



**Stellungnahme
zum Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz-PpSG)**

Empfehlung der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. zur Ausgliederung der Pflegepersonalstellen aus dem G-DRG-System

Pflegepersonalstellen sollen künftig im Rahmen von Pflegepersonalbudgetverhandlungen vereinbart werden. Diese Verhandlungen sollen auf der Basis des tatsächlichen Pflegepersonalbestandes beruhen. Inwieweit die bisherigen pflegerelevanten OPS- und ICD-10-Kodes hierbei weiterhin wirksam bleiben ist noch offen und muss von den Fachgremien entschieden werden.

Wir sind der Überzeugung, dass die pflegerelevanten ICD-10- und OPS-Schlüssel erhalten bleiben und weiter ausgebaut werden müssen! Die bereits etablierten pflegerelevanten Indikatoren sind bereits erste Schritte zu einer sinnvollen Pflegepersonalbedarfsmessung und Leistungstransparenz, die weiter ausgebaut werden müssen!

Zusammenfassend begründen wir dies wie folgt:

1. Die durch den PKMS initiierten Qualitätsverbesserungen (vgl. Abschnitt 3.1.4) im Bereich der Pflegeprozessdokumentation und der Umsetzung einer bedarfsorientierten Pflege könnte wieder entfallen. Aktuell gibt es mehrere Belege dafür, dass sich die Qualität bei der Versorgung hochaufwendiger Patienten verbessert hat. In der Literatur sind hingegen keine Hinweise zu finden, die diesen Aspekt widerlegen. Ähnliche Aussagen lassen sich über die Komplexkodes der Neurologie und Geriatrie treffen.
2. Nur wenn das pflegerische Leistungsgeschehen durch ICD-10- und OPS-Codes transparent und erlösrelevant wirkt, ist eine nachhaltige Pflegepersonalbudgetverhandlung in Zukunft möglich. Gerade die pflegerelevanten OPS- und ICD-10-Schlüssel werden hier gute Argumente in der Differenzierung der pflegerischen Fallschweren bieten (vgl. Abschnitt 2.1.2).
3. Es ist zwingend notwendig, eine evidenzbasierte Pflege und aktivierend-therapeutische Pflegekonzepte zu fördern. Das heißt: Eine qualitativ gute Pflege wird vergütet! Nur auf diesem Weg ist ein adäquates pflegerisches Outcome zu gewährleisten und die Zahl unerwünschter und durch die pflegerische Versorgung bedingter Ereignisse wie beispielsweise Stürze, Dekubitalulcera, Infektionen etc. reduzierbar. Ein hohes Maß an pflegerischer Versorgungsqualität wird sich sowohl positiv auf die Kostenentwicklung und Drehtüreffekte als auch auf die Attraktivität der Pflegeberufe auswirken. Ohne entsprechende Anreize ist zu befürchten, dass Pflege durch den angedachten Pflegepersonalstellenpersonalaufbau Aufgaben aus anderen Bereichen übertragen bekommt um hier entsprechend einsparen zu können. Damit würden weder die aktuelle erkennbare Rationierung in der Versorgung behoben noch eine Verbesserung der Pflegequalität erreicht werden können (siehe 3.1).
4. Durch das Herausstreichen der pflegerelevanten OPS- und ICD-10 Kodes wird die Digitalisierung der Pflegedokumentation erneut gehemmt. So haben vielen Kliniken gerade vor dem Hintergrund der PKMS-Kodierung in den letzten Jahren die Digitalisierung der Pflegedokumentation in Angriff genommen. Das hierin liegende, enorme Ressourcenpotenzial hinsichtlich einer Entbürokratisierung durch den Abbau der Doppeldokumentation läuft Gefahr, nicht genutzt zu werden.
5. Die Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses und die Realisierung einer evidenzbasierten Pflege sind von zentraler Wichtigkeit für die Professionalisierung und der damit verbundenen Attraktivität der Pflegeberufe. Vor diesem Hintergrund sind die bisher etablierten OPS- und ICD-10-Schlüssel, welche den Pflegeprozess und eine bedarfsorientierte Pflege fördern, dringend beizubehalten. In der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist als zentrale Kernkompetenz einer professionellen Pflege die Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses benannt (siehe 3.3).

6. Vor dem Hintergrund einer langfristigen Sicherstellung, dass eine "gleiche pflegerische Versorgung und Pflege-Therapie" auch den "gleichen Erlös für die Pflegeleistung" bedeutet, sind die pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System weiter auszubauen. Langfristig sind die krankenhausindividuellen Pflegeerlöse in einen landes-/bundesweiten pflegerischen Basisfallwert zu überführen. Zudem ist eine Harmonisierung des pflegerischen Leistungsgeschehens auf einem pflegewissenschaftlich anerkannten Stand (evidence-based nursing) zu fördern (siehe 3.1.3).
7. Die Argumente „hoher Dokumentationsaufwand“ im Kontext der Diskussion sowie OPS-Kodes aus dem G-DRG-System zu entfernen, betrachten wir als fadenscheinig. Nur das Vorantreiben einer einheitlichen digitalen Dokumentation mit standardisierter Terminologie wird langfristig Dokumentationsaufwände nachhaltig reduzieren und den wertvollen Informationsgehalt zur Prozesssteuerung erhöhen. Im Rahmen der Digitalisierungsprozesse wurde bisher der Bereich der Pflegedokumentation überwiegend ausgespart. Erst durch die PKMS-Einführung hat es hier einen deutlichen Diskussions- und Umsetzungsschub gegeben. Siehe hierzu unsere Überlegungen zum BAss.

Die im Referentenentwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (Bundesministerium für Gesundheit, 2018) geplante Herauslösung der Pflegepersonalkosten in Verbindung mit einer vollständigen Finanzierung neu eingestellter Pflegepersonen ist grundsätzlich vor dem Hintergrund des sog. „Pflegelast-Kataloges“ und der damit verbundenen Transparenz des Leistungsgeschehens zu begrüßen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass weitere Pflegeindikatoren im G-DRG-System etabliert und ausgebaut werden, um Anreize für eine adäquate pflegerische Versorgung zu setzen, die auch zu einer angemessenen Vergütung führen. Zudem werden künftig valide Zahlen benötigt, um sinnvolle Pflegepersonalbudgetverhandlungen führen zu können. Aus der Zeit des Selbstkostendeckungsprinzips wissen wir, wie schwach Verhandlungspositionen sein können, wenn Zahlen, Daten und Fakten fehlen. Ein weiterer Aspekt, der für die Aufnahme weiterer pflegerelevanter Aspekte in das G-DRG-System spricht, ist die Verfügbarkeit von Daten aus interdisziplinärer Perspektive, da einer größtmöglichen Transparenz des gesamten Leistungsgeschehens in Zukunft eine hohe Bedeutung zukommen wird.

Inhaltsverzeichnis

EMPFEHLUNG DER FACHGESELLSCHAFT PROFESSION PFLEGE E. V. ZUR AUSGLIEDERUNG DER PFLEGEPERSONALKOSTEN AUS DEM G-DRG-SYSTEM	1
1 EINLEITUNG	4
2 WAS WIRD IM ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DES PFLEGEPERSONALS ALLES NEU GEREGLT?	5
2.1 Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz.....	5
2.1.1 § 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstruktur ab dem Jahr 2019.....	5
2.1.2 Pflegelast-Katalog – pflegerische Bewertungsrelation	6
2.2 Änderungen im Krankenhausentgeltsystem.....	8
2.2.1 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets.....	8
2.2.2 § 7 wird durch den Einschub im Absatz 1 Satz 1 nach Nummer 6 ergänzt	9
3 WELCHE OPS/ICD-10-SCHLÜSSEL KÖNNTEN GEPRÜFT WERDEN?	9
3.1 Herausstreichen pflegerelevanter Elemente aus den Katalogen.....	12
3.1.1 Überlegungen zu Modell I: Entfernen aller Pflegeinhalte aus dem G-DRG-System	13
3.1.2 Überlegungen zu Modell II: Pflegeindikatoren bleiben im System und werden weiter ausgebaut.....	14
3.1.3 Überlegungen zu Modell III: OPS 9-20 wird aus dem Katalog entfernt	15
3.2 Subjektiv empfundener Dokumentationsaufwand – ein fraglicher Indikator	16
3.3 Adäquate Pflegeprozessdokumentation versus Bürokratie?.....	17
4 SCHLUSSGEDANKE	18
5 EMPFEHLUNGEN FÜR DEN REFERENTENENTWURF	19
5.1 §9 nach Nummer 7 9. Aufzählungspunkt nicht einfügen/streichen.....	19
5.2 Aufnahme (6) zu § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets	19
LITERATUR	20

1 Einleitung

Ob der Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals tatsächlich das Potenzial hat, die Situation der Pflege im Krankenhaus positiv zu fördern, hängt von einigen weiteren Entscheidungen ab, die derzeit jedoch noch offenbleiben. In der nachfolgenden Stellungnahme werden die Überlegungen der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. vorgestellt.

Wer sind wir?

Unsere Fachgesellschaft repräsentiert eine Gruppe von Pflegenden aus über 100 Kliniken in Deutschland, die sich pflegfachlich und inhaltlich mit der Entwicklung der Pflege im Krankenhaus beschäftigt. Die Fachgesellschaft selbst versteht sich als pflegesachverständige Expertengruppe und steht der Politik, Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegewesen, Bildungsinstituten, Verbänden wie MDK, MDS, InEK, DIMDI und anderen Gremien für Beratungen zur Verfügung und beteiligt sich seit Jahren an der Gestaltung von Pflege im G-DRG-System. Die Fachgruppe setzt sich aus Pflegewissenschaftler/innen, Pflege-manager/innen, Stationsleitungen und aktiv tätigen Pflegepersonen aus unterschiedlichen klinischen Fachabteilungen sowie einigen Medizincontrollern zusammen. Damit setzt sich unsere Gruppe aus dem Skill- und Grade-Mix zusammen, den Pflege zur Zukunftsgestaltung benötigt.

Ziele sind für uns die Sicherstellung einer wissenschaftlich fundierten Profession der Pflegeberufe sowie ein gesellschaftspolitisch konsentiertes Qualitätsniveau der Pflege. Wir sind der Überzeugung, dass dies nur ermöglicht werden kann, wenn eine Leistungstransparenz und Qualitätsbewertung in der Pflege Einzug hält und sich Pflege als eigenständige Profession, welche interdisziplinär auf Augenhöhe mit allen Berufsgruppen zusammenarbeitet, weiterentwickelt. Wir verfolgen darüber hinaus das Ziel, dass Pflege vom Kostenfaktor zu einem wichtigen Erlösfaktor entwickelt wird und Anreize für eine aktivierend-therapeutische Pflege gesetzt werden. Wir verfolgen weder die Interessen der Berufsverbände, der Kliniken noch der Kostenträger, sondern haben uns „*einer nachhaltigen Gestaltung der Pflege aus gesellschaftspolitischer Perspektive*“ verpflichtet.

Fragestellungen, die uns bewegen und welche wir bezogen auf den Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes betrachten und diskutieren wollen, sind folgende:

- Wie kann verhindert werden, dass die Verhandlungspartner der künftigen Pflegebudgets vor dem Hintergrund des Gebotes der Wirtschaftlichkeit und insbesondere im Vergleich mit anderen Kliniken die Pflegebudgets kontinuierlich nach unten anpassen? Wie können faire Budgetverhandlungen gewährleistet werden, wenn die Förderung einer jeden neu eingestellten Pflegeperson langfristig wieder entfällt?
- Welche Kennzahlen können künftig genutzt um den tatsächlichen Pflegebedarf der Patienten zu erfassen um eine adäquate Pflegepersonalstellendiskussion führen zu können?
- Wie kann verhindert werden, dass Pflege weitere Aufgaben z. B. aus dem ärztlichen Bereich oder der Hauswirtschaft übernehmen muss, damit in diesen Bereichen Personalbudgets eingespart werden können?
- Welche Anreize sind auszubauen, damit sich eine hohe und nachhaltige Pflegequalität entwickeln kann?
- Wie können künftige Pflegebudgetverhandlungen mit Zahlen, Daten und Fakten wie beispielsweise Qualitätsindikatoren und Pflegebedarfskennziffern unterstützt werden, um zu erfolgreichen Ergebnissen zu gelangen?
- Wie wirkt sich die Umstellung auf die Verweildauern aus?

Einige zentrale Punkte und unsere Überlegungen zu den Fragestellungen werden nachfolgend ausgeführt.

2 Was wird im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals alles neu geregelt?

Zahlreiche Vereinbarungen wie etwa die vollständige Finanzierung von neu eingestelltem Pflegepersonal, der Ausgleich von Tarifsteigerungen, Regelung der Ausbildungsvergütung sowie Regelungen über die künftige Ausgliederung der Pflegebudgets außerhalb des G-DRG-System sind im Referentenentwurf formuliert. Viele der aufgeführten Punkte werden dazu beitragen, dass die Pflegeberufe künftig eine Entlastung im Arbeitsumfeld erwarten könnten. Die Verbesserung der Arbeitssituation sowie die weitere Qualitätsverbesserung des pflegerischen Leistungsgeschehens wird aber maßgeblich von der weiteren Ausgestaltung und Umsetzung der geplanten Ausgliederung der Pflegebudgets aus dem G-DRG-System abhängen. Daher wird sich die nachfolgende Stellungnahme ausschließlich auf diesen Punkt fokussieren.

2.1 Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz

Im §17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser) wird der Absatz 4 wie folgt gefasst eingefügt:

2.1.1 § 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstruktur ab dem Jahr 2019

„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern [Pflegelast-Katalog des InEK¹] und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. [...] Die ausgegliederten Pflegepersonalkosten nach Satz 1 sind bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen, der jährlich weiter zu entwickeln ist. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden.“

Dies bedeutet, dass die aktuellen Pflegepersonalkostenanteile innerhalb der G-DRG-Fallpauschalen sowie die Bewertungsrelationen der Zusatzentgelte eine Grundlage für die Verhandlung der Pflegebudgets darstellen und künftig dazu genutzt werden, um „... einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung der vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,“ zu realisieren.

Damit bestimmt sich die Erlössumme einer Klinik bezogen auf den Patientenfall in Zukunft zum einen aus den Bewertungsrelationen des Fallpauschalenkataloges (ohne Pflegekostenanteile) multipliziert mit dem Basisfallwert und den tagesbezogenen pflegerischen Bewertungsrelationen multipliziert mit dem krankenhausesindividuell verhandelten Pflegeerlöswert, welcher basierend auf den Pflegebudgetverhandlungen ermittelt wurde. Zum besseren Verständnis erfolgt im folgenden Abschnitt zunächst eine Erklärung des sog. „Pflegelast-Wertes“.

¹ Pflegelast-Katalog: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog

Fazit

- Ein bundeseinheitlicher Katalog mit pflegerischen Bewertungsrelationen je Belegungstag wird die Grundlage zur Abbezahlung des vereinbarten krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbudgets.

2.1.2 Pflegelast-Katalog – pflegerische Bewertungsrelation

Der „Pflegelast-Wert“ wird ausgehend von den Pflegekosten der jeweiligen DRG und den Verweildauern ermittelt und beschreibt ein tagesbezogenes Relativgewicht, differenziert nach dem kalkulierten pflegerischen Ressourcenverbrauch auf Normalstation bzw. Intensivstation inklusive einer Differenzierung bei Kindern.

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
K60C	M		Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	0,0317	0,1161		
K60D	M		Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,0479	0,1187		
K60E	M		Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,0220	0,1104		
K60F	M		Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,0234	0,1013		

Abbildung 1: Auszug aus dem Pflegelast-Katalog des InEK 2018

Im Kontext der Pflegepersonaluntergrenzen wurde der Pflegelast-Wert auch als Möglichkeit der Risiko-adjustierung und Berücksichtigung der pflegerischen Fallschwere zur Festlegung derselben diskutiert.

Im Referentenentwurf zur Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz wird der „Pflegelast-Katalog“ ggf. in etwas abgewandelter und aktualisierter Version zur Pflegekostenvergütung im Rahmen der Krankenhausabrechnung vorgesehen und könnte künftig in den Pflegebudgetverhandlungen eine Rolle spielen.

Rechenweg zur Ermittlung des fallbezogenen Pflegelast-Wertes am Beispiel:

Herr Meier mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung war 2 Tage auf der Intensivstation und 11 Tage auf Normalstation. Der DRG (E65B) würde für die Normalstation ein Relativgewicht pro Tag von 0,0259 und für die Intensivstation von 0,1094 zugewiesen werden. Werden die Werte für den Aufenthalt entsprechend mit den Verweildauertagen in den beiden Bereichen multipliziert, ergibt sich der „Pflegelast-Wert“ ($2 \times 0,1094 + 11 \times 0,0259$) von 0,5037. Da es sich bei dem Patienten um einen an Demenz erkrankten Patienten handelt, wird der OPS 9-200.01 (PKMS) verschlüsselt. Dem ZE² 160.01 wurde ein fallbezogenes Relativgewicht von 0,3425 zugewiesen. Dieses wird zur Berechnung der fallbezogenen Pflegelast addiert, woraus sich ein Pflegelast-Wert von 0,8462 für den Patienten ergibt.

Exemplarische Berechnungen des durchschnittlichen Pflegelast-Wertes verschiedener Facheinheiten einer Klinik zeigen, dass die Pflegelast-Werte ohne die Pflegeindikatoren des OPS „hochaufwendige

² ZE= Zusatzentgelt für den OPS 9-20

Pflege“ und „Pflegebedürftigkeit“ nicht nennenswert voneinander abweichen. Erst durch die spezifischen pflegerischen Indikatoren wird die unterschiedliche Fallschwere sichtbar. In Tabelle 1 wird in Spalte 1 der prozentuale Anteil der Patienten mit abgerechneten OPS 9-20 (PKMS) aufgeführt.

Fachstationen	Normalstation ☉	€/Tag N	Intensivstation ☉	€/Tag I	Pflegelast gesamt	ZE 130 + 0,34	PCCL
Chirurgie (n 247)	0,031	90,92	0,119	349,02	0,150	ca. 5%	2,4
Innere Med I (n 267)	0,030	87,99	0,112	328,49	0,142	ca. 10 %	2,2
Innere Med 3 (n 262)	0,029	85,06	0,108	316,76	0,137	ca. 10 %	2,1
Unfallchirurgie (n 131)	0,028	82,12	0,111	325,56	0,139	ca. 3,5%	1,4
Geriatrie (n 206)	0,030	87,99	0,111	325,56	0,141	ca. 60%	2,4
Neurologie (n 187)	0,030	87,99	0,109	319,69	0,139	ca. 7%	2,0
Dermatologie (n 139)	0,029	85,06	0,108	316,76	0,137	ca. 1,3%	1,3
Hämatologie (n 213)	0,032	93,85	0,111	325,56	0,143	ca. 1%	3,0

Tabelle 1: Durchschnittlicher Pflegelast-Wert einer Klinik

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des in der G-DRG-Kostenkalkulation genutzten Instrumentes der PPR (Pflegepersonal-Regelung) nicht verwunderlich. Die Differenzierung unterschiedlicher Fallkosten abhängig von der Fallschwere ist mittels der PPR nur sehr eingeschränkt möglich. Die Differenzierung der PPR sowohl in der Pflegekostenkalkulation innerhalb des DRG-Systems und die damit verbundenen Kompressionseffekte sind ebenso bekannt wie die eingeschränkte Fähigkeit des Instrumentes, die unterschiedlichen Fallschweren und Pflegebedarfe der Patienten adäquat abzubilden. Ein weiterer zentraler Kritikpunkt der PPR ist in der nur wenig hilfreichen Operationalisierung der Items zu sehen. Diese sind zur Pflegeprozessdokumentation zu abstrakt und unterliegen einem breiten Interpretationsspielraum. Somit ergeben sich Ungenauigkeiten bei der Kodierung. Zudem würde eine adäquate Pflegeprozessdokumentation zur pflegefachlichen Steuerung des Pflegeprozesses vielerorts eine genauere Pflegedokumentation erfordern (Wietek & Kraus, 2016).

Fazit

- Gerade im Kontext von künftig zu führenden Pflegebudgetverhandlungen wird es bedeutend sein, unterschiedliche Fallschweren differenziert darzustellen, um ein höheres Pflegepersonalbudget zu verhandeln.
- Der „Pfle gelast-Wert“ ist aktuell der einzige verfügbare Datensatz, welcher eine unterschiedliche pflegerische Fallschwere differenzieren kann – dies jedoch nur, insofern keine OPS-Schlüssel aus dem Katalog entfernt werden. Eine Weiterentwicklung und weitere Ausdifferenzierung ist daher dringend zu empfehlen. Hierbei spielen pflegespezifische Indikatoren eine entscheidende Rolle.

- Der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege und der OPS Pflegebedürftigkeit werden dazu beitragen, Unterschiede zwischen der Fallschwere deutlicher zu machen.
- Pflegespezifische Indikatoren können Anreize für die Durchführung aktivierend-therapeutische Pflege setzen. Dieses belegen sowohl die Erfahrungen mit den Komplexcodes der Geriatrie, der neurologischen Frührehabilitation, der Palliativversorgung und dem OPS hochaufwendige Pflege.

2.2 Änderungen im Krankenhausentgeltsystem

Die Finanzierung der Pflege soll künftig außerhalb des G-DRG-System geregelt werden. Dieses Vorgehen wird im § 6a *Vereinbarung eines Pflegebudgets* im Krankenhausentgeltgesetz geregelt.

2.2.1 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

- (1) Zur Finanzierung der Kosten, die dem einzelnen Krankenhaus für Pflegeleistungen nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entstehen, die in der Patientenversorgung erbracht werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 ein Pflegebudget. Ausgenommen hiervon sind die im Erlösbudget nach § 4 und in der Erlössumme nach § 6 berücksichtigten Entgelte, die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern; Absatz 2 Satz 3 und 4 bleiben unberührt.
- (3) Für die Vereinbarung des Pflegebudgets hat das Krankenhaus die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. [...] Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Die Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.
- (4) Die Abzahlung des nach Absatz 3 vereinbarten Pflegebudgets erfolgt über einen **krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Dieser wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr dividiert wird.** Der für das jeweilige Jahr geltende Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.
- (5) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz Nummer 6a von dem nach Absatz 3 vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 7 und 9 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.“

Dies bedeutet, dass alle Kliniken, welche im Vergleich einen hohen Pflegepersonalstand haben (also bisher alle im G-DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalanteile auch für Pflegepersonal eingesetzt haben), von dieser Umstellung profitieren werden. Allerdings werden diejenigen Kliniken, welche bisher für die Pflegepersonalstellen weniger Geld ausgegeben haben als die InEK-Kalkulation für Pflegepersonalstellen vorgesehen hat, verlieren. Werden die Zahlen zugrunde gelegt, welche auf dem 17. Nationalen DRG-Forum Mitte März in Berlin geäußert wurden, werden für die Pflegepersonalstellen ca. 15 Milliarden Euro aus dem DRG-Topf finanziert. Der SPD-Bundestagsabgeordneten Sabine Dittmar zufolge seien aber 18 Milliarden Euro in der DRG-Kalkulation vorgesehen (Balling, 2018). Unter Voraussetzung der Korrektheit der Zahlen würden den Kliniken mit der Umstellung etwa 3 Milliarden Euro

fehlen. Es stellt sich die Frage, welche Strategien Kliniken entwickeln werden, um die zu erwartenden Defizite zu kompensieren und welche Auswirkungen diese auf die Versorgungsqualität haben könnten. Es steht die Sorge im Raum, welche Auswirkungen die Finanzierungslücke von durchschnittlich 1,5 Millionen Euro Differenz pro Klinik haben könnte.

Fazit

- Die Vergütung eines Patientenfalls setzt sich künftig aus den Erlösen aus einer G-DRG (ohne Pflegekostenanteil) und dem anteiligen Pflegebudget berechnet aus den pflegerischen tagesbezogenen Relativgewichten multipliziert mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert zusammen.

2.2.2 § 7 wird durch den Einschub im Absatz 1 Satz 1 nach Nummer 6 ergänzt

Der nachfolgend aufgeführte Einschub besagt, dass die nach dem „Pflebelast-Katalog“ ermittelten Bewertungsrelationen mit dem hausindividuellen vereinbarten Pflegeentgeltwert genutzt werden, um das kalkulierte Pflegebudget abzuzahlen.

„**6a.** tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung.“

Nach Nummer 7 werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

„**8.** bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zur Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,

9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2020 umsetzen.“

Zusammenfassend bietet der Gesetzesentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals interessante Ansätze, welche tatsächlich eine langfristige Entwicklungsmöglichkeit zulassen könnten und der von Experten lange geforderten Zweckbindung der pflegerelevanten Kostenanteile und Erlösanteile im G-DRG-System entsprechen könnte. Allerdings kommt es darauf an, wie die Berufsgruppe der Pflegenden die Potenziale des PpSG nutzt und welche Entscheidungen künftig zum Beispiel zu der Frage, welche Prozedurenschlüssel gestrichen werden sollten, getroffen werden. Welche Geschicke Kliniken in Zukunft an den Tag legen werden, um neues Pflegepersonal zu akquirieren und in Budgetverhandlungen auch durchzusetzen wird sich zeigen. Für die Entwicklung des Handlungsgeschehens der pflegerischen Versorgung wird es bedeutend sein, welche Anreize für eine pflegefachlich evidenzbasierte, aktivierend-therapeutische Pflege gesetzt werden können.

Fazit

- Aktuell ist noch offen, inwieweit die ersten pflegerisch erlösrelevanten OPS- und ICD-10-Schlüssel künftig im System wirken und/oder ob diese gestrichen werden.

3 Welche OPS/ICD-10-Schlüssel könnten geprüft werden?

Seit der Einführung des G-DRG-Systems 2004 wurden einige OPS und ICD-10 Schlüssel eingeführt, welche sich auf den Pflegeaufwand und/oder spezifische Pflegeleistungen beziehen. Bei den OPS-Schlüsseln handelt es sich zumeist um Prozeduren, welche einen aktivierend pflegetherapeutischen Aspekt beinhaltet oder Patientenzustände beschreibt. Zielsetzung all der Bemühungen, Pflege in das G-DRG-System einzubringen, war die Unterschiedlichkeit der pflegerischen Versorgungsbedarfe abzubilden und für eine Vergütungsgerechtigkeit zu sorgen. Zum anderen war es Anliegen der Fachgremien, Pflegekonzepte zu fördern, welche zu den Konzepten einer aktivierend therapeutischen Pflege zu rechnen sind, um einer reinen „Satt-Sauber-Versorgung“ entgegenzuwirken bzw. diese schrittweise abzubauen. Zudem waren alle Bestrebungen zumeist auf „vulnerable Patientengruppen“ gerichtet. Da jeder ICD-10 und OPS, welcher eine gewisse Pflegerelevanz hat, auch mit Dokumentationspflichten einhergeht, kann geprüft werden, inwieweit die eingebrachten Schlüssel beibehalten werden sollten. Zunächst werden alle OPS-Schlüssel vorgestellt, welche Pflegeperspektiven beinhalten und mit unterschiedlichsten Nachweispflichten verbunden sind. In der Liste werden nur die pflegerelevanten Textpassagen vorgestellt und stellen somit einen Ausschnitt des jeweiligen Kataloges dar.

OPS	Titel und pflegerelevanter Aspekt
8-550	<p>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal.</p> <p>Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen</p>
8-552	<p>Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation</p> <p>Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/fazioorale Therapie und therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehungstraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.).</p>
8-559	<p>Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u.a.)</p>
8-975	<p>Naturheilkundliche Komplexbehandlung: Behandlung von mindestens 120 Therapieminuten pro Tag durch ein klinisch-naturheilkundliches Team unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> * Dem Team müssen neben Ärzten und fachkundigem Pflegepersonal mit mindestens [...] * Mindestens zweimal wöchentlich Teambesprechung unter Einbeziehung somatischer, ordnungstherapeutischer und sozialer Aspekte mit patientenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele * Naturheilkundliche erweiterte Pflege durch fachkundiges Pflegepersonal
8-98e	<p>Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation, * Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> * Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche

8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert.
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: Basierend auf dem PKMS werden hier die Aufwandspunkte generiert, wenn entweder aktivierend-therapeutische Handlungskonzepte umgesetzt werden oder Punkte gezählt werden, wenn ein Patient eine erhöhte Frequenz von Pflegeleistungen auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfes des Patienten hat.
9-201	Hochaufwendige Pflege bei Kindern und Jugendlichen:
9-202	Hochaufwendige Pflege bei Kindern
9-203	Hochaufwendige Pflege bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen
9-502	Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen: * Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen oder Pädagogen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte * * Einsatz von mindestens 2 der folgenden Leistungen (von jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, Leistungserbringung durch mindestens 1 Mitglied des multiprofessionellen Teams): <ul style="list-style-type: none"> • Beratung der Eltern/Sorgeberechtigten zu sozialen Aspekten und Entwicklungsaspekten bei drohender Bindungsstörung sowie zur Mobilisierung von Unterstützungsressourcen • Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten in bindungsförderndem Verhalten durch: theoretische Unterweisung im Einzel- oder Gruppensetting und/oder praktische Unterweisung im Einzelsetting und/oder Übung wiederkehrender allgemeiner und spezifischer Pflege- und Versorgungshandlungen am eigenen Kind • Krisenintervention bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung des Kindes
8-971	Multimodale dermatologische Komplexbehandlung
8-976	Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
9-984	Pflegebedürftigkeit: Hier wird basierend auf dem NBA der Pflegegrad ermittelt und beantragt und/oder der bestehende Pflegegrad angegeben.

Tabelle 2: OPS-Schlüssel mit pflegerischen Inhalten

Hinzu kommen entsprechende ICD-10-Schlüssel, hier besonders die U50.- Motorische Funktionseinschränkung und U51.- Kognitive Funktionseinschränkung sowie U52.- Frührehabilitations-Barthel-Index, um pflegerelevante Patientenzustände abzubilden. Diese werden über spezielle Assessmentinstrumente getriggert. Da z.B. die U50.* und U51.* in den vergangenen Jahren eine CCL-Relevanz entwickelt haben, wurde in vielen Kliniken ein entsprechendes Assessment eingeführt.

Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass jeder der in Tabelle 2 aufgeführten OPS- und ICD-10-Schlüssel mittlerweile erlösrelevant ist und im G-DRG-System die unterschiedlichen Aufwendungen für das pflegerische Leistungsgeschehen sichtbar und abrechenbar macht. Dieses entweder über ein Zusatzentgelt, z. B. die Palliativkomplexe oder der OPS Pflegebedürftigkeit oder eine Gruppierungsrelevanz im G-DRG-System (z. B. der Komplexcode der Geriatrie, Neurologie) oder beides wie z. B. der OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege.

Wie bereits aufgezeigt wurde soll bis Februar 2019 entschieden werden, welche OPS-Schlüssel und ICD-10 künftig nicht mehr benötigt werden, da die Finanzierung der Pflege z. B. über die Pflegebudgets abgedeckt sein wird. In den Ausführungsbestimmungen wird hierzu folgendes formuliert:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben hierzu Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels zu benennen, die bislang für Zwecke des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG benötigt wurden und nun gestrichen werden können, weil sie zukünftig zur Vergütung von pflegerischen Leistungen über das Pflegebudget nicht mehr benötigt werden. Dabei ist eine Entlastung im Dokumentationsaufwand insbesondere durch eine Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu erwarten.

Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene soll dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen für das Jahr 2020 vornehmen. Das DIMDI kann von einer Streichung nur insoweit absehen, wenn einzelne Schlüssel für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung oder für andere Abrechnungssysteme) unverzichtbar sind oder durch die Streichung die Konsistenz der Klassifikation beeinträchtigt würde.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 81)

3.1 Herausstreichen pflegerelevanter Elemente aus den Katalogen

Grundsätzlich kann natürlich darüber nachgedacht werden, dass alle pflegerelevanten Elemente wieder aus dem G-DRG-System entfernt werden. Eine Teilumsetzung, nur einige OPS-Kodes herauszupicken, ist nicht zielführend und schwer zu argumentieren.

Entweder werden ganz konsequent alle OPS-Kodes von „Pflege“ befreit, da die Leistungen, **so die Annahme dieser Argumentationslinie, ja über die Pflegebudgets finanziert seien – Modell I**, oder man entscheidet sich, Pflege in den OPS-Kodes und ICD-10-Schlüsseln zu belassen und weiter auszubauen.

Modell II folgt der Argumentationslinie, dass die ungenauen Kostenkalkulationselemente der Pflege im G-DRG-System über die PPR hochaufwendige Patienten nicht fassen kann und es zwingend auch Anreize benötigt, um eine aktivierend-therapeutische Pflege zu fördern. Zudem werden die bisher eingebrachten OPS- und ICD-10-Schlüssel zur Verfeinerung der Pflegerelativgewichte benötigt, um die Fallschwere zu entwickeln.

Das postulierte dritte Modell, nur einige OPS-Kodes von „Pflege“ zu befreien und/oder zu streichen, folgt keiner der beiden Argumentationslinien. So wird in den Begründungen des Referentenentwurfes (Seite 81) vorgeschlagen, nur den OPS 9-20 zu entfernen, um Pflege von Dokumentationsaufwänden zu entfrachten. Da dieser Punkt explizit im Referentenentwurf aufgegriffen wurde, wird hierauf auch speziell auf dieses Modell als weiteres **Modell III** eingegangen.

3.1.1 Überlegungen zu Modell I: Entfernen aller Pflegeinhalte aus dem G-DRG-System

Bei einigen OPS-Kodes würde das Entfernen der „Pflegeinhalte“ keine Auswirkung auf die Kodierung und Erlöswirksamkeit nach sich ziehen und die Prüfverfahren und Dokumentationsaufwände deutlich vereinfachen. Die PPR zur Fallkostenkalkulation und Darstellung eines unterschiedlichen pflegerischen Ressourcenverbrauches ist hier viel zu ungenau. Hierzu würden alle Komplexcodes, welche interdisziplinär aufgesetzt sind, zählen, so z. B. der Komplexcode der neurologischen Frührehabilitation, der Geriatrie, der Palliativpflege. Die pflegerischen Aspekte könnten gekürzt werden. Nachzuweisen wären dann die übrigen Leistungen in den jeweilig interdisziplinär aufgesetzten OPS-Kodes. Bezogen auf die Wirkmechanismen im G-DRG-System ist keine große Veränderung durch solche Maßnahmen zu erwarten.

Die Streichung des OPS 9-20 hätte allerdings weitreichendere Konsequenzen. Es ist bekannt, dass der OPS 9-20 nicht nur einen höheren pflegerischen Aufwand im G-DRG-System detektiert, sondern auch noch andere erhöhende Kosteneffekte aufspürt. Zudem ist der OPS 9-20 seit zwei Jahren erfolgreich in einigen DRGs gruppierungsrelevant und würde die hier entwickelte Konsistenz im System gefährden. Beim Entfernen des OPS 9-20 würden die aufgezeigten Effekte ersatzlos entfallen und es bleibt die Frage, wie die ca. 400 Millionen Euro, welche über den OPS 9-20 im G-DRG-System gesteuert wurden, sinnvoll zurückgeführt werden können. Auch der OPS Pflegebedürftigkeit, welcher durchaus bisher einen zusätzlichen Dokumentations- und Administrationsaufwand erzeugt hat, könnte im System wieder zurückgeführt werden. Allerdings stellen sich bei dem Modell I mehrere Fragen:

1. Was geschieht, wenn die Anreize, aktivierend-therapeutische Pflege nachzuweisen, wie dieses in den OPS 9-20, 8-550, 8-552, 8-559 und 8-98* der Fall ist, wegfallen würden?

Als Mitglieder der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. mit dem Erfahrungshintergrund der Wirkmechanismen des G-DRG-Systems in den Kliniken sind wir der Überzeugung, dass die bisher erzielten Erfolge bei der Umsetzung aktivierend-therapeutischer Pflege nicht nur einen Stillstand erfahren, sondern darüber hinaus wieder verloren gehen.

2. Wie können die durch OPS 9-20 detektierten Patientengruppen, welche auch auf medizinischer Seite einen deutlich höheren Kostenaufwand erklären, ohne OPS 9-20 erkannt werden?

Bestenfalls noch in rudimentärer Form! Es kommt zur erneuten Vergütungsungerechtigkeit der Kliniken, welche einen höheren Anteil an hochaufwendigen Patienten versorgt. Der Anreiz „hochaufwendige Patienten“ abzuweisen wird erneut verstärkt.

3. Wie würden sich die bisher weiterentwickelte Pflegedokumentationsqualität und Veränderungen im Handlungsgeschehen (erhöhter Einsatz von aktivierend-therapeutischer Pflege) durch den Wegfall der Anreize, welche im G-DRG-System gesetzt werden, entwickeln?

Es ist davon auszugehen, dass die bisher in einigen Kliniken deutlich verbesserten Dokumentationsprozesse und Qualitätsverbesserungen wieder verloren gehen.

3.1.2 Überlegungen zu Modell II: Pflegeindikatoren bleiben im System und werden weiter ausgebaut

Es wird entschieden, Pflege im G-DRG-System zu belassen und weiter auszubauen. Dieses mit dem Fokus, Anreize zu schaffen, um die Qualität des pflegerischen Leistungsgeschehens zu fördern. Durch das Belassen der Pflegeindikatoren im G-DRG-System könnten Pflegebudgetunterschiede zwischen den Kliniken/Fachabteilungen gerechtfertigt werden und somit eine verbesserte Grundlage für die Pflegebudgetverhandlungen geschaffen werden. Bei diesem Modellansatz kann argumentiert werden, dass Kliniken, welche verstärkt einen aktivierend-pflegetherapeutischen Schwerpunkt setzen, durch die Abbildung des unterschiedlichen Leistungsgeschehens auch eine bessere Ausgangslage haben sollten, Pflegepersonalbudgets zu verhandeln. Wie sonst sollten Pflegebudgetminderungen bei den Verhandlungen vorgebeugt werden, wenn die 100%ige Förderung neuer Pflegepersonalstellungen wieder ausgesetzt wird. Hier kann bereits auf Erfahrungen von Budgetverhandlungen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip im Zeitraum 1972 bis 1993 zurückgegriffen werden.

Die Anreizsetzung für pflegetherapeutische Konzepte bei OPS ist auch innerhalb der Klinik von Bedeutung, da ohne diese Anreize das Risiko besteht, dass Pflege inhaltlich noch mehr auf die administrativen Zuarbeiten im Behandlungsprozess mit Substitution ärztlicher Tätigkeiten ausgerichtet wird. Damit wäre aber eine dringend erforderliche Neuorientierung pflegerischen Handelns in Richtung Professionalisierung der pflegeoriginären Aufgabenbereiche blockiert. Auch der Pflegelastkatalog würde ohne die pflegespezifischen Elemente deutlich weniger aussagekräftig wirken können.

Pflegeleistungen im G-DRG-System zu Erlösfaktoren zu entwickeln könnte es künftig ermöglichen, in einem interdisziplinären Team zu entscheiden, ob Patienten mehr Pflege-therapie, -patientenedukation, und/oder komplementäre medizinische Betreuung oder einen operativen Eingriff und medizinische Behandlung benötigen.

Ein weiterer Aspekt ist, dass zur Digitalisierung im Gesundheitswesen pflegerelevante Daten in standardisierter Form notwendig sind. Sowohl zur Steuerung der Versorgungsprozesse als auch zu Qualitätsbewertung sollten die Daten im Gesundheitswesen auf Standards zurückgreifen, um die semantische Interoperabilität zu fördern.

Vor dem Hintergrund einer langfristigen Sicherstellung, dass eine "gleiche pflegerische Versorgung und Pflege-Therapie" auch den "gleichen Erlös für die Pflegeleistung" bedeutet, sind die pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System weiter auszubauen. Langfristig sind die krankenhausindividuellen Pflegeerlöse in einen landes-/bundesweiten pflegerischen Basisfallwert zu überführen. Zudem ist eine Harmonisierung des pflegerischen Leistungsgeschehens auf einem pflegewissenschaftlich anerkannten Stand (evidence-based nursing) zu fördern. Hierzu wird eine entsprechende Leistungstransparenz durch differenzierte Indikatoren im G-DRG-System benötigt.

Weitere interessante Weiterentwicklungsmöglichkeiten, pflegerische Indikatoren im G-DRG-System einzubringen, sind im Vorschlagsverfahren des DIMDI 2019 von der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. eingebracht worden:

1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment in der Akutpflege

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/105-basisassessment-akutpflege.pdf>

9-21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/103-multimodale-komplex-9-21-pflege.pdf>

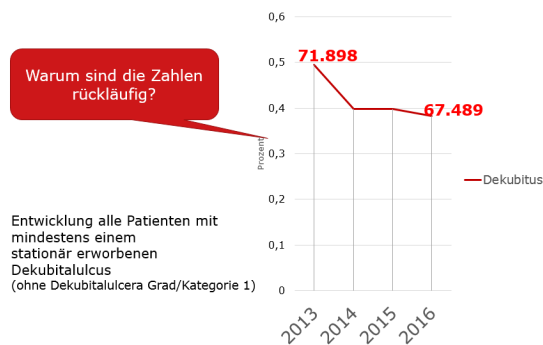
3.1.3 Überlegungen zu Modell III: OPS 9-20 wird aus dem Katalog entfernt

Bei dem Ansatz wird schnell deutlich, dass es bei genauer Betrachtung eine große Herausforderung bedeutet, die durch den OPS 9-20 sowohl als ZE und als gruppierungsrelevante Parameter im System wieder zurückzuführen. Denn der OPS 9-20 detektiert Patientengruppen, welche nicht nur einen höheren pflegerischen Aufwand erzeugen, sondern auch einen deutlich höheren medizinischen Ressourceneinsatz erhalten. Eine Rückführung wird immer mit einer Verteilungsgungerechtigkeit gegenüber Kliniken mit einem hohen Anteil an PKMS-Fällen in Verbindung stehen.

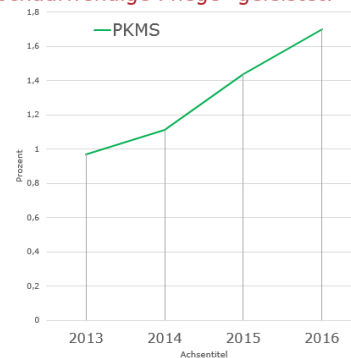
Zudem werden die positiven Effekte, bezogen auf die Entwicklung der Pflegedokumentationsqualität (Claudius, 2013; Lenkeit, 2015; Müller, 2017; Schuh et al., 2016), als auch auf die Veränderungen im Handlungsgeschehen bezogen auf eine verbesserte Qualität (Müller, 2017; Schuh et al., 2016) und der höhere Einsatz aktivierend-therapeutischer Handlungskonzepte (Schmidpeter, Peters, & Wieteck, 2013) auf Normalstationen gefördert. Bezogen auf die Dokumentationsqualität schreibt Lenkeit, „man kann definitiv sagen, dass mit Einführung des PKMS die Dokumentationsqualität der Pflegeberichtseinträge enorm gestiegen ist...“ (Lenkeit, 2015, S. 356), was als wichtiger Bestandteil der Pflegedokumentation zur Beurteilung des pflegerischen Versorgungsverlaufes anzusehen ist. In einem anderen Zusammenhang schreibt Lenkeit bezogen auf die Pflegequalität „eine Steigerung der Pflegequalität wird vor allem in den Bereichen der Körperpflege und Bewegung deutlich, durch die Anwendung der therapeutischen Waschungen und therapeutischen Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe ‚D 1‘.“ (Lenkeit, S. 278).

Interessanterweise ist mit der vermehrten Anwendung des PKMS (rechte Grafik) der IQ Dekubitus (linke Grafik) gesunken.

Qualitätsindikator Pflege: Dekubitus
Deutschland Bundesergebnisse 2016 IQ



Entwicklung der PKMS-Fälle – bedeutet es wurde mehr „hochaufwendige Pflege“ geleistet!



Abbildungen 2 und 3: IQ Dekubitus und PKMS-Fälle in % bundeseinheitlich

In Verbindung mit den Aussagen der Experten könnte hier die Hypothese aufgestellt werden, dass das vermehrte Augenmerk der Pflege auf die „gefährdeten“ Patientengruppen das pflegerische Outcome beeinflusst. Hier wäre zwingend eine systematische Pflegeforschung zu etablieren, um diese möglichen Zusammenhänge zu prüfen.

Plenge und von Eicken bestätigen diese Einschätzung, indem sie schreiben, dass [...] „insgesamt die Qualität der Pflege wachse, da durch eine andere Art der Dokumentation ein Reflexionsprozess stattfindet, der aus der Abarbeitung der originären Routine führt“ (Plenge & Eicken, 2016, S. 387).

Der OPS-9-20 hat zahlreiche Kliniken in der Vergangenheit angeregt, PKMS-Beauftragte einzusetzen, welche sowohl die Verbesserung der Kodierung als auch die Verbesserung der pflegefachlichen Perspektive erreicht haben. So schreiben z. B. Endres und Földner, dass die eingeführten Strukturen den Vorteil bieten, [...] „dass sowohl das pflegewissenschaftliche Know-how als auch alle Aspekte des

Entgeltsystems sowie strategische Überlegungen dem Team unmittelbar zu Verfügung stehen. [...] Auf pflegfachlicher Ebene wird gleichzeitig der Impuls gegeben, Patienten mit hohem Pflegebedarf eine individuelle und speziell an ihren Bedürfnisse angepasste Pflege zukommen zu lassen. So wird auch sichergestellt, dass die gewählten Pflegemaßnahmen in einem sinnvollen pflegewissenschaftlichen Kontext stehen." (Endres & Földner, 2017, S. 426)

Diesen zentralen Argumenten, welche nachweislich für einen Bestand des OPS 9-20 im System sprechen, steht der Vorwurf des „hohen Dokumentationsaufwandes“ gegenüber. Dieser Aspekt bedarf einer genaueren Betrachtung.

Fazit

- Seit langem wird von der Fachgesellschaft und Verbänden eine Zweckbindung der Mittel der Pflegekosten im G-DRG-System, sowie der pflegerischen Erlöse gefordert. Dieses vor dem Hintergrund sowohl die Daten der Gesundheitsversorgung künftig zu verfeinern und interdisziplinär zu betrachten.
- Eine Herauslösung der Pflegekosten und entfernen Pflegerrelevanter Indikatoren ist ein Rückschritt und kann nicht empfohlen werden.

3.2 Subjektiv empfundener Dokumentationsaufwand – ein fraglicher Indikator

Es stellt sich die Frage, was genau mit einer „Entlastung im Dokumentationsaufwand“ im Referentenentwurf gemeint ist und ob dieses durch die Abschaffung des PKMS und OPS 9-20 tatsächlich erreicht werden kann. Zunächst einmal gibt es einige Belege durch Befragungen von Mitarbeitern, welche darauf hinweisen, dass durch die PKMS-Dokumentation ein hoher Dokumentationsaufwand wahrgenommen wird. Eine der jüngeren Befragungen von Mitarbeitern zeigt, dass Pflegenden die PKMS-Dokumentation als aufwendig empfinden (Müller, 2017). Gleichzeitig wird aber in der Studie deutlich, dass eine Ursache des Dokumentationsaufwandes nicht vorrangig im Instrument selbst begründet ist, sondern in der Art und Weise, wie die Pflegenden in diesem Haus die PKMS-Dokumentation realisieren und welche Einstellung generell zu einer pflegfachlich adäquaten Pflegeprozessdokumentation vorherrscht. In dieser Untersuchung gaben z. B. die meisten Mitarbeiter an, dass der Dokumentationsaufwand hoch sei. Bei genauerer Betrachtung des eingeführten Dokumentationsverfahrens (Hybriddokumentation) wird jedoch deutlich, dass der empfundene Aufwand viel mehr mit der Art der Dokumentation zusammenhängt als mit den sich aus dem PKMS ergebenden Dokumentationsanforderungen. Vergleichbar wäre es, wenn die TISS- und SAPS-Kodierung wieder auf Papier zurückgeführt werden würde, oder die Dokumentation der neurologischen Frührehabilitation auf unterschiedlichen Papierdokumentationsblätter angelegt und täglich zusammengeführt und in der Software eingetragen werden müsste.

Dieser Hypothese ist bereits in der Untersuchung der Arbeitsgruppe AGKAMED AG OPS 9-20 nachgegangen worden. Dort zeigten sich bemerkenswerte Hinweise, dass die Dokumentationsqualität vor Einführung des PKMS sowie die Art und Weise, wie die Dokumentation im Haus realisiert wird, einen signifikanten Einfluss auf die tägliche Dauer der erforderlichen PKMS-Pflegedokumentation haben könnte. Im Durchschnitt wurde in dieser Umfrage für die PKMS-Dokumentation ein Minutenwert von sieben Minuten täglich ermittelt (AGKAMED AG OPS 9-20, 2013) – bei gleichzeitig deutlich verbesserter Dokumentationsqualität!

Die Hypothese wird durch einige Veröffentlichungen untermauert, so kommt Ahrens z. B. zu dem Schluss, „ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entstand nicht, weil die PKMS-Dokumentation von

der Erfassung der Gründe und Pflegeinterventionen bis zur Auslösung des OPS-Codes so entwickelt wurde, dass sie sich aus der normalen Regeldokumentation ergibt und automatisiert abläuft." (Ahrens, 2012, S. 396). Die PKMS-Dokumentation ergab sich in diesem Fall computergestützt und vollautomatisch aus der täglichen Routinedokumentation. Mittlerweile gibt es für solche Lösungsansätze mehrere Beispiele.

3.3 Adäquate Pflegeprozessdokumentation versus Bürokratie?

Ein ganz anderer Aspekt wurde noch nicht diskutiert und müsste, bevor eine Entscheidung darüber getroffen werden kann, den OPS 9-20 zu entfernen, zunächst untersucht werden. Welche Pflegeprozessdokumentation ist bei vulnerablen Patientengruppen erforderlich, um eine adäquate pflegerische Qualität und Kontinuität der Versorgung sicherzustellen?

Bei genauer pflegfachlicher Betrachtung wird deutlich, dass der PKMS mit seinen Handlungsgründen im Sinne einer Pflegeproblemidentifikation und der Aufforderung, pflegerische aktivierend-therapeutische Handlungskonzepte zu operationalisieren, ausschließlich die Mindestanforderung an eine adäquate Pflegeprozessdokumentation fordert.

Eine zielführende Pflegeprozessdokumentation beinhaltet beispielsweise, dass bei einem Patienten mit einer Schluckstörung nicht ohne weitere Abklärung die Nahrung verabreicht wird, sondern es wird eine differenzierte Analyse, welche Art der Schluckstörung vorliegt, gefordert (evtl. auch interdisziplinär angelegt) und eine Konkretisierung, welche Pflegemaßnahme sinnvollerweise durchgeführt wird. Würde also eine Mitarbeiterin ihre Analyseergebnisse z. B. wie folgt dokumentieren, wäre dieses eine Mindestanforderung einer pflegfachlichen Dokumentation:

- „Pat. hat eine Schluckstörung infolge einer Halbseitenlähmung des Ösophagus nach Schlaganfall, gekennzeichnet durch „Steckenbleiben“ fester Nahrungsbestandteile im Schlund“

und die Pflegemaßnahme

- „bei der Nahrungsverabreichung feste Speisen und Flüssigkeiten abwechseln und zum kraftvollen Schlucken auffordern“

Diese pflegfachliche Mindestanforderung ist auch das, was von Seiten der Dokumentation des PKMS gefordert wird. Wird die Leistungserbringung 4 x täglich quittiert, können für den Leistungsbereich Ernährung 4 Aufwandspunkte im PKMS berechnet werden.

Ein gravierendes und durch den Referentenentwurf erneut an Brisanz gewinnendes Problem ist, dass über Jahrzehnte in den meisten Kliniken keine differenzierte Pflegeprozessdokumentation mehr umgesetzt wurde. Erst durch die PKMS-Einführung wurde dieses Defizit sichtbar, ebenso die damit verbundenen Qualitätsmängel in der Patientenversorgung. So schreiben Loibl et al. 2013, dass der Stellenwert der Pflegeprozessdokumentation durch den PKMS erhöht wurde (Loibl, Pröbstl, & Krug, 2013). Zahlreiche Fallanalysen wurden in den letzten Jahren veröffentlicht, welche auf Versorgungsdefizite Hinweise geben, welche erst im Rahmen der PKMS-Dokumentation/Begutachtung auffallen und somit Verbesserungsprozessen zugänglich werden (vgl. z.B. Braun & Wieteck, 2013).

Fazit

- Die Pflegeprozessdokumentation bei vulnerablen Patientengruppen ist weit weg von einer pflegfachlich akzeptablen Pflegedokumentation, welche Grundlage eines adäquaten Versorgungsprozesses darstellt. Der pflegediagnostische Prozess wird in den wenigsten Kliniken realisiert. PKMS hat hier einen entscheidenden Denkanstoß in vielen Kliniken gegeben.

4 Schlussgedanke

Wie eingangs in unseren Empfehlungen formuliert wurde, raten wir eindringlich davon ab, alle pflege-relevanten Aspekte aus dem G-DRG-System herauszulösen, sondern im Gegenteil einen Ausbau zu for-cieren und zukünftig weitere sinnvolle und auf Qualität ausgerichtete Indikatoren aufzunehmen. Über diesen Weg ist die Harmonisierung der pflegerischen Versorgungsqualität möglich. Der krankenhausi-dividuelle Pflegeerlöswert ist langfristig durch einen landes-/bundeseinheitlichen Pflegeerlöswert abzu-lösen. Diese Zielsetzung ist nur mit Pflegeindikatoren im G-DRG-System denkbar.

Ebenso sind Indikatoren im ICD-10 und OPS bedeutend, welche z. B. den Patientenzustand auf pflege-rischer Sicht beschreiben um zum einen zu korrekten Entscheidungen im pflegerischen Entscheidungs-findungsprozess zu kommen, und zum anderen, um die Daten im Bereich der Pflegepersonaldiskussion zu nutzen.

Die Fachgesellschaft Profession Pflege hat diesbezüglich zwei verfolgenswerte Anträge in das Vor-schlagsverfahren des DIMDI eingebracht (siehe 3.1.2).

Auch ist zu berücksichtigen, dass viele Kliniken im Kontext der PKMS-Kodierung bzw. der fallbezogenen Qualitätsentwicklung explizit ausgewiesene Stellen aufgebaut haben. Diese haben sich als hochattraktiv für Pflegende mit dem Wunsch der Weiterentwicklung der Profession Pflege in deutschen Krankenhäu-tern erwiesen.

Eine Herauslösung von OPS-Schlüsseln basierend vornehmlich auf subjektiven Empfindungen der Pfl-egepraxis und/oder auch der Zielsetzung, das Versorgungsgeschehen intransparent zu halten, ist vor dem Hintergrund der beschriebenen positiven Effekte nicht zu empfehlen.

5 Empfehlungen für den Referentenentwurf

5.1 §9 nach Nummer 7 9. Aufzählungspunkt nicht einfügen/streichen

9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2020 umsetzen.“

5.2 Aufnahme (6) zu § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

Die Verhandlungen des krankenhausesindividuellen Pflegebudgets soll bis 2025 in einen Landes-/Bundesbasisfallwert Pflege überführt werden, welcher zur Vergütung des pflegerischen Leistungsgeschehens basierend auf dem Bewertungsrelationskatalog des InEK genutzt wird.

Literatur

- AGKAMED AG OPS 9-20.** (2013). PKMS-Dokumentation, Dokumentationsverhalten und Dokumentations-MEHR-aufwand, Umfrageergebnisse zum Dokumentationsaufwand und dem Dokumentationsverhalten in Krankenhäusern,. Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Pelchen-et-al-Dokumentationsaufwand-2013.pdf> (Accessed: 01.07.2018).
- Ahrens, A.** (2012). PKMS-Einführung: Kein Mehraufwand nötig! *Die Schwester / Der Pfleger*, 51(4), pp. 394-397.
- Balling, S.** (2018). SPD für Selbstkostendeckungsprinzip und Personalbemessung. *Pflege im Krankenhaus*, 16.04.2018. Retrieved from <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/35067-spd-fuer-selbstkostendeckungsprinzip-und-personalbemessung/> (Accessed: 07.05.2018).
- Braun, M. & Wieteck, P.** (Eds.). (2013). *PKMS-Begutachtung, Erkenntnisse aus Prüfungen des OPS 9-20 durch den MDK* (Vol. 1. Auflage). Kassel: Recom GmbH & CoKG.
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2018). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz - PpSG). Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf (Accessed: 01.07.2018).
- Claudius, D.** (2013). Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH - Einführung der PKMS-Dokumentation. In P. Wieteck (Ed.), *Handbuch 2013 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (4 ed.). Kassel: RECOM, pp. 200-203.
- Endres, H. & Földner, J.-U.** (2017). PKMS-Benchmarking und Förderung der PKMS-Erfassung Best-Practice-Ansatz bei der Rhön Klinikum AG. In P. Wieteck et al. (Eds.), *Handbuch 2017 für PKMS und OPS 9-20. Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege* (8. ed.). Kassel: RECOM, pp. 475 Seiten.
- Lenkeit, S.** (2015). Erfahrungsbericht 2014 SRH Wald-Klinikum Gera. In P. Wieteck et al. (Eds.), *Handbuch 2015 für PKMS: Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (pp. 354-357). Kassel: RECOM. Retrieved (Accessed).
- Loibl, A., Pröbstl, A., & Krug, M.** (2013). Erfahrungsbericht Universitätsklinikum Bonn: von der Theorie in die Praxis - Die Implementierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) am UK Bonn. In P. Wieteck (Ed.), *Handbuch 2013 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten*. Kassel: RECOM. Retrieved (Accessed).
- Müller, J.** (2017). *PKMS und OPS 9-20 aus Sicht der Anwender*. (Grads Bachelor of Arts (B.A.)), Akkon Hochschule für Humanwissenschaften, Berlin.
- Plenge, R. & Eicken, M. v.** (2016). Erfahrungsbericht PKMS im Kath. Klinikum Bochum 2015. In P. Wieteck et al. (Eds.), *Handbuch 2016 für PKMS und OPS 9-20: Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege* (7 ed.). Kassel: RECOM, pp. 452 Seiten.
- Schmidpeter, I., Peters, L., & Wieteck, P.** (2013). Ausufernd - oder halb so Wild? PKMS-Dokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 52(9), pp. 912-915.
- Schuh, B. et al.** (2016, 17. November 2016). *PKMS_Benchmark Rheinland-Pfalz und Saarland*.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.