

Positionspapier des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

„Pflegerische Leistungen im G-DRG System“

Der Patient steht im Mittelpunkt eines berufsgruppenübergreifenden Handelns. Die hierfür erforderlichen finanziellen Ressourcen der Patientenversorgung müssen durch die Vergütungssystematik gewährleistet werden. Mit Blick auf die Entwicklungen seit Einführung des G-DRG-Systems und unter Berücksichtigung der Erfahrungen seit Einführung der Pflegekomplexmaßnahmen Scores (PKMS) ist aus Sicht des DPR folgendes feststellen:

- Pflegerische Leistungen sind fester Bestandteil der Versorgung und Vergütung im Gesundheitssystem, sie bilden sich aber nur bedingt in der Ressourcenzuweisung innerhalb der einzelnen Kliniken ab.
- Eine umfassende pflegerische Dokumentation ist unabdingbar für die Erlössicherung - auch außerhalb des OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege von Patienten.
- Eine Verbesserung der Abbildungsmöglichkeiten pflegerischer Leistungen im DRG-System ist erforderlich.
- Die Abbildung von komplexen pflegerischen Leistungen über PKMS ist unzureichend und umfasst nur einen Teil des pflegerischen Handlungsspektrums.
- Inwieweit der Ansatz, Mittel aus dem Krankenhausbudget in Bereiche mit Patienten, die in der pflegerischen Versorgung hochaufwendig sind, zielführend ist, bleibt zumindest zu hinterfragen, denn das DRG System sieht nicht vor, innerhalb des Budgets einzelnen Berufsgruppen gezielt Erlöse zuzuweisen

Die Überführung des PKMS in eine systemkonforme Abbildung hochaufwendiger pflegerischer Leistungen unter Beachtung funktioneller bzw. kognitiver Beeinträchtigungen der Patienten sowie unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen der pflegerischen Behandlungsbeteiligung ist dringend erforderlich.

- Für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems befürworten wir Lösungen, die vorhandene Abbildungsmöglichkeiten berücksichtigen und optimieren.
- Hierbei muss der Differenzierungsgrad der Leistungsabbildung praktikabel sein, um überzogene Anforderungen an die Leistungsdokumentation zu verhindern.
- Anstatt eines eigenen „Pflegekomplexmaßnahmen Scores“ für Spezielle Pflege (S-Bereich der PPR) sollte eine mehrstufige Weiterentwicklung der bisherigen Behandlungspflegerischen Maßnahmen der PPR erfolgen.
- Sollte der PKMS ausschließlich als Umverteilungsinstrument verwendet werden, würde dies nicht der ursprünglichen Intention des Pflegestellenförderprogramms entsprechen.

Der PKMS in seiner gültigen Version ist hinsichtlich der Identifikation hochaufwendiger Pflegeleistungen nicht geprüft und daher nicht für die angestrebte Verteilung finanzieller Mittel geeignet. Der Schaffung des PKMS lag ursprünglich die Absicherung von mehr Pflegefachpersonalstellen zu Grunde um einem weiteren Personalabbau entgegenzuwirken und Stellen neu zu schaffen und zu finanzieren. In einem ersten Schritt gab es dazu ein dreijähriges Stellenförderprogramm. Die Politik ist der Auffassung, dass mit dem PKMS die Nachhaltigkeit des Förderprogramms gesichert ist. Dem ist aus Sicht des DPR zu widersprechen. Es gilt, weiterhin nach Wegen zu suchen, die einerseits die Abbildung der pflegerischen Leistungen in der Versorgung von Patient/innen im Krankenhaus optimieren, aber zugleich dafür Sorge tragen, dass die dafür erforderliche Personalausstattung auch vorgehalten wird.

Alternative Lösungsvorschläge

Der Lenkungsausschuss DRG und Pflege hat in das Vorschlagsverfahren 2013 bereits die folgenden alternativen Lösungswege aufgezeigt und mit Vertretern des InEK bzw. DIMDI kommuniziert.

Ergänzung S-Bereich der PPR einschließlich Definition PPR S4

Entwicklungsschritt 1: Ergänzungen von Tätigkeiten im Bereich der Speziellen Pflege (S-Bereich der PRR, Behandlungspflege)

Die Spezielle Pflege umfasst 10 Leistungsbereiche, die Tätigkeitsarten beinhalten, die sich auf

Diagnostik, Therapie und Unterstützung bei der Behandlung beziehen:

- Vitalzeichenkontrolle und begleitendes Beobachten des Patienten (ohne Aufnahmeuntersuchung)
- Teilnahme an ärztlichen Visiten
- Leistungen im Zusammenhang mit Eingriffen und Maßnahmen des Arztes
- Leistungen im Zusammenhang mit Arzneimittelgabe
- Gewinnung von Untersuchungsmaterial
- Pflorgetechnische Leistungen
- Äußere Anwendungen
- Vor- und Nachbereitung des Patienten
- Patiententransporte
- Anfordern von diagnostischen und therapeutischen Leistungen

Um dem zunehmenden Leistungsspektrum der pflegerischen Tätigkeiten besser gerecht zu werden, sollte über eine Ergänzung von Tätigkeitsprofilen der bisherigen S1-S3 Merkmale diskutiert werden. Eine Grundlage hierfür könnte z.B. die Aufstellung in der "Ampelrichtlinie" ärztlich delegierter Tätigkeiten im VPU Leitfadens zur "Übernahme ärztlicher Tätigkeiten - Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten (Eigenverlag VPU von 2007) sein, auszugsweise in folgender Liste dargestellt:

- Übernahme der Anlage eines peripheren venösen Zuganges
- Übernahme der intermittierenden Katheterisierung
- Nierenersatztherapie: Überwachung und selbstständige Anpassung der Geräteeinstellung im Toleranzbereich
- Anlage eines Gipsverbandes
- Anlegen und Schreiben von EKG/Langzeit-EKG
- Anlegen und Entfernen (Extraktion) der Heparinblockung eines Portkatheters oder eines ZVK
- Wechsel einer Trachealkanüle
- Anlage einer Saugdrainage

Entwicklungsschritt 2: Definition PPR-S4

Das Einstufungsschema für den S-Bereich im Buch von Zerbe/Heisterkamp bezieht sich ausschließlich auf die folgenden drei Bereiche:

- Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasiven Maßnahmen, akuten Krankheitsphasen
- Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung
- Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung

Aufbauend auf bisherige PPRS3- Definition *"Eine Zuordnung zu der Pflegestufe S3 erfolgt, wenn mind. ein Einordnungsmerkmal aus S3 zutrifft."* wäre bspw. eine Neudefinition für PPRS4 wie folgt möglich:

"Eine Zuordnung zu der Pflegestufe S4 erfolgt, wenn mind. 2 Einordnungsmerkmale aus S3 der drei Bereiche Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasiven Maßnahmen, akuten Krankheitsphasen, Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung, Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung zutreffen."

Entwicklungsrichtung 2: Fachspezifische Gewichtung der PPR-Minutenwerte

Ohne die Gesamtsystematik der PPR zu verändern aber eine Anpassung zu ermöglichen, könnte die PPR um spezifische Gewichtungsfaktoren ergänzt werden, die Aufwende für spezielle Patientengruppen, bspw. mit onkologischen oder neurologischen Erkrankungen ausweisen. Erste Untersuchungen mit sehr begrenzten Datensätzen zeigen das Potential solcher Lösungen: Aufwertung des in der PPR vorgesehenen pflegerischen Aufwandes durch Faktoren für unterschiedliche Fachgebiete, bspw. Faktor Onkologie PPR x 1,4. Neuanpassung der Pflegestufen, bzgl. der Zeitbemessung, der Leistungsbereiche & -zuschreibung und der Regelung der Wechsel zwischen den Stufen.

Ablösung PKMS – Neudefinition PPRA4

Analog zur Darstellung der Definition einer neuen S4-Stufe ist unter Verzicht auf den PKMS auch eine Neudefinition für die PPRA4-Stufe denkbar, aufbauend auf bisherige PPRA3- Definition

„Bei Vorliegen von mind. zwei Einordnungsmerkmalen aus A3 in zwei verschiedenen Leistungsbereichen ist der Patient dieser Stufe zuzuordnen“ könnte die Neudefinition für PPRA4 wie folgt gestaltet werden:

„Bei Vorliegen von mind. zwei (oder drei?) Einordnungsmerkmalen aus A3 in den vier verschiedenen Leistungsbereichen (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Lagerung) ist der Patient der Stufe A4 zuzuordnen.“

Beide Entwicklungsrichtungen sind kurzfristig durch die Definition neuer OPS-Ziffern, Ergänzung vorhandener OPS-Ziffern bzw. Prüfung bereits bestehender OPS-Ziffern hinsichtlich einer möglichen Erlösrelevanz zu ergänzen, Themengebiete könnten hier bspw. sein: Wundversorgung, Lagerungsbehandlung, Gipsverbände, Durchführung von Assessments. Mittel- bis langfristig ist die Integration pflegerischer Leistungsabbildung in die Definition der DRGs anzustreben, um eine sachgerechte Abbildung und Vergütung pflegerischer Leistungen im DRG-System weiter auszubauen.

Somit wäre auch weiterhin der Auftrag des Gesetzgebers - ¹⁴*Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.* - erfüllt

Warum ist dieser Schritt notwendig

Mit dem PKMS wurde ein hochkomplexes, mehrdimensionales Instrument entwickelt. Es besteht aus einem zustandsbezogenem Indikator (Gründe für hochaufwendige Pflege) verknüpft mit einem handlungsbezogenen Indikator (Pflegeinterventionen). In diese integriert sind wiederum weitere Bezugsebenen in Form von sog. Erschwernisfaktoren, Kennzeichen, Häufigkeitsangaben, Anforderungen an Qualitätsstandards etc. In der Systematik des PKMS dienen die Gründe mit den entsprechenden Indikatoren als „Assessment“ zur Identifikation von Patientengruppen, für die bestimmte Maßnahmen besonders aufwendig sind. An den PKMS wurden in der Entwicklung aber keine methodischen Standards, die für die Entwicklung eines Assessmentinstrumentes, bspw. hinsichtlich Validität und Reliabilität – notwendig sind berücksichtigt. Dies führt in der Praxis zu den Bekannten Abgrenzungsproblemen und Einordnungsproblemen bei unterschiedlichen Nutzern. Insgesamt bleibt äußerst fraglich, wenn man die langwierigen Entwicklungen und Einschränkung bei der Nutzung eines Instrumentes wie den Functional Independence Measure (FIM) betrachtet, ob diese patientengruppenübergreifende Einsatzfähigkeit eines solchen Assessments überhaupt eine realistische Anforderung war.

Der PKMS stellt ein „integratives Gesamtkonzept“ dar. Zum einen wird über den PKMS der OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege angesteuert, zum anderen wird über den PKMS die PPR-A4 Stufe definiert. Es wird also über ein und dasselbe Instrument sowohl die Kodierung einer Leistung als auch die Kalkulation dieser Leistung definiert. Es ist somit derzeit nicht möglich, weitere Leistungen einer hochaufwendigen Pflege (z.B. aktivierend-therapeutische Pflege), die nicht über den PKMS abbildbar sind, im System als diese zu erkennen.

Mit dem PKMS wurde ein Instrument entwickelt, welches es ermöglichen soll, Leistungen hochaufwendiger Pflege zu erfassen. Gleichzeitig wird dieses Instrument genutzt, um die bisherige PPR-Stufen A1-A3 zu ergänzen. Eine Anpassung der Minutenwerte für die Stufen A1-A3 erfolgte im Entwicklungsprozess der PPRA4-Stufe nicht. Dies führt dazu, dass es zu einer Abwertung der unteren Aufwandsstufen (A1-A3) kommt. Ein zweiter Effekt entsteht durch die fehlende Entwicklung der hochaufwändigen Behandlungspflege (S4 - in der Konstruktion der PPR).

Seit der Entwicklung der PPR hat sich besonders stark die Beteiligung der Pflege an der Behandlung verändert (vgl. Gutachten des SR (2007) oder Gutachten des DKI zur Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes). Die zunehmenden Leistungen der Pflege im S-Bereich der PPR (Spezielle Pflege) sollten somit eine verstärkte Berücksichtigung in der Leistungsabbildung finden. Hauptaugenmerk sollte darauf gerichtet sein, dass es nicht erneut zu einem hohen Schulungs- und Dokumentationsaufwand kommt, wie dies im Zusammenhang mit PKMS zu beobachten ist.

Für die Abstimmung der Weiterentwicklung der PPR wäre es aus Sicht des DPR sinnvoll, die Arbeit der AG PPR der Unterarbeitsgruppe der Pflegegipfel 2008 fortzusetzen.

Berlin, im September 2012



Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerates

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt-Moabit 91
10559 Berlin