

An
Bundesminister für Gesundheit
Herrn Jens Spahn
Gesundheitsministerium
11055 Berlin

30.11.2018

Ziel: Ausbau pflegespezifischer OPS und ICD-10 im G-DRG-System UND Antrag auf Erhalt des pflegepersonalbereinigten ZE 130*

Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,

erneut wenden wir uns an Sie mit der Bitte, unser Anliegen zu unterstützen. Anlass eines erneuten Vorstoßes der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. und des Bundesverband Pflegemanagement e.V. sind die Diskussionen auf der RECOM-Jahrestagung in Kassel mit über 1.000 Teilnehmern.

Die Teilnehmer (siehe Foto) zeichnet die intensive Auseinandersetzung mit dem G-DRG-System aus. Der überwiegende Teil hat Aufgaben im Kontext der OPS-Kodierung auf den Stationen im Rahmen der Pflegeprozessdokumentation übernommen und die positiven Wirkmechanismen der OPS-Kodes der Pflege in den letzten Jahren kennengelernt. Wichtig dabei ist, dass der überwiegende Anteil der Pflegenden die OPS-Kodierung in ihren Stations-/Arbeitsalltag/-ablauf integriert hat. Auf dem Foto sehen Sie die Teilnehmer, welche auf die Frage: „Wer ist für den Verbleib der pflegespezifischen OPS und ICD-10-Kodes im G-DRG-System“, die Hand heben. Das Ergebnis der Stimmumfrage zeigt, dass eine überwältigende Mehrheit der Teilnehmer des ersten Kongresstages die Hand hebt.



Die Teilnehmer waren sich einig – das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) ist gut gemeint, aber noch nicht ganz zu Ende gedacht!

Nachfolgend die zentralen Fehlmechanismen im PpSG, welche angeregt von den Teilnehmern diskutiert wurden:

1. **Ziele der Regierung:** Am Pflegebedarf der Patienten orientierte Personalausstattung
Mögliche Folgen der Gesetzgebung: Es besteht das Risiko, dass dieses Ziel nicht erreicht wird, da Fachgremien darüber diskutieren, die pflegespezifischen Indikatoren (wie beispielsweise der OPS 9-20; OPS 9-984; OPS 8-982; sowie die pflegerischen Anteile in dem OPS 8-550 sowie OPS 8-981, U50.* und U51* mit der CCL-Relevanz) im G-DRG-System zu streichen. Werden diese pflegespezifischen Indikatoren gestrichen, wird keine unterschiedliche pflegerische Fallschwere sichtbar und das Ziel der Regierung verfehlt. Eine sinnvolle Personaluntergrenze kann somit künftig nicht ausgesprochen werden. Deutlich wurden die unterschiedlichsten Befürchtungen in den zahlreichen Gesprächen zwischen den Teilnehmern. Verbunden mit der Sorge, dass sich die Dokumentationsqualität erneut verschlechtert (mit der zusätzlichen Gefahr einer verschlechterten Pflegeprozesssteuerung), die aktivierend-therapeutischen Elemente der Pflege, welche auf Normalstation in den letzten Jahren Einzug gehalten haben, wieder verschwinden oder durch den Wegfall des Triggers PKMS der hochaufwendige Patient, welcher zu den vulnerablen Patientengruppen zählt, weniger Aufmerksamkeit erhält und damit pflegespezifische Risiken erhöht oder nicht identifiziert werden.
2. **Ziel der Regierung:** Hochaufwendige Patienten in der Pflege verbunden mit einer erforderlichen Krankenseinweisung sollen vom Krankenhaus nicht abgewiesen werden, sondern eine adäquate Versorgung erfahren.
Folgen der Gesetzgebung: Es besteht das Risiko, dass der hochaufwendige Pflegepatient erneut abgewiesen wird, da der pflegerisch hochaufwendige Patient unterfinanziert ist. Dabei geht die Unterfinanzierung über die Pflegepersonalkosten hinaus.
3. **Ziele der Regierung:** Patientensicherheit auf Station durch ausreichend qualifiziertes Personal zu sichern.
Folgen der Gesetzgebung: Die gesetzten Personaluntergrenzen schreiben Pflegemischstände fest und verschärfen die Unattraktivität des Pflegeberufes, zudem wird Patientensicherheit bedeutend von dem beeinflusst, was Pflege tut. Werden Pflegenden (finanziertes Personal) künftig eingesetzt, z.B. die Bettenreinigung wieder auf der Station durchzuführen, um Personal in der Bettenreinigung abzubauen (nicht finanziertes Personal) bleibt die Patientensicherheit vielerorts weiterhin gefährdet. Dieses trotz Anwachsens der Pflegepersonalstellen.
4. **Ziel der Regierung:** Transparenz über die Pflegepersonalbesetzung und den Pflegeaufwand.
Folgen der Gesetzgebung: Qualitätsfragen pflegerischer Versorgung bleiben unbeleuchtet, damit ist die Qualitätsentwicklung der Pflege gefährdet, zudem kann der unterschiedliche Pflegeaufwand nicht ausreichend genug beurteilt werden.
5. **Ziel der Regierung:** Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern und die Attraktivität der Pflegeberufe zu fördern.
Folgen der Gesetzgebung: Durch mehr Hände am Bett verändert sich die Qualität der Versorgung nicht. Im PpSG fehlen Anreize, Pflegearbeit fachlich und qualitativ zu entwickeln und eine evidenzbasierte Pflege zu fördern. Sollten die bisher eingebrachten pflegespezifischen Indikatoren im G-DRG-System entfallen, werden die aktivierend-therapeutischen Versorgungskonzepte wieder verschwinden. Sollte dieses Ziel verfolgt werden müssen weitere Anreize gesetzt werden. So gibt es z.B. in zahlreichen Ländern eine gesetzliche Verpflichtung zur Pflegediagnostik und/oder Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien.
6. **Ziel der Regierung:** Nur das Pflegepersonal zu bezahlen, welches auch für Pflegetätigkeiten am Bett eingestellt ist.
Folgen der Gesetzgebung: Pflegepersonalstellen im Pflegemanagement, Personalentwicklung, Case-

Management und anderen Bereichen müssen krankenhausesintern aus dem G-DRG-Budget verhandelt werden, es droht ein Stellenabbau in diesen Bereichen; den Kliniken droht dadurch ein deutlicher Verlust in den Krankenhausbudgets. Es kann angenommen werden, dass ca. 3 Milliarden Euro zunächst als Budgetkürzung auf die Kliniken zukommt. Da bisher die Mittel für Pflegepersonal aus der InEK-Kalkulation für andere Zwecke genutzt wurden, ist davon auszugehen, dass künftig in anderen Bereichen massiv eingespart werden muss. Die Aufgaben müssen umverteilt werden. Durch den möglichen Wegfall von Stellen im Bereich des Pflegemanagements droht ein Stillstand in der Pflege-/Qualitätsentwicklung.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit zu Punkt 1 Erläuterungen zu den Wirkmechanismen der pflegespezifischen Indikatoren am Beispiel des OPS 9-20.*

Der Erhalt der pflegerischen Indikatoren ist weiter auszubauen und nicht abzubauen. Dabei ist das Herauslösen des Pflegebudgets davon unberührt. Es geht vielmehr darum, die pflegerischen Indikatoren weiterhin zu nutzen, um die Kalkulation, bezogen auf Pflegeaufwand zu schärfen und zu erhalten sowie die Zusatzentgelte (kurz ZE) nach Pflegepersonalkostenbereinigung weiter zu nutzen. Politisches Ziel sollte auch zukünftig sein, pflegerische Leistungen transparent zu machen und auch entsprechend über Zusatzentgelte zu entlohnen. Dieses ist dringend erforderlich, um die Zielsetzung der Regierung zu sichern. Ihre erklärte Zielsetzung ist eine am Pflegebedarf orientierte Pflegepersonalausstattung. Dieses ist allerdings nur möglich, wenn pflegespezifische Indikatoren im G-DRG-System auch in Zukunft genutzt werden. Wir fordern die Regierung auf, weitere Indikatoren im G-DRG-System aufzunehmen, welche die Transparenz zum Pflegeaufwand deutlich erhöhen und bedeutende Informationen zur Qualitätsbeurteilung sein können. Darüber hinaus sind die Indikatoren so zu platzieren, dass diese einen wertvollen Anreiz zur Qualitätsentwicklung setzen. Zudem werden durch die Aufnahme und Erhalt bisheriger pflegerischer Indikatoren im G-DRG-System die Bestrebungen der Digitalisierungen unterstützt.

Die Bedeutung der bereits eingebrachten Indikatoren wird schnell bei der Betrachtung des „Pflegetastkataloges“ des InEK sichtbar. Die Bewertungsrelationen der G-DRGs, welche über die gewichteten PPR-Minuten die Pflegepersonalkosten pro Tag ausweisen, liegen zwischen 0,01 bis 0,09 für eine Normalstation, wobei die Masse der DRGs sich zwischen 0,02 und 0,03 bewegen, wie dem nachfolgenden Ausschnitt zu entnehmen ist.

DRG	Parti-tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung	Bewertungs-relation/Tag Normalstation	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation	Bewertungs-relation/Tag Normalstation Kinder	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation Kinder
1	2	3	4	5	6	7	8
F28A	0		Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,0344	0,1140		
F28B	0		Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	0,0334	0,1153		

Das bedeutet, dass die Relativgewichte zur Abbildung der unterschiedlichen Pflegepersonalkosten pro Tag und DRG in der großen Masse der DRGs annähernd gleich sind. Obwohl bekannt ist, dass hier die pflegerischen Aufwände bei den Patienten stark voneinander abweichen können. Dieser Unterschied wird erst durch die bestehenden pflegerischen Indikatoren (z.B. OPS Pflegebedürftigkeit, OPS hochaufwendige Pflege usw.) und die Kostenzuweisung durch den pflegerischen höheren Ressourceneinsatz differenziert erklärt. Nachfolgend wird dies am Beispiel des OPS 9-20 verdeutlicht, welcher das ZE 130 triggert. Die Bewertungsrelationen des ZE 130 werden fallbezogen zu den Bewertungsrelationen der DRG gerechnet und weisen auf einen deutlichen Unterschied im Pflegeaufwand hin.

ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130.01	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 56 Aufwandspunkte	0,3425
			9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 57 bis 71 Aufwandspunkte	
			9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	
			9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	
		ZE130.02	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	0,8378
			9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	
			9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	
			9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	
			9-200.a	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	
			9-200.b	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303 Aufwandspunkte	
			9-200.c	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte	
			9-200.d	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 333 bis 361 Aufwandspunkte	
			9-200.e	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte	
			ZE131	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	
9-201.02	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 57 bis 71 Aufwandspunkte				
9-201.1	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 72 bis 100 Aufwandspunkte				
9-202.00	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte				
9-202.01	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte				
9-202.02	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte				
9-202.1	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 72 bis 100 Aufwandspunkte				

Darüber hinaus ist zu beachten, dass sich die Relativgewichte/Bewertungsrelation jeder DRG erneut noch mehr annähern würden, wenn das Kodierinstrument PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) durch Streichung des OPS 9-20 entfallen würde. Durch die PKMS-Aufwandspunkte wird die PPR-A4 getriggert. So konnten in der Vergangenheit die Kompressionseffekte in der Kalkulation deutlich verbessert werden. Auch die Gruppierungsrelevanz des OPS 9-20 hat für eine Verteilungsgerechtigkeit der Mittel bei hochaufwendigen Patienten gesorgt. Die Erlöseffekte durch die Gruppierungsrelevanz des OPS 9-20 sind für die Kliniken bedeutend und bereits von Pflegepersonalkosten bereinigt. Es besteht zudem die große Sorge, dass erneut ein „Rosinenpicken“ der Kliniken bei der Zuweisung von Patienten mit „hochaufwendigem Pflegebedarf“ entstehen könnte. Diese bekannten Effekte konnten durch die spezielle Vergütung des „hochaufwendigen Patienten“ deutlich entschärft werden.

Zur nachhaltigen Stärkung der Pflegeberufe bedarf es dringend einer inhaltlichen Anreizsetzung, welche eine evidenzbasierte Pflege fördert und Entwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte fordert.

Dieser Aspekt einer zukunftsfähigen Pflege im Krankenhaus fehlt im PpSG gänzlich – ist aber ein maßgeblicher Aspekt der Attraktivität einer Profession.

Mit gleicher Post übersenden wir Ihnen unabhängig von der pflegfachlichen Diskussion der Jahrestagung einen Prüfungsantrag zum ZE 130.* sowie eine Aufforderung, Anteile des ZE 130* zu belassen.

Die Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. und der Bundesverband Pflegemanagement e.V. beruft sich hier auf dieselben Argumentationslinien, wie die DKG bei der Streichung des Pflegezuschlages. Auch das ZE 130* ist überwiegend nicht zweckgebunden in den Kliniken eingesetzt worden. Genauere Informationen entnehmen Sie bitte dem Antrag auf Prüfung des ZE 130*, welcher zeitgleich an das InEK und das DIMDI übermittelt wird.



Mit freundlichen Grüßen
Andrea Albrecht und Dr. Pia Wietek
i.A. der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.



Peter Bechtel
i.A. Bundesverband Pflegemanagement e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin