



## Kurzfassung des Konzeptes zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus

Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.

Juli 2018

## Zentrale Kernaussagen und Zielsetzungen des Konzeptes

### Sechs Bausteine für eine attraktive, nachhaltige Pflege



- Aufbau auf bestehenden Strukturen und Institutionen
- Potenzial zur Weiterentwicklung
- Alle Gesundheitsdaten bleiben in einem System



- Angemessene Personalbesetzung durch faire Vergütung
- Förderung der Arbeitszufriedenheit durch eine gute Pflege ohne Rationierung
- Aufwertung der Pflege durch Pflegeerlöskatalog



- Macht pflegerische Qualität sichtbar
- Fairere Bezahlung für gute Pflegeleistung
- Pflege als Erlösfaktor macht den Mehrwert guter Pflege sichtbar



- Pflege als eine tragende Säule der Krankenhausfinanzierung
- Zweckgebundener Einsatz der Pflegeerlöse
- Vergütungsgerechtigkeit



- Patientenorientierte Pflege durch gezielte Pflegebedarfserhebung
- Anreize für gute Pflege
- Qualität wird gut bezahlt



- G-DRG-System wird nicht in Frage gestellt
- Pflege bleibt als Leistungsfaktor im System
- Anreizsetzung für Zusammenarbeit

## **Pflegepersonalbudgets am Pflegebedarf orientiert verhandeln**

Das neue Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) sieht krankenhausindividuelle Pflegepersonalbudgets vor. Basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sollen zukünftig die fall- und tagesbezogenen pflegerischen Bewertungsrelationen genutzt werden, um das vereinbarte Pflegebudget der Kliniken abzubezahlen.

Wenn ab dem Jahr 2020 jede Klinik ein krankenhausindividuelles Pflegebudget, basierend auf den tatsächlichen in der Klinik angefallenen Pflegepersonalkosten, mit dem Verhandlungspartner vereinbaren soll, ist offenkundig, dass dies ohne eine solide und valide Datengrundlage ein kaum realisierbares Unterfangen darstellt – insbesondere mit Blick auf das Ziel der Verbesserung der Pflegepersonalsituation in den Kliniken. Ebenso fehlt jeglicher Anreiz für die Krankenhäuser, dafür Sorge zu tragen, dass sich das pflegerische Handlungsgeschehen zum Positiven verändert und sich in Richtung einer patientenzentrierten, evidenzbasierten und selbstpflegefähigkeitsfördernden Pflege hin entwickelt. Dies ist jedoch zwingend erforderlich, um Drehtüreffekte, unerwünschte Ereignisse und defizitäre pflegerische Outcomes zu vermeiden. Zudem sind die Aspekte der inhaltlichen Neugestaltung pflegerischer Arbeit sowie die Umsetzung des systematischen pflegediagnostischen Prozesses zentrale Kernelemente der pflegerischen Arbeit sowie entscheidende Faktoren zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe.

Daher ist die Forderung mancher Verbände und Experten wie z. B. des Deutschen Pflegerates (DPR) und ver.di nach einem Pflegepersonalbemessungsinstrument sinnvoll und zu begrüßen. Ein solches ist allerdings außerhalb des G-DRG-Systems **im PpSG nicht vorgesehen** und es steht zu befürchten, dass kein politischer Wille vorhanden ist, außerhalb des bzw. parallel zum G-DRG-System ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zu konzipieren, weiterzuentwickeln und die Umsetzung in den Kliniken zu finanzieren und zu kontrollieren. Zudem ist die Entwicklung und/oder Modernisierung eines bestehenden Systems mit einem Zeitkorridor von mindestens drei bis fünf Jahren zu veranschlagen.

In der Fachöffentlichkeit wurde in diesem Zusammenhang wiederholt formuliert, die **Pflegepersonalregelung (PPR)** in einer modernisierten Form zu reaktivieren. In Kapitel 3 der Langfassung des hier vorgestellten alternativen Konzeptes zur Pflegepersonalbedarfsmessung wird die Methode der PPR vorgestellt. Es kann festgehalten werden, dass die PPR den Anforderungen einer modernen Pflegepersonalbemessung nicht entspricht. Von Experten im internationalen Kontext werden multidimensionale Ansätze an Pflegepersonalbemessungsinstrumente gestellt. Das bedeutet, dass sowohl der Patientenzustand (z. B. durch Assessments und/oder Pflegediagnosen) als auch das pflegerische Handlungsgeschehen (z. B. Pflegemaßnahmen und Pflege-Outcomes) berücksichtigt wird. Die PPR verfolgt ausschließlich einen handlungsorientierten Ansatz und gruppiert die Patienten in grobe 12 Aufwandsgruppen. Da die PPR essenzielle Leistungsbereiche der Pflege ausblendet, können Maßnahmen im Bereich der Prävention, der Teilhabe, der Edukation sowie spezielle aktivierende und therapeutische Pflegeleistungen nicht abgebildet werden. Damit werden Patientengruppen ausgegrenzt und können vom Aufwand nicht adäquat abgebildet werden. Die PPR setzt keine Anreize in Kliniken, eine qualitativ gute und evidenzbasierte Pflegeleistung anzubieten. Ein weiterer kritisch zu reflektierender Aspekt eines parallel und außerhalb des G-DRG-Systems installierten Pflegepersonalbemessungsinstrumentes ist darin zu sehen, dass eine Überführung der Pflegebudgetverhandlungen auf Krankenhausebene langfristig nicht in Landespflegebasissätze möglich ist und somit der geschätzte Aufwand welcher im Referentenentwurf des PpSG mit 170.000 € für die Verhandlungen der Pflegebudgets angegeben wurde, weiterhin jährlich zu finanzieren ist, ohne einen fachlich inhaltlichen Benefit zu erzeugen.

Vor dem Hintergrund, dass die Gesetzesänderungen des PpSG den Spielraum eröffnen, den **Pflegeerlöskatalog des InEK zur Pflegepersonalbemessung und -budgetverhandlung** zu nutzen, besteht die Möglichkeit, durch eine weitere Ausdifferenzierung der pflegerelevanten Indikatoren innerhalb des G-DRG-Systems die Aussagekraft des Pflegeerlöskataloges als Pflegepersonalbemessungsgrundlage weiter zu verfeinern. Der vom InEK veröffentlichte Katalog zu pflegerischen Relativgewichten könnte bereits im Jahr 2020 genutzt und im weiteren Verlauf über das jährliche Vorschlagswesen verfeinert

## Kurzfassung zum Konzept Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus

werden. Ein künftiges Modell zur Pflegepersonalbemessung und Pflegebudgetverhandlung könnte, wie in Abbildung 1 dargestellt, **auf den pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System basieren**. Dabei wird ein **multidimensionaler Ansatz bei der Pflegebedarfsmessung und/oder Pflegebudgetverhandlung** verfolgt. Das bedeutet, dass sowohl zustandsbezogene als auch handlungsbezogene Indikatoren genutzt werden, um den Pflegeerlöswert abhängig vom Leistungsgeschehen der Pflege in der jeweiligen Klinik differenziert darzustellen.



Abbildung 1: Modell zur Pflegepersonalbemessung und Pflegebudgetverhandlung innerhalb des G-DRG-Systems

Der **Bereich A** bildet den **Patientenzustand und damit das Pflegebedürfnis** des Patienten ab. Folgende Indikatoren stehen bereits zur Verfügung, um unterschiedliche Patientenzustände darzustellen:

- U50\* bis U52\*: motorische und kognitive Funktionseinschränkungen basierend auf Assessmentinstrumenten
- 9-984: Pflegebedürftigkeit
- 1-775: Standardisiertes pflegerisches Basis-Assessment für die Akutpflege (BAss). Dieses Instrument befindet sich im DIMDI-Vorschlagswesen 2019.

In den Jahren 2014 bis 2016 hat der DPR innerhalb des OPS-Vorschlagsverfahrens die Umsetzung eines standardisierten Basis-Assessments (BAss) für Erwachsene gefordert (OPS 1–776). Eine sehr sinnvolle Überlegung, die die Fachgesellschaft Profession Pflege umgehend aufgegriffen hat. Im Antragsverfahren des DIMDI für das Jahr 2019 wurde der Antrag des DPR zum kostenfrei zur Verfügung gestellten BAss für interessierte Nutzer erweitert.

Die Bereiche B und C im Pflegepersonalbemessungsmodell bilden spezifische Leistungsbereiche bei speziellen Patientengruppen ab:

**B) Spezielle Pflegeleistungen in spezifischen Fachbereichen** (Interdisziplinäre Komplexkodes) mit pflegerischen Inhalten in unterschiedlicher Ausprägung.

Hier werden spezifische, evidenzbasierte und pflegetherapeutische Konzepte für bestimmte Patientengruppen wie Neurologie oder Geriatrie fokussiert und Anreize für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gesetzt. Ebenso sind Strukturparameter formuliert. Beispielhafte Operationen- und Prozedurenschlüssel sind etwa:

8-550, 8-552, 8-559, 8-975, 8-975, 8-98e, 8-98h, 8-982, 9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung, etc.

**C) Spezielle Pflegeleistungen auf Normalstation**, welche pflegerische Leistungsbereiche bei unterschiedlichen Problemlagen des Patienten fokussieren. Hier sind der OPS hochaufwendige Pflege (PKMS) und der im Vorschlagsverfahren 2019 befindliche 9-21 multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege angesprochen.

Alle derzeit erlösrelevanten OPS-Schlüssel haben einen positiven Einfluss auf den Pflegeerlöskatalog.

Die **PPR-Kalkulation (D)** deckt die Grundleistungen der pflegerischen Versorgung in zwölf verschiedenen Aufwandsgruppen ab. Die Gruppierung wird über eine grobe Einschätzung des pflegerischen Leistungsgeschehens realisiert. Über die Daten der Kalkulationshäuser werden die Gewichtungen der Pflegepersonalressourcen den einzelnen G-DRGs zugewiesen. Hier kann die Standardversorgung in der Pflege ohne besondere Herausforderungen abgebildet werden. Die Daten über die Grundleistungen sind sehr grob und werden ausschließlich von den Kalkulationshäusern geliefert.

Der Pflegeerlöswert und damit die Grundlage für Pflegepersonalbudgetverhandlungen orientiert am Pflegebedarf setzt sich fallbezogen additiv abhängig vom Leistungsgeschehen, welches der Patienten erhalten hat, zusammen. Dieses soll exemplarisch an einem Beispiel aufgezeigt werden.

Ein vollstationärer Patient mit 5 Tagen Verweildauer (Alter 15 Jahre) wird in DRG B77Z *Kopfschmerzen* gruppiert. Die **Verweildauer** setzt sich aus 4 Tagen Normalstation und 1 Tag Intensivstation zusammen. Der Pflegeerlöswert setzt sich wie folgt zusammen:



**Relativgewicht der Grundleistung basierend auf den PPR der Kalkulationshäuser**

$$4 \text{ Tage Normalstation} \times 0,0331 + 1 \text{ Tag Intensivstation} \times 0,0936 = \mathbf{0,2260}.$$

+



**Patientenzustand mit entsprechender Fallschwere abgebildet durch den Pflegegrad 3 gem. SGB XI = 0,0365**

+



**Spezifische Pflegeleistungen durch den OPS hochaufwendige Pflege laut PKMS-J = 1,1375**

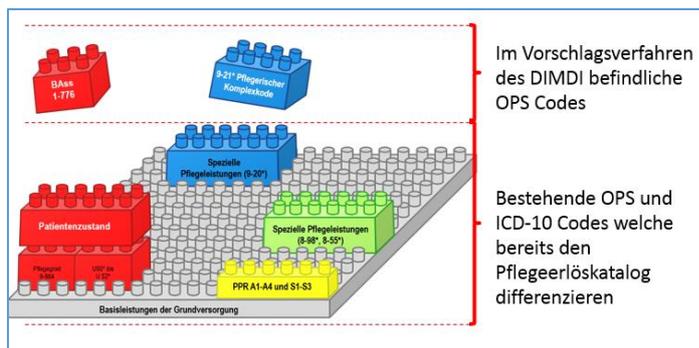
Relativgewicht wird mit dem krankenhausesindividuellen Pflegekostensatz multipliziert und ergibt den **Pflegeerlöswert**.

$$= \mathbf{1,4} \times \text{Entgeltwert der Klinik} = \text{Pflegeerlös in €}$$

## Kurzfassung zum Konzept Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus

Hat eine Klinik z. B. einen jahresdurchschnittlichen fallbezogenen Pflegeerlöswert von 1,4 im Vergleich zu einer anderen Klinik mit 1,25, wird deutlich, dass hier auch ein anderes pflegerisches Leistungsgeschehen dahintersteht. Somit ist ein höheres Pflegepersonalbudget gerechtfertigt. Diese Kennziffer kann im Rahmen der Budgetverhandlungen eine zentrale Bedeutung erlangen und bildet durch kontinuierliche, schrittweise Verfeinerung des Systems zunehmend besser den Pflegebedarf der Patienten ab.

Die verschiedenen Bausteine der pflegerischen Abbildung zur Fallschwere und dem pflegerischen Leistungsgeschehen können bereits heute genutzt werden, um den unterschiedlichen Pflegebedarf und damit auch pflegerischen Ressourcenverbrauch abzubilden. Das Baukastensystem bietet die Möglichkeiten, das System im Rahmen eines kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozesses an den sich verändernden Pflegebedarf anzupassen. Im DIMDI-Vorschlagsverfahren 2019 sind zwei weitere sehr hilfreiche OPS-Schlüssel eingebracht worden und stünden 2020 ebenfalls zu Verfügung.



Ein weiterer Vorteil ist, dass die pflegerischen Grundleistungen (PPR) ausschließlich von den Kalkulationshäusern nachgewiesen werden müssen und alle anderen Kliniken von diesen Dokumentationspflichten befreit sind.

Abbildung 2: Schrittweise Verfeinerung der Pflegeindikatoren zur bedarfsgerechten Personalbudgetverhandlung

Die spezifischen Pflegeleistungen und die Patientenzustände sind Grundlage für eine fachlich adäquate pflegerische Entscheidungsfindung und daher unabhängig von verschiedenen OPS- und ICD-10-Codes zwingend aus pflegfachlicher Perspektive zu dokumentieren.

### Fazit:

Es wird empfohlen, den Pflegeerlöskatalog bereits ab dem Jahr 2020 zu nutzen und systematisch zu einem aussagekräftigen Instrument der pflegerischen Aufwandseinschätzung und Pflegepersonalbemessung weiterzuentwickeln. Hierzu sind alle bisherigen pflegerelevanten Indikatoren einzubeziehen und die im Vorschlagsverfahren des DIMDI befindlichen Anträge ergänzend aufzugreifen. Dieses Vorgehen entspricht einem multidimensionalen Ansatz zur Pflegepersonalbemessung. Dieser Weg eröffnet zudem die Möglichkeit, ein Anreizsystem für eine adäquate, am Stand des Wissens orientierte pflegerische Versorgung zu setzen und gleichzeitig die Unterschiede der Patientengruppen differenzierter aufzeigen zu können.

**Pflege wird mit einem differenzierten Pflegeerlöskatalog deutlich aufgewertet und ist künftig in einem gesundheitsökonomischen System eine tragende Säule in der Krankenhausfinanzierung.**

Die bestehenden Strukturen und Institutionen (z. B. DIMDI, InEK, MDK) können sowohl für die Weiterentwicklung als auch für die Überprüfung genutzt werden, es müssen hier keine eigenen bzw. neuen Strukturen aufgebaut werden. Im Rahmen des jährlichen Vorschlagswesens kann der Pflegeerlöskatalog weiterentwickelt werden.

Die krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen, welche mit einem Kostensatz von jährlich 170.000 € im Referentenentwurf des PpSG veranschlagt sind, können mittelfristig durch Landespflegebasissätze abgelöst werden.

Pflegerische und medizinische Daten werden in einem System gepflegt und stehen u. a. für Forschungszwecke sowie zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Verfügung.