Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

**Kongress Pflege 2016**

***23. Januar 2016 | Berlin***

# Perspektiven zur Weiterentwicklung des DRG-Systems

**Dr. Patrick Jahn & Dipl. Med. Inf. Anke Wittrich**

*DPR Fachkommission DRG*

# COI – Statement

**1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition**
keine

**2. Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit**
keine

**3. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds**
keiner

**4. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz**
keine

**5. Honorare**
keine

**6. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen**
keine

**7. Andere finanzielle Beziehungen**
keine

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# Arbeitsstruktur

**Pflege war, ist und bleibt ein wesentlicher Teil der Leistungserbringung und -vergütung im Krankenhaus**

**… dennoch ist es erforderlich die Abbildung des Pflegeaufwands zu verbessern!**

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# Krankenhauspersonal

| | Beschäftige insgesamt* (in VK) | dar. Ärzte (in VK) | dar. Pflegedienst (in VK) |
|---|---|---|---|
| 2000 | 834.585 | 108.696 | 332.269 |
| 2001 | 832.530 | 110.152 | 331.472 |
| 2002 | 833.541 | 112.763 | 327.384 |
| 2003 | 823.939 | 114.105 | 320.158 |
| 2004 | 805.988 | 117.681 | 309.510 |
| 2005 | 796.097 | 121.610 | 302.346 |
| 2006 | 791.914 | 123.715 | 299.328 |
| 2007 | 792.299 | 126.000 | 298.325 |
| 2008 | 797.554 | 128.117 | 300.417 |
| 2009 | 807.875 | 131.227 | 303.656 |
| 2010 | 811.729 | 134.079 | 304.708 |
| 2011 | 825.654 | 138.955 | 310.817 |
| **2012** | **837.754** | **142.874** | **313.478** |

I/Gü 3. Februar 2014

*Quelle: DKG/destatis*

** Ohne nichthauptamtliche Ärzte/Zahnärzte und ohne Personal in Ausbildungsstätten*

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# Krankenhauspersonal

| | Beschäftige insgesamt* (in VK) | dar. Ärzte (in VK) | dar. Pflegedienst (in VK) |
|---|---|---|---|
| 2000 | 834.585 | 108.696 | 332.269 |
| 2001 | 832.530 | 110.152 | 331.472 |
| 2002 | 833.541 | 112.763 | 327.384 |
| 2003 | 823.939 | 114.105 | 320.158 |
| 2004 | 805.988 | 117.681 | 309.510 |
| 2005 | 796.097 | 121.610 | 302.346 |
| 2006 | 791.914 | 123.715 | 299.328 |
| 2007 | 792.299 | 126.000 | 298.325 |
| 2008 | 797.554 | 128.117 | 300.417 |
| 2009 | 807.875 | 131.227 | 303.656 |
| 2010 | 811.729 | 134.079 | 304.708 |
| 2011 | 825.654 | 138.955 | 310.817 |
| **2012** | **837.754** | **142.874** | **313.478** |

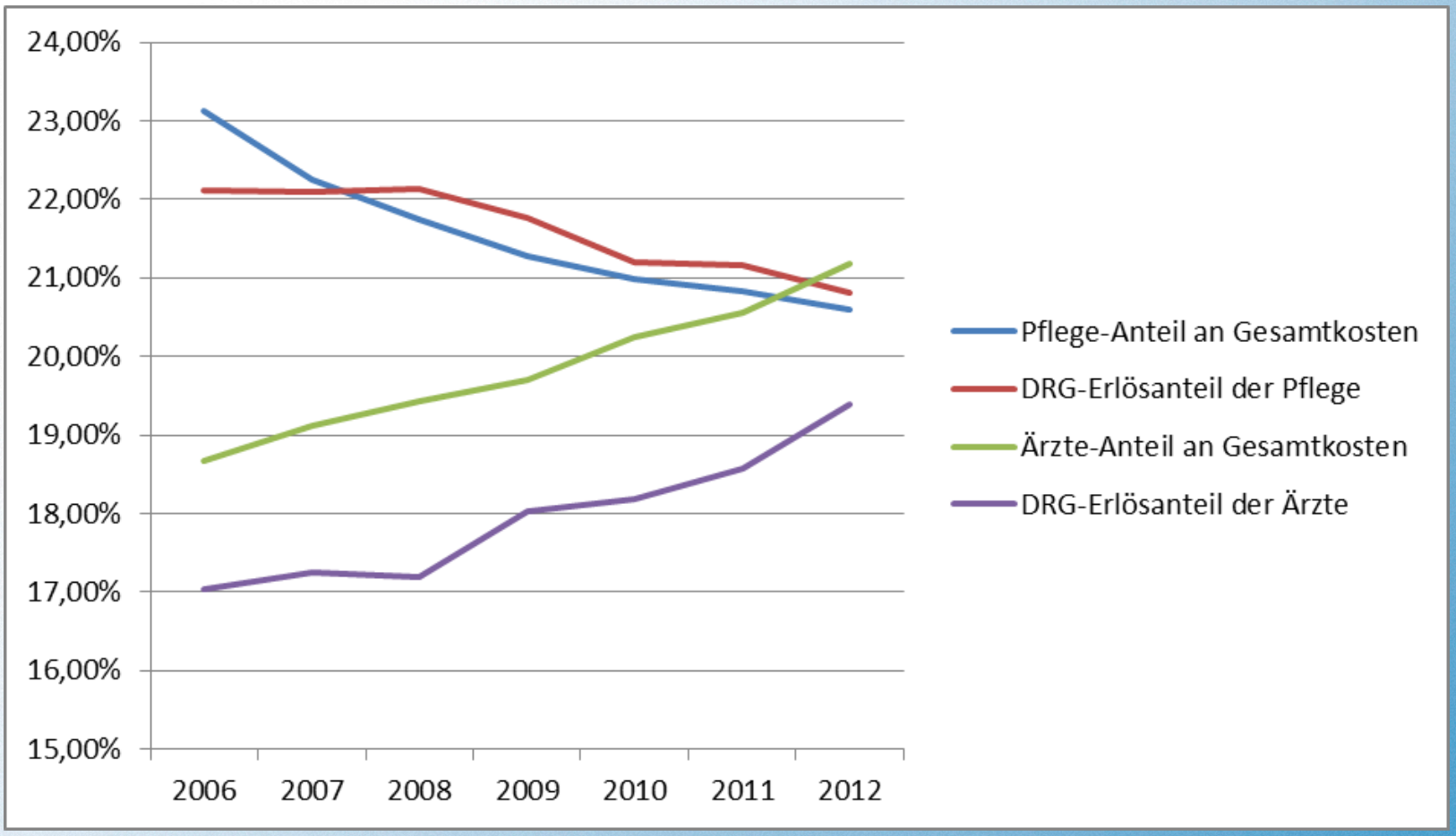
I/Gü 3. Februar 2014

*Quelle: DKG/destatis*

** Ohne nichthauptamtliche Ärzte/Zahnärzte und ohne Personal in Ausbildungsstätten*

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# Entwicklung der Kostenanteile PD und ÄD




*(Quelle: IBES-Institut)*

# Krankenhausstrukturgesetz

## Pflegestellen-Förderprogramm und Pflegezuschlag

*http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bt-23-lesung.html*

# Krankenhausstrukturgesetz

## Pflegestellen-Förderprogramm und Pflegezuschlag

Die **Schwerpunkte** des Gesetzes, **u.a**.:

Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.
Der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflege-ausstattung vorzuhalten.

Eine bereits eingerichtete **Expertenkommission** aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein **erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten** und der **allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern** sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

# Krankenhausstrukturgesetz

## Pflegestellen-Förderprogramm und Pflegezuschlag

Die **Schwerpunkte** des Gesetzes, **u.a**.:

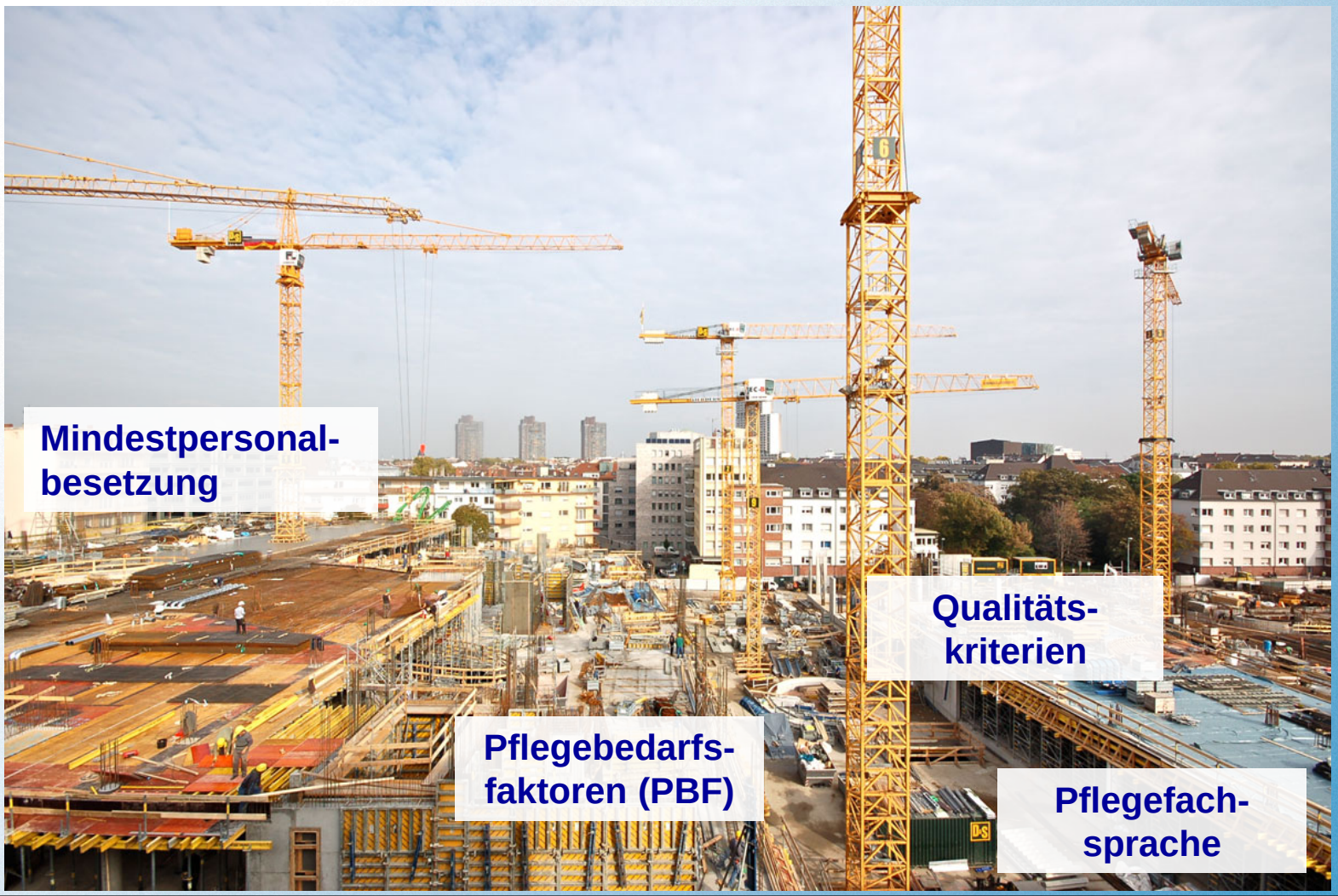
Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.
Der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflege-ausstattung vorzuhalten.

Eine bereits eingerichtete **Expertenkommission** aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein **erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten** und der **allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern** sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

# Es wird gebaut!

Quelle: www.q6q7.de

# Es wird gebaut!




Quelle: www.q6q7.de

# Es wird gebaut!

Quelle: www.q6q7.de

# Holzemer's Outcomes Model for Health Care Research

- **Strukturen beeinflussen den Pflegeprozess und führen zu unterschiedlichen Outcomes.**
- **Die Strukturen- Prozesse und Outcomes sind dabei Patienten, Personal oder Systembezogen.**

# Bauplan - Theoretischer Rahmen

## Holzemer's Outcomes Model for Health Care Research

| | Struktur | Prozess | Ergebnis |
|---|---|---|---|
| Patient | • Funktionseinschränkung (motorisch, kognitiv)<br>• Akutheit<br>• Pflegebedürftigkeit (NBA) | | • Mortalität<br>• Failure-to-rescue = Tod eines Patienten in Folge einer unerwarteten Komplikation<br>• Morbidität (bspw. Infektion, Dekubitus) |
| Pflege-fachkraft | • Fähigkeiten,<br>• Ausbildung (Fachsprache),<br>• Weiterbildung, | • Pflegemodell<br>• Indirekte Pflege:<br>– Kommunikation<br>– Mentoring/Supervision<br>– Management | • Burnout<br>• Fluktuation<br>• Rückzug/Teilzeit<br>• Zufriedenheit<br>• Wachsamkeit |
| Einrichtung | • Stationsgröße<br>• Unterstützungssysteme | • Arbeitsumgebung<br>• Verweildauer der Patienten | • Effizienz<br>• Anzahl der Behandlungsfälle |
| System | • Versorgungsart (Setting),<br>• Besetzungs-empfehlungen<br>• Betreuungsfestsetzungen / Patienten je Pflegekraft | • Empfehlungen der Fachverbände<br>• Gesundheitspolitische Entscheidungsgremien | • Kosten |

# Bauplan - Theoretischer Rahmen

## Holzemer's Outcomes Model for Health Care Research

| | Struktur | Prozess | Ergebnis |
|---|---|---|---|
| Patient | • Funktionseinschränkung (motorisch, kognitiv)<br>• Akutheit<br>• Pflegebedürftigkeit (NBA) | PBF | • Mortalität<br>• Failure-to-rescue = Tod eines Patienten in Folge einer unerwarteten Komplikation<br>• Morbidität (bspw. Infektion, Dekubitus) |
| Pflege-fachkraft | • Fähigkeiten/Fertigkeiten,<br>• Ausbildung,<br>• Weiterbildung, | • Pflegemodell<br>• Indirekte Pflege:<br>– Kommunikation<br>– Mentoring/Supervision<br>– Management | • Burnout<br>• Fluktuation<br>• Rückzug/Teilzeit<br>• Zufriedenheit<br>• Wachsamkeit |
| Einrichtung | • Stationsgröße<br>• Unterstützungssysteme | • Arbeitsumgebung<br>• Verweildauer der Patienten | • Effizienz<br>• Anzahl der Behandlungsfälle |
| System | • Versorgungsart (Setting),<br>• Besetzungsempfehlungen<br>• Betreuungsfestsetzungen/ Patienten je Pflegekraft | • Empfehlungen der Fachverbände<br>• Gesundheitspolitische Entscheidungsgremien | • Kosten |

# Bauplan - Theoretischer Rahmen

## Holzemer's Outcomes Model for Health Care Research

| | Struktur | Prozess | Ergebnis |
|---|---|---|---|
| Patient | • Funktionseinschränkung (motorisch, kognitiv)<br>• Akutheit<br>• Pflegebedürftigkeit (NBA) | | • Mortalität<br>• Failure-to-rescue = Tod eines Patienten in Folge einer unerwarteten Komplikation<br>• Morbidität (bspw. Infektion, Dekubitus) |
| Pflege-fachkraft | • Fähigkeiten/Fertigk<br>• Ausbildung,<br>• Weiterbildung, | vision | • Burnout<br>• Fluktuation<br>• Rückzug/Teilzeit<br>• Zufriedenheit<br>• Wachsamkeit |
| Einrichtung | • Stationsgröße<br>• Unterstützungssysteme | • Arbeitsumgebung<br>• Verweildauer der Patienten | • Effizienz<br>• Anzahl der Behandlungsfälle |
| System | • Versorgungsart (Setting),<br>• Besetzungsempfehlungen<br>• Betreuungsfestsetzungen/ Patienten je Pflegekraft | • Empfehlungen der Fachverbände<br>• Gesundheitspolitische Entscheidungsgremien | • Kosten |

PBF

Qualitätskriterien

Pflegefachsprache

# Bauplan - Theoretischer Rahmen

## Holzemer's Outcomes Model for Health Care Research

| | Struktur | Prozess | Ergebnis |
|---|---|---|---|
| Patient | • Funktionseinschränkung (motorisch, kognitiv)<br>• Akutheit<br>• Pflegebedürftigkeit (NBA) | | • Mortalität<br>• Failure-to-rescue = Tod eines Patienten in Folge einer unerwarteten Komplikation<br>• Morbidität (bspw. Infektion, Dekubitus) |
| Pflege-fachkraft | • Fähigkeiten/Fertigk<br>• Ausbildung,<br>• Weiterbildung, | vision | • Burnout<br>• Fluktuation<br>• Rückzug/Teilzeit<br>• Zufriedenheit<br>• Wachsamkeit |
| Einrichtung | • Stationsgröße<br>• Unterstützungssysteme | • Arbeitsumgebung<br>• Verweildauer der Patienten | • Effizienz<br>• Anzahl der Behandlungsfälle |
| System | • Versorgungsart (Setting),<br>• Besetzungsempfehlungen<br>• Betreuungsfestsetzungen, Patienten je Pflegekraft | • Empfehlungen der Entscheidungsgremien | • Kosten |

**PBF**

**Qualitätskriterien**

**Pflegefachsprache**

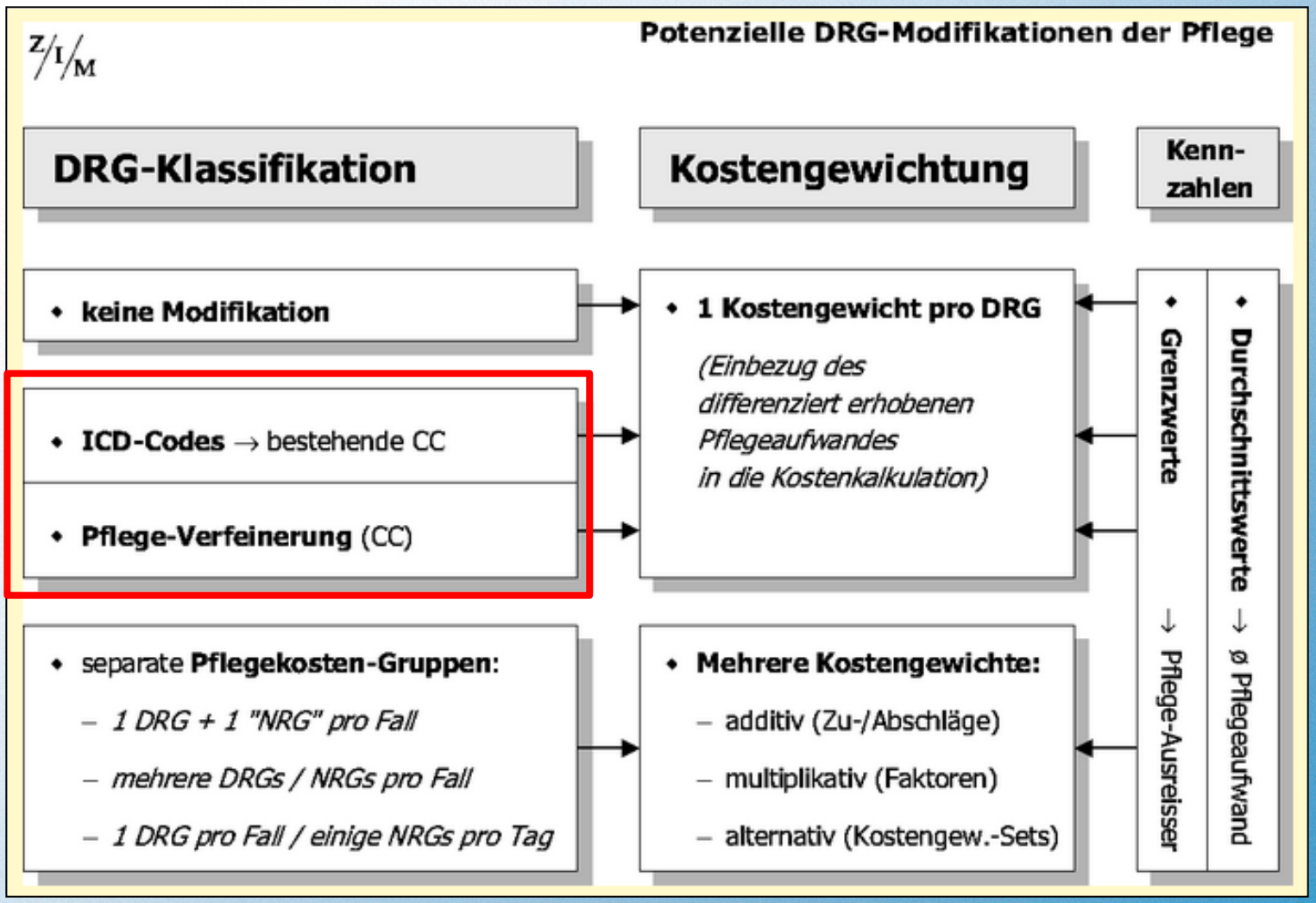
**Mindestpersonalbesetzung**

# Lösung muss verschiedene Ebenen haben?

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# Möglichkeiten der DRG-Modifikation nach Fischer (G-DRG/Pflege 2001)

**Pflege**
**Bedarfs**
**Faktoren**



# Warum eine Lösung innerhalb des DRG-Systems?

- Weil im Krankenhaus die Behandlung **berufsgruppen übergreifend** erfolgt.
- Für die passende Gruppierung eines Falles sind die Beschreibung der **Leistungen aller Prozessbeteiligten** notwendig.
- Die **ICD** (International Classification of Disease and other Health Related Problems) ist eine geeignetes Instrument zur Abbildung von Diagnosen und anderen gesundheitsbezogenen Problemen durch Ärzte, **Pflegekräfte** und andere…

# Welche Anforderungen sind zu stellen?

**Sie müssen:**

- Pflegeaufwand erklären können.
- möglichst unbürokratisch und wenig streitbehaftet sein.
- Keine Einzelleistungsdokumentation erzwingen.
- Dokumentationsaufwand nicht unnötig erhöhen.
- Auswirkungen auf Erlösverteilung entwickeln.

…. und somit letztendlich **bedarfsgerecht Pflege am Bett** sicher stellen.

## Pflegebedarfsfaktoren (PBF) …

- Bestimmen den **Umfang der zu leistenden pflegerischen Maßnahmen**
- Sind **Marker im DRG-System** (ICD-Diagnose, OPS oder Scores) auf Fallebene zur Erklärung von Kostenunterschieden bzgl. Pflegeleistungen
- Können über Einbindung in Definition von DRGs, Aufnahme in die CC-Matrix (Schweregradsteigerung) oder über Zusatzentgelte (ZE) zu einer **sachgerechteren Erlösverteilung** verwendet werden.

# Welche Faktoren bestimmen den Pflegebedarf?

## Pflegeaufwand / Erklärung von Pflegebedarf (ICF Code):

- Mentale Funktion
- Emotionale Funktion
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes
- Schmerz
- Mobilität
- sich waschen, seine Körperteile pflegen
- Funktionen der Haut
- Funktionen der Nahrungsaufnahme
- Funktion der Aufrechterhaltung des Körpergewichts
- Defäkationsfunktion
- Miktionsfunktion
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- Kommunikation
- Lernen und Wissensanwendung

(Kleinknecht et al. 2011)

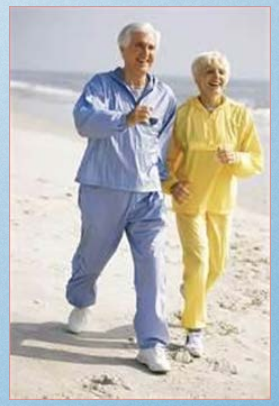
## ICD-10 U50 “Motorische Funktionseinschränkung”

**Funktionseinschränkung**
**(U50-U52)**

**U50.- Motorische Funktionseinschränkung**

***Hinw.:*** Einmalige Kodierung der motorischen Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabilitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure™).

| | |
|---|---|
| **U50.0-** | **Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung** |
| U50.00 | Barthel-Index: 100 Punkte |
| U50.01 | Motorischer FIM: 85-91 Punkte |
| **U50.1-** | **Leichte motorische Funktionseinschränkung** |
| U50.10 | Barthel-Index: 80-95 Punkte |
| U50.11 | Motorischer FIM: 69-84 Punkte |
| **U50.2-** | **Mittlere motorische Funktionseinschränkung** |
| U50.20 | Barthel-Index: 60-75 Punkte |
| U50.21 | Motorischer FIM: 59-68 Punkte |
| **U50.3-** | **Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung** |
| U50.30 | Barthel-Index: 40-55 Punkte |
| U50.31 | Motorischer FIM: 43-58 Punkte |
| **U50.4-** | **Schwere motorische Funktionseinschränkung** |
| U50.40 | Barthel-Index: 20-35 Punkte |
| U50.41 | Motorischer FIM: 31-42 Punkte |
| **U50.5-** | **Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung** |
| U50.50 | Barthel-Index: 0-15 Punkte |
| U50.51 | Motorischer FIM: 13-30 Punkte |



Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# B44 Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems (2014!)

| | **GFK + Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls** |
|---|---|
| B44A | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems **mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung**, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |
| B44C | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems **ohne schwere motorische Funktionseinschränkung**, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |

| | **GFK ohne Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls** |
|---|---|
| B44B | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems **mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung**, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |
| B44D | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems **ohne schwere motorische Funktionseinschränkung**, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |

# B44 Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems (2014!)

## Personalkosten Normalstation

| | B44A | B44C | Diff. Abs. |
|---|---|---|---|
| **Ärztlicher Dienst** | 976,90 | 943,00 | 33,90 |
| **Pflegedienst** | 2.218,20 | 1.725,60 | 492,60 |
| **med./techn. Dienst** | 106,70 | 142,50 | -35,80 |

| | B44B | B44D | Diff. Abs. |
|---|---|---|---|
| **Ärztlicher Dienst** | 835,20 | 733,90 | 101,30 |
| **Pflegedienst** | 1.895,60 | 1.388,50 | 507,10 |
| **med./techn. Dienst** | 62,00 | 52,80 | 9,20 |

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# B44 Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems (2014!)

## Personalkosten Normalstation

| | B44A | B44C | Diff. Abs. |
|---|---|---|---|
| Ärztlicher Dienst | 976,90 | 943,00 | 33,90 |
| **Pflegedienst** | 2.218,20 | 1.725,60 | 492,60 |
| med./techn. Dienst | 106,70 | 142,50 | -35,80 |

| | B44B | B44D | Diff. Abs. |
|---|---|---|---|
| Ärztlicher Dienst | 835,20 | 733,90 | 101,30 |
| **Pflegedienst** | 1.895,60 | 1.388,50 | 507,10 |
| med./techn. Dienst | 62,00 | 52,80 | 9,20 |

# Neue OPS 2016

## 9-984 Pflegebedürftigkeit

Hinw.:

Dieser Kode ist für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einer Pflegestufe zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes die Pflegestufe, ist der Kode für die höhere Pflegebe-dürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in eine Pflegestufe vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Kode 9-984.4 anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegender Pflegestufe beantragt, ist neben dem zutreffenden Kode aus 9-984.0 bis 9-984.3 und 9-984.5 zusätzlich der Kode 9-984.4 anzugeben

9-984.0 Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)

9-984.1 Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)

9-984.2 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)

9-984.3 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)

9-984.4 Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe

9-984.5 Pflegebedürftig nach Pflegestufe 0

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGBXI anzugeben

# Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

## Analysen

- In § 21-Daten im Datenjahr 2014 bei Erstanwendung des neu eingeführten Kodes vermutlich noch unvollständig erfasst
- Leistungsdefinition des OPS an Pflegestufe gebunden → „hartes Kriterium“
- Eher Patientenmerkmal („Patient ist pflegebedürftig“) als Leistungsbezeichnung („Patient erhält aufwendige Pflege an bestimmten Tagen“)
- Fälle (ab Pflegestufe II) mit regelhaft höheren durchschnittlichen Tageskosten in der Erwachsenenpsychiatrie

(InEK 2015)

# Ein Blick in‘s PEPP

## Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

Ergebnis für 2016

- Aufwertung der Fälle mit Pflegestufen II – III (H) in
  - PEPP PA15B (Gerontopsychiatrie)
  - PEPP PA04A (Affektive Störungen)
- Für die Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie bei geringer Fallzahl in 2016 (noch) keine Abbildung möglich

(InEK 2015)

# Klassische Pflegebereiche im ICD-Katalog (Auswahl)

## Körperpflege

| | | |
|---|---|---|
| Z74.1 | „Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege“ | ← kein CCL |

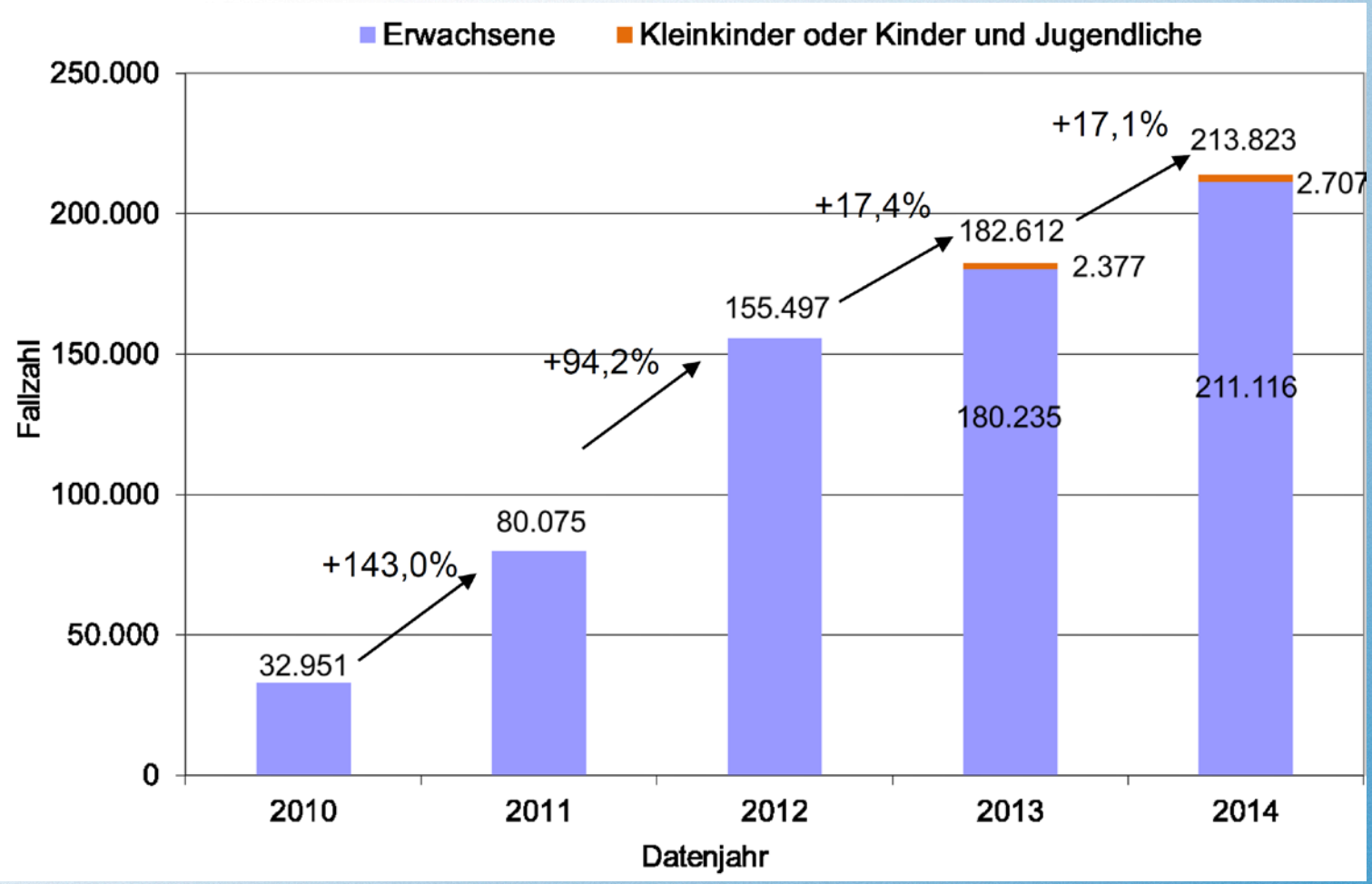
## Ernährung

| | | |
|---|---|---|
| E40-E46 | „Mangelernährung“ | ← CCL 2,3 |
| R64 | „Kachexie“ | ← CCL 1,2,3 |
| R63.0 | „Appetitlosigkeit“ | ← kein CCL |
| R63.3 | „Ernährungsprobleme, Nahrungsverweigerung“ | ← CCL 1,2 |
| R11 | „Übelkeit und Erbrechen“ | ← kein CCL |
| R13.0 | „Dysphagie, Beaufsichtigungspflicht“ | ← kein CCL |
| R13.1 | „Dysphagie, Tracheostoma“ | ← kein CCL |
| R13.9 | „Dysphagie, n.n.bez.“ | ← kein CCL |
| K12.3 | „Mukositis, oral“ | ← kein CCL |
| K91.2 | „Kurzdarmsyndrom“ | ← CCL 2,3 |
| Z43.1 | „Versorgung einer PEG“ | ← kein CCL |

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# Hochaufwendige Pflege Erwachsene

## Entwicklung Fallzahl § 21-Daten




(InEK 2015)

# Vorteile PBF

## Pflegebedarfsfaktor (PBF) …

- passend zur neuen Definition von Pflegebedürftigkeit (NBA)
  - Unterstützungsbedarf gemäß dem Patientenzustand (Grad der Selbstständigkeit) und nicht der Zeitbindung.

# Neuer „Pflegebedürftigkeitsbegriff“

## Neuer Maßstab für Pflegebedürftigkeit

→ Abhängigkeit von personeller Hilfe

→ nicht nur bei einigen Verrichtungen der Grundpflege

→ sondern in allen relevanten Bereiche der elementaren Lebensführung

Gemessen wird

→ Grad der Selbständigkeit statt Zeitaufwand

→ Keine Minutenzählerei mehr!

06. 11. 14 | 3 | Das Neue Begutachtungsassessment macht vieles einfacher, gerechter und besser

MDK

*(Gansweid 2014)*

# Vorteile PBF

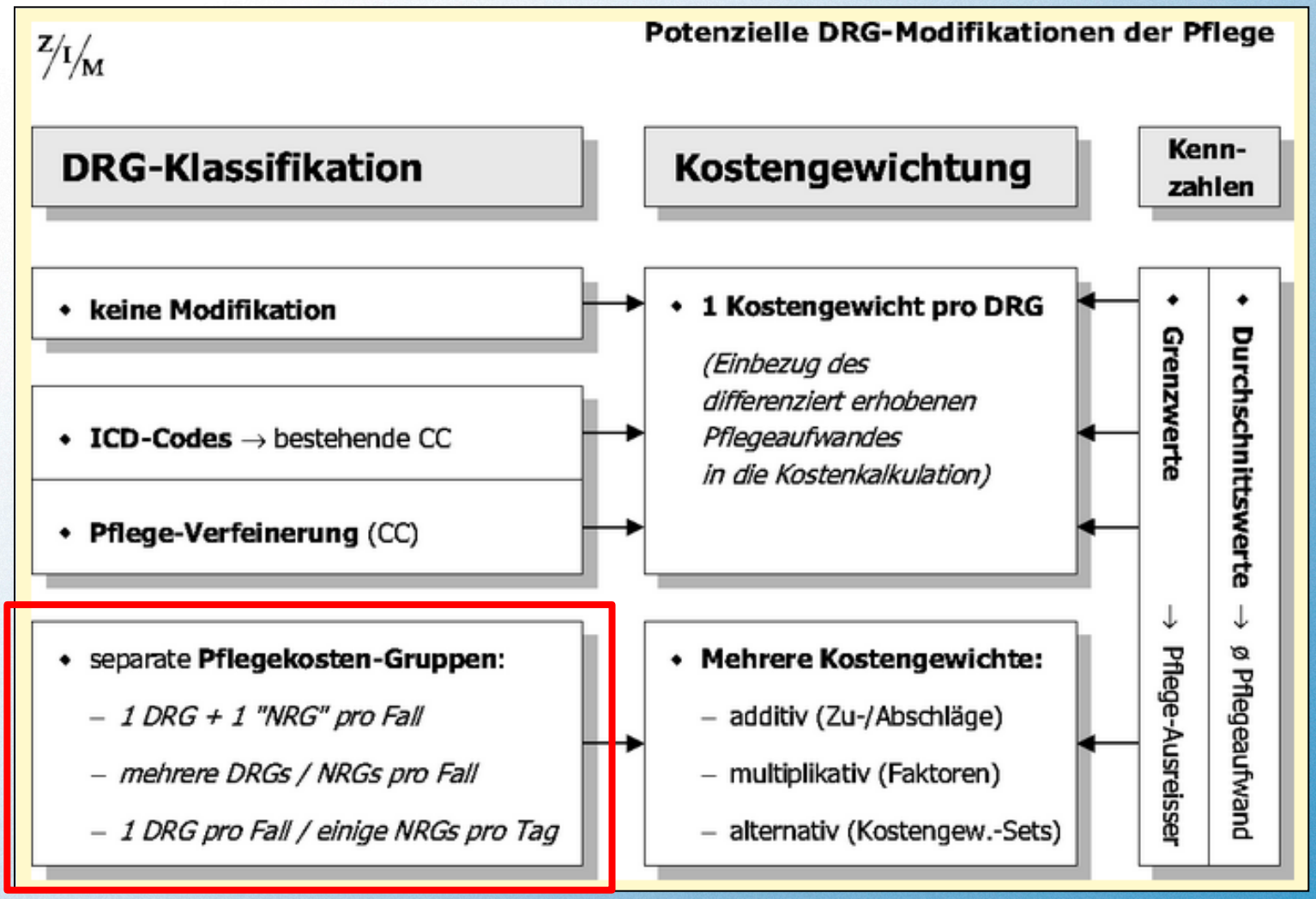
## Pflegebedarfsfaktor (PBF) …

- passend zur neuen Definition von **Pflegebedarf (NBA)**
  - Unterstützungsbedarf gemäß dem Patientenzustand und nicht Zeitbindung
- **Systemimmanente Lösung**. Bisherige Erfahrungen können bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems
  - Nebendiagnosen wie U51… sind bereits eingeführt.
  - raschere Einführung möglich
- anschlussfähig zu **Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren** auch aus Routinedaten, die auch auf standardisierte Assessments zurückgreifen für Ergebnisbeschreibung und auch Risikoadjustierung
- Nutzung von **Routinedaten** bedeutet auch weniger Dokumentations-aufwand und leistet einen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege

# Möglichkeiten der DRG-Modifikation nach Fischer (G-DRG/Pflege 2001)

**Pflege Bedarfs Faktoren**

**NRGs**



# NRGs

**Pflegediagnose**
**Grund/ Kennzeichen**

→

**Intervention**

→

**Qualitäts-indikator?**

(…) Ziel sollte es sein, das NRG-System zu entwickeln und die Finanzierung der Pflegeleistungen durch ein eigenes Kostengewicht zu steuern. Dieser Lösungsansatz wäre in mehrerlei Hinsicht eine nachhaltige Lösung zur adäquaten Personalberechnung und Professionalisierung der Pflegeberufe. Die Vergütung eines Hauses könnte somit über die DRGs und NRGs pro Fall geregelt werden. (…)

(…) Welches Klassifikationssystem hier genutzt werden sollte, ist noch offen und es ist zu empfehlen, auch das Leistungsgeschehen mit einzubeziehen. Da ein Zustand eines Patienten (abgebildet über Pflegediagnosen) noch nicht sicherstellt, dass der Pflegebedarf (erforderliche Pflegemaßnahmen) gedeckt wird. (…)

*(Quelle: AGKAMED 2014: 10)*

# NRGs

Assess-ment?

Assess-ment?

**Pflegediagnose**
Grund/ Kennzeichen

→ **Intervention**

→ **Qualitäts-indikator?**

**PKMS für Alle?!**

# Was sind NRGs?

## NRGs

Assess-ment? → Pflegediagnose (Grund/ Kennzeichen) ← Assess-ment?

→ Intervention → Qualitäts-indikator?

## PBF

**Assessment /** bspw. BI, FIM, MMSE, **ICD**
**OPS oder SCORS**

→ **Qualitäts-indikatorenset**
**Risikoadjustierung über Assessment**

# Fazit NRGs

**Pro:**

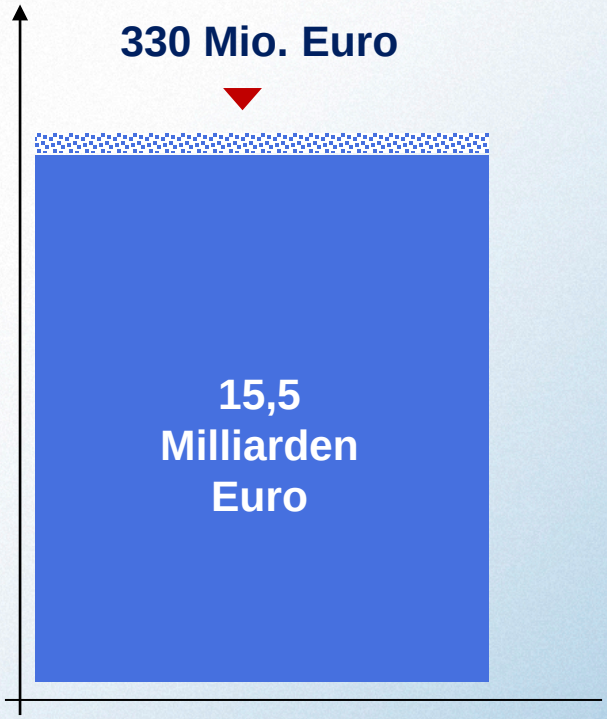
- Separate BWR – Pflegekosten einfacher zu berechnen

**Contra:**

- Systembruch
- Pflegekosten sind auch schon jetzt über InEK-Matrix zu bestimmen
- erheblicher Entwicklungs-/Weiterentwicklungs- und Pflegeaufwand
- weiter steigender Dokumentationsaufwand statt Entbürokratisierung in der Pflege
- Etablierung einer ausschließlichen Pflegefachsprache zur Fallkostenabbildung trägt nicht zu einer verbesserten interprofessionellen Kommunikation bei
- zwei verschiedene Diagnosesysteme stehen sich gegenüber → Auswirkung auf das Prüfverfahren
- aufwändige Umverteilung – nicht mehr Geld!

**… und tragen nicht zur Verbesserung der Personal-situation für die Kolleginnen im Krankenhaus bei!**

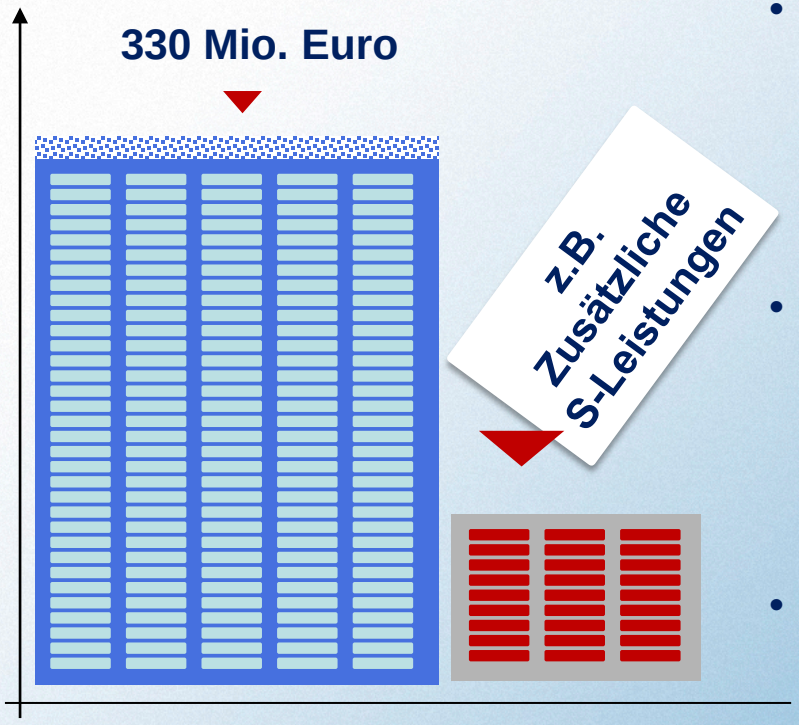
# Handlungsempfehlung




## 1. Anhebung des Budgets

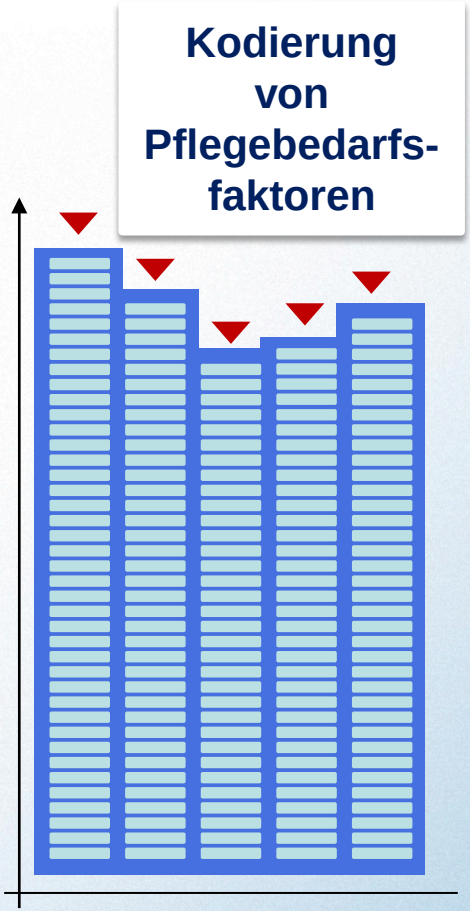
- Die eingestellte Budgeterhöhung sollte den Krankenhäusern über einen prozentualen Aufschlag auf die Kostengruppe 2 (Pflegedienst) der Kalkulationsmatrix zur Verfügung gestellt werden.
- Hierfür muss gemäß der Krankenhaus-Buchführungsverordnung das Krankenhaus in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern den Umfang der Personalkosten vereinbaren und durch unabhängigen Wirtschaftsprüfer die Verwendung bestätigen lassen.

# Handlungsempfehlung




## 2. Anpassung der Pflegepersonalregelung (PPR)

- Besonders bei der Beteiligung an der Behandlungspflege (PPR S- Bereich) hat sich seit 1995 das Leistungsspektrum der Pflege stark verändert. ▸ Anpassung S-Bereich durch eine Leistungsergänzung
- Eine Weiterentwicklung analog der PKMS-Logik wird vom Deutschen Pflegerat strikt abgelehnt, da keine zusätzliche wertvolle Personalzeit über die Dokumentation von Einzelleistungen gebunden werden darf.
- Die zur Verfügung stehende Zeit soll ganz der „Pflege am Bett“ zugutekommen und darf nicht zu einer „Pflege am Schreibtisch“ führen.




## 3. Pflegerische Leistungen besser abbilden

- Der Zustand des Patienten bestimmt den Pflegebedarf! Pflege erkennt Bedarf und handelt danach!
- In diesem Sinne lehnt der Deutsche Pflegerat eine separate Entwicklung von NRGs strikt ab. Diese sind nicht DRG-Systemkonform. Sie erhöhen den Dokumentationsaufwand (incl. der MDK Prüfungen) unabschätzbar, führen zu keiner Mehrvergütung für die Pflege und ermöglichen keine verbesserte Personalausstattung.
- Für eine bessere Berücksichtigung des Pflegebedarfs sollen daher aus Sicht des Deutschen Pflegerats pflegespezifische Faktoren [PBF-Pflegebedarfsfaktoren] in das DRG-System über Zustands-variablen (ICD 10 - U50/ U51) und ggf. weiterer pflegerelevanter Nebendiagnosen und OPS- Kodes integriert werden.

ICH DARF MIR WAS WÜNSCHEN?!
JA.. HEUTE.. WASCHEN ODER ESSEN?
MP-Netz

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

**Kontakt: patrick.jahn@uk-halle.de**