Analysen des InEK als intensivmedizinisch einzuschätzenden Fachabteilung) können theoretisch über das 40%-Kriterium bspw. als Kardiologie oder Neurologie identifiziert werden. Da für diese Bereiche deutlich strengere Vorgaben hinsichtlich der zu erfüllenden Pflegepersonaluntergrenzen gelten, werden sie bei der Ermittlung der nicht-intensivmedizinischen pflegesensitiven Bereiche nicht einbezogen.

Erfüllt eine Fachabteilung in einem sehr seltenen Fall die Definition für zwei pflegesensitive Bereiche, wird sie final nur dem pflegesensitiven Bereich zugeordnet, in dem sie den höheren Fallanteil gemäß Indikatoren-DRGs hat. Ein Krankenhaus habe bspw. eine Abteilung 2800 Neurologie mit einem Fallanteil gemäß Indikatoren-DRGs für den pflegesensitiven Bereich Neurologie in Höhe von 30% und für den pflegesensitiven Bereich Geriatrie in Höhe von 70%, sodass diese Fachabteilung die Definition beider Bereiche erfüllt (über den Fachabteilungsschlüssel für den pflegesensitiven Bereich Neurologie und über das 40%-Kriterium für den pflegesensitiven Bereich Geriatrie). Aufgrund des höheren Fallanteils wird diese Fachabteilung jedoch nur für den pflegesensitiven Bereich Geriatrie gewertet.

Werden in einem Krankenhaus für einen dieser fünf pflegesensitiven Bereiche mehrere Fachabteilungen gezählt (z.B. die Fachabteilungen 0200 Geriatrie und 0290 Geriatrie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (II) für den pflegesensitiven Bereich Geriatrie), werden diese auf Krankenhausbene 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 – 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. Im pflegesensitiven Bereich Geriatrie werden bspw. nur Fachabteilungen mit mehr als 50 Fällen, im pflegesensitiven Bereich Kardiologie Fachabteilungen mit mehr als 250 Fällen berücksichtigt.

Für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gibt es keine geeinte Definition. Mit der Definition für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin in § 3 PpUGV (= mindestens 400 Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel für die intensivmedizinische Komplexbehandlung oder die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung) werden Krankenhäuser bestimmt, die mit großer Sicherheit Patienten auf einer Intensivstation betreuen. Für den Zweck der in diesem Konzept auszuwählenden Stichprobe ist es jedoch essentiell, jeden Bereich mit von der Normalstation abweichender Pflegeintensität zu betrachten (z.B. auch Intermediate-Care-Stationen (IMC), Weaning-Stationen oder auch vergleichsweise kleine Intensivstationen).

Zur Grundgesamtheit der Krankenhäuser mit dem pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gehören grundsätzlich alle Krankenhäuser mit mindestens einem Intensivbereich, in dem Patienten mit von der Normalstation abweichender Pflegeintensität betreut werden. Da die Anzahl der Intensivbetten im Datenjahr 2017 kein Merkmal der krankenhausbefugten Strukturdaten gemäß § 21 KHEntgG ist, wird im Rahmen dieses Konzepts hilfsweise ein datengetriebener Indikator benötigt. Zur Grundgesamtheit der Krankenhäuser mit pflegesensitivem Bereich Intensivmedizin zählen im Sinne dieses

Konzepts alle Krankenhäuser, die im Datenjahr 2017 in ihren Leistungsdaten gemäß § 21 KHEntgG Fälle mit in Summe mindestens 100 Intensivpflegetagen haben. Da die Zeiten bzw. die Dauer der Intensivbehandlung selbst im aktuell verfügbaren Datensatz nicht vorliegen, muss die Dauer der Intensivpflegetage wiederum bestmöglich aus den fallbezogenen Leistungsdaten gemäß § 21 KHEntgG geschätzt werden. Anhaltspunkte für eine Intensivbehandlung sind u.a. die Anzahl der Beatmungsstunden eines Patienten, die Operationen- und Prozedurenschlüssel für die intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-980, 8-98d und 8-98f), die neurologische Komplexbehandlung (8-981 und 8-98b) und bestimmte invasive Monitoring-Verfahren (8-981 und 8-932) sowie Angaben zu den von einem Fall kontaktierten intensivmedizinischen Fachabteilungen (z.B. Fachabteilungen mit einem mit 36 beginnenden Fachabteilungsschlüssel für Intensivmedizin und weitere nach Analysen des InEK als intensivmedizinisch einzuschätzende Fachabteilungen). Die datengetriebene Schätzung der Dauer der Intensivbehandlung eines Patienten basiert auf Analysen der dem InEK zur Verfügung stehenden detaillierteren Kalkulationsdaten. Fallbezogen und in Bezug auf einzelne Krankenhäuser kann die tatsächliche Intensivbehandlungsdauer von der modellierten Dauer der Intensivbehandlung abweichen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dies nur ein vergleichsweise grob schätzender Indikator der tatsächlichen Anzahl an Intensivbetten ist: So kann es im Grenzbereich durchaus in Einzelfällen sowohl vorkommen, dass Krankenhäuser für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gezählt werden, obwohl sie im Datenjahr 2017 keine Intensivbetten hatten (zu klären in der Kommunikation zwischen InEK und dem Krankenhaus), als auch vorkommen, dass Krankenhäuser nicht für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gezählt werden, obwohl sie über Intensivbetten verfügen.

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) werden die Personalvorgaben für die intensivmedizinische Betreuung für den überwiegenden Teil der Fälle mit Alter kleiner 1 Jahr geregelt. Diese Fälle werden deshalb bei der Ermittlung der Krankenhäuser mit pflegesensitivem Bereich Intensivmedizin nicht einbezogen.

Nicht für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin werden Krankenhäuser gezählt, wenn der Anteil der Fälle mit Intensivpflegetagen im Kindesalter (Alter < 14 Jahre) an den Fällen mit Intensivpflegetagen größer als 50% beträgt.

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

Pflegesensitiver Bereich	Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
	Grundgesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
Geriatric	320	181
Herzchirurgie	74	74 (= Vollerhebung)
Kardiologie	320	166
Neurologie	444	213
Unfallchirurgie	456	130
Intensivmedizin	1.064	426

Tabelle 1: Übersicht über die Grundgesamtheit und den auf Grundlage der Verteilungsparameter nach Schreyögg, J. und Milstein, R. (2016) ermittelten Stichprobenumfang der sechs pflegesensitiven Bereiche

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.

Für die vier nicht-intensivmedizinischen pflegesensitiven Bereiche Geriatrie, Kardiologie, Neurologie und Unfallchirurgie werden jeweils drei Schichtungsfaktoren verwendet:

- die Trägerschaft als Attribut der Krankenhausdaten gemäß § 21 KHEntgG mit den Merkmalsausprägungen „frei-gemeinnützig“, „öffentlich“ und „privat“
- drei gleich große Klassen für die Größe der Abteilungen: Die Größe einer Abteilung wird gemessen durch die Summe der Aufenthaltsdauer der Fälle auf der Fachabteilung. Diese weist a priori eine hohe Korrelation zur Anzahl der Betten der Abteilung auf, die im momentan verfügbaren Datensatz nicht vorliegt. Die Ausprägungen sind „groß“, „mittel“ und „klein“.
- drei gleich große Klassen für den Schweregrad nach dem unterschiedlichen Pflegeaufwand der Abteilungen: Der Pflegeaufwand wird näherungsweise über die mittlere Pflegelast je Pflgetag ermittelt. Zur Ermittlung des Pflegeaufwands wird der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand in der Version 0.99 angewendet, für den die Falldaten nach G-DRG-System 2018 gruppiert werden müssen. Die für die Berechnung notwendige Größe der Intensivpflegelage berechnet sich wie in der Definition des pflegesensitiven Bereichs Intensivmedizin. Die Merkmalsausprägungen sind „hoch“, „mittel“ und „niedrig“.

Damit wird im Vergleich zur KPMG-Studie von Friedrich, S. et al. (2018) der Faktor Trägerschaft in gleicher Weise verwendet und der Faktor Größe stärker auf die Abteilung bezogen. Vor allem mit Blick auf § 137i Absatz 1 Satz 3 SGB V werden die unterschiedlichen Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand als Schichtungsfaktor neu berücksichtigt.

Für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin werden ebenfalls drei Schichtungsfaktoren verwendet:

- die Trägerschaft als Attribut der Krankenhausdaten gemäß § 21 KHEntgG mit den Merkmalsausprägungen „frei-gemeinnützig“, „öffentlich“ und „privat“
- drei gleich große Klassen für die Größe des intensivmedizinischen Bereichs: Die Größe des Bereichs Intensivmedizin wird gemessen durch die Summe der geschätzten Intensivpflegelage. Diese weist a priori eine hohe Korrelation zur Anzahl der Intensivbetten im Krankenhaus auf, die in den momentan verfügbaren Daten nur für einen Teil der Krankenhäuser präzise vorliegt. Die Ausprägungen sind „groß“, „mittel“ und „klein“.
- drei Intensivstrukturklassen: Die beiden Operationen- und Prozedurenschlüssel für die intensivmedizinische Komplexbehandlung und die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung zielen in ihren Mindestmerkmalen auch auf krankenhausspezifische Strukturdaten (z.B. die Gewährleistung einer kontinuierlichen, 24-stündigen Überwachung durch ein Team aus Pflegepersonal und Ärzten, die Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“, die ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation, die 24-stündige Verfügbarkeit bestimmter Verfahren, ...). Zur Intensivstrukturklasse

„Super-SAPS“ zählen all die Krankenhäuser die im Datenjahr 2017 an mindestens einem ihrer Standorte mindestens 10 Fälle mit einer Prozedur für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung haben. Zur Intensivstrukturklasse „Normal-SAPS“ zählen die Krankenhäuser, die nicht zur Intensivstrukturklasse „Super-SAPS“ gehören, im Datenjahr 2017 aber mindestens einen Standort mit in Summe mindestens 10 Fällen mit einer Prozedur für die intensivmedizinische oder aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung haben. Die verbleibende „Restklasse“ besteht aus all den Krankenhäusern mit pflegesensitivem Bereich Intensivmedizin, die weder zur Klasse „Super-SAPS“ noch zur Klasse „Normal-SAPS“ zählen. Da sich die Klasse im Wesentlichen aus Beatmungsfällen aus Krankenhäusern ergibt, welche die Mindestmerkmale in den Definitionen der Operationen- und Prozedurenschlüssel für die intensivmedizinische Komplexbehandlung und die aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung nicht erfüllen, wird diese Klasse mit „Beatmung“ bezeichnet. Anzumerken ist hier, dass sich die Mindestmerkmale in den Definitionen der Operationen- und Prozedurenschlüssel für die intensivmedizinischen Komplexbehandlungen in der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlichten OPS Version 2018 im Vergleich zum Vorjahr geändert haben. Die aktuellen, dem InEK vorliegenden Daten aus dem Datenjahr 2017 können diese Änderungen noch nicht beinhalten.

Somit ergeben sich für jeden der fünf pflegesensitiven Bereiche grundsätzlich 27 (= 3 x 3 x 3) Schichten (für einen tabellarischen Überblick siehe die Tabellen 3a bis 3e im Anhang). Aus Gründen der Fairness gegenüber allen Krankenhäusern werden nach Anzahl der Krankenhäuser besonders kleine Schichten (weniger als vier Krankenhäuser) mit der nächstgrößeren „Nachbarschicht“ für die nicht-intensivmedizinischen pflegesensitiven Bereiche bzgl. des Schichtungsfaktors Pflegeaufwand und für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin bzgl. des Schichtungsfaktors Trägerschaft zusammengefasst, wenn sich für die Krankenhäuser der kleinen Schicht aufgrund der geringen Krankenhausanzahl in dieser Schicht rundungsbedingt eine höhere Ziehungswahrscheinlichkeit als im Mittel im jeweiligen pflegesensitiven Bereich ergäbe. Konkret betrifft dies in den pflegesensitiven Bereichen Geriatrie und Kardiologie zwei Schichten: Im pflegesensitiven Bereich Geriatrie werden die kleinen Schichten „privat, mittlere Größe und mit niedrigem Pflegeaufwand“ und „privat, mittlere Größe und mit mittlerem Pflegeaufwand“ zusammengefasst (siehe Tabelle 3a im Anhang). Im pflegesensitiven Bereich Kardiologie werden die Schichten „privat, groß und mit niedrigem Pflegeaufwand“ und „privat, groß und mit mittlerem Pflegeaufwand“ zusammengefasst (siehe Tabelle 3b im Anhang).

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 ersten Ziehung jedoch keinerlei 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. Die in Tabelle 1 angegebenen Stichprobenumfänge beruhen auf folgenden Annahmen: Die Patienten-Pflegepersonal-Verhältniszahlen seien annähernd normalverteilt und werden für eine allererste grundlegende Einschätzung durch die in Schreyögg, J. und Milstein, R. (2016) ermittelten Verteilungsparameter beschrieben. Der Stichpro-

benumfang 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. Die in Tabelle 1 angegebenen Stichprobenumfänge beinhalten darüber hinaus einen Sicherheitszuschlag von +20%, da erfahrungsbedingt davon auszugehen ist, dass letztlich nicht alle für die Stichprobe ausgewählten Krankenhäuser Daten liefern werden. Für den pflegesensitiven Bereich Herzchirurgie ist – wie in der KPMG-Studie von Friedrich, S. et al. (2018) – im Ergebnis eine Vollerhebung notwendig. Die Tabellen 3a bis 3e im Anhang zeigen für jeden pflegesensitiven Bereich, wie viele Krankenhäuser aus welcher Schicht zu ziehen sind.

Durchführung des Auswahlverfahrens

Aufgrund des oben dargestellten Ansatzes für das Auswahlverfahren liegt für jeden der fünf pflegesensitiven Bereiche eine Zerlegung der Grundgesamtheit in bis zu 27 Schichten vor (d.h. je pflegesensitivem Bereich ist jedes Krankenhaus mit diesem Bereich 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 Tabelle 3a bis 3e im Anhang).

Der Ablauf der Ziehung ist wie folgt: Der Reihe nach werden für jeden der fünf pflegesensitiven Bereiche Geriatrie, Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie und Unfallchirurgie für jede der bis zu 27 Schichten alle Krankenhäuser der jeweiligen Schicht aufgelistet und 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. Die gesamte Ziehung endet, wenn für die fünf pflegesensitiven Bereiche in allen Schichten die erforderliche Anzahl an Krankenhäusern ausgewählt wurde. Im sechsten pflegesensitiven Bereich Herzchirurgie ist die Durchführung einer Vollerhebung erforderlich, so dass für diesen Bereich keine Ziehung durchgeführt werden muss.

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 10. Januar 2019, 13:00 Uhr), die im Rahmen der Ziehung bei notarieller Begleitung gezogen wird. Damit sind die generierten Zahlen für den Benutzer zufällig. Das InEK selbst hat damit keinen Einfluss auf die Auswahl der Krankenhäuser.

Jede Ziehungsrunde lässt sich transparent dokumentieren: 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 Ziehung wird notariell begleitet.

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 750 und 830 liegt, wovon rund 60% für einen pflegesensitiven Bereich, gut 25% für zwei pflegesensitive Bereiche, ca. 10% für drei pflegesensitiven Bereiche und weniger als 5% für mehr als drei pflegesensitiven Bereiche Daten ans InEK übermitteln müssen.

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. Mai 2019 von den gemäß Teil I dieses Konzepts ausgewählten Krankenhäusern an das InEK zu übermitteln sind. Zur Erfüllung der Aufgaben der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitsbereich gemäß § 137i Absatz 1 SGB V sind von Seiten der Krankenhäuser, wie nachfolgend beschrieben, über die Daten nach § 21 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. September 2018 bis zum 30. November 2018 zu liefern. 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 Meldeberechtigten

Das Krankenhaus hat **bis zum 8. Februar 2019** einen Meldeberechtigten bzw. eine Meldeberechtigte zu benennen, welcher bzw. welche für die Übermittlung der nachfolgend beschriebenen Daten an das InEK verantwortlich ist und dem InEK bei Rückfragen als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Hierfür wird von Seiten des InEK in oben erwähntem Anschreiben an die ausgewählten Krankenhäuser, welches über die Ziehung für einen oder mehrere pflegesensitive Bereiche informiert, 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 gehörigen Stationen zu benennen. Als Strukturdaten des Krankenhauses sind in der Tabelle „Stationen“ die Daten zu den betroffenen Stationen einmal je Krankenhaus zu liefern.

Institutskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)

Standort

Pflegesensitiver Bereich

Fachabteilungsschlüssel

Bezeichnung der Fachabteilung

Eindeutige Bezeichnung der Station

Anzahl der Betten auf der Station

Davon: Intensivbetten auf der Station

Davon: IMC-Betten oder Betten mit IMC-vergleichbarer Pflegeintensität

Anzahl der Fälle, die im Zeitraum vom 1. September 2018 bis zum 30. November 2018 auf der Station versorgt wurden

Davon: Anzahl der Fälle, die nach dem 31. Dezember 2018 oder zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht aus dem Krankenhaus entlassen wurden („Überlieger“)

Die eindeutige Bezeichnung der Stationen 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.

Bei der Zählung der Anzahl der Fälle ist es unerheblich, ob die Behandlung des Falls vollständig in diesem Zeitraum erfolgte, bereits früher begonnen und/oder später weitergeführt wurde oder teilweise auch auf anderen Stationen (in möglicherweise bislang nicht einmal als pflegesensitiv eingestufteten Bereichen des Krankenhauses) erfolgte.

Jeder Datensatz der Tabelle „Stationen“ steht damit für die Kombination einer Fachabteilung (bzw. eines Fachabteilungsschlüssels) und einer Station. Besteht eine Fachabteilung aus mehreren Stationen, sind entsprechend viele Datensätze für die Fachabteilung anzugeben. Eine Station wiederum kann auch zu mehreren Fachabteilungen gehören. Gegebenenfalls ist diese Station mehrfach aufzuführen, wenn das Krankenhaus für die entsprechenden Fachabteilungen ausgewählt wurde.

Für die Lieferung der Stationsinformationen ist die Frist der **22. Februar 2019**.

Daten zu den versorgten Patienten

Für die in einem pflegesensitiven Bereich, für den das Krankenhaus gemäß Teil I dieses Konzepts ausgewählt wurde, im Zeitraum vom 1. September 2018 bis zum 30. November 2018 versorgten Fälle, sind die Daten nach § 21 KHEntgG sowie darüber hinausgehend die kontaktierten Stationen eines Falls und die Belegungsdaten der Stationen an das InEK zu übermitteln.

Daten nach § 21 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. September 2018 bis zum 30. November 2018 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 im Jahr 2018 aus dem Krankenhaus entlassen wurden, ist dies mit ihrem Datensatz nach § 21 KHEntgG, der für das Datenjahr 2018 regulär an das InEK zu liefern ist, ohne weiteres möglich.

Es ist vom ausgewählten Krankenhaus zu prüfen, ob es darüber hinaus Fälle gibt, die im Zeitraum vom 1. September 2018 bis zum 30. November 2018 auf einer Station des vom ausgewählten Krankenhaus zu liefernden pflegesensitiven Bereichs versorgt wurden, aber noch nicht bis zum 31. Dezember 2018 aus dem Krankenhaus entlassen wurden („Überlieger“). Für diese Fälle gibt es keinen Datensatz nach § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2018.

Wenn Fälle in Datenerhebung enthalten sind, die Überlieger in das Jahr 2019 sind, sind abweichend von den Vorgaben der Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG die Daten bis zum aktuell möglichen Entlassungsdatum 2019 an die Datenstelle zu liefern. D.h. bspw. bei einer Datenlieferung des §-21-Datensatzes am 20.03.2019 sind alle Fälle mit Entlassungsdatum vom 01.01.2018 bis 15.03.2019 auszuleiten und als reguläre Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG an das InEK zu liefern. Bei einer Korrekturlieferung der §-21-Datensätze zu einem späteren Zeitpunkt kann der entsprechende Lieferzeitraum ggf. nochmals erweitert werden, um ggf. in der ersten Datenlieferung der §-21-Daten noch fehlende Überlieger an das InEK zu übermitteln (bspw. Korrekturlieferung zum 11.04.2019 Daten mit Entlassungsdatum 01.01.2018 bis 08.04.2019 im §-21-Datensatz). Die Prüfungen der Datenstelle berücksichtigen diese abweichende Regelung; d.h. nur die Fälle mit „regulärem“ Entlassungsdatum (01.01.2018 bis 31.12.2018) werden als Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2018 verwendet und gewertet. Die Fälle im §-21-Datensatz mit Entlassungsdatum nach dem 31.12.2018 werden ausschließlich für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen verwendet. Im seltenen Einzelfall, dass sich zum Zeitpunkt der Datenlieferung der Daten gemäß § 21 KHEntgG noch Fälle mit Leistungserbringung im relevanten Leistungsbereich aus dem Erhebungszeitraum weiterhin in stationärer Behandlung des Krankenhauses befinden, werden bei dem vom Krankenhaus benannten Ansprechpartnern einige wenige relevante Informationen aus der Leistungsdokumentation zur Abschätzung der Bewertung im Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegetlast-Katalog) abgefragt.

Der ggf. um Überlieger erweiterte Datensatz nach § 21 KHEntgG ist bis **zum 31. März 2019** an das InEK zu übermitteln.

Stationsangaben

In Anlehnung an die Datei „FAB“ für fallbezogene Fachabteilungsangaben in den Daten nach § 21 KHEntgG sind für jeden Fall, der im Zeitraum vom 1. September 2018 bis zum 30. November 2018 auf einer Station des vom ausgewählten Krankenhaus zu liefernden pflegesensitiven Bereichs versorgt wurde, Angaben zu den von ihm kontaktierten Stationen in der Tabelle „Stationsangaben“ zu übermitteln.

Institutskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)

Standort

Krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalls (wie in den Daten nach § 21 KHEntgG)

Fachabteilungsschlüssel

Bezeichnung der Fachabteilung
Eindeutige Bezeichnung der Station
Datum der Aufnahme auf der Station
Datum der Verlegung/Entlassung von der Station
Marker Intensivbett
Marker IMC-Bett oder Bett mit IMC-vergleichbarer Pflegeintensität

Die Stationsangaben sind damit eine feinere Aufgliederung als die in den Daten nach § 21 KHEntgG übermittelten Fachabteilungsangaben.

Für die Übermittlung der Stationsdaten ist die Frist der **15. März 2019**.

Belegungsdaten

Für alle in der Tabelle „Stationen“ benannten über die eindeutige Bezeichnung zuordenbaren Stationen sind tageweise für den gesamten Zeitraum vom 1. September 2018 bis zum 30. November 2018 in der nachfolgend beschriebenen Tabelle „Belegungsdaten“ die Belegungszahlen der Stationen zu übermitteln.

Institutskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)
Standort
Fachabteilungsschlüssel
Bezeichnung der Fachabteilung
Eindeutige Bezeichnung der Station
Datum
Anzahl der Patienten (gesamt)
Davon: Patienten mit Betreuung in einem Intensivbett der abgefragten Station
Davon: in einem IMC-Bett oder Bett mit IMC-vergleichbarer Pflegeintensität

Die Anzahl der Patienten ist jeweils um 00:00 Uhr eines Tages zu ermitteln („Mitternachtsstatistik“).

Die Belegungsdaten ist ebenfalls **bis zum 15. März 2019** 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 sind für den gesamten Zeitraum vom 1. September 2018 bis zum 30. November 2018 differenziert nach Qualifikationsgruppen des Pflegepersonals folgende Daten zum Pflegepersonal in der Tabelle „Pflegepersonalbesetzung“ in den pflegesensitiven Bereichen bereitzustellen:

Institutskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer)
Standort
Fachabteilungsschlüssel
Bezeichnung der Fachabteilung
Eindeutige Bezeichnung der Station
Datum

Bezeichnung der Schicht (z.B. „Frühschicht“)
Schichtbeginn
Schichtende
Qualifikationsgruppe des Pflegepersonals
Anzahl der 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 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. Zu differenzieren sind:

1. **Pflegefachkräfte** im Sinne von Personal mit mindestens dreijähriger Ausbildung
Hierzu gehören u.a.: Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger sowie sonstiges Pflegepersonal (insbesondere Altenpfleger)
2. **Pflegehilfskräfte** im Sinne von Personal mit mindestens einjähriger Ausbildung
Hierzu gehören u.a.: Krankenpflegehilfe/Pflegeassistenz sowie Altenpflegehilfe/-assistenz
3. **Weitere Fachkräfte**/Gesundheitsberufe
Hierzu gehören u.a.: Medizinische Fachangestellte, Operationstechnische Assistenten, Anästhesietechnische Assistenten und Notfallsanitäter/Rettungsassistenten/Rettungssanitäter
4. **Auszubildende** der Pflegeberufe gemäß 1.
5. **Weitere Hilfskräfte**
Hierzu gehören u.a.: Studentische Hilfskräfte und DRK-Schwesternhelferinnen

Die Listen der genannten Berufsgruppen haben einen exemplarischen Charakter und sind dementsprechend nicht abschließend.

Die Anzahl der von der vom Pflegepersonal geleisteten Arbeitsstunden ist auf 0,25 Stunden genau anzugeben.

Wird eine Pflegekraft während ihrer Schicht auf mehreren Stationen eingesetzt (z.B. als „Springer“), sind die anteilig auf der Station 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. Typischerweise ist die Anzahl der Pflegekräfte dabei dann 1.

Beispiel: Wurde der Pflegedienst in der Station „Geriatric 1“ im pflegesensitiven Bereich Geriatrie in der Nachtschicht am 27. September 2018 mit Schichtbeginn 22 Uhr und Schichtende am 28. September 2018 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 vier Spalten der Tabelle hier nicht dargestellt.

Erfassungsmöglichkeit 1: Gemeinsame (d.h. aggregierte) Erfassung von Pflegekraft A und Pflegekraft B, 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
Geriatric 1	27.09.2018	Nachtschicht	27.09.2018 22:00	28.09.2018 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
Geriatric 1	27.09.2018	Nachtschicht	27.09.2018 22:00	28.09.2018 06:00	Pflegefachkraft	7,5
Geriatric 1	27.09.2018	Nachtschicht	27.09.2018 22:00	28.09.2018 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 15. März 2019** 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 Ende März 2019 angestrebt, sodass nach einer Phase der Datenplausibilisierung und -validierung bis Ende April 2019 die letzte Datenlieferung spätestens bis zum 31. Mai 2019 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 und aus der PpUGV-Umsetzung 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 der Aufgaben der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gemäß § 137i Absatz 1 SGB V. Für den Zweck der Plausibilisierung der in einer gesonderten Datenumgebung gehaltenen Daten erfolgt eine Verknüpfung der von einem Krankenhaus gelieferten Daten mit den eigenen im Rahmen der Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG übermittelten Daten. 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 über § 137i Absatz 1 SGB V 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, welche die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren. Die Pauschalen sollen nach § 137i Absatz 3a Satz 5 SGB V in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden.

Übergabe der Daten an die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen

Die bis zum 31. Mai 2019 vom InEK erhobenen Daten werden spätestens bis zum 31. Juli 2019 als geeignete Datengrundlage zur Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne von § 137i Absatz 1 SGB V zur Erfüllung der Aufgaben nach § 137i Absatz 1 SGB V den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen 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 stations- 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 die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen an. Sofern dem InEK bereits früher zur Erfüllung der Aufgaben nach § 137i Absatz 1 SGB V nutzbare Teilergebnisse vorliegen, werden diese so früh wie möglich den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt.

Anhang

Die nachfolgenden Tabellen 3a bis 3e geben einen Überblick über die Schichten der pflegesensitiven Bereiche, über die Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit und in der anzustrebenden Stichprobe.

Geriatric

Schicht				Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
Nr.	Trägerschaft	Größe	Pflegeaufwand	Grund- gesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
1	frei-gemeinnützig	groß	hoch	10	6
2	frei-gemeinnützig	groß	mittel	18	10
3	frei-gemeinnützig	groß	niedrig	30	17
4	frei-gemeinnützig	mittel	hoch	16	9
5	frei-gemeinnützig	mittel	mittel	23	13
6	frei-gemeinnützig	mittel	niedrig	15	8
7	frei-gemeinnützig	klein	hoch	10	6
8	frei-gemeinnützig	klein	mittel	8	5
9	frei-gemeinnützig	klein	niedrig	16	9
10	öffentlich	groß	hoch	8	5
11	öffentlich	groß	mittel	12	7
12	öffentlich	groß	niedrig	9	5
13	öffentlich	mittel	hoch	13	7
14	öffentlich	mittel	mittel	15	8
15	öffentlich	mittel	niedrig	10	6
16	öffentlich	klein	hoch	23	13
17	öffentlich	klein	mittel	14	8
18	öffentlich	klein	niedrig	9	5
19	privat	groß	hoch	4	2
20	privat	groß	mittel	7	4
21	privat	groß	niedrig	8	5
22	privat	mittel	hoch	9	5
23	privat	mittel	niedrig oder mittel	6	3
24	privat	klein	hoch	13	7
25	privat	klein	mittel	7	4
26	privat	klein	niedrig	7	4
Summe:				320	181

Tabelle 3a: Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Geriatric

Aus Gründen der Fairness werden im pflegesensitiven Bereich Geriatric die kleinen Schichten „privat, mittlere Größe und mit niedrigem Pflegeaufwand“ und „privat, mittlere Größe und mit mittlerem Pflegeaufwand“ (siehe Schicht Nummer 23) zusammengefasst.

Kardiologie

Schicht				Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
Nr.	Trägerschaft	Größe	Pflegeaufwand	Grund- gesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
1	frei-gemeinnützig	groß	hoch	10	5
2	frei-gemeinnützig	groß	mittel	16	8
3	frei-gemeinnützig	groß	niedrig	6	3
4	frei-gemeinnützig	mittel	hoch	8	4
5	frei-gemeinnützig	mittel	mittel	11	6
6	frei-gemeinnützig	mittel	niedrig	16	8
7	frei-gemeinnützig	klein	hoch	5	3
8	frei-gemeinnützig	klein	mittel	20	10
9	frei-gemeinnützig	klein	niedrig	24	12
10	öffentlich	groß	hoch	34	18
11	öffentlich	groß	mittel	19	10
12	öffentlich	groß	niedrig	9	5
13	öffentlich	mittel	hoch	22	11
14	öffentlich	mittel	mittel	12	6
15	öffentlich	mittel	niedrig	13	7
16	öffentlich	klein	hoch	6	3
17	öffentlich	klein	mittel	9	5
18	öffentlich	klein	niedrig	17	9
19	privat	groß	hoch	8	4
20	privat	groß	niedrig oder mittel	4	2
21	privat	mittel	hoch	8	4
22	privat	mittel	mittel	10	5
23	privat	mittel	niedrig	7	4
24	privat	klein	hoch	5	3
25	privat	klein	mittel	7	4
26	privat	klein	niedrig	14	7
Summe:				320	166

Tabelle 3b: Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Kardiologie

Aus Gründen der Fairness werden im pflegesensitiven Bereich Kardiologie die kleinen Schichten „privat, groß und mit niedrigem Pflegeaufwand“ und „privat, groß und mit mittlerem Pflegeaufwand“ (siehe Schicht Nummer 20) zusammengefasst.

Neurologie

Schicht				Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
Nr.	Trägerschaft	Größe	Pflegeaufwand	Grund- gesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
1	frei-gemeinnützig	groß	hoch	9	4
2	frei-gemeinnützig	groß	mittel	14	7
3	frei-gemeinnützig	groß	niedrig	16	8
4	frei-gemeinnützig	mittel	hoch	6	3
5	frei-gemeinnützig	mittel	mittel	24	11
6	frei-gemeinnützig	mittel	niedrig	20	10
7	frei-gemeinnützig	klein	hoch	8	4
8	frei-gemeinnützig	klein	mittel	10	5
9	frei-gemeinnützig	klein	niedrig	22	10
10	öffentlich	groß	hoch	29	14
11	öffentlich	groß	mittel	31	15
12	öffentlich	groß	niedrig	5	2
13	öffentlich	mittel	hoch	12	6
14	öffentlich	mittel	mittel	25	12
15	öffentlich	mittel	niedrig	26	12
16	öffentlich	klein	hoch	8	4
17	öffentlich	klein	mittel	19	9
18	öffentlich	klein	niedrig	25	12
19	privat	groß	hoch	33	16
20	privat	groß	mittel	5	2
21	privat	groß	niedrig	6	3
22	privat	mittel	hoch	14	7
23	privat	mittel	mittel	13	6
24	privat	mittel	niedrig	8	4
25	privat	klein	hoch	29	14
26	privat	klein	mittel	7	3
27	privat	klein	niedrig	20	10
Summe:				444	213

Tabelle 3c: Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Neurologie

Unfallchirurgie

Schicht				Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
Nr.	Trägerschaft	Größe	Pflegeaufwand	Grund- gesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
1	frei-gemeinnützig	groß	hoch	15	4
2	frei-gemeinnützig	groß	mittel	16	5
3	frei-gemeinnützig	groß	niedrig	12	3
4	frei-gemeinnützig	mittel	hoch	17	5
5	frei-gemeinnützig	mittel	mittel	18	5
6	frei-gemeinnützig	mittel	niedrig	30	9
7	frei-gemeinnützig	klein	hoch	12	3
8	frei-gemeinnützig	klein	mittel	18	5
9	frei-gemeinnützig	klein	niedrig	30	9
10	öffentlich	groß	hoch	51	15
11	öffentlich	groß	mittel	32	9
12	öffentlich	groß	niedrig	9	3
13	öffentlich	mittel	hoch	23	7
14	öffentlich	mittel	mittel	26	7
15	öffentlich	mittel	niedrig	16	5
16	öffentlich	klein	hoch	11	3
17	öffentlich	klein	mittel	18	5
18	öffentlich	klein	niedrig	26	7
19	privat	groß	hoch	9	3
20	privat	groß	mittel	4	1
21	privat	groß	niedrig	4	1
22	privat	mittel	hoch	9	3
23	privat	mittel	mittel	8	2
24	privat	mittel	niedrig	5	1
25	privat	klein	hoch	5	1
26	privat	klein	mittel	12	3
27	privat	klein	niedrig	20	6
Summe:				456	130

Tabelle 3d: Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Unfallchirurgie

Intensivmedizin

Schicht				Anzahl der Krankenhäuser in der ...	
Nr.	Trägerschaft	Größe	Intensivstruktur	Grund- gesamtheit	anzustrebenden Stichprobe
1	frei-gemeinnützig	groß	Super-SAPS	20	8
2	frei-gemeinnützig	groß	Normal-SAPS	66	26
3	frei-gemeinnützig	groß	Beatmung	42	17
4	frei-gemeinnützig	mittel	Super-SAPS	42	17
5	frei-gemeinnützig	mittel	Normal-SAPS	67	27
6	frei-gemeinnützig	mittel	Beatmung	40	16
7	frei-gemeinnützig	klein	Super-SAPS	67	27
8	frei-gemeinnützig	klein	Normal-SAPS	67	27
9	frei-gemeinnützig	klein	Beatmung	40	16
10	öffentlich	groß	Super-SAPS	82	33
11	öffentlich	groß	Normal-SAPS	48	19
12	öffentlich	groß	Beatmung	23	9
13	öffentlich	mittel	Super-SAPS	62	25
14	öffentlich	mittel	Normal-SAPS	43	17
15	öffentlich	mittel	Beatmung	29	12
16	öffentlich	klein	Super-SAPS	35	14
17	öffentlich	klein	Normal-SAPS	37	15
18	öffentlich	klein	Beatmung	26	10
19	privat	groß	Super-SAPS	25	10
20	privat	groß	Normal-SAPS	29	12
21	privat	groß	Beatmung	19	8
22	privat	mittel	Super-SAPS	23	9
23	privat	mittel	Normal-SAPS	33	13
24	privat	mittel	Beatmung	15	6
25	privat	klein	Super-SAPS	26	10
26	privat	klein	Normal-SAPS	40	16
27	privat	klein	Beatmung	18	7
Summe:				1.064	426

Tabelle 3e: Überblick über die Schichten des pflegesensitiven Bereichs Intensivmedizin

Quellenverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (5. Oktober 2018). *Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)*. Bonn am 10. Oktober 2018: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34

Friedrich, S. et al. (2018). *Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegebelastung“ 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

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