

STELLENANGEBOT

Der Deutsche Pflegerat e.V. mit Sitz in Berlin, bietet zur sofortigen Besetzung zum Auf- und Ausbau der Geschäftsstelle eine volle Stelle als

Referent*in für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus (w/m/d)

an.

DER VERBAND

Der Deutsche Pflegerat (DPR) e.V. vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Als Dachverband setzt sich der Deutsche Pflegerat für die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine optimale Ausübung der Profession ein. Im Rahmen einer mehrjährigen Projektförderung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Auf- und Ausbau der Geschäftsstelle, suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt engagierte Kolleg*innen, die den Deutschen Pflegerat bei dieser Aufgabe unterstützen.

WIR WÜNSCHEN UNS...

Der die Stelleninhaber*in bringt Folgendes mit:

- Eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf sowie ein abgeschlossenes (Master-/Diplom-) Studium im Bereich Pflege-, Gesundheitswissenschaften oder einem vergleichbaren Hochschulabschluss
- Mehrjährige Berufserfahrung in der pflegfachlichen Berufspraxis
- fundierte Fachkenntnisse im Bereich der nationalen und auch internationalen Gesundheits- und Pflegepolitik
- Fachkenntnisse im Bereich des Krankenhausvergütungssystems sowie Tarifverträge
- Fachkenntnisse im Bereich Statistik und Pflegeforschung

DIESE AUFGABEN ERWARTEN SIE

- Erarbeitung und Entwicklung von Stellungnahmen, Empfehlungen und Strategien für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus (vorrangig SGB V)
- Bewertung gesetzgeberischer Vorgaben wie beispielsweise Einführung der PPR 2.0, PPP-RL, Weiterentwicklung Pflegepersonaluntergrenzen
- Strategieentwicklung zur Professionalisierung der Pflege im Krankenhaus
- Weiterentwicklung des Krankenhausvergütungssystems sowie Personalvergütungsstruktur der Pflege in Krankenhäusern
- Planung, Durchführung und Publikation von pflegerischen, interprofessionellen und interdisziplinären Forschungsprojekten

WIR BIETEN IHNEN...

Als Arbeitgeber bieten wir Ihnen folgende Leistungen/ Aspekte:

- einen Arbeitsplatz mitten in Berlin mit der Möglichkeit zum mobilen Arbeiten
- anspruchsvolle und vielseitige Aufgaben beim Aufbau des DPR in einem motivierten Team
- vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den hochengagierten und fachlich kompetenten Präsidiumsmitgliedern und Delegierten der Mitgliedsverbände des DPR
- Freiraum für eigenständiges Arbeiten und Gestalten
- eine der Aufgabe entsprechende Vergütung orientiert am TVöD E 13, 30 Tage Urlaub

Wenn Sie Interesse an der ausgeschriebenen Tätigkeit haben, richten Sie bitte Ihre Bewerbung – ausschließlich per E-Mail an:

Deutscher Pflegerat e.V.
Geschäftsstelle
Z.Hd. Frau Dr. Ute Haas
info@deutscher-pflegerat.de

Für fachliche Rückfragen steht Ihnen Frau Christine Vogler unter der Durchwahl +49 178 77 00 875 telefonisch zur Verfügung.

Aktuelle Arbeiten im Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung

Publikation zum Stand der Pflegeforschung und Ethikkommissionen an Universitätskliniken

- Geplante Veröffentlichung im internationalen Journal: *Journal of international nursing studies* publiziert
Titel: Nursing Research at University Hospitals: Current Status and Challenges for Ethical Approval

Online-Befragung von Pflegefachpersonen im Krankenhaus - Besucher/Angehörige im Krankenhaus im Kontext der COVID-19-Pandemie

- Start der deutschlandweiten Befragung am 21.09.2022
wird bis 30. November 2022 verlängert
- Aktuell über 210 abgeschlossene Datensätze
- Befragung wurde auch von der Presse
(Bibliomed und Springer) aufgegriffen
- Handlungsempfehlungen für zukünftige Pandemien
und Grundlage für Leitlinien und Standards
hinsichtlich Besuchsregelungen in akutstationären
Einrichtungen

Besucher/ Angehörige im Krankenhaus im Kontext der COVID-19 Pandemie

Eine Online-Befragung von
Pflegefachpersonen im Krankenhaus
des Netzwerks Pflegewissenschaft
und Praxisentwicklung im VPU



www.soscisurvey.de/besuchsregelung_im_kh



Projekt: Berufsstolz und Wertschätzung in der Pflege

1. Teilprojekt: Ausschreibung Qualifikationsarbeiten:

- erstes gemeinsames Treffen mit den 5 Preisträgerinnen und Professoren am 23. September 2022
- Synergien, das Thema wird weiter forciert – nächstes Treffen ist vor Weihnachten geplant
- es werden Befragungen von Pflegefachpersonen an Universitätskliniken als auch aktive Ansätze zur Förderung und Imagebildung der Pflege in den Blick genommen

2. Teilprojekt: PIKA – Pflege in Kinderaugen

- Malaktion an vier Standorten beendet
- Über 70 Bilder wurden eingereicht
- Start der Analyse der Bilder Anfang November im Rahmen eines Workshops – Bildanalyse anhand von MAXQDA
- Veröffentlichung der Bilder wird nach der Analyse erfolgen – auch als Image-Kampagne



Klausurtagung mit Vertretern aus dem Netzwerk und Frau Luntz am Universitätsklinikum Dresden am 31. August 2022

Zur **besseren Vernetzung/Zusammenarbeit des Netzwerks und VPU-Mitgliedern**, wird ein gemeinsames Treffen z.B. in Form eines Workshop-Slots im Rahmen einer VPU-Mitgliederversammlung (MV) angestrebt:

- die entsandten Vertreter aus dem Netzwerk liefern Impulse zu „Pflegermanagement-relevanten Themen“, die auch (automatisch) die pflegewissenschaftliche Perspektive miteinschließen – im Sinne eines gemeinsamen Auftrags
- im ersten gemeinsamen Treffen sollte die Form der Zusammenarbeit definiert und geklärt werden sowie (Management-)Themen sondiert werden – Schnittmengen finden
- Wenn alle mit dem Vorschlag mitgehen, könnte ein Slot (2-3 Stunden) im Rahmen der Mitgliederversammlung am 06/07. Juli 2023 am Uniklinikum Freiburg stattfinden

Expertenrat "Pflegewissenschaft / Hebammenwissenschaft und Pandemie" des Deutschen Pflegerats (DPR)

Empfehlung zur Förderung von Pflegeforschung und Hebammenforschung, um evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen zum Umgang mit SARS-CoV-2 zu schaffen

Mitwirkung an der Erstellung mit folgenden Vertretern des Netzwerks:

Andreas Kocks MScN (Bonn)

Dr. Tobias Mai (Frankfurt a. M.)

Dr. Peter Nydahl (Kiel)

Dr. Anna-Henrikje Seidlein (Greifswald)

https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2022/09/DPR_Empfehlung-zur-Foerderung-von-Pflegeforschung-und-Hebammenforschung_220902.pdf

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege-
und Hebammenwesen

Empfehlung zur Förderung von Pflegeforschung und Hebammenforschung, um evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen zum Umgang mit SARS-CoV-2 zu schaffen

Mit der Pressekonferenz des DPR vom 23. Juni 2022 hat der Expert:innenrat „Pflegewissenschaft/ Hebammenwissenschaft und Pandemie“ seine 10 Handlungsempfehlungen zur „Vorbereitung auf eine weitere SARS-CoV-2-Welle im Herbst 2022 in der Pflege und im Hebammenwesen“ veröffentlicht. Die darin enthaltene Empfehlung 7 „Pflegeforschung und Hebammenforschung fördern, um Entscheidungsgrundlagen zum Umgang mit SARS-CoV-2 zu schaffen“, hat der Rat aufgrund des drängenden Handlungsbedarfs nun weiterentwickelt. Mit seinem hier vorgelegten zweiten Papier richtet er sich in erster Linie an die Politik des Bundes und der Länder, indem er konkrete Forschungsdesiderate benennt, so dass diese schnellstmöglich in gezielte Förderprogramme überführt und in die aktuellen Haushaltsplanungen einbezogen werden können.

In der Ausgestaltung von Ausschreibungen und Mittelvergabemechanismen sieht es der Expert:innenrat als unverzichtbar an, diese konkret an die Pflegewissenschaft und die Hebammenwissenschaft mit ihren genuinen Blickwinkeln zu adressieren, da Nachbardisziplinen diesen nicht einnehmen können, wie sich dies auch zurückliegend zeigte. Der Expert:innenrat anerkennt, dass auch in Deutschland viele Gelder in die Forschung rund um Covid-19 geflossen sind. Aber auch im „Netzwerk Universitätsmedizin“, welches in den beiden vergangenen Jahren mit 150 Millionen € gefördert wurde, wurden Pflege- und Hebammenwissenschaftliche Versorgung kaum in den Blick genommen/allein marginal tangiert. Forschung in diesen Fachdisziplinen, wie in der Pandemie meist via Surveys und Interviews, fanden meist eigeninitiativ statt, mussten überwiegend ohne oder mit geringer Projektförderung durchgeführt werden und ist auch deshalb nicht in der Lage, die Breite und Tiefe des Forschungsbedarfs abzudecken.

Bislang mangelnde Evidenz zu Fragestellungen der Pflege und der Hebammenversorgung dürfte vor allem zwei wesentliche Gründe haben, die strukturell bedingt sind: Zum einen haben Pflegewissenschaft und Hebammenwissenschaft keinen direkten Auftrag in der Krankenversorgung, sie finden in Deutschland – anders als international – relativ wenig Beachtung in Bevölkerung und Politik. Ferner sind die Lehrstühle ganz überwiegend an Hochschulen für angewandte Wissenschaften (HAW), die – obwohl forschend – nicht im Blickfeld von Forschungsförderung zu Gesundheitsthemen stehen. Aber auch Pflegewissenschaftler:innen an Universitäten werden noch nicht ausreichend adressiert. Entsprechend fanden neben Fördermöglichkeiten auch Auftragsforschung und Forschungsexpertisen häufig nicht zusammen.

Im Folgenden sind fünf Forschungsfelder expliziert worden, die der Rat im Rahmen von Covid-19 zur Versorgungssicherheit in der Pflege- und Hebammenversorgung empfiehlt. Dies sind [...] Forschung zu [...]:

- Empfehlung 1:** Versorgungssicherheit und Etablierung einer pflegeepidemiologischen Überwachung unter Covid-19 (Surveillance)
- Empfehlung 2:** Infektionsschutz und Schulungen
- Empfehlung 3:** Gestaltung von Versorgungsprozessen und Interventionen
- Empfehlung 4:** Erleben von und Gestaltung der Arbeitssituation
- Empfehlung 5:** Entwicklung und Etablierung neuer Versorgungsmodelle

In den Forschungsfeldern sollen Fragestellungen aller Sektoren und Settings berücksichtigt werden. Die Forschungsarbeiten sollen maßgeblich unter pflege- und hebammenwissenschaftlicher Verantwortung geplant und durchgeführt werden. Je nach inhaltlichen oder methodischen Erfordernissen sind Expert:innen anderer Fachdisziplinen in die Forschungsarbeit einzubeziehen. Eine enge Einbindung von Vertreter:innen der jeweiligen Anwendungs- und Zielgruppen von Beginn der Forschungsarbeiten an wird vorausgesetzt.

Empfehlung zur Förderung von Pflegeforschung und Hebammenforschung, um evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen zum Umgang mit SARS-CoV-2 zu schaffen

Internationale online Konferenz am 25. August 2022 von 19:00 – 21:00 Uhr - „Thinking Nursing Globally – Nursing Shortages, Challenges and Solutions“

- **Schirmherrschaft:** ICN (Eröffnungsrede Howard Catton) und DBfK
- **Hintergrund:** Sechs Referenten aus verschiedenen Ländern präsentierten über das Gesundheitssystem und das Ausbildungssystem in der Pflege, Herausforderungen und Lösungen des Pflegepersonalmangels: Polen, Tansania, USA, England, Philippinen und Deutschland

- 198 Anmeldungen

- Wenig bis keine Resonanz – warum?

Limitationen: Nutzung der Plattform Zoom Events bereitete technische Schwierigkeiten – auch ein Hindernis bei der Anmeldung (Zoom-Account erforderlich), Referenten müssen vorab am Technik-Check teilnehmen

The poster features a dark red header with the text 'International conference' and 'August 25th 2022 / 7.00 – 9.00 p.m. (CET) Online via Zoom Events'. The main title is 'Thinking Nursing Globally: Nursing Shortage, Challenges and Solutions' in large, bold letters. Below the title, it asks 'How do different countries deal with nursing shortage? What management strategies are used across the world? One world, one solution?'. The poster lists six speakers with their photos and names: Dr. Timothy Carrigan (USA), Helle Dokken (Germany), Sixtus Ruyumbu Safari (Tanzania), Rodolfo C. Borromeo (Philippines), Prof. James Buchan (UK), and Kasia Przylepa (Poland). It also includes logos for the organizing bodies: vpu (Verband der Pflegedirektorinnen der Unikliniken), ICN (International Council of Nurses), and DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe). A QR code is located in the bottom left corner, and contact information is provided in the bottom right: 'Information: www.vpu-conferences.de' and 'Free register: https://bit.ly/3NOwtWj'.

Planung 3. VPU-Kongress: Qualität hat viele Gesichter - Professionelle Pflege an Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen

Vom 10. – 11. November 2023 im Estrel Congress Center Berlin

- **Zimmerkontingente:** Festkontingent für Referenten/Moderatoren (50) und Abrufkontingent (300)

Geplanter Ablauf:

- 10.11.2023 von 10:00 – 17:45 Uhr:
Keynote-Vorträge, Podiumsdiskussion
ab 18:00 – 20:00 Uhr gemeinsamer Umtrunk
- 11.11.2023 von 09:00 – 15:30 Uhr:
5 Parallel-Workshops, die zweimal angeboten werden je 100 Minuten
- **Eintrittspreise für beide Tage: 380,00 €**



Herzliche Grüße vom Netzwerk!

Nächste Netzwerktagung: 26. und 27. Oktober 2022 am Universitätsklinikum Augsburg

Aktuell sind 47 Netzwerkmitglieder aus 29 Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen vernetzt



Andreas Kocks



Nina Kolbe



Dr. Uli Fischer

Bericht zu ausgewählten Themen der 58. Sitzung des VUD-Finanzausschusses

Matthias Uhlmann

Diese Präsentation bietet einen Kurzüberblick

Weiterführende Informationen bzw. Unterlagen können bei Interesse angefragt werden



- ▶ TOP 1: Berichterstattung der Geschäftsstelle
 - Umsatzsteuer bei Abgabe von Zytostatika an ambulante Patienten eines Krankenhauses
 - Weiterentwicklung AOP-Vergütung
 - Lieferkettensorgfaltspflichtgesetz
- ▶ TOP 2: Aktuelle Gesetzgebungsverfahren
- ▶ TOP 3: Pflegepersonalkostenfinanzierung
- ▶ TOP 5: Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser
- ▶ TOP 6: Entgeltsysteme
- ▶ TOP 7: Vergütung von Telekonsilen
- ▶ TOP 8: Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten
- ▶ TOP 9: USt.-Befreiung der Leistungen von selbständigen Personalausammenschlüssen

- ▶ TOP 1: Berichterstattung der Geschäftsstelle
 - Umsatzsteuer bei Abgabe von Zytostatika an ambulante Patienten eines Krankenhauses
 - Weiterentwicklung AOP-Vergütung
 - Lieferkettensorgfaltspflichtgesetz

- ▶ Vergütung Zytostatika
 - Krankenhäuser (Schritt 1):
 - Einkauf Ingredienzien zur Zytostatika-Herstellung → Zahlung USt. an Lieferanten (= Vorsteuer)
 - Abgabe Zytostatika an ambulante Patienten
 - Vergütungsgrundlage Zytostatika: Arzneimittelpreisvereinbarung (AMPV)
 - Weiterverrechnung Zytostatika an Krankenkassen
 - Krankenkassen (Schritt 2):
 - vertraglicher Anspruch auf Erstattung materiell-rechtlich nicht geschuldeter USt.
 - ABER Gegenrechnung geleisteter Vorsteuer nötig

- ▶ Bundessozialgericht (BSG) erkennt aktuell über Operationsverträge geschlossene AMPV an (Änderungen möglich)

- ▶ Durch BSG erfolgt nur eingeschränkte Prüfung zur Auslegung des Vertrags, wenn der Revision ein Vertrag zugrunde liegt, dessen Anwendungsbereich sich nur auf Bezirksebene erstreckt

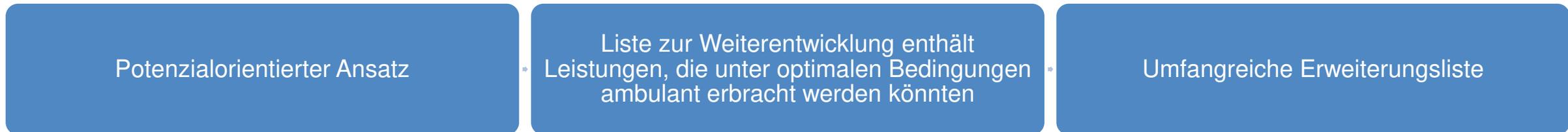
Erweiterung des AOP-Katalogs

– zur Erinnerung aus 57. Sitzung

- ▶ Gutachten zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs wurde erstellt → Abkehr vom bisherigen 2 Kategorie-System (1) i. d. R ambulant , 2) ambulant oder stationär erbringbare Leistung)

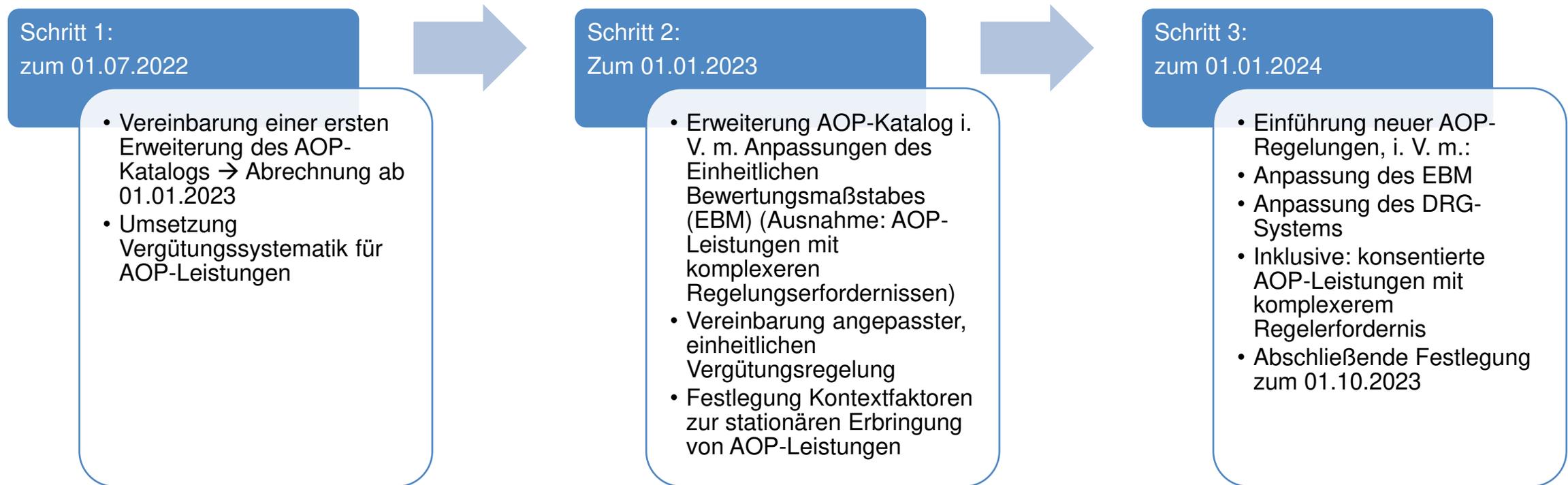
AOP-Katalog		
Ambulant durchführbare Operationen	Sonstige stationersetzende Eingriffe	Sonstige stationersetzende Behandlungen

- ▶ Ergebnis:



- ▶ Obligatorische Kontextprüfung über neun Faktoren (leistungskontext- / patientenbezogen) zwecks Praxistauglichkeit → Faktor begründet stationäre Behandlung
- ▶ Analyse Barmer zeigt: in 2019 wären von rd. 2,3 Mio. der vollstationären Barmer-Fälle 65% potenzial ambulantisierbar gewesen, bei Faktorberücksichtigung verbleiben 10-12 %

- ▶ Stufiges Vorgehen zur Umsetzung des künftigen AOP-Katalogs / Vergütungsanpassung



- ▶ DKG und GKV-SV erarbeiten verschiedene Verbesserungsvorschläge zur AOP-Bewertung

- ▶ Inkrafttreten für Unternehmen, einschl. Krankenhäuser
 - ab: 01.01.2023 mit mind. 3.000 Mitarbeitern
 - ab: 01.01.2024 mit mind. 1.000 Mitarbeitern
- ▶ Ziel des Gesetzes:
 - Einhaltung Menschenrechte
 - Sicherstellung umweltbezogener Pflichten in globalen Lieferketten
- ▶ Daher: Pflicht zur Implementierung von Sorgfaltspflichten
- ▶ BAFA (Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle) ist allgemeine Kontrollbehörde zur Umsetzung einer Risikoanalyse nach LkSG → erste Handreichung unter Link:
<https://www.umweltpakt.bayern.de/nachhaltigkeit/publikationen/1722/risiken-ermitteln-gewichten-priorisieren>



- ▶ Einrichtung eines angemessenen/wirksamen Risikomanagements
 - Menschenrechtsbeauftragter
 - Betriebsinterne Zuständigkeit
- ▶ Durchführung regelmäßiger Risikoanalysen: mind. einmal jährlich und anlassbezogen
- ▶ Abgabe einer Grundsatzerklärung zur Menschenrechtsstrategie
- ▶ Verankerung angemessener Präventionsmaßnahmen im eigenen Geschäftsbereich und gegenüber unmittelbaren Zulieferern
 - Zuliefererauswahl unter Berücksichtigung menschenrechtsbezogener/umweltpflichtbezogener Erwartungen
 - Vertragliche Zusicherungen zur Erfüllung der Erwartungen
 - Einführung Kontrollmechanismen und Wirksamkeitskontrollen
- ▶ Ergreifung angemessener Abhilfemaßnahmen bei drohender/ aufgetretener Verletzung menschenrechts- / umweltbezogener Pflichten
- ▶ Einrichtung eines angemessenen unternehmensinternen Beschwerdeverfahrens
- ▶ Dokumentations- und Berichtspflicht über Erfüllung der Sorgfaltspflicht
 - Veröffentlichung auf Intranet-Seite
 - Einreichung bei BAFA spätestens 4 Monate nach Abschluss Geschäftsjahr

- ▶ Sorgfaltspflichten = sogenannte Bemühungspflichten
 - Verletzung menschenrechts- oder umweltbezogener Pflichten KEIN Verstoß Bemühungspflicht, SOFERN angemessene Vorkehrungen getroffen worden sind

- ▶ Anforderungen an Bemühungspflichten stehen unter Angemessenheitsvorbehalt → angemessene Weise des Handelns, das den Sorgfaltspflichten genügt, bestimmt sich nach:
 - Art und Umfang der Geschäftstätigkeit des Unternehmens,
 - dem Einflussvermögen des Unternehmens auf den unmittelbaren Verursacher
 - der typischerweise zu erwartenden Schwere, der Umkehrbarkeit und der Wahrscheinlichkeit der Verletzung sowie
 - der Art d Verursachungsbeitrages des Unternehmens

- ▶ BAFA für Kontrolle zuständig
 - Grundlage: jährlicher Bericht
 - BAFA darf Nachbesserungen beim Bericht fordern
 - BAFA darf auf Antrag tätig werden (z. B. Person macht geltend, in geschützter Rechtsposition verletzt worden zu sein)

▶ TOP 2: Aktuelle Gesetzgebungsverfahren

- ▶ Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage-Gesetz)
- ▶ COVID-19-Schutzgesetz (Covid-19-SchG)
- ▶ GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)
- ▶ Hinweisgeberschutzgesetz
- ▶ Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)
- ▶ Notfallversorgungsreform
- ▶ Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie, Geburtshilfe

- ▶ Änderung Infektionsschutzgesetz (Triage-Gesetz) *(inhaltlich unverändert zu Juli-22-Sitzung)*
 - Definition von Kriterien und rechtlichen Rahmenbedingungen für die Triage-Entscheidungen im Fall knapper Behandlungskapazitäten aufgrund der Corona-Pandemie
- ▶ Hinweisgeberschutzgesetz *(inhaltlich unverändert zu Juli-22-Sitzung)*
 - Umsetzung der EU-Whistleblower-Richtlinie auf nationaler Ebene
- ▶ Notfallversorgungsreform (Auszug) *(inhaltlich unverändert zu Juli-22-Sitzung)*
 - Einrichtung und gemeinsamer Betrieb von Integrierten Notfallzentren (INZ) durch Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigung (KV) → fachliche Leitung obliegt KV
 - jederzeitige Erreichbarkeit des INZ; Organisation der Notfallversorgung obliegt KVen
 - Überführung von Portalpraxen in INZ; Vergütungsabschläge in Höhe von 50 % für Notfallversorgung Krankenhäusern ohne INZ
- ▶ Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie, Geburtshilfe
 - Kurzfristige Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für die genannten Fachbereiche
 - Vorschlag von vier Modellen zur Vorhaltefinanzierung für die Pädiatrie
 - Im Bereich der Geburtshilfe sollen Geburtskliniken mit Sicherstellungszuschlag einen Zuschlag erhalten

► Covid-19-Schutzgesetz (Covid-19-SchG)

- Verpflichtung der Krankenhäuser, die Anzahl der belegten Betten auf Normalstationen über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zu melden
- Sanktionsregelung im IfSG (Bußgelder) bei Nicht-Nachkommen der Meldepflicht
- Verordnungsermächtigung, Meldevorgaben auch auf weitere Datenmeldungen auszuweiten
- Verstetigung der Ermächtigungsgrundlage für die DIVI-Intensivregister-Verordnung und gesetzliche Festschreibung der Meldung intensivmedizinischer Kapazitäten
- Verlängerung der Verordnungsermächtigung des BMG und BMF, weiterhin Versorgungsaufschläge und Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen und Strukturmerkmalen regeln zu können
- Neuregelung der nicht-namentlichen Meldung eines direkten Nachweises von SARS-Cov-2 über Krankenhauslabore
- Einführung einer bundesweiten Testpflicht für sämtliche Personen (Ausnahme: Patientinnen und Patienten), die Gesundheitseinrichtungen betreten möchten
- Neuregelung der SARS-CoV-2-bedingten Schutzmaßnahmen
- Verlängerung der Ermächtigungsgrundlage für die Coronavirus-ImpfV und TestV bis 31.12.2022
- Aufrechterhaltung der Test- und Impfkampagnen inkl. Kostenbeteiligung des Bundes
- Verpflichtung zur Meldung auch von Verdachtsfällen von Orthopocken (sog. Affenpocken)

- ▶ GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (Auszug)
 - Anpassungen im Pflegebudget ab 2024:
 - im Pflegebudget nur noch Berücksichtigung von Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind
 - „Sonstiges Personal“ wird wieder in aDRG-System integriert
 - Erhöhung des Bundeszuschusses zur GKV im Jahr 2023 um zwei Milliarden Euro, ergänzt durch ein Darlehen des Bundes in Höhe von 1 Mrd. Euro
 - Absenkung der Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen auf 0,5 Monatsausgaben
 - Verlängerung des Sicherheitszuschlags bei Grippeimpfstoffen bis 2023
 - Verlängerung der Kostenübernahme für Behandlungen von Covid-Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland bis 30.06.2022
 - Streichung der Frist für den Abschluss von Verträgen im Heilmittelbereich

- ▶ Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) (Auszug)
 - Einführung eines Pflegepersonalbemessungs-Interimsinstrumentes auf Grundlage der PPR 2.0: Ermächtigung des BMG, in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und zur Festlegung der Personalbesetzung zu bestimmen (Umsetzung ab 01.01.2024)
 - Angepasste Fristen für die Budgetverhandlungen im Bereich der Somatik und Psychiatrie: Vereinbarungen müssen bis spätestens zum 30. April getroffen werden
 - Vereinbarte Leistungen im Erlösbudget 2020 > vereinbarte Leistungen im Erlösbudget 2019 → Zugrundelegung der 2020-er Leistungsmenge zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages
 - Neue Ausnahmeregelung zu MD-Prüfungen: Leistungsabrechnungen durch Krankenhäuser in bestimmten Fällen möglich, bevor MD Einhaltung der OPS Strukturmerkmale begutachtet hat
 - Festlegung eines Abschlags auch für Fälle, in denen die nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e KHEntgG übermittelten Daten zum Pflegepersonal im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden
 - Ergänzende Maßnahmen zur Umsetzung des Konzeptes für eine repräsentative Kalkulation (DRG, PEPP, Investitionsbewertungsrelationen)
 - Anpassung bei den Regelungen zur Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung

- ▶ Gem. §§ 20 a, 22 a IfSG sind ab 01.10.2022 3 Einzelimpfungen erforderlich

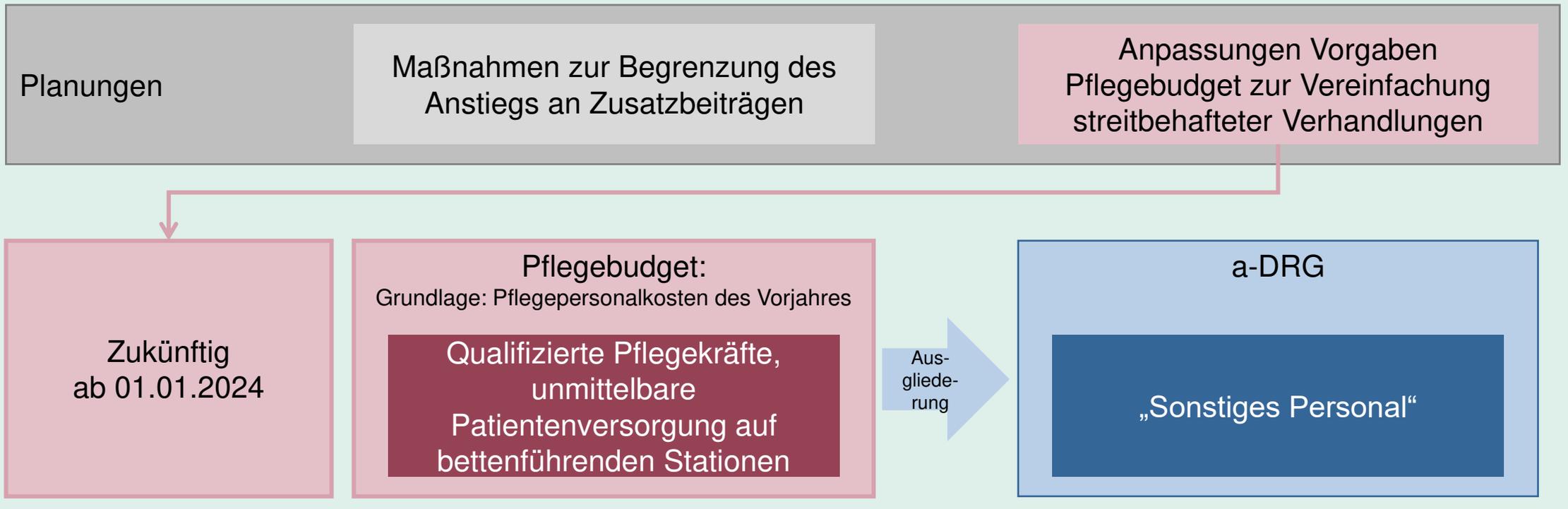
- ▶ Faktischer Verlust der Legitimation der einrichtungsbezogenen Impfpflicht: denn
 - Allgemeine Impfpflicht nicht eingeführt
 - Impfung schützt nicht vor Ansteckung

- ▶ Aktuell:
 - BMG hält trotzdem bis 31.12.2022 an Impfpflicht fest
 - Bayern setzt Vollzug aus: keine (erneute) Nachweisvorlage für bereits vor dem 01.10.22 in Krankenhäusern beschäftigten Personen nötig
 - DKG begrüßt Bayerns Vorgehensweise

▶ TOP 3: Pflegepersonalkostenfinanzierung

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Vermeidung, dass Finanzierungslücken innerhalb der GKV ausschließlich von Beitragszahlern getragen werden müssen
Ziel: Aufteilung der Mehrlasten auf Steuerzahlende, Krankenkassen, Leistungserbringer, Beitragszahlende



- ▶ **Nachteile:**
 - Verstärkung bestehender Fehlanreize
 - Durch fehlendes Gesamtkonzept weitere Steigerung Komplexität auf Bundes- und Ortsebene
- ▶ **Ankündigung Lauterbach:**
 - Wegen angeblicher Doppelfinanzierung von Personalkosten über DRG-Fallpauschalen und Pflegebudget → Bereinigung der DRG-Erlöse für 2023 um 375 Mio. Euro
 - Noch keine konkrete Regelung im Gesetz enthalten

- ▶ Lösungsvorschlag VUD:
 - Auf Versorgungsstufen aufbauende Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung
 - Weiterführende Informationen, siehe „Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz GKV-FinStG)“ des VUD
- ▶ Ablehnung Gesetzesentwurf auch durch DKG
 - Grund: Neuregelung birgt finanzielle Risiken für Krankenhäuser
 - DKG im informellen Austausch mit AOK: Idee der AOK zur Beschleunigung Pflegebudgetverhandlung: Berücksichtigung „sonstiger Berufsgruppen“ mittels Pauschale statt individueller Ermittlung im Pflegebudget



- DKG hat sich zum Vorschlag der AOK beraten und Risiken erarbeitet → VUD wird um Stellungnahme gebeten

▶ TOP 5: Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

- ▶ Problem:
 - Existenzbedrohende Lage von Krankenhäusern:
 - Auslöser: COVID-Pandemie, Preissteigerung bei Lebensmitteln, Energie, Dienstleistungen, Personal
 - Kurzfristiges Handeln zum Eindämmen der Dynamik des kalten Strukturwandels erforderlich
 - Ausblick lt. Krankenhaus Rating Report: bzgl. Anzahl Krankenhäuser mit Jahresverlust
 - 2022: 60 %
 - 2023: 80 %
 - Keine krankenhausesindividuelle Verbesserung der Einnahmesituation möglich (regulierte Preise, politisch gesteuertes Finanzierungssystem)
 - Kostenreduktion durch Personalabbau nicht möglich, wegen Sicherstellung Versorgungsauftrag
- ▶ Mögliche Folgen: Eingeschränkte/s Leistungsfähigkeit, Versorgungsangebote, Notfallversorgung

Wirtschaftliche Lage

Einschätzung und Appell der DKG

- ▶ Regierungsseitige Abhilfe erforderlich:
 - Stabilisierung Krankenhausstrukturen, Brückenfinanzierung bis zum Wirksamwerden der Reformen
 - Vorschläge wurden durch DKG vorbereitet und an BMG übermittelt

- ▶ Unterstützend: DKG-Kampagne vom 05.09. bis 29.09.2022
 - Ziele
 - Aufzeigen schlechter wirtschaftlicher Situation der Krankenhäuser
 - Forderung Inflationsausgleich für Krankenhäuser

 - Hoffnung: medialer Druck

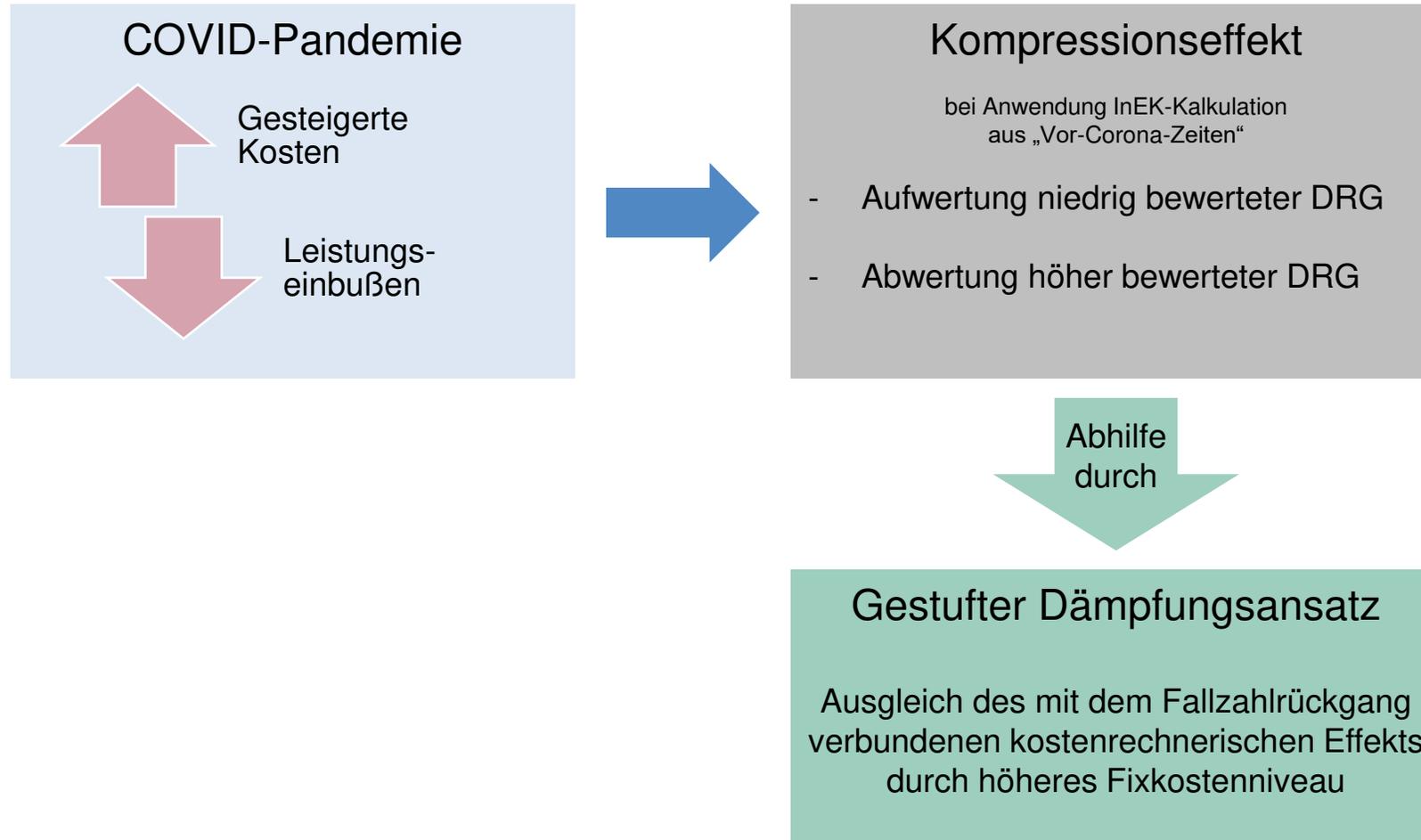
 - Kampagneninhalte
 - Pressekonferenz in Berlin
 - Mobile Pressekonferenzen per Tour mit einem gebrandetem Truck
 - Bereitstellung verschiedener Materialien für Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenhäuser
 - Website der DKG wird während der Kampagne zur Kampagnenwebsite

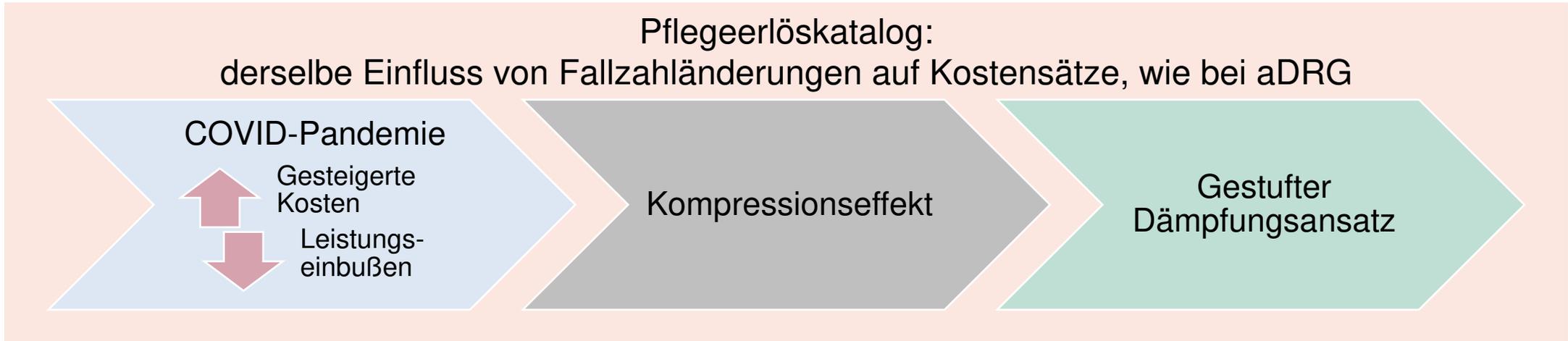


▶ TOP 6: Entgeltsysteme



- ▶ Vorläufige Entgeltkataloge für DRG- & PEPP-System 2023 wurden Selbstverwaltung von InEK vorgestellt
 - Abschließende Vereinbarung Fallpauschalenkatalog 2023 für nächsten Wochen vorgesehen
 - Im Falle Nichteinigung → Ersatzvornahme des BMG → nicht auszuschließen wg. kontroverser Diskussionen bzgl. Ausgliederung Pflegepersonalkosten
- ▶ Darstellung COVID-bedingter Systemveränderung in gesonderter Übersicht der InEK
- ▶ Aktuell keine klare Ermittlung der konkrete Auswirkungen durch vorgesehene Änderungen möglich
→ VUD informiert baldmöglichst über bevorstehende Vereinbarung der Entgeltkataloge und den Umgang zur Pflegekostenausgliederung





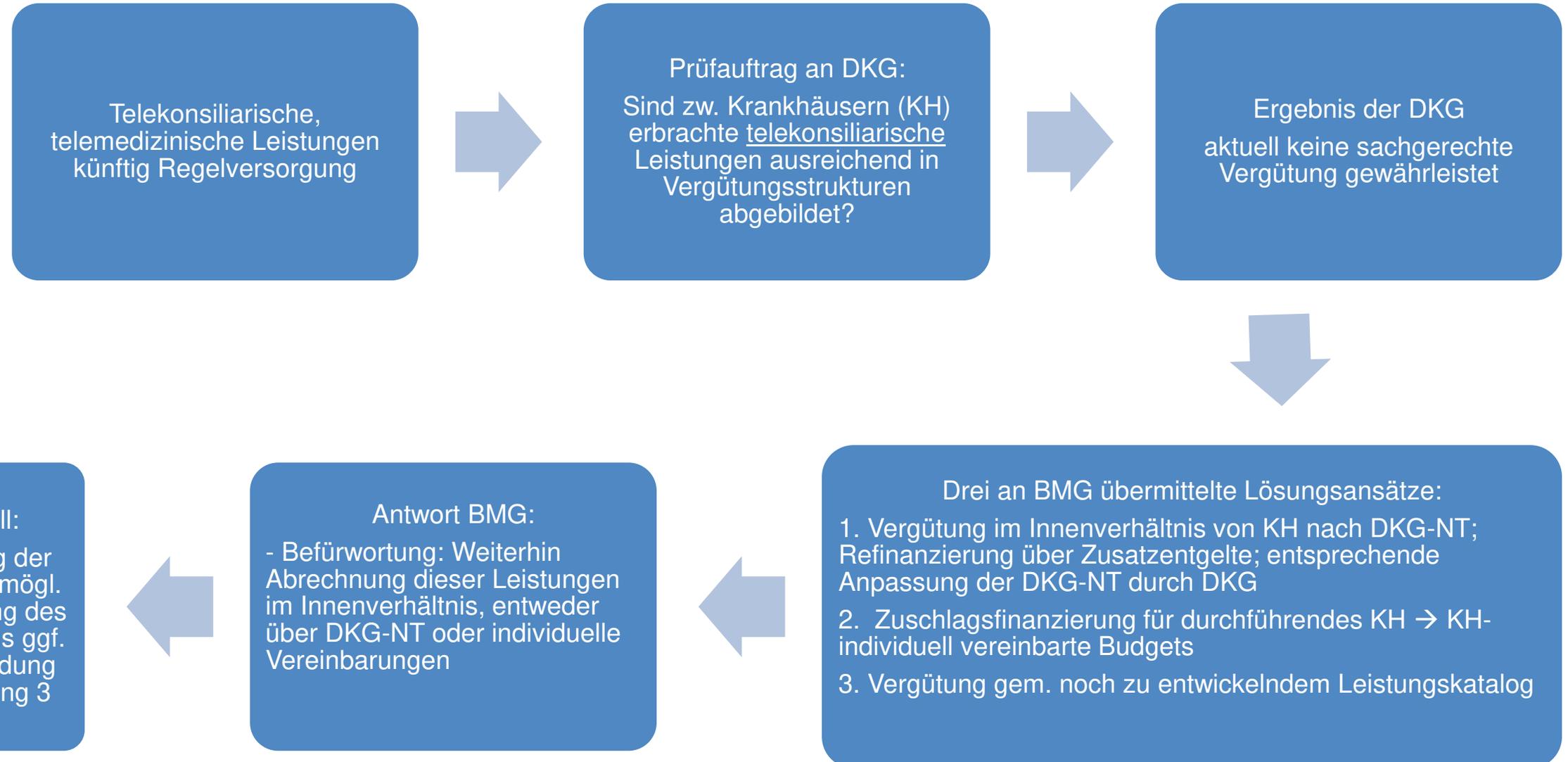
- ▶ Bezugsgröße Pflegeerlöskatalog → Erhöhung von 155,71 € auf 209,75 €
- ▶ Normierung der Pflegebewertungsrelationen auf Belegungstage
 - Negativer Katalogeffekt wegen Minderbelegung 2021
 - Abwertung der Pflegebewertungsrelationen um durchschnittlich ca. 1-2 %
 - Negativer Liquidationseffekt bei gleichbleibendem Pflegeentgeltwert zu erwarten

- ▶ Weiterentwicklung PEPP-Katalog ohne Dämpfungsansatz
- ▶ Punktuell:
 - Klassifikatorische Anpassungen
 - Neuberechnung ergänzender Tagesentgelte
 - Neuberechnung Zusatzentgelte
- ▶ Entgeltkatalog aus 2022 bleibt im Wesentlichen für 2023 erhalten
- ▶ Absenkung der Bezugsgröße von 277,92 € auf 277,24 €

▶ TOP 7: Vergütung von Telekonsilen

Vergütung von Telekonsilen

Zwischenstand: Beratungsergebnis DKG und Positionierung VUD ausstehend



- ▶ TOP 8: Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

- ▶ GBA soll gem. § 136 c Abs. 5 SGB V Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten beschließen
- ▶ In 2021: konträre Verfahrensvorschläge zum weiteren Vorgehen
- ▶ Aktuell: Beratung über übergeordnete Kriterien für neue Zentrumsarten

- ▶ TOP 9: USt-Befreiung der Leistungen von selbständigen Personalzusammenschlüssen

- ▶ Ziel: effizientere Nutzung zur Verfügung stehender Ressourcen
- ▶ Leistungen dieser Zusammenschlüsse sind unter bestimmten Voraussetzungen umsatzsteuerbefreit
 - Grundlage: § 4 Nr. 29 UStG, in Kraft getreten: 01.01.2020
 - Voraussetzung, unter anderem: „Gemeinwohl dienende Leistung“
- ▶ VUD und UK forderten beim BMF eine Umsatzsteuerbefreiung allgemeiner Verwaltungsdienste (Hintergrund: UK plante Gründung einer Servicegesellschaft mit anderem Krankenhausträger)
- ▶ BMF bleibt dabei: Allgemeine Verwaltungsdienste unterliegen Umsatzsteuer

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Abgrenzungsvereinbarung

zwischen dem

**Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren
der Universitätsklinik (VPU) e.V.
Alt-Moabit 96
D-10559 Berlin**

- nachfolgend **Verband** genannt -

und der

**Vinzenz Pallotti University gGmbH
Pallottistraße 3
D-65159 Vallendar**

- nachfolgend **University** genannt -

Präambel

Der Verband ist seit 26. Mai 2010 mit dem Vereinsnamen „Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinik (VPU) e.V.“ unter VR 29613 B im Vereinsregister des AG Charlottenburg eingetragen. Der Verband vertritt die Interessen seiner Mitglieder auf fachlicher und berufspolitischer Ebene und setzt sich für die Positionierung und Weiterentwicklung der professionellen Pflege in den Universitätskliniken sowie für einen Dialog mit Politik und Gesellschaft ein. Aktuell sind im Verband 34 Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen in Deutschland organisiert, so dass der Verband etwa 60.000 Pflegefachpersonen der Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen in Deutschland vertritt. Zur Erfüllung seiner Aufgaben ist der Verband in verschiedenen Initiativen und Projekten sowie publizierend tätig. Insbesondere veranstaltet der Verband seit 2019 einen als „VPU-Kongress“ bezeichneten Kongress für Vertreter und Vertreterinnen aus dem Gesundheitswesen in zweijährigem Abstand. Darüber hinaus erstellt und publiziert der Verband politische Stellungnahmen und Forderungen zur Pflege, erstellt Qualitätskriterien und Empfehlungen für die Durchführung von

Qualifikationsarbeiten im klinischen Setting, führt Umfragen im Bereich des Pflegemanagements durch und analysiert und veröffentlicht die Umfrageergebnisse und publiziert Leitfäden zu unterschiedlichen Themen im pflegerischen Gesundheitssystem.

Die University ist eine kirchlich und staatlich anerkannte wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft im Universitätsrang. Sie steht seit dem 01. Januar 2021 in alleiniger Trägerschaft der Vinzenz Pallotti University gGmbH. Diese wiederum ist eine 100%ige Tochter der Vinzenz Pallotti gGmbH, einer Gesellschaft der ordensähnlichen Gemeinschaft der Pallotiner. Im Dezember 2021 wurde die University von ihrem bisherigen Namen „PTHV Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar“ in „Vinzenz Pallotti University“ umbenannt und firmiert seitdem unter diesem neuen Namen. Zum Zeitpunkt der Umbenennung unterhielt die University drei Fakultäten, nämlich „Theologie“, „Humanwissenschaften“ und „Pflegerwissenschaften“. Die Fakultät für Pflegerwissenschaften befand sich zum Zeitpunkt der Umbenennung der University bereits in der Abwicklung, weshalb neue Studierende nicht mehr aufgenommen und die Angebote der Fakultät nicht mehr beworben worden sind.

Die University hat noch unter ihrem früheren Namen, PTHV Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar gGmbH, die deutsche Marke Nr. 30 2021 229 921 „VPU“, welche in Klasse 41 die Dienstleistungen „Verfassen und Herausgabe von Texten (ausgenommen Werbetexte), Organisation von Konferenzveranstaltungen, Unterhaltungsdienstleistungen, Organisation und Veranstaltung von Kongressen, Herausgabe von Büchern, Veranstaltung, Durchführung und Organisation für Symposien, kulturelle Dienstleistungen, Ausbildung und Unterricht, sowie Betrieb von Bildungseinrichtungen“ und in Klasse 44 die Dienstleistungen „Gesundheits- und Schönheitspflege für den Menschen, Dienstleistungen eines medizinischen Kurzentrums, medizinische Dienstleistungen und Gesundheitspflege sowie medizinische Dienstleistungen für wohltätige Zwecke“ erfasst, am 23. Juni 2021 angemeldet und widerspruchsfrei am 06. August 2021 zur Eintragung gebracht. Die PTHV Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar gGmbH hat ferner am 15. Oktober 2021 die Unionsmarkenanmeldung Nr. 018579319 „VPU“ beim Amt der Europäischen Union für geistiges Eigentum (EUIPO) unter Beanspruchung der o.g. Dienstleistungen der Klassen 41 und 44 der dieser Unionsmarkenanmeldung prioritätsbegründend zugrundeliegenden deutschen Marke angemeldet. Gegen diese Unionsmarkenanmeldung hat der Verband Widerspruch eingelegt. Der Widerspruch ist im streitigen Teil des Widerspruchsverfahrens anhängig.

Die University ist Inhaberin der Domain www.vpu.de und benutzt diese Domain für den Internetauftritt der University. Die Domain wurde von der University im März 2021 käuflich erworben.

Im Außenauftritt und insbesondere auf der unter der Domain www.vpu.de eingestellten Internetseite benutzt die University folgendes Logo



und das Kürzel „VPU“ als Abkürzung für den Namen „Vinzenz Pallotti University“.

Der Verband hat am 22. Dezember 2021 beim Amt der Europäischen Union für geistiges Eigentum (EUIPO) die Unionsmarkenanmeldung Nr. 018 628 226 „VPU“ angemeldet, welche „Beratungsdienstleistungen in Bezug auf das Personalmanagement“ in Klasse 35, „Organisation und Veranstaltung von Konferenzen, Kongressen und Symposien, Herausgabe von Büchern, Verfassen und Herausgabe von Texten (ausgenommen Werbetexte), Beratung in Bezug auf Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften, Durchführung von Ausbildung und Schulungen im Bereich Gesundheitspflege, Publikationsdienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Erstellung und Veröffentlichung von Lehrmaterialien“ in Klasse 41 und „Beratungen auf dem Gebiet der medizinischen Gesundheitspflege und –versorgung“ in Klasse 44 erfasst. Gegen diese Unionsmarkenanmeldung hat die University Widerspruch erhoben.

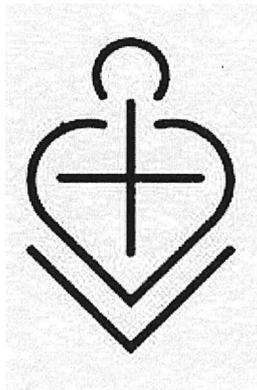
Zur Vermeidung einer streitigen Auseinandersetzung wegen einer Benutzung des Kürzels „VPU“ und zum Abschluss der Widerspruchsverfahren gegen die eingangs genannten Unionsmarkenanmeldungen der Parteien wird die nachfolgende Vereinbarung geschlossen.

1.

Die University verpflichtet sich, die Kennzeichnung „VPU“ als solche oder in graphischer Ausgestaltung, insbesondere in der Form des Eingangs eingeblendeten Logos, ab dem 01. Januar 2023 im geschäftlichen Verkehr nicht mehr zu benutzen.

2.

Die University wird spätestens ab dem 1. Januar 2023 im geschäftlichen Verkehr in ihrem Außenauftritt an Stelle des Kürzels „VPU“ die Kennzeichen „VP-Uni“ (oder „VPuni“) und/oder „VP“ benutzen. Die Verwendung der Kennzeichen „VP-Uni“ (oder „VPuni“) und/oder „VP“ erfolgt dabei insbesondere in Verbindung mit dem nachfolgend eingeblendeten Bildbestandteil



und/oder dem Kennzeichen „Vinzenz Pallotti University“ sowie als Internetdomain und als Bestandteil von E-mail-Adressen.

4.

Die University verpflichtet sich, bis spätestens 31.12.2022 auf die deutsche Marke 302021229921 „VPU“ zu verzichten und die Unionsmarkenanmeldung 018579319 „VPU“ zurück zu nehmen.

Die University verpflichtet sich ferner, den Widerspruch gegen die Unionsmarkenanmeldung Nr. 018628226 „VPU“ des Verbands binnen 14 Tagen nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung durch beide Parteien zurückzunehmen.

5.

Die University verpflichtet sich, bis zum 31.12.2022 die Domain www.vpu.de löschen zu lassen. Bis zum 31.12.2022 ist die University berechtigt, diese Domain, insbesondere für ihren Internetauftritt und als Bestandteil von e-mail-Adressen, zu benutzen. Der Verband verpflichtet

sich, auf der Domain www.vpu.de frühestens ab dem 01.03.2023 Inhalte einzustellen oder die Domain zu ihrer Internetseite unter der Domain www.vpuonline.de zu verlinken.

6.

Der Verband verpflichtet sich, die Benutzung der Kennzeichnungen „VP-Uni“ bzw. „VPuni“ und „VP“ gemäß Ziffer 2 durch die University zu dulden und nicht gegen Anmeldungen oder Eintragungen dieser Kennzeichen als Marke vorzugehen.

7.

Die für die Vorkorrespondenz sowie die Ausarbeitung dieser Abgrenzungsvereinbarung und die für die Führung der Widerspruchsverfahren bei den Parteien entstandenen Kosten trägt jede Partei selbst.

8.

Die Vereinbarung gilt für das Gebiet der Europäischen Union, einschl. der Bundesrepublik Deutschland. Für andere Staaten, in denen die gleiche Kollisionslage auftritt, werden die Parteien sich bemühen, entsprechende Abgrenzungsvereinbarungen abzuschließen.

9.

Die Parteien werden die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen auch ihren jeweiligen Gesamtrechtsnachfolgern bzw. Einzelrechtsnachfolgern hinsichtlich der Marken bzw. Firmen oder Vereinen auferlegen.

Berlin, den

Vallendar, den

08.09.2022

Verband der Pflegedirektorinnen und
Pflegedirektoren der Universitätsklinik
(VPU) e.V.
(vertr. d.d. Vorsitzenden, Torsten Rantzsch)

Julia Sander

Vinzenz Pallotti University gGmbH
(vertr. d.d. GFin, Prof. Dr. Julia Sander)



Übergangspflege nach SGB-V

(nach § 39e Abs.1)

Dipl. Kfm. (FH) Klaus Tischler
Pflegedirektor



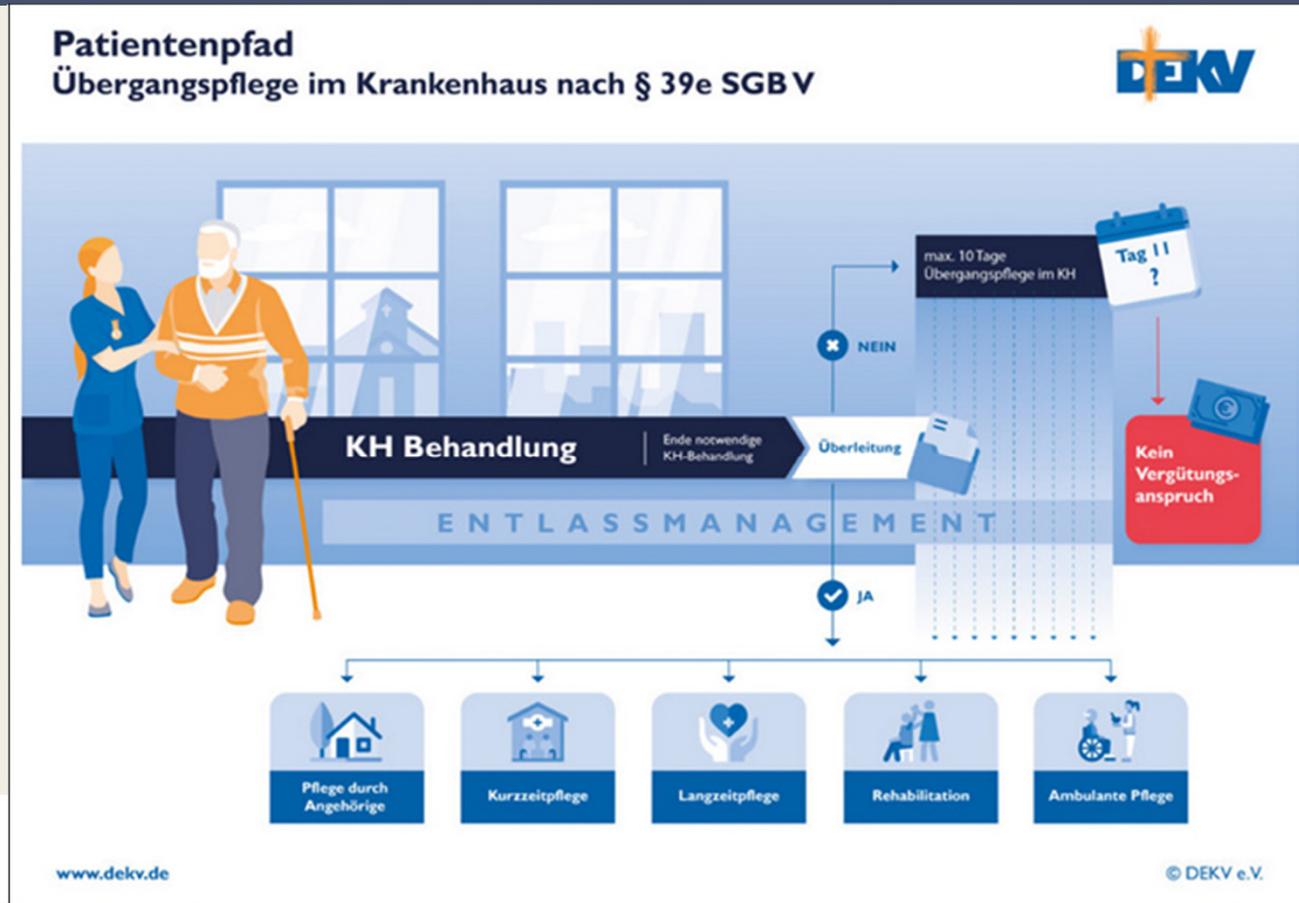
Universitätsklinikum
Tübingen

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 ermöglicht „Übergangspflege“ neu als Leistungsbereich im KHS

Patienten können bis zu 10 weitere Tagen Pflege zur Überbrückung im Krankenhaus erhalten

Zuzahlung für Versicherte > 18 Jahre bis max. 28 Tage (§ 61, 2 i.V. § 39 Abs.4)



Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Übergangspflege besteht bei Erfüllung der nachfolgenden Voraussetzungen:

- Stationäre Behandlung ist abgeschlossen (Behandlungsnotwendigkeit im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V liegt nicht mehr vor).
- 1. Die Anschlussversorgung wird in dem gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus erbracht, in dem die stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt wurde
- Erforderliche Leistungen der *häuslichen Krankenpflege*, der *Kurzzeitpflege*, zur *medizinischen Rehabilitation* oder *Pflegeleistungen nach dem SGB XI* sind notwendig. Diese können aber nicht bzw. nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden.
- Der Anspruch auf **Übergangspflege** ist begrenzt auf den Zeitraum **längstens für 10 Tage** bis zur Verlegung in eine geeignete Anschlussversorgung oder bis erneuter stationärer Behandlungsbedarf entsteht. Adäquate Anschlussversorgung ist zwingend notwendig!
- Das Krankenhaus legt dem Kostenträger einen Nachweis gemäß *Dokumentationsvereinbarung Übergangspflege* zum Vorliegen aller Voraussetzungen vor.



SWOT-Analyse* für das UK-Tübingen

Stärken (<u>S</u> trengths)	Schwächen (<u>W</u> eaknesses)
<ul style="list-style-type: none">• Freiwerdende Bettenkapazitäten in der Akutversorgung durch selbst steuerbaren Patientenabfluss• Reduktion von Wiederkehrern nach der Entlassung• Verbesserung der Einhaltung der mittleren GvD• Steigerung der Versorgungsqualität im sektoralen Überleitungsprozess / Versorgungslücken vermeiden• Verbesserung der Patienten-/Angehörigenzufriedenheit mit der gewonnenen Versorgungssicherheit	<ul style="list-style-type: none">• Kaum belastbaren Kosten- und Personalkalkulation – wenig Vergleichbarkeit mit akutklinischen Bereichen.• Keine aufwandsbezogene Gegenfinanzierung• Ärztliche Leistungen nicht/kaum berücksichtigt
Chancen (<u>O</u> pportunities)	Risiken (<u>T</u> hreats)
<ul style="list-style-type: none">• Nutzung nicht benötigter räumlicher Ressourcen• Überwindung sektoraler Grenzen• Professionalisierung der Pflege durch eigenverantwortlich geführten Leistungsbereich• Reputation durch pflegewissenschaftliche Projektbegleitung• Verbesserung der Außenwahrnehmung	<ul style="list-style-type: none">• Unzureichende Kostendeckung (z.B. KH-Tarife Pflege)• „Kostenexplosion“, wenn Einheit wie Akutbereich betrieben• Rekrutierung von Pflegepersonal für „Pflegeeinheit“• Versorgungsqualität durch Pooling von Patienten mit sehr hohem Pflege-/Versorgungsaufwand• Patientenerwartung an die Versorgung (Klinik vs. Heim)• Überforderung des Pflegepersonals bei autark geführter Einheit ohne obligatorische ärztliche Einbindung• Unklare Belegungskriterien, Regeln und Priorisierungen

* SWOT steht als Akronym für die englischen Begriffe Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken). Die SWOT-Analyse ist ein Instrument der strategischen Planung

Mögliches Organisationskonzept einer kostendeckenden Übergangspflege am UK-Tübingen (Teil 1)

1. Struktur und Personalbedarf:

- Interdisziplinär belegbarer, separater und in sich geschlossener Bereich in der Klinik
- Nach Entlassung/Verlegung als separater Fall geführt?
- Fachliche Leitung durch das Pflegemanagement (PD / PDL / Pflege-Bereichsleitung)
- Personalbedarf Langzeitpflege :

Personalrichtwert Langzeitpflege Baden Württemberg ¹						
Pflegegrad	1	2	3	4	5	Σ - VK
Personalrichtwert: (1 VK: Bewohner)	-	3,4	2,4	1,8	1,6	9,2

Bedarfsermittlung mittels bundesdurchschnittlichem Belegungsprofils ²						
Pflegegrad	1	2	3	4	5	Σ - VK
Ø Verteilung (bei 20 Patienten)	0	4	7	6	3	
VK Bedarf	0	0,85	2,90	3,26	1,80	8,8

- Personalbedarfsermittlung für UK-Tübingen (Krankenhaus)

Dienst ³	Dauer	Anzahl	Std./Jahr	VK-Bedarf	Σ - VK
FD	7,7 h	3	8431,5	5,40	
SD	7,7 h	2	5621	3,60	
ND	9,0 h	1	3285	2,11	
Ltg. + PA				0,5	11,6

1) <https://kaemmer-beratung.de/wp-content/uploads/2020/04/Personalbemessug-stat.-Altenpflege-1.pdf>
 2) <https://www.anbosa.de/vom-personalschlüssel-in-der-altenpflege-zur-schichtbesetzung/>
 3) Basis Arbeitsplatzmethode mit einer Netto-Jahres-Arbeitszeit von 1.554 Stunden/Jahr



Mögliches Organisationskonzept einer kostendeckenden Übergangspflege am UK-Tübingen (Teil 2)

2. Leistungen der Übergangspflege:

- a. Kernelemente sind die Grund – und Behandlungspflege, Mobilisation, Beratung/Aufsicht
- b. Ärztlichen Leistungen sind in den Erstattungsbeträgen nicht explizit vorgesehen. Die Notfallversorgung läuft innerhalb der Strukturen des Krankenhauses
- c. Im Verrechnungssatz sind keine Therapeutische Leistungen (Physio-/Ergotherapie; Logopädie) vorgesehen und keine medizinsicher
- d. Sämtliche Hilfsmittel für eine aktivierende Pflege sind vom Fachbereich Übergangspflege vorzuhalten bzw. auszuleihen. Hilfsmittel sind im Rahmen der Akutbehandlung zu verordnen und zu besorgen
- e. Die Arzneimittelversorgung erfolgt über die Krankenhausapotheke. Versorgungsleistung ist im Pauschalabschlag inkludiert (bis auf ZE). Restbestände hausärztlicher Medikation sind nutzbar.
- f. Medizinischer Sachbedarf ist im Pauschalabschlag inkludiert
- g. Unterkunft/Verpflegung wie in der Akutbehandlung (zzgl. EZ-Zuschlag / keine Privatliquidation)



Mögliches Organisationskonzept einer kostendeckenden Übergangspflege am UK-Tübingen (Teil 3)

3. Organisatorische Rahmenbedingungen:

- a. Belegungssteuerung interdisziplinär auf Basis eines Statuts mit Absprache der fachlichen Leitung der Übergangspflegestation nach Verfügbarkeit der Betten. Enger Austausch mit den Bereich Sozialberatung und Pflegeüberleitung.
- b. Administrative Aufnahmen setzte einen vollständigen Fallabschluss der vorbehandelnden klinischen Fachabteilung voraus. Aufnahmen über die Patientenverwaltung/-aufnahme.
- c. Dokumentation über MEONA in der Übergangspflegeabteilung
- d. Ärztliche Anordnungen auf Basis des Entlassungsbriefes ggf. über Konsilanforderung und ergänzenden Anordnungen
- e. Der Nachsorgebedarfs sowie die Wahl eines Anschlussversorgers nach § 5 Abs. 2 der Dokumentationsvereinbarung „Übergangspflege“ sind Bestandteil des Entlass-Management der KHS. Die getroffenen Vereinbarungen gilt es im Rahmen der Übergangspflege aktiv fortzuführen um spätestens nach 10 Tage, eine adäquate Anschlussversorgung zu haben. Bemühungen sind zwingend zu dokumentieren



Mögliches Organisationskonzept einer kostendeckenden Übergangspflege am UK-Tübingen (Teil 4)

4. Vergütung der Leistung und Kalkulationsergebnisse:

- a. Vereinbarung in BW: Tagessätze mit darin enthaltenen Personalkosten Pflege in Höhe von 145,00 €, welche vom Pflegebudget des Krankenhauses abzuziehen sind. Zuzüglich zu den Tagespauschalen sind Leistungen im Einzelfall abrechenbar wie spezielle Arzneimittel, NUB-Entgelte, Bluterpräparate, und Dialysen bei einer Entlassung aus dem Bereich des KHEntG und der BPfIV

Tagespauschale (Stand 2022)	PK-Pflege	Unmittelbare Anschlussversorgung
228,00 € (Leistungsbereich KHEntG)	119,- €	Kurzzeitpflege o. Pflegeleistung n. SGB-XI Entgeltschlüssel 91000001
259,50 € (Leistungsbereich KHEntG)	119,- €	Medizinisch erforderliche Rehabilitation Entgeltschlüssel 91000002
185,00 € (Leistungsbereich BPfIV)	--	Entgeltschlüssel CU100001
Tagespauschale (ab 2023)	PK-Pflege	Unmittelbare Anschlussversorgung
234,84 € (Leistungsbereich KHEntG)	122,57 €	Kurzzeitpflege o. Pflegeleistung n. SGB-XI Entgeltschlüssel 91000001
267,29 € (Leistungsbereich KHEntG)	122,57 €	Medizinisch erforderliche Rehabilitation Entgeltschlüssel 91000002
190,55 € (Leistungsbereich BPfIV)	--	Entgeltschlüssel CU100001



Mögliches Organisationskonzept einer kostendeckenden Übergangspflege am UK-Tübingen – Kalkulation (Teil 5)

Umsatzerlöse	1.446.447,55 €		
Kosten		Abschlag	
Personalkosten	812.000,00 €		812.000,00 €
Arzneimittel GK*	77.613,40 €	90%	7.761,34 €
Med. Bedarf GK*	77.996,59 €	90%	7.799,66 €
Medizinische Infrastruktur*	333.982,15 €	90%	33.398,21 €
Nichmedizinische Infrastruktur*	670.695,74 €	30%	469.487,02 €
Gesamtkosten	1.972.287,88 €		1.330.446,23 €
<i>Kosten/Bett/Tag</i>	<i>270,18 €</i>		<i>182,25 €</i>
Jahresüberschuss/Fehlbetrag	- 525.840,33 €		116.001,32 €

* nach InEK 2021

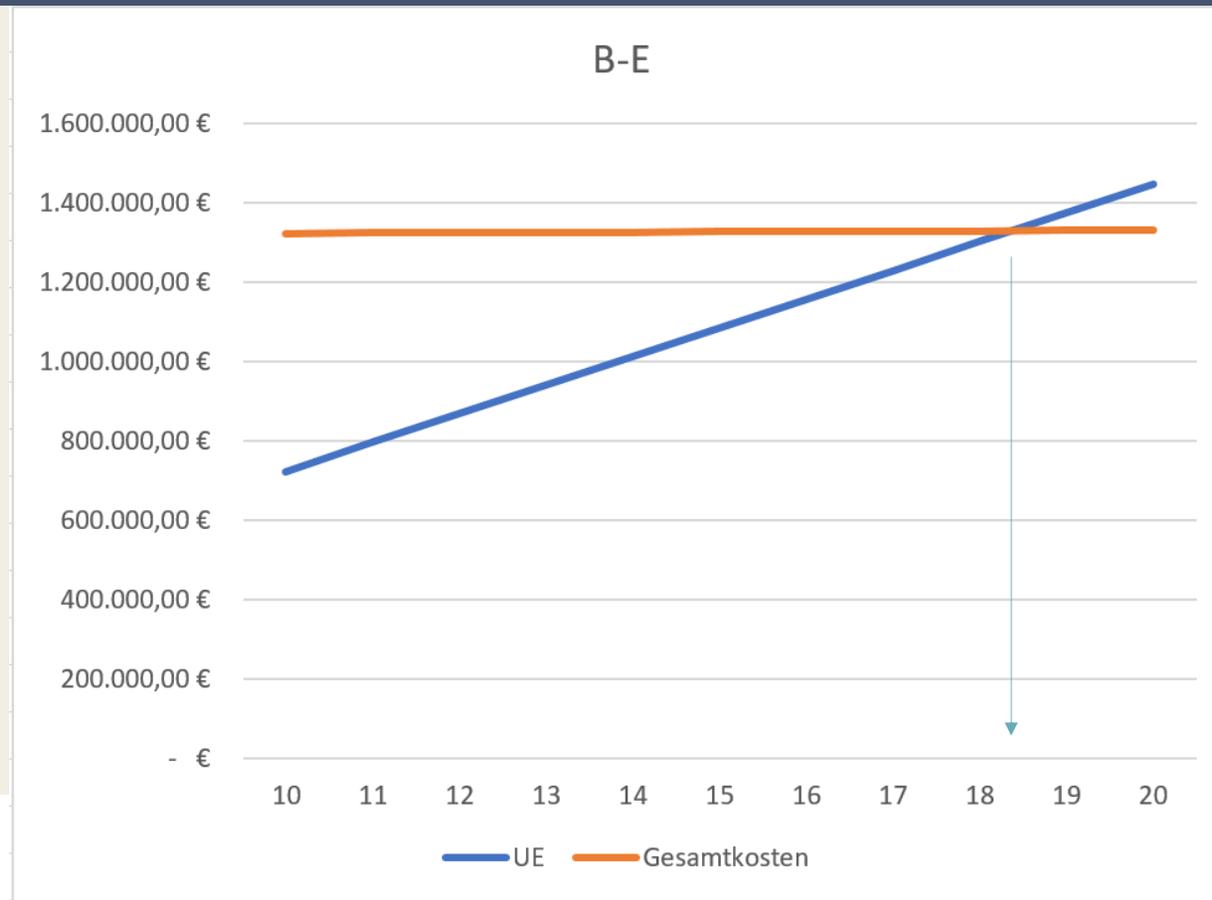
Anzahl Betten	20	Vergütungssätze/Tag	2022
Angenommene Ø Auslastung	0,85	Leistungsbereich BPfIV	190,55 €
VK-Bedarf Pflegedienst	11,6	Weiterversorgung Reha	259,50 €
Ø Personalkosten pro VK/Jahr	70.000,00 €	Weiterversorgung Pflege	228,00 €
Erlöse pro Tag	233,11 €	MW bei 20:40:40 -Belegung	233,11 €



Mögliches Organisationskonzept einer kostendeckenden Übergangspflege am UK-Tübingen – Kalkulation (Teil 5)

Erstes Fazit:

- Mindestgröße = 20 Betten
- Nötig als reine Pflegeeinheit
- Kostendeckend ab > 85% Bettenauslastung
- Verrechnungssätze aus BW aktuell auskömmlich



Übergangspflege im Krankenhaus nach §39e SGB V

Rahmenkonzept für das Universitätsklinikum Tübingen

ENTWURF

Version 1.1
12.10.2022

Inhalt

1. Ziel und Zweck	3
1.1 Intention der Übergangspflege	3
1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen	3
1.3 Strategische Einbindung	4
2. Organisationskonzept	5
2.1. Strukturelle Rahmenbedingungen	5
2.1.1 Räumliche Verortung und Ausstattung	5
2.1.2 Fachliche Zuordnung und Leitung	5
2.1.3 Personalbedarf	5
2.2 Leistungen der Übergangspflege	6
2.2.1 Pflegerische Leistungen.....	6
2.2.3 Diagnostische Maßnahmen.....	6
2.2.4 Heilmittelversorgung – Therapeutische Leistungen	6
2.2.5 Hilfsmittelversorgung	6
2.2.6 Versorgung mit Arzneimitteln	7
2.2.7 Versorgung mit medizinischem Sachbedarf.....	7
2.2.8 Unterkunft und Verpflegung	7
2.3 Organisationale Rahmenbedingungen	7
2.3.1 Belegungssteuerung	7
2.3.2 Administrative Aufnahme	7
2.3.3 Pflegekonzept	7
2.3.4 Ärztliche Anordnungen bei Aufnahme	8
2.2.5 Entlassmanagement	8
2.4 Vergütung und Abrechnung	8
3. Wirtschaftlichkeitsbetrachtung	8
4. Anlagen	10

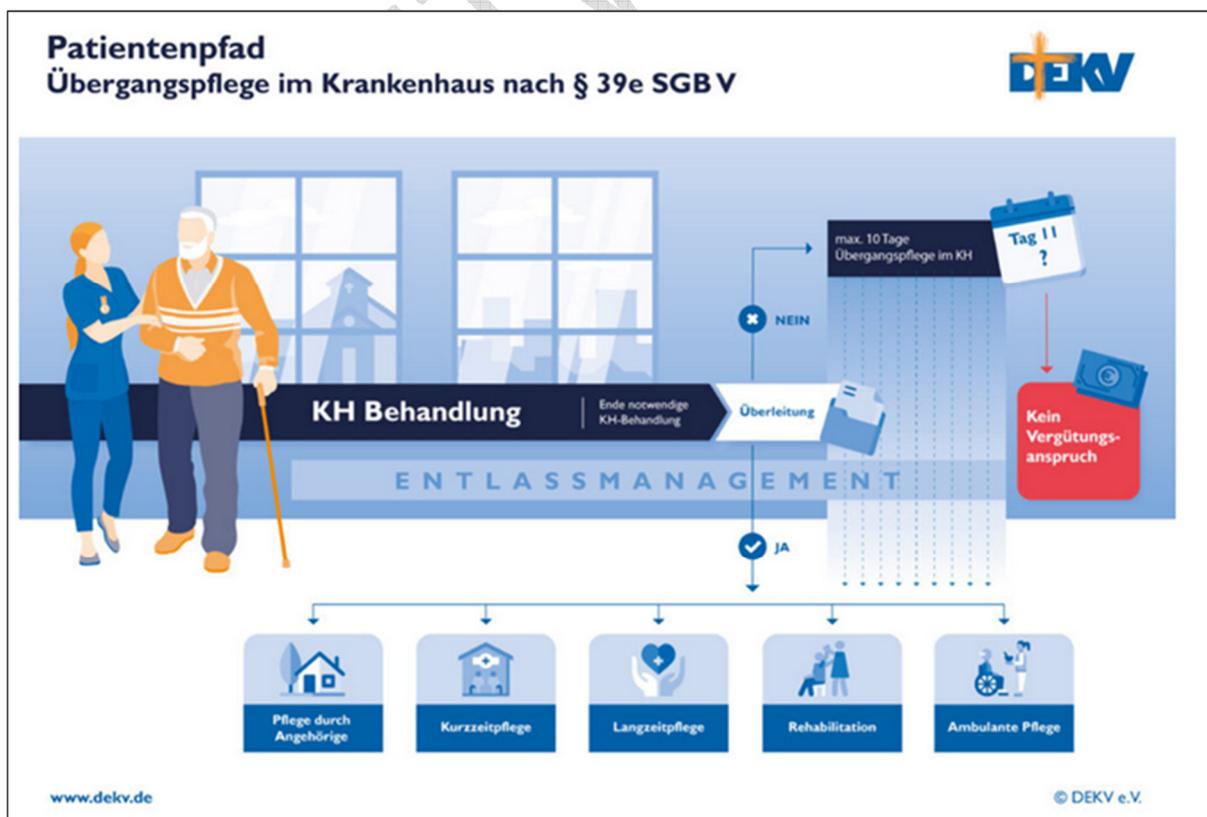
1. Ziel und Zweck

1.1 Intention der Übergangspflege

Nach einem Krankenhausaufenthalt sind Patienten und Patientinnen häufig vorübergehend oder dauerhaft auf eine weitere pflegerische Unterstützung angewiesen. Aufgrund einer dauerhaft hohen Nachfrage können Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und ambulante Pflegeeinrichtungen diesen Bedarf nicht immer zeitgerecht und ausreichend decken. Für das UKT ergibt sich daraus regelmäßig die Situation, dass Patientinnen und Patienten nach Abschluss der medizinischen Behandlung nicht zeitgerecht in geeignete poststationäre Versorgungsstrukturen verlegt werden können. Dies führt zwangsläufig zu einer Erhöhung der Verweildauern und damit zu einer Bindung klinischer Kapazitäten durch nichtrefinanzierte Fehlbelegungen. Durch den neu geschaffenen Leistungsbereich der Übergangspflege im Krankenhaus besteht im Rahmen des § 39 Abs. 1 SGB V für gesetzlich Versicherte unter definierten Voraussetzungen die Möglichkeit, eine bis zu 10-tägige pflegerischen Weiterversorgung im Krankenhaus in Anspruch zu nehmen und damit eine etwaige Versorgungslücke temporär zu schließen bzw. den Zeitraum bis zur abschließenden Klärung der Anschlussversorgung zu überbrücken. Für das Land Bayern wurde bereits ein entsprechender Rahmenvertrag mit den Kostenträgern abgeschlossen. Es ist davon auszugehen, dass für Baden-Württemberg eine entsprechende Vereinbarung ebenfalls alsbald abgeschlossen wird.

1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 hat der Gesetzgeber die Grundlage für die Übergangspflege als einen neuen Leistungsbereich im Krankenhaus geschaffen. Patienten können, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, bis zu zehn Tage Übergangspflege im Krankenhaus erhalten.



Die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Übergangspflege im Krankenhaus besteht bei Erfüllung der nachfolgenden Voraussetzungen:

- Die stationäre Behandlung ist abgeschlossen (Behandlungsnotwendigkeit im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V liegt nicht mehr vor).
- Die Anschlussversorgung wird in dem Krankenhaus erbracht, in dem die stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt wurde.
- Erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI sind notwendig, können aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden (unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (Pflegegrad) besteht).
- Der Anspruch auf Übergangspflege ist begrenzt auf den Zeitraum bis zu dem eine Verlegung in eine geeignete Anschlussversorgung möglich ist oder ein erneuter stationärer Behandlungsbedarf entsteht. Er besteht jedoch längstens für 10 Tage je stationärer Krankenhausbehandlung, sodass sich das Krankenhaus während der Übergangspflege aktiv um eine adäquate Anschlussversorgung bemühen und dies dokumentieren muss.
- Das Krankenhaus legt dem Kostenträger einen Nachweis gemäß Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege zum Vorliegen aller Voraussetzungen vor.

1.3 Strategische Einbindung

Vor dem Hintergrund folgender SWOT-Analyse kann unter sorgfältiger Betrachtung sämtlicher Schwächen und Risiken festgestellt werden, dass die Integration einer Fachabteilung für Übergangspflege am UKT sowohl wirtschaftlich wie auch organisational deutliche Potentiale aufzeigt.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> - Freiwerdende Bettenkapazitäten in der Akutversorgung durch selbst steuerbaren Patientenabfluss - Reduktion von Wiederkehrern nach der Entlassung - Verbesserung der Einhaltung der mittleren Grenzverweildauern im Akutbereich - Bessere Versorgungsqualität während des Überleitungsprozesses durch Vermeidung zwischen-sektoraler Versorgungslücken - Verbesserung der Patientenzufriedenheit durch eine erhöhte Versorgungssicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeit einer belastbaren Kosten- und Personalkalkulation durch unzureichende Vergleichbarkeit mit akutklinischen Bereichen. - Keine aufwandsbezogene Gegenfinanzierung - Ärztliche Leistungen organisatorisch und finanziell nicht berücksichtigt
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> - Nutzung nicht benötigter räumlicher Ressourcen - Überwindung sektoraler Grenzen - Professionalisierung der Pflege durch eigenverantwortlich geführten Leistungsbereich - Reputation durch pflegewissenschaftliche Projektbegleitung - Verbesserung der Außenwahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende Kostendeckung - „Kostenexplosion“, wenn die Einheit wie ein Akutbereich betrieben wird - Rekrutierung von Personal für ausschließliche „Pflegeeinheit“ - Versorgungsqualität durch Pooling von Patienten mit sehr hohem Pflege-/Versorgungsaufwand - Patientenerwartung bei Versorgung im klinischen Umfeld (Klinik vs. Pflegeheim) - Überforderung des Pflegepersonals in autark geführter Einheit ohne obligatorische ärztliche Einbindung - Unklare Belegungskriterien, Regeln und Priorisierungen

2. Organisationskonzept

Für eine kostendeckende Integration einer Fachabteilung für Übergangspflege am UKT ist die Umsetzung folgender struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen erforderlich.

2.1. Strukturelle Rahmenbedingungen

2.1.1 Räumliche Verortung und Ausstattung

Für Patientinnen und Patienten der Übergangspflege am UKT steht die Station 50 mit insgesamt 20 Betten zur Verfügung. Die Station ist räumlich auf Ebene 4 (Modulbau) in der CRONA verortet und 24/7 betriebsbereit. Alle Pflegezimmer sind Zweibettzimmer mit elektrischen Pflegebetten. Die Standardausstattung umfasst weiterhin ein barrierefreies Duschbad und WC, eine Sitzgelegenheit sowie TV und Telefon. Die baulich-räumlichen Voraussetzungen für den Betrieb einer Einheit für die Übergangspflege sind vollumfänglich gegeben.

2.1.2 Fachliche Zuordnung und Leitung

Der Fachbereich für Übergangspflege wird fachlich und disziplinarisch der Pflegedienstleitung der CRONA-Klinik zugeordnet. Für die Steuerungs- und Leitungsaufgaben innerhalb der Übergangspflege ist eine Bereichsleitungsstelle im Umfang von 0,75VK vorgesehen. Der Stellungsumfang beinhaltet einen Anteil von 0,25VK für die Adaption und Umsetzung des klinischen Qualitätsmanagementsystems an die QM-Strukturen der Fachabteilung. Die Möglichkeit einer Vertretung über benachbarte akutklinische Pflegebereiche ist zu prüfen.

2.1.3 Personalbedarf

Zur Kalkulation des Personalbedarfs in der Pflege werden zunächst Kennzahlen aus der Langzeitpflege Baden-Württemberg herangezogen, welche den Bedarf anhand eines Personalrichtwertes je Pflegegrad bei Annahme einer Belegung analog des bundesdurchschnittlichen Belegungsprofils in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege berechnen.

Personalrichtwert Langzeitpflege Baden Württemberg ¹					
Pflegegrad	1	2	3	4	5
Personalrichtwert: (1 VK: Bewohner)	-	3,4	2,4	1,8	1,6

Personalbedarfsermittlung anhand Bundesdurchschnittlichem Belegungsprofils ²					
Pflegegrad	1	2	3	4	5
∅ Verteilung (bei 20 Patienten)	0	4	7	6	3
VK Bedarf	0	0,85	2,90	3,26	1,80
VK-Bedarf Gesamt					8,8 VK

¹ <https://kaemmer-beratung.de/wp-content/uploads/2020/04/Personalbemessug-stat.-Altenpflege-1.pdf>

² <https://www.anbosa.de/vom-personalschluessel-in-der-altenpflege-zur-schichtbesetzung/>

Nach Arbeitsplatzmethode läßt sich für eine 20-Betten-Einheit folgender Personalbedarf ermitteln.

Dienst	Dauer	Anzahl	Std./Jahr	VK-Bedarf
FD	7,7	3	8431,5	5,40
SD	7,7	2	5621	3,60
ND	9	1	3285	2,11
VK-Bedarf Gesamt				11,1 VK

Vor dem Hintergrund, dass im unmittelbaren Anschluss an die klinische Akutversorgung mutmaßlich höhere Pflegebedarfe als in der Langzeitversorgung vorliegen, wird für den Betrieb der Einheit ein Stellenbedarf von 11,6 Vollzeitkräften angesetzt (Pflegefachpersonen mit mindestens 3-jähriger pflegefachlicher Ausbildung bzw. Studium inklusive einer fachlichen Leitung mit einem Umfang von 0,5 VK).

2.2 Leistungen der Übergangspflege

2.2.1 Pflegerische Leistungen

Die pflegerische Versorgung der Patientinnen Patienten ist das Kernelement der Übergangspflege und umfasst alle notwendige und verordnete Maßnahme der Grund- und Behandlungspflege nach aktuellem Stand der Wissenschaft. Die pflegerische Versorgung ist vollständig im Verrechnungssatz der Übergangspflege inkludiert.

2.2.2 Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen sind im Verrechnungssatz für die Übergangspflege nicht inkludiert und damit regelhaft nicht vorgesehen. Bei dringlichem Behandlungsbedarf kann im Einzelfall der diensthabende Arzt der Fachabteilung XX herangezogen werden. Selbiges gilt auch für die Erteilung ärztlicher Anordnungen für behandlungspflegerische Leistungen, die sich im Rahmen des Aufenthaltes im Einzelfall ergeben. Die Anbindung der Übergangspflege an die Notfallversorgung ist obligatorisch. Eine Konsiliarärztliche Versorgung ist nicht vorgesehen.

2.2.3 Diagnostische Maßnahmen

Die Erbringung diagnostischer Leistungen ist im Verrechnungssatz für die Übergangspflege nicht inkludiert und damit regelhaft nicht möglich. Bildgebende- und labordiagnostische Verfahren können im Einzelfall nur im Rahmen einer akuten Behandlungsbedürftigkeit herangezogen werden.

2.2.4 Heilmittelversorgung – Therapeutische Leistungen

Die Erbringung physio- und ergotherapeutischer Leistung sowie logopädische Leistungen ist im Rahmen der Übergangspflege nicht vorgesehen. Der Leistungsbereich ist im Verrechnungssatz für die Übergangspflege nicht inkludiert.

2.2.5 Hilfsmittelversorgung

Sämtlich im Sinne einer aktivierenden Pflege erforderlichen Hilfsmittel werden im Fachbereich der Übergangspflege vorgehalten und den Patienten leihweise zur Verfügung gestellt. Die Vorhaltung und Bereitstellung ist im Verrechnungssatz inkludiert. Patientenindividuelle Hilfsmittel müssen grundsätzlich bereist im Rahmen der akutmedizinischen Behandlung verordnet und beschafft werden.

2.2.6 Versorgung mit Arzneimitteln

Die Versorgung mit erforderlichen Arzneimitteln innerhalb der Überleitungspflege erfolgt über die Klinikapotheke. Die Versorgungsleistung ist im Verrechnungssatz inkludiert. Restbestände hausärztlicher Medikationen die von den vorbehandelnden Akutbereichen nicht benötigt werden, werden bei der Verlegung der Übergangspflege übergeben.

2.2.7 Versorgung mit medizinischem Sachbedarf

Die Versorgung mit medizinischen Sachgütern ist im Verrechnungssatz für die Übergangspflege inkludiert. Die Versorgung wird über das Zentrallager des UKT sichergestellt.

2.2.8 Unterkunft und Verpflegung

Die Unterbringung der Patientinnen und Patienten erfolgt in Zweibettzimmer wie unter 2.1.1 beschrieben. Die Speisenversorgung und Reinigung werden durch die U.D.O. GmbH sichergestellt. Die Versorgungsleistung ist im Verrechnungssatz inkludiert.

2.3 Organisationale Rahmenbedingungen

2.3.1 Belegungssteuerung

Die Belegungssteuerung erfolgt auf Basis eines Belegungsstatuts durch Absprache der zu verlegenden Fachbereiche und der fachlichen Leitung der Übergangspflegestation. Diese prüft bei Anfrage die Verfügbarkeit eines Bettplatzes, die Erfüllung der Voraussetzungen für die Übergangspflege sowie etwaige Ausschlusskriterien und steht in engem Austausch mit dem Sozialdienst bzw. der Pflegeüberleitung zur Sicherung einer nahtlosen Weiterversorgung im Anschluss an die Übergangspflege, soweit indiziert. Patientinnen und Patienten, welche aufgrund ihrer Diagnosen schwerer in die ambulante oder stationäre Nachsorge verlegt werden können sind bei der Bettplatzvergabe vorrangig zu behandeln.

2.3.2 Administrative Aufnahme

Die pflegerische Versorgung in der Übergangspflege setzt einen vollständigen Fallabschluss der vorausgehenden klinischen Behandlung und eine neue Fallanlage für die Übergangspflege voraus. Die administrative Aufnahme erfolgt zentral durch die Patientenaufnahme der Crona-Kliniken in i.s.h.med. Das konkrete Aufnahmeverfahren ist noch festzulegen.

2.3.3 Pflegekonzept

Das Pflegekonzept der Übergangspflege verpflichtet sich zu einer konsequenten Umsetzung des Prinzips der aktivierenden Pflege. Zu verstehen ist darunter eine Pflegepraxis, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert. Diese Form der Hilfe zur Selbsthilfe soll Pflegebedürftigen mehr Selbstbewusstsein vermitteln und aufzeigen, wie Betroffene den Alltag noch allein oder unter Beaufsichtigung beziehungsweise Anleitung oder Unterstützung bestreiten können. Die aktivierende Pflege soll den Pflegebedürftigen helfen, vorhandene Fähigkeiten zur Selbstversorgung zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren.

Die Pflegefachpersonen verantworten den gesamten Pflegeprozess und koordinieren alle notwendigen Maßnahmen im Hinblick auf notwendige Unterstützungsleistungen im Rahmen der Übergangspflege und fungieren als Hauptansprechpartner für weitere an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen sowie vor- und nachgelagerter Institutionen.

Die Dokumentation geplanter und durchgeführter Pflegeleistungen im Rahmen der Übergangspflege erfolgt über MEONA.

2.3.4 Ärztliche Anordnungen bei Aufnahme

Mit der Übernahme eines Patienten in den Fachbereich der Übergangspflege gelten die im (vorläufigen) Hausarztbrief dokumentierten pflegebezogenen Therapie- und Behandlungsempfehlungen insbesondere zur Fortführung der medikamentösen Behandlung als bindend.

2.2.5 Entlassmanagement

Die Feststellung des Nachsorgebedarfs sowie die Wahl eines geeigneten Anschlussversorgers im Sinne des § 5 Abs. 2 der Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege sind bereits Bestandteil im Entlassmanagement während der stationären Krankenhausbehandlung. Dies gilt es im Rahmen der Übergangspflege aktiv fortzuführen mit dem Ziel, zeitnah, spätestens aber mit Ablauf der 10 Tage, eine adäquate Anschlussversorgung zu finden. Die Bemühungen sind entsprechend zu dokumentieren.

Die Mitarbeitenden der Übergangspflege stehen hierfür im engen Austausch mit den Sozialarbeitern bzw. Mitarbeitenden der Pflegeüberleitung.

2.4 Vergütung und Abrechnung

Für alle Leistungen im Rahmen der Übergangspflege erhält der Fachbereich Übergangspflege einen pauschalen pflegegradunabhängigen Tagessatz. Dieser Satz ist in einer Landesvereinbarung festgehalten. Die Tagespauschalen für die Übergangspflege betragen (Stand 2022):

- Für die Somatik: Bei Weiterversorgung in einer Rehabilitationsklinik 259,50 €/Tag
- Für die Somatik: Bei Weiterversorgung in Pflegeeinrichtung/Amb.Pflegedienst: 228,00 €/Tag
- Für Psychiatrische Fachbereiche (z.B. Gerontopsychiatrie): 190,55 €/Tag

Darin enthalten sind Pflegepersonalkosten in Höhe von 145,00 € pro Pfl egetag, welche vom Pflegebudget des Krankenhauses entsprechend abzuziehen sind. Für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung (psychiatrisch-psychosomatische Versorgung) gilt abweichend ein pauschaler Tagessatz.

Zuzüglich zu den Pauschalen sind Leistungen bei Dialyse-Patienten, Blutern und Arzneimitteln analog ZE-Vereinbarung im Einzelfall abrechenbar. Voraussetzung für die Vergütung ist die Erbringung der Übergangspflege sowie Dokumentation gemäß Vereinbarung. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage addiert und mit dem jeweils geltenden tagesbezogenen Pauschalbetrag multipliziert und der Zuschlagsbetrag addiert. Maßgeblich für die Abrechnung ist, dass die Aufnahme in die Übergangspflege nach der mittleren Verweildauer der jeweils zuvor für den Krankenhausaufenthalt gültigen DRG erfolgt.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über eine gesonderte Wirtschaftseinheit XX mit dazugehöriger Organisationseinheit XX und Kostenstelle XX.

3. Wirtschaftlichkeitsbetrachtung

Aufgrund einer rein pflegfachlichen Versorgung kann von einem reduzierten Sachkostenbedarf ausgegangen werden. Ebenfalls ist davon auszugehen, dass die Übergangspflege mit einem geringeren Umfang an der klinischen partizipiert als dies bei Akutbereichen der Fall ist. Aus diesem Grund werden die Gemeinkostenumlagen nach InEK (2021) mit nachstehenden Abschlägen kalkuliert.

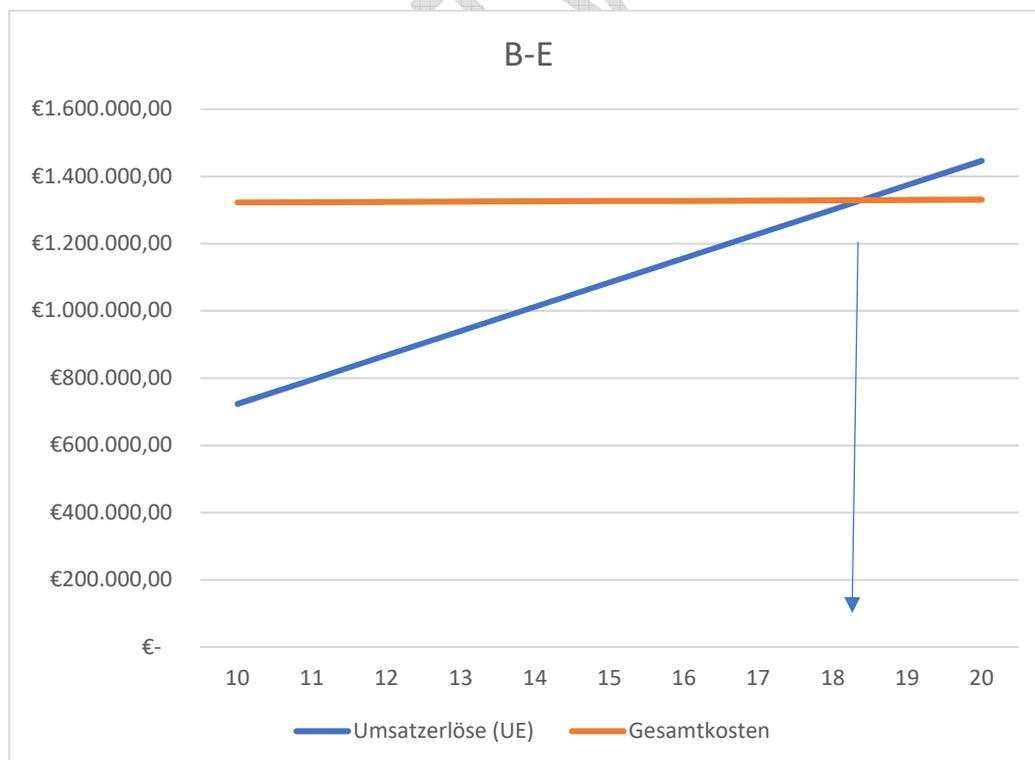
Anzahl Betten	20
Angenommene Ø Auslastung	0,85
VK-Bedarf Pflegedienst	11,6
Ø Personalkosten pro VK/Jahr	70.000,00 €
Erlöse pro Tag	233,11 €

Vergütungssätze -BW /Tag	2022
Leistungsbereich BPfIV	190,55 €
Weiterversorgung Reha	259,50 €
Weiterversorgung Pflege	228,00 €
MW bei 20:40:40 -Belegung	233,11 €

Umsatzerlöse	1.446.447,55 €		
Kosten		Abschlag	
Personalkosten	812.000,00 €		812.000,00 €
Arzneimittel GK*	77.613,40 €	90%	7.761,34 €
Med. Bedarf GK*	77.996,59 €	90%	7.799,66 €
Medizinische Infrastruktur*	333.982,15 €	90%	33.398,21 €
Nichmedizinische Infrastruktur*	670.695,74 €	30%	469.487,02 €
Gesamtkosten	1.972.287,88 €		1.330.446,23 €
<i>Kosten/Bett/Tag</i>	<i>270,18 €</i>		<i>182,25 €</i>
Jahresüberschuss/Fehlbetrag	- 525.840,33 €		116.001,32 €

* nach InEK 2021

Auf Basis der verwendeten Kalkulationsparameter werden keine „eingestreuten“ Übergangsbetten weiter favorisiert, sondern eine separate Einheit mit 20 Betten. Die Gewinnschwelle liegt hier bei einer Auslastung von 85% - also bei einer jahresdurchschnittlichen Belegung von 18,25 Betten.



4. Anlagen

- [Vereinbarung nach § 132m SGB V über das Nähere zur Leistungserbringung und Finanzierung der Übergangspflege gemäß § 39e SGB V \(Übergangspflege im Krankenhaus\)](#)
- [Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V \(Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege\)](#)

+++ ENTWURF +++



Magnet4Europa

Benchmark / Befragung Patienten & Beschäftigte

Dipl. Kfm. (FH) Klaus Tischler
Pflegedirektor



**Universitätsklinikum
Tübingen**

Studienteilnahme „Magnet4Europe“

Webseite: www.magnet4europe.eu // Twitter: @Magnet4Europe



Management im
Gesundheitswesen



EU-geförderte Studie mit dem Ziel Arbeitsbedingungen zu verbessern von Pflege & Medizin

Hintergrund: Nationaler Pflegenotstand in den USA in den 1980er Jahren - gleichzeitig fiel auf, dass einige Kliniken Pflegepersonal wie „ein Magnet“ anzogen und sehr gute Versorgungsergebnisse erzielten.

Studie der ANA (Academie of Nursing, America) identifizierte: **5 Schlüsselkomponenten** sogenannte *Magnetkomponenten*. Diese werden konkretisiert in **14 Magnetkräften**.



Studienteilnahme „Magnet4Europe“

Webseite: www.magnet4europe.eu // Twitter: @Magnet4Europe



Management im
Gesundheitswesen



MAGNET-Kräfte

1. Pflegerische Führung
2. Organisationsstruktur
3. Qualitätsverbesserung (Maßnahmen)
4. Managementstil
5. Personalpolitik /-programme
6. Pflegemodelle
7. Pflegequalität
8. Interne und externe Ressourcen
9. Autonomie
10. Vernetzung mit der Kommune
11. Pflegende als Lehrende
12. (Erscheinungs-)Bild der Pflege
13. Interdisziplinäre Beziehung
14. Fachliche Weiterentwicklung

Empirische
Ergebnisse

*MA ermächtigen / befähigen
eigenständig zu entscheiden
u.i. Arbeitsgebiet für gesteuerte
Prozesse Verantwortung zu tragen*

Empirische
Ergebnisse

*Fähige + vorbildliche Führungs-
personen versteht es MA intrin-
sich zu motivieren und zur Ver-
haltensänderung zu inspirlenen*

*Pflege beteiligt sich an Entwick-
lungen, Implementierung, und
Evaluation der pflegerischen Praxis
mit eigenständiger Verantwortung*

*Vorher /
Nachher*

*Pflegequalität hat höchste Priorit.
Pflegeforschung etabliert, Wissen
wird strukturiert vermittelt*

*Vorher /
Nachher*



Aktueller Sachstand in der Entwicklung in Tübingen

- Delegation von 6 Personen besuchte den Partner in NY (USA) im Okt. 22
- Die Leitfragen von „Magnet“ sind immer mit einer Evaluation verbunden, welche die 5 Schlüsselkomponenten berühren:
 - Wie führen wir (*Führung*)?
 - Wie bilden wir aus und entwickeln (*Befähigung*)?
 - Wie arbeiten wir; wie messen wir die Ergebnisse?
 - Wie forschen wir und entwickeln neues Wissen (Veränderung/Entwicklung)?
- VPU-Netzwerk Pflegeforschung u.a. am Thema Benchmark.
- Unsere aktuelle Herausforderung: Patienten- und Beschäftigtenbefragung



make oder by?

Patienten und Mitarbeiter Befragung

BQS: Hier bereits abgespecktes Angebot vom Aug.22 für Tü

- Patientenbefragung Magnet: 16.000,- € (netto)
- Mitarbeitende Befragung Magnet: 15.000,- € (netto)
- Auswertung und Berichte 22.500,- € (netto)
- Gesamtsumme: 54.000,- € (netto) → **64.300** (incl. Ust.)
- Nachlass Magnet-Pilothaus - 13.500,- € (netto)

evaSys[®]- Evaluierungssoftware

- Etabliert an vielen Uniklinika, Kopie von Bögen möglich, Befragung kann erfolgen auf Papier oder Cloud
- Tü hat „Flat“- Lizens: Erweiterung möglich für 6.500,- € zur Befragung/Benchmark externer Standorte
- Überlegung/Fragestellung: Wenn sich mehrere Standorte zusammenschließen (z.B. 10 Unis x 5.000,- € Gebühr) dann kann an einem Standort ½ Stelle verortet werden für Entwicklung, Benchmark und Bearbeitung der Bögen. Jeder Standort kann individuell befragen – Datenzusammenführung zentral.



Projektübersicht	
Projektleitung Projektkoordination Doktorandin Einrichtung	EWERS, Michael, Univ.-Prof. Dr., MPH m.ewers@charite.de KÖHLER, Michael, Dr. MEval. michael.köhler@charite.de BALLMANN, Julia, M.A. julia.ballmann@charite.de Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 092, https://igpw.charite.de
Projekttitel (Akronym)	CBRN-Katastrophenvorbereitung von Pflegefachpersonen in Notaufnahmen bundesdeutscher Universitätskliniken (KAT-PN)
Problemhintergrund Forschungslücke	Pflegefachpersonen, die in Notaufnahmen von Universitätskliniken tätig sind, werden bei Katastrophenfällen regelmäßig mit hohen Anforderungen konfrontiert, auf die sie gezielt vorbereitet werden müssen. Dies wurde nicht zuletzt im Kontext der COVID-19-Pandemie offensichtlich (z.B. Umgang mit Schutzkleidung, Infektionsrisiken, Isolation). Im Falle von CBRN-Gefahrenlagen stellen sich diese Anforderungen an die Pflegefachpersonen aufgrund der exponierten Rolle der Notaufnahmen der Universitätskliniken in Reaktion auf derartige Lagen noch einmal in besonderer Weise. Während international bereits empirische Erkenntnisse über die Katastrophenvorbereitung von Pflegefachpersonen in diversen Settings vorliegen (auch in Notaufnahmen), fehlt es hierzulande noch an entsprechenden Studien und Kenntnissen. Angesichts wachsender Risiken und der Notwendigkeit die personelle, technisch-materielle und strukturelle Vorbereitung auf Ausnahmesituationen generell zu verbessern, sind diese Informationen von großer Bedeutung. Sie können dazu dienen, gezielte Maßnahmen zur Förderung der Resilienz der Notfallpflege in deutschen Universitätskliniken entwickeln und umsetzen zu können.
Forschungsfeld	Katastrophenvorsorge in der Pflege / Disaster Preparedness in Nursing (pflegewissenschaftliche Versorgungs- und Bildungsforschung)
Projektziele	Empirische Erhebung von Selbsteinschätzungen über die Katastrophenvorbereitung von Pflegefachpersonen in Notaufnahmen deutscher Universitätskliniken unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen bei CBRN-Gefahrenlagen; Diskursive Ableitung von Maßnahmen zur Förderung der Widerstandsfähigkeit von in Notaufnahmen von Universitätskliniken eingesetzten Pflegefachpersonen gegenüber Katastrophenrisiken.
Region des Projekts	Bundesweit (es wird eine Vollerhebung bei den Pflegefachpersonen in den Notaufnahmen aller bundesdeutschen Universitätskliniken angestrebt)
Studiendesign und Methodik	Explorative Querschnitterhebung (Literaturreview; Adaption des Disaster Preparedness Evaluation Tool / DPET; Durchführung einer standardisierter Online-Befragung von Pflegefachpersonen in Notaufnahmen bundesdeutscher Universitätskliniken); Vertiefende halboffene (telefonische bzw. online) Einzelinterviews mit Pflegedirektor*innen, verantwortlichen Leitungskräften, Personalverantwortlichen von Universitätskliniken
Studienpopulation und Stichprobengröße	Pflegefachpersonen in Notaufnahmen von Universitätskliniken (kalkuliert wird mit durchschnittl. ca. 40 Pflegefachpersonen je Notaufnahme/Klinikum; bei 39 Universitätskliniken sowie wiederholter Erinnerung und einer geschätzten Rücklaufquote von ca. 40% wären nach Bereinigung mind. 600 Fragebögen für die Auswertung zu erwarten) Pflegedirektoren, Leitungskräfte von Notaufnahmen sowie Personalverantwortliche (es sollen ca. 20 Interviews mit ausgewählten Personen durchgeführt werden)
Datenbasis	Primärdaten (Daten aus der standardisierten Querschnitterhebung; Daten aus den vertiefenden qualitativen Interviews)
Datenanalyse	Deskriptiv-statistische Auswertung der quantitativen Befragungsdaten (Verteilungsparameter, zentrale Variablen; ggf. Testung noch zu spezifizierender bivariater Zusammenhangs-/Unterschiedshypothesen); Thematische Analyse der qualitativen Daten aus den Interviews inkl. verdichtender Aufbereitung
Beantragte Förderdauer	3 Jahre (36 Monate)
Beantragte Fördermittel	ca.280.000 €



Modellweiterbildung Intensivpflege (3+1 Modell) an den Universitätskliniken in Baden-Württemberg

Generalistische Pflegeausbildung + Weiterbildung Intensiv - Das 3 + 1 Modell

Jahr 1 - 3

Ausbildung zur Pflegefachfrau/
Pflegefachmann

2.100 Stunden theoretischer und
praktischer Unterricht

2.500 praktische Ausbildung (davon 350
Stunden im Intensivbereich)

Abschlussprüfungen

Modell-
projekt
nach
§ 3
Absatz
5
WVO-
Pflege-
berufe

Finanzierung KHG

Jahr 4

Weiterbildung Intensiv

585 Stunden theoretischer und
praktischer Unterricht

-252 Stunden durch Anrechnung
aus der Pflegeausbildung

1550 Stunden praktische WB

-350 Stunden durch Anrechnung
aus der Pflegeausbildung

Abschlussprüfungen

Finanzierung durch die
Kliniken

Theoretische Weiterbildung

Voraussetzungen

- Die WVO-Pflegeberufe ermöglicht die **Anrechnung** abgeleiteter Weiterbildungszeiten anderer Weiterbildungen im Umfang ihrer inhaltlichen Gleichwertigkeit durch die Leiterin oder dem Leiter der Weiterbildungsstätte.
- Es werden im Modellprojekt definierte **Ausbildungsinhalte** aus der generalistischen Pflegeausbildung als inhaltlich gleichwertig gegenüber
 - den Basismodulen,
 - dem Fachmodul IV sowie
 - die Moduleinheiten 1, 3, 4 und 6 des Fachmoduls I vollständig angerechnet.
- Die Weiterbildung muss innerhalb von **12 Monaten** an eine Ausbildung nach dem **Pflegeberufegesetz** anschließen.
- Die theoretische Weiterbildung verkürzt sich hierdurch um **252 Stunden**
- Die **Modulprüfungen** von Basismodul und Fachmodul IV finden im Rahmen der Weiterbildung nach der abgeschlossenen Ausbildung statt.

Praktische Weiterbildung

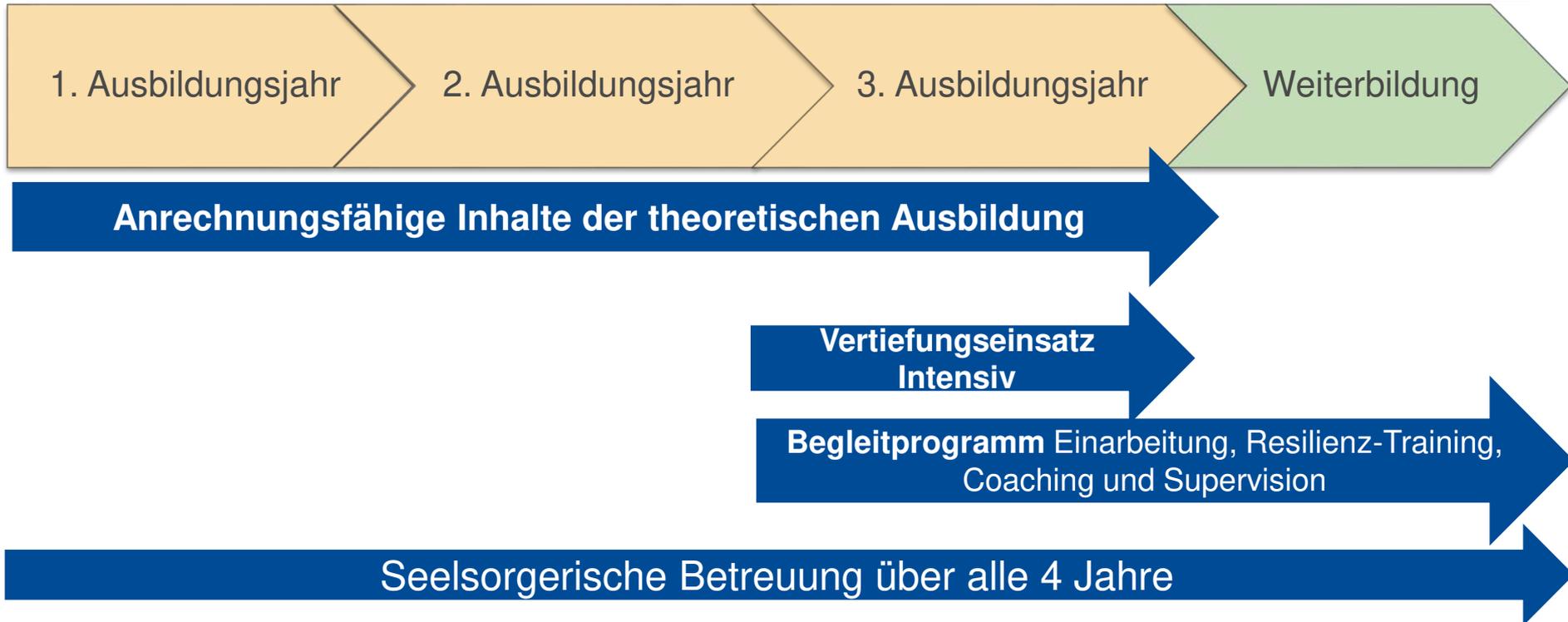
Voraussetzungen

- Die WVO-Pflegeberufe fordert bei der Weiterbildung Intensivpflege eine praktische Einsatzzeit von **1.550 Stunden**.
- Im Rahmen des Modellprojekts werden **350 Stunden** praktische Einsatzzeit aus der dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung auf die 1.550 Stunden praktische Einsatzzeit der Weiterbildung Intensivpflege angerechnet.
- Die Anrechnung ist nur bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung, welche im letzten Ausbildungsdrittel den **Vertiefungseinsatz** V. 1 in der stationären **Akutflege** gewählt haben und in diesem Vertiefungseinsatz auf der Intensivstation eingesetzt werden, möglich.

Weitere Rahmenbedingungen

1. Das **Begleitprogramm** Einarbeitung, Resilienz-Training, Coaching und Supervision gemäß S. 17 -18 des Modellkonzepts wird als verbindlich erklärt. Es startet zu Beginn des dritten Ausbildungsjahres.
2. Der Modellträger stellt Angebote für **seelsorgerische Betreuung** der Auszubildenden über den kompletten vierjährigen Aus- und Weiterbildungszeitraum zur Verfügung.
3. Die **Weiterbildung** schließt mit einer **Abschlussprüfung** gemäß der WVO Pflegeberufe unter Berücksichtigung der in diesem Bescheid genehmigten Ausnahmen ab. Verantwortlich für die Abnahme der Abschlussprüfung ist das Regierungspräsidium Freiburg als Aufsichtsbehörde.
4. Der Modellträger unterrichtet das **Regierungspräsidium Freiburg** laufend über den Verlauf und Fortgang des Modellprojekts.
5. Der Modellträger stellt eine **Evaluation des Modellversuchs** sicher.

Das 3 + 1 Modell auf einen Blick



Fazit

- Es gelten weiterhin die **inhaltlichen** und **fachlichen Vorgaben** der Verordnung des Sozialministeriums über Weiterbildungen für Pflegeberufe in Baden-Württemberg (WVO-Pflegeberufe) vom 22. Oktober 2020
- Das Modell erlaubt jedoch eine **Anerkennung** von **Ausbildungsinhalten** und **Zeiten** im Rahmen ihrer **Gleichwertigkeit**.
- Auf eine vorgegebene **Wartezeit** bis zum Beginn der Weiterbildung wird verzichtet.
- Die **fachlichen Anforderungen** sowie alle vorgesehenen **Prüfungen** bleiben entsprechend der WVO Pflegeberufe unverändert bestehen.
 - Die Verkürzung der Weiterbildung ergibt sich daher nicht aus einem Verzicht auf relevante Weiterbildungsinhalte oder einer Reduktion der Anforderungen, sondern aus der **Anerkennung** bereits absolvierter **Inhalte** im Rahmen der **generalistischen Ausbildung**.
 - **Redundanzen**, die sich aus den anerkennungsfähigen Inhalten ergeben, werden **vermieden**.
 - Um der besonderen Herausforderung der Teilnehmenden angemessen zu begegnen, erfolgt begleitend eine **psycho-soziale Unterstützung**.

Das 3 + 1 Modell

Die nächsten Schritte: Festlegungen PD BaWü

- Startzeitpunkt der **1. Weiterbildungskohorte auf den 01. Oktober 2023** festgelegt, Absolventen aus den vorherigen Kursen mit einem Wahleinsatz in der Intensivpflege können berücksichtigt werden (?)
- Aufnahme von **externen** Auszubildenden wird grundsätzlich offen begegnet
- **Begleitprogramm** Einarbeitung, Resilienz-Training, Coaching und Supervision
- **Eckpunktepapier abgestimmt: Einzelcoaching, Workshop „Mobilisierung eigene Ressourcen“ u. Teamcoaching**
- Vorbereitung der Teilnehmenden auf die **Modulprüfungen**, E-Learning Modul wird erstellt
- **Gemeinsames Marketing, Homepage steht Ende Oktober, Podcast / Erklärvideo**, externe Veröffentlichungen werden vorher abgestimmt oder gemeinsam erarbeitet, Marketing externe Auszubildende
- Die PD verständigen sich auf eine gemeinsame **Evaluation** des Modellprojekts
- Regelmäßige Termine **Update** UK BaWü werden geplant
- Die PD BaWü begrüßen eine **Koordination** des Modellprojekts über **Herrn Overhoff, Leiter AmB UKF**
- Eingruppierung – Landesverordnung u. Entgeltordnung UK BaWü

Vielen Dank !

Bericht zum 1. Treffen für eine bessere Vernetzung der AnsprechpartnerInnen im Pflegecontrolling an Uniklinika

Mitgliederversammlung des VPU – Herbst 2022

Ausgangspunkt

Aufbau und Verortung von Pflegecontrollingstrukturen an Kliniken sehr heterogen.

10. Befragungsrunde aller deutschen Akutkrankenhäuser, Psychiatrien und psychosomatischen Einrichtungen

Verantwortlichkeiten für das Pflegecontrolling

- In rund 2/3 der Krankenhäuser ist die Pflegedienstleitung in der Verantwortung, oft jedoch gemeinsam entweder mit dem Controlling oder der Personalabteilung (PA)
- Es hat sich noch kein typisches Organisationsmuster für das Controlling in der Pflege herausgebildet

Für das Pflegecontrolling verantwortliche Organisationseinheiten (Angaben in Prozent)



Abb. 4



Idee

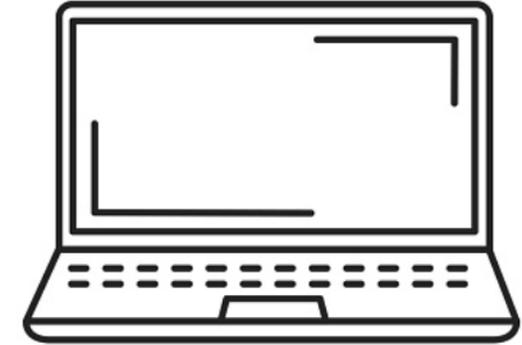
- Ziel ist es, stärker in den Austausch über Möglichkeiten zu den Themen Pflegebudget, Umgang mit bestimmten Vorgaben der gesetzlichen Regelungen (z.B. PpUGV, GBA-RL, MD) sowie einer Vorbereitungen zur angedachten PPR 2.0. zu kommen und eine Plattform zu schaffen, um sich mit einem gemeinsamen Wissenspool und gegenseitigem Know-How gegenüber den Kostenträgern besser aufzustellen.



Hierzu wurde die Initiative aus dem LMU Klinikum heraus ergriffen und ein 1. Treffen im Frühjahr 2022 organisiert:

- Abfrage AnsprechpartnerInnen der UKs im Januar 2022 über das VPU-Netzwerk
- Von 50 kontaktierten AnsprechpartnerInnen über 30 positive Rückmeldungen mit bekundetem Interesse
- Teilnahme an der ersten virtuellen Veranstaltung: 32

Auftakt



Dass 1. Treffen fand online am 30. März 2022 mit folgender Agenda statt:

- Kurze Begrüßung und Einführung
- Impulsreferat – Pflegepersonalbemessungsinstrument (§137k SGB V), PpUGV, PPP-RL, PPR2.0 bzw. bestehende Personalbemessungsinstrumente
- Austausch zu den Hauptfragestellungen/Erfahrungswerten in den Bereichen:
 - PPR2.0
 - Pflegebudget
 - PpUGV
 - MD-QK-RL
- Klärung Organisatorisches – zukünftiger Rahmen, Turnus, Dauer, Themeneingaben

Teilnahme

Ansprechpartner:innen folgender Uniklinika nahmen teilweise mit mehreren Personen teil:

Universitätsklinikum Augsburg	Universitätsklinikum Freiburg	Universitätsklinikum Mannheim
Charité - Universitätsmedizin Berlin	Universitätsmedizin Göttingen	Universitätsklinikum Münster
Universitätsklinikum Bonn	Universitätsmedizin Greifswald	Pius-Hospital Oldenburg
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	Medizinische Hochschule Hannover	Universitätsklinikum Regensburg
Universitätsklinikum Düsseldorf	Universitätsklinikum Heidelberg	Universitätsklinikum Würzburg
Uniklinikum Essen	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	Universitätsklinikum Frankfurt
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Universitätsklinikum Jena	Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Universitätsklinikum Erlangen	Universitätsklinikum Köln	Universitätsklinikum der Ruhr Universität Bochum

Weitere Planung

- ✓ Durchweg positive Rückmeldungen der Teilnehmenden mit Übereinstimmung der Fortführung des Formats
- ✓ Ein Emailverteiler wurde eingerichtet und bereits zum Austausch genutzt
- ✓ 2. Treffen ist für den 03.11.2022 geplant mit Impulsreferat sowie Diskussion zu aktuellen Themen
- ✓ Niederschwelliger Zugang durch Online Veranstaltung via webex

PFLEGE - Pascale-Dominique.Hall@med.uni-muenchen.de lädt Sie zu einem angesetzten Webex-Meeting ein.

Donnerstag, 3. November 2022

14:30 | (UTC+02:00) Amsterdam, Berlin, Bern, Rom, Stockholm, Wien | 2 Stunden

Meeting beitreten

Weitere Methoden zum Beitreten:

Über den Meeting-Link beitreten

<https://med-uni-muenchen.webex.com/med-uni-muenchen-de/j.php?MTID=md7eecab5cff82c8fa138c2a1bb89e5e6>

Problem und Fragestellung an den VPU

Problem:

Planung, Vorbereitung und Nachbereitung liegt aktuell gesamt und aus Eigeninitiative am LMU Klinikum.
Keine dauerhafte Lösung.

Für eine nachhaltige Verstetigung des Netzwerks bedarf es der Entscheidung bzgl. einer übergreifenden Anbindung, fester Strukturen sowie organisationaler Ressourcen.

Fragestellung – Diskussion:

- Ist eine nachhaltige Anbindung an den VPU gewünscht und eine eigene Sektion vorgesehen?
- Können hierfür Strukturen/ Ressourcen des VPU für die zukünftige Administration/Koordination zur Verfügung gestellt werden?
- Ansiedelung einer Austauschplattform innerhalb der VPU Strukturen möglich?



 European
University Hospital
Alliance

 CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

EUHA Nursing Network

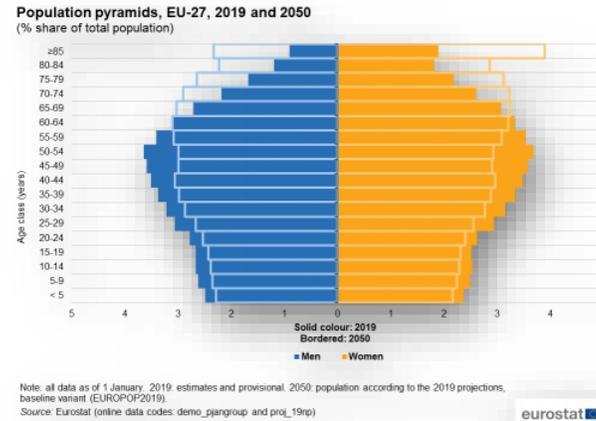
Alexander Lang M.A.

Gemeinsame Herausforderungen

Globalisierung



Demographie



Ökonomie



Klimawandel



Digitalisierung



...und mehr!

Was differenziert uns von anderen europäischen Gesundheitsverbänden und Organisationen?



European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations



Industry



Patients



Medical Specialists



Research Institutes



Medical Societies



University Hospitals

Non for Profit
Research
Education
Academic
Patient care

+

+

+

+

+
+
+/-

+

+

+

+

+

+

+

+

+

European University Hospital Alliance: EUHA

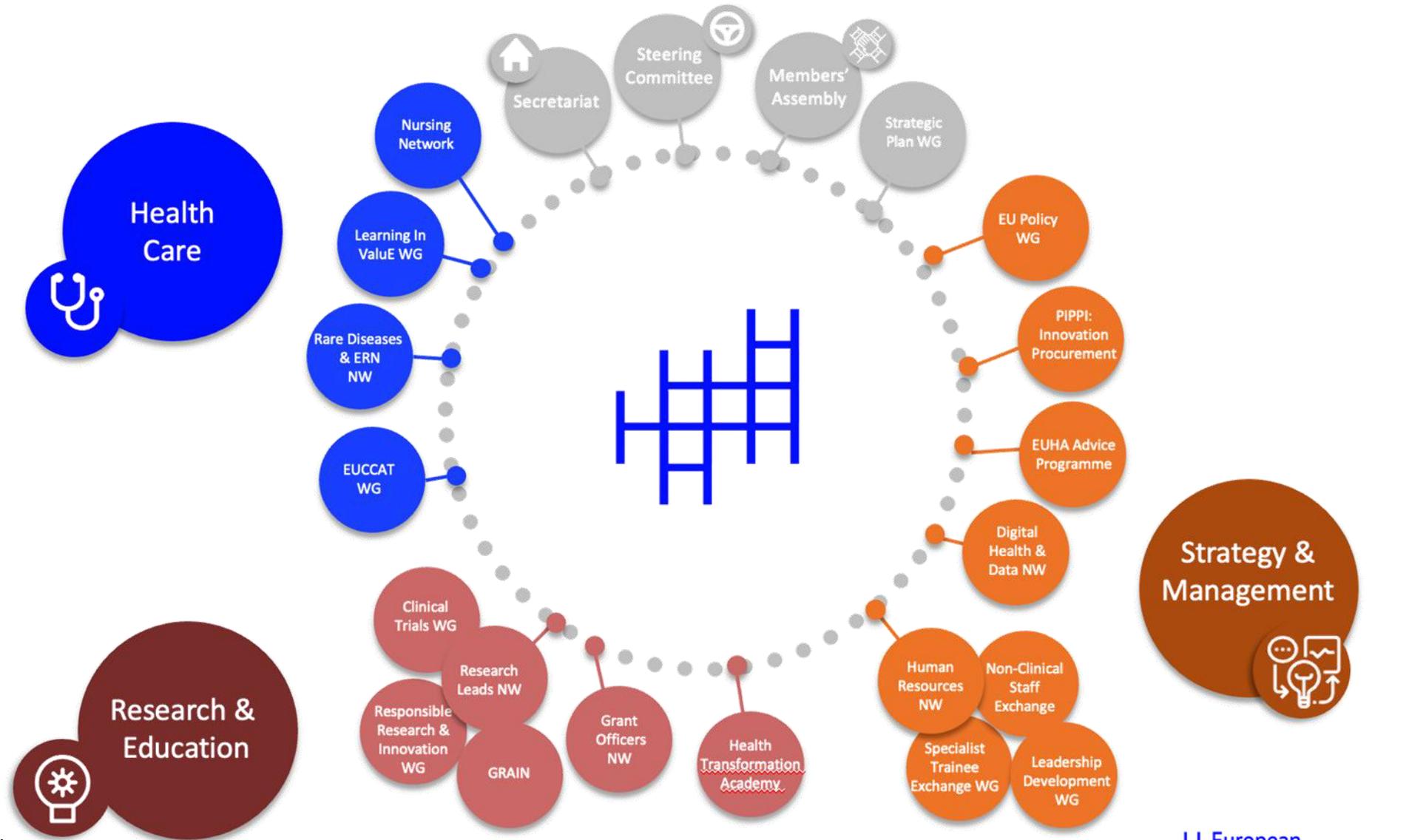


We are international.

- Mitarbeitende aus zahlreichen Nationen
- Präsenz auf internationalen Konferenzen
- Veröffentlichungen in internationalen Fachzeitschriften



Das EUHA Nursing Network als Teil der EUHA



EUHA Nursing Network: Die Charité im „Lead“

Das EUHA Nursing Network an der Charité

Koordination angesiedelt in der Pflegedirektion und im Management



Nagi Salaz
Pflegedirektor (komm.)



Alexander Lang M.A.
QMB/ Abwesenheitsvertretung PCL
CC17/ CC11

EUHA Nursing Network

Historie:

- **Juni 2021:** die Charité übernimmt den Lead im Pflegenetzwerk
- **Juni 2021:** Erstes Treffen via Teams: monatlicher Rhythmus
- **September 2021:** Erstes Präsenztreffen an der Charité in Berlin
- **Juni 2022:** „Five years EUHA“ UZ Leuven
- **Juni 2022:** Zweites Präsenztreffen am Erasmus MC in Rotterdam
- **November 2022:** Drittes Präsenztreffen am AKH in Wien

Präsenztreffen EUHA NN im September 2021 Deutschland

Erstmaliges Treffen vom 01.-03. September 2021 an der Charité

- 16 Teilnehmende aus Österreich, den Niederlanden und der Charité
- Zuschaltung der restlichen Teilnehmende via MS Teams
- Delegation des Managements
- Delegation von Pflegeexpert:innen
- Gemisches Programm aus fachlichem Austausch, Diskussion und Hospitation
- „Recreative program“



Präsenztreffen EUHA NN im September 2021 Deutschland

Kollegialer Austausch anhand von Schwerpunktpräsentationen und anschließender Fachdiskussion

...was uns unterscheidet

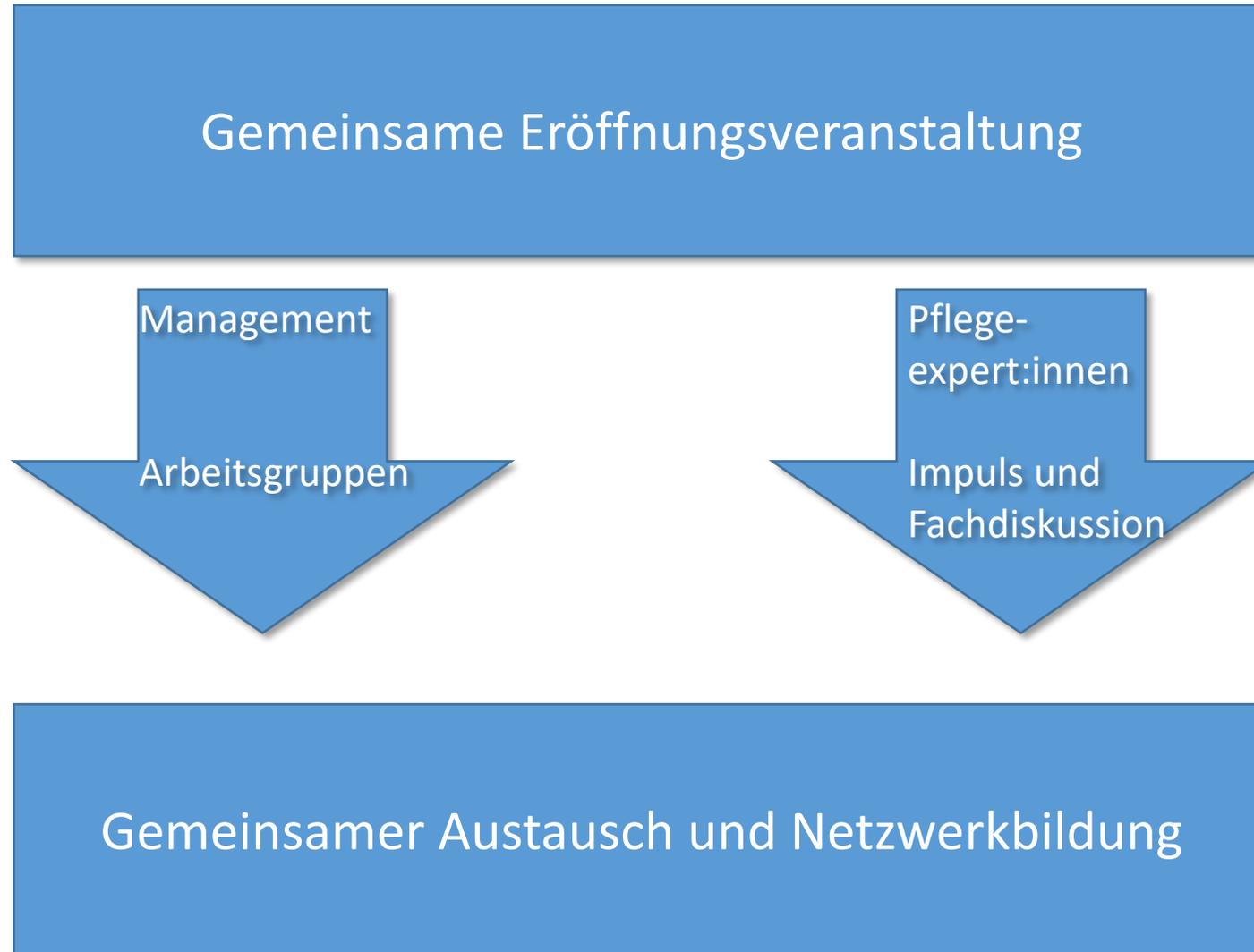
- Unterschiedliche Qualifizierungsmodelle
- Unterschiedliche Ausbildungsmodelle
- Unterschiedliche Kompetenzmodelle
- Unterschiedliche Karrierepfade

...was uns verbindet

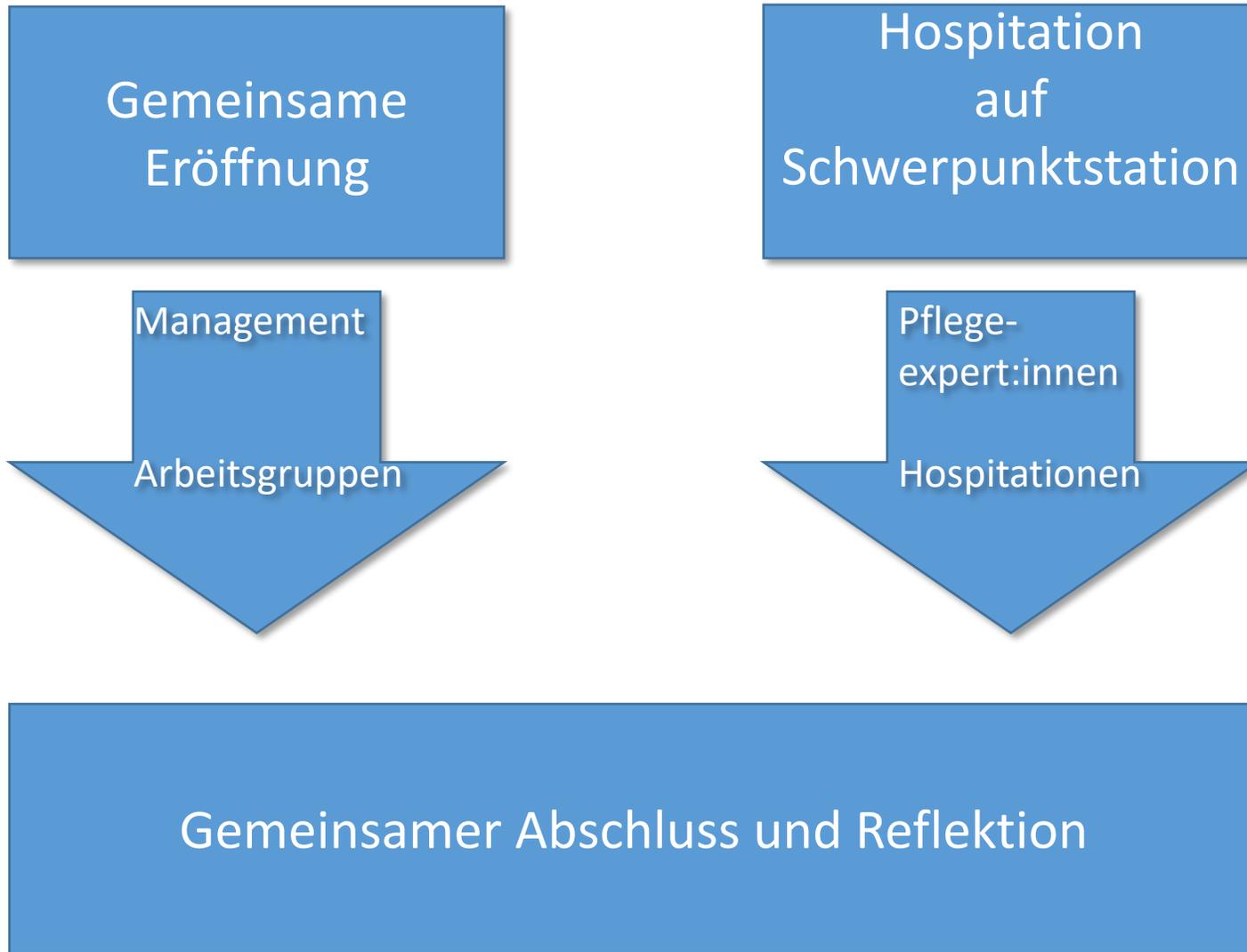
- „Nursing shortage“
- Covid 19
- Bedarf adaptierter Kompetenzmodelle
- Verweildauer im Beruf
- Akademisierung
- Forschung



Aufbau der Präsenztreffen: Tag 1



Aufbau der Präsenztreffen: Tag 2



EUHA NN Members' Assembly Juni 2022 Belgien

„Five years EUHA“ UZ Leuven: Members' Assembly 2.-3. Juni 2022

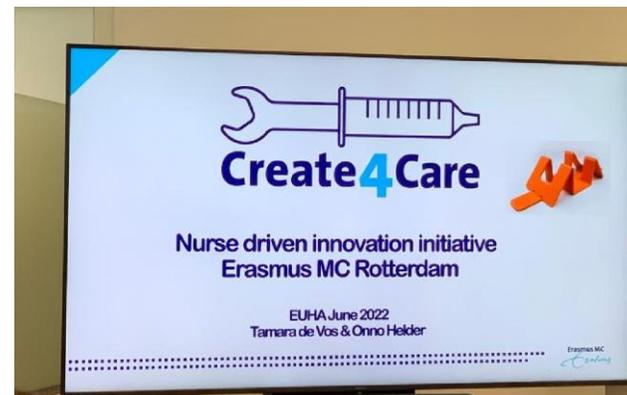
- Präsentation des gemeinsamen Videos
- Austausch in den Arbeitsgruppen
- Erstmaliger Austausch des EUHA NN mit den anderen Gruppen der EUHA
- EUHA monthly
- Praktische Umsetzung der Inhalte der Arbeitsgruppen am Bsp. UZ Leuven



Präsenztreffen EUHA NN 20.-21. Juni 2022 Niederlande

Zweites Treffen am 20.-21. Juni 2022 am Erasmus MC

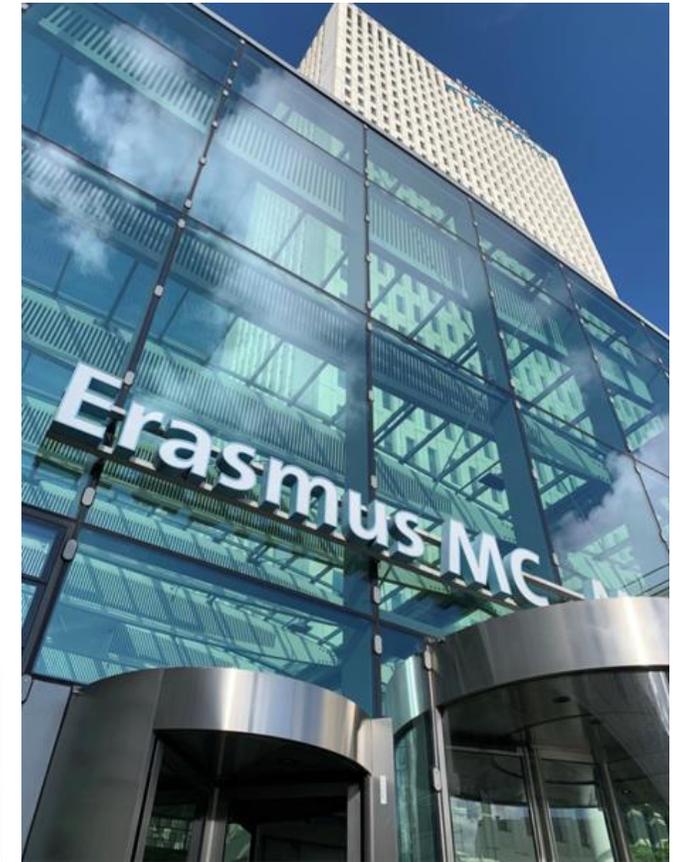
- 35 Teilnehmende aus Österreich, den Niederlanden, Schweden, Italien, Frankreich und Deutschland
- Management Delegation: Arbeitsgruppen
- Fokussierung und Schwerpunktsetzung der AGs
- Pflegeexpert:innen: Wunde und Dekubitus
- Besuch des „Creative4Care“ Centers



Präsenztreffen EUHA NN 20.-21. Juni 2022 Rotterdam

Unterschiede der Uniklinika am Beispiel Erasmus MC Rotterdam

- Keine Pflegedirektion: Nursing council VAR
- Departmentmanager:innen
- Nurse:patient ratio
- **Create4Care**
- Unterschiede in der Qualifizierung
- Unterschiede in der Spezialisierung: EPA
- Schwerpunkt auf Forschung



Präsenztreffen EUHA NN 20.-21. Juni 2022 Rotterdam

Das Nursing Council am Erasmus MC Rotterdam (VAR): **„Nothing about us, without us“**

Chair

- alle zwei Jahre neu wählbar

Executive Committee (DB)

- wöchentliche Sitzungen
- tagt gemeinsam mit „Chair“
- klinische Themen
- Pflegewissenschaft
- Nursing Practitioners

Council members

- monatliche Sitzungen
- stellvtr. für jede Station



VAR 2021

Präsenztreffen EUHA NN 20.-21. Juni 2022 Rotterdam

Create4Care am Erasmus MC Rotterdam

- Testlabor für Innovationen in der Pflege
- Von Pflegenden für Pflegende
- Von Patient:innen für Pflegende
- Von Angehörigen für Pflegende
- Entwicklung unter Laborbedingungen
- Patentierung der Produkte und Vertrieb



Präsenztreffen EUHA NN 20.-21. Juni 2022 Rotterdam

Create4Care am Erasmus MC Rotterdam



Arbeitsgruppen des EUHA NN

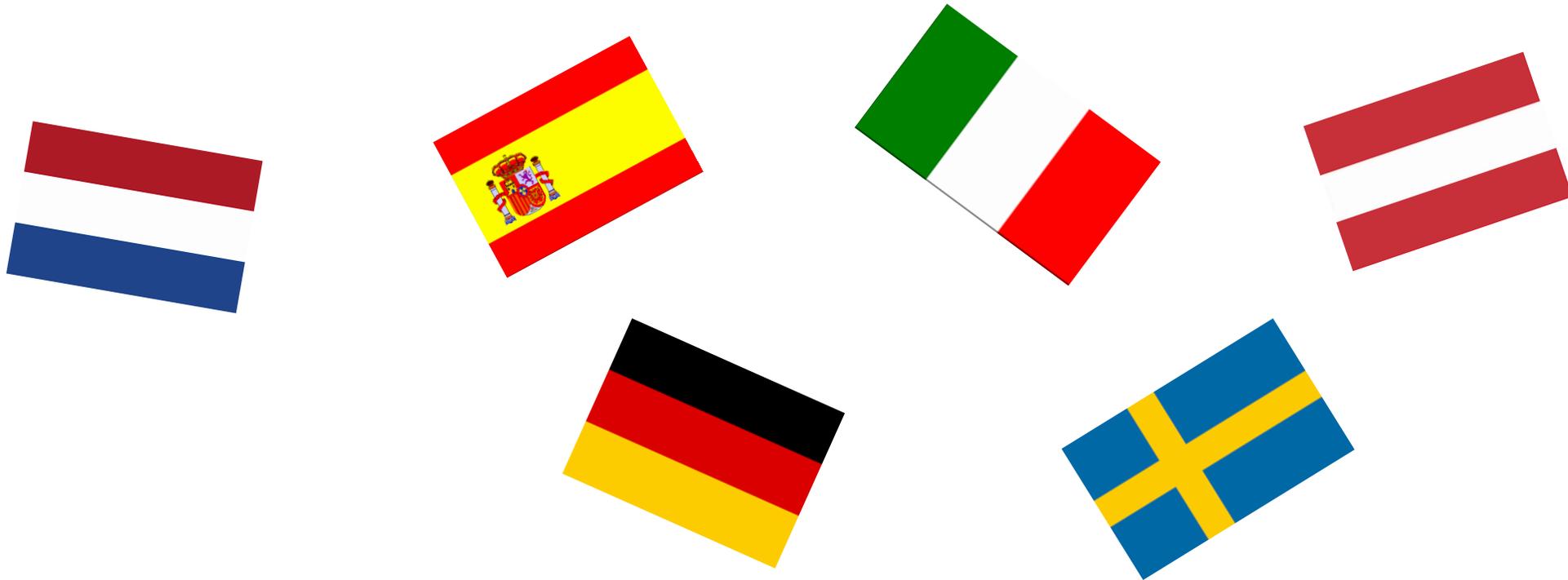
Sechs Arbeitsgruppen resultierend aus dem **...was uns verbindet**

- Entwicklung eines **Spezialisierungsprogrammes** für Pflegende: Schwerpunkt Intensivpflege
- Entwicklung von **Austauschprogrammen** für Pflegekräfte
- Forschungsprojekt über die Effektivität von eigens ausgebildeten **Praxisanleitenden** im klinischen Setting
- Entwicklung von Leitlinien für eine **nurse:patient** Ratio in Kombination mit einer **caregiver:patient** Ratio
- Etablierung eines EUHA **Wissenschafts Netzwerkes**
- Entwicklung eines **Mission Statements**

Arbeitsgruppen des EUHA NN

...was uns verbindet

- Entwicklung eines **Spezialisierungsprogrammes** für Pflegende: Schwerpunkt Intensivpflege



Arbeitsgruppe Spezialisierungsprogramm

SPEFA Programm an der Charité Berlin

- Teil des Einarbeitungsprozesses:
 - Berufseinsteigende
 - Wiedereinsteigende
 - Externes und internes Personal
- Jeder Pflegende in einem neuen Fachbereich erhält theoretischen und praktischen Input
 - z.B. ITS, Pädiatrie, Onkologie, Psychiatrie, Chirurgie, Innere...
- Start zweimal im Jahr: Oktober und April
- Dauer: sechs Monate

Arbeitsgruppe Spezialisierungsprogramm

Entrusted professional activities (EPA) in den Niederlanden

- **Basic EPA:** Pflegende, die in einem Umfeld arbeiten, in dem Patienten (möglicherweise) akut versorgt werden müssen
 - e.g. monitoring, provide initial, low complexity and medium-complexity care within the acute setting ...
- **Core EPA:** Pflegende auf der Intensivstation
 - e.g. noninvasive/ invasive ventilated patients, unstable ventilated patients, highly complex care to a patient in the ICU, cardiorespiratory arrest ...
- **Specific EPA:** Pflegende die mit spezifischem Patientenkontext auf der Intensivstation
 - e.g. renal function replacement therapy, neurosurgical interventions, complex care of patients with mechanical circulatory support, organ transplantation, highly complex care using advanced hemodynamic monitoring ...

Arbeitsgruppe Spezialisierungsprogramm

Wie kann ein europäisches Programm aussehen?

- **Core EU Specialization:** Basisqualifikation um auf einer europäischen ITS zu arbeiten
 - z.B. Basiswissen auf der Intensivstation
 - Modulares System ähnlich des „EPA“

- **Specific EU Specialization:** Angepasste Qualifikation für das jeweilige Land
 - z.B. Detailwissen zu den Anforderungen des jeweiligen Landes
 - Modulares System ähnlich des „EPA“
 - Könnte in den Einarbeitungsprozess integriert werden analog „SPEFA“

Arbeitsgruppe Spezialisierungsprogramm

Wie kann ein europäisches Programm aussehen?

- **Core EU Specialization:** Basisqualifikation um auf einer europäischen ITS zu arbeiten

- z.B. Basiswissen auf der Intensivstation
→ Modulares System ähnlich des „EPA“

Weiterbildung?

Akademisierung?

Sprachkenntnisse?

Objektivierungsgrad?

- **Specific EU Specialization:** Angepasste Qualifikation für das jeweilige Land

- z.B. Detailwissen zu den Anforderungen des jeweiligen Landes
→ Modulares System ähnlich des „EPA“
→ Könnte in den Einarbeitungsprozess integriert werden analog „SPEFA“

Detailschärfe?

Mission Statement EUHA NN

Übergeordnete Ziele:

- attraktive, unabhängige, akademisierte **Profession**
- Wappnen für künftige **Herausforderungen**
- Förderung von **Innovation**
- Pflege findet eine **Stimme** auf europäischer Ebene

Nursing Network Mission Statement

June 21th 2022

We, the European University Hospital Alliance (EUHA), consider nursing practice an integral part of health care systems. Nursing practice encompasses the promotion of people's health, prevention of illness, and care of individuals of all ages who are physically and mentally ill or disabled, in all settings of a university hospital. Key nursing roles in hospitals include patient advocacy, promotion of a safe environment, prevention of disease, research and education, participation in shaping health policy, and managing patients and health systems.⁹

EUHA's overall aim is to make nursing an attractive, independent profession and academic discipline with a sustainable workforce prepared for current and future challenges in healthcare, as well as to drive innovation and promote the voice of nursing in European policy-making.

To realize this aim, common challenges across Europe need to be addressed. We, therefore, have defined strategic goals within five action areas:

Professional Identity

- To strengthen the identity and visibility of the nursing profession by reaching a common understanding of nurses' responsibilities and skills and facilitating the support of core professional values through professional exchanges.
- To reach a common understanding of the principles of optimal professional leadership for the nursing profession.
- To develop shared governance models that promote nurse participation in decision-making processes.

Patient Outcomes

- To promote state-of-the-art, high value nursing care that achieves the best possible patient and organizational outcomes in tangible and intangible ways.
- To develop and implement advanced evidence-based, care-sensitive indicators, including artificial intelligence, to transparently improve patient outcomes.

⁹Based on the definition of nursing as defined by the International Council of Nurses, [Nursing Definitions](#) | ICN - International Council of Nurses



Startseite - Über - News - Inhalt - Hilfe - Priv - Kontakt - Impressum - Datenschutz - News

Research

vocate for a comprehensive understanding of need for academization of the nursing profession at the European level.
Promote the development of combined research and clinical career pathways for nurses.
Support the development of evidence-based nursing practices through joint research projects and the formulation of common guidelines at the European level.



Startseite - Über - News - Inhalt - Hilfe - Priv - Kontakt - Impressum - Datenschutz - News

 European University Hospital Alliance

 European University Hospital Alliance

Mission Statement EUHA NN

Gemeinsame Definition des Selbstverständnisses des EUHA NN Basierend auf der Definition des International Council of Nursing

...Fünf Kernbereiche

- Berufliche Identität
- Patienten Outcomes
- Gesundes Arbeitsumfeld
- Professionelle Aus- und Weiterbildung
- Pflegeforschung

Abstimmung der finalen Fassung und Übergabe an CEOs der Mitglieder

June 21th 2022

Nursing Network Mission Statement

We, the European University Hospital Alliance (EUHA), consider nursing practice an integral part of health care systems. Nursing practice encompasses the promotion of people's health, prevention of illness, and care of individuals of all ages who are physically and mentally ill or disabled, in all settings of a university hospital. Key nursing roles in hospitals include patient advocacy, promotion of a safe environment, prevention of disease, research and education, participation in shaping health policy, and managing patients and health systems.⁹

EUHA's overall aim is to make nursing an attractive, independent profession and academic discipline with a sustainable workforce prepared for current and future challenges in healthcare, as well as to drive innovation and promote the voice of nursing in European policy-making.

To realize this aim, common challenges across Europe need to be addressed. We, therefore, have defined strategic goals within five action areas:

Professional Identity

- To strengthen the identity and visibility of the nursing profession by reaching a common understanding of nurses' responsibilities and skills and facilitating the support of core professional values through professional exchanges.
- To reach a common understanding of the principles of optimal professional leadership for the nursing profession.
- To develop shared governance models that promote nurse participation in decision-making processes.

Patient Outcomes

- To promote state-of-the-art, high value nursing care that achieves the best possible patient and organizational outcomes in tangible and intangible ways.
- To develop and implement advanced evidence-based care-sensitive indicators, including artificial intelligence, to transparently improve patient outcomes.

*Based on the definition of nursing as defined by the International Council of Nurses, [Nursing Definitions](#) | ICN - International Council of Nurses



 European
University Hospital
Alliance

 European
University Hospital
Alliance

Quo vadis EUHA NN??

- Nächstes Präsenztreffen am AKH in Wien im November 2022
- Verbesserung der Patient:innenversorgung
- Stärkung des Netzwerkes durch Austauschprogramme und Vernetzung in der Wissenschaft
- Zukunftsfähige Pflege
- Aufbrechen von Silodenken
- Synergien durch Wissenstransfer
- Umsetzung der Strategie 2030 durch Synergien aus dem EUHA NN in den Strategiebausteinen der Charité

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

Herr Nagi Salaz
komm. Pflegedirektor

Friedrich-Althoff-Haus
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Telefon: +49 30 450 577 122
+49 30 450 577 007
Telefax: +49 30 450 7 577 911

nagi.salaz@charite.de

Herr Alexander Lang M.A.
**QMB/ Abwesenheitsvertretung der Pflegerischen
Centrumsleitung**

CC11 Herz,-, Kreislauf- und Gefäßmedizin
CC 17 Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit
Perinatalzentrum und Humangenetik
Mittelallee 9, Ebene 3
13353 Berlin

Telefon: +49 30 450 666 055
Telefon: +49 30 450 566 055

alexander.lang@charite.de