

Optimierung des G-DRG-Systems durch originäre Pflegedaten - ein praxisorientierter Ansatz

Der Pflege(kosten)anteil wird im G-DRG-System unzureichend abgebildet. Dies muss nicht weiter verwundern, denn der Versuch, das multidisziplinäre Geschehen im Krankenhaus mittels eines monodisziplinären Klassifikationssystems wie der ICD-10 erfolgreich abzubilden, kommt der Quadratur des Kreises gleich. Daher wird die Nutzung von medizinischen Diagnosen zur Abbildung des Pflegeaufwands in Deutschland kaum noch ernsthaft diskutiert. Der Deutsche Pflegerat hat aus diesem Grund 2003 einen Antrag an das InEK gestellt, in dem ausführlich begründet wird, wieso eine Verbesserung der Homogenität der G-DRGs durch Berücksichtigung von Pflegedaten zu erwarten ist (Fischer, Kreft et al. 2003). Dieser Antrag geht konform mit der internationalen Literatur, in der aufgezeigt wird, dass Pflegedaten essentieller Bestandteil von DRG-Systemen sein müssen (z.B. Smits, Fetter et al. 1984; Mowry & Korpman 1985; Stefan, Gillies et al. 1992; Ballard, Gray et al. 1993; Björkström, Bolinder et al. 2000; Mølgard 2000; Baumberger 2001).

Die große Herausforderung hierbei resultiert aus der Tatsache, dass bisher keine geeigneten Instrumente existieren, mit denen die erforderlichen Pflegedaten ergänzt werden können.

Diskutiert werden aktuell zwei Ansätze: Erstens die Nutzung von Daten aus der Leistungserfassung, wie z.B. aus dem System LEP (Leistungserfassung in der Pflege) oder PPR (PflegePersonalRegelung) und zweitens die Nutzung von leistungsbe gründenden Daten, also Daten zur Pflegebedürftigkeit. Zur Steigerung der Kostenhomogenität der DRGs wird sowohl von PflegewissenschaftlerInnen in Deutschland als auch von internationalen Experten den leistungs**begründenden** Daten der Vorzug gegeben (z.B. Sermeus, Weber et al. 2005 (im Druck)).

Warum es zur Kalkulation von Pflegeaufwand und –kosten nicht ausreichen kann, sich ausschließlich auf eine Leistungserfassung zu stützen, lässt sich einfach aufzeigen:

1. Jede Leistung, die ohne erkennbaren Anlass erbracht wird, kann angezweifelt werden.

Nicht ohne Grund basiert das DRG-System primär auf Diagnosen **und** Prozeduren. Wenn man in der Pflege nur die Prozeduren (Leistungen) berücksichtigt, lässt sich dies vergleichen mit einem Arzt, der – z.B. um die Erlössituation zu verbessern – bei jedem Patienten ein CT durchführt. Ohne Begründung, warum das CT erforderlich war, wird er sich auf Dauer schwertun, diesen Ressourcenverbrauch zu rechtfertigen.

2. Der Pflegeaufwand lässt sich nicht nur durch die Leistungserbringung erklären. Es konnte nachgewiesen werden, dass der Pflegeaufwand, z.B. gemessen in Zeit, nicht primär von der Leistung selbst abhängt (z.B. Ganzwaschung durch die Pflegekraft), sondern von der Pflegebedürftigkeit oder der Pflegediagnose eines Patienten (z.B. Bartholomeyczik & Hunstein 2004) – was nicht weiter verwundern muss, denn es ist ein tautologischer Fehlschluss, Zeitaufwand durch Zeitverbrauch erklären zu wollen (Isfort 2005).

3. Keine Transparenz pflegerischer Erfolge
Der Erfolg, d.h. die Qualität der Leistungserbringung kann mit einer reinen Leistungserfassung nicht beurteilt werden und erforderliche Steuerungsmaßnahmen daher nicht eingeleitet werden. Gerade in Zeiten der massiven Stellenreduktion

im Pflegebereich ist die Vernachlässigung des qualitativen Aspekts der Pflege fatal, da eine Reduktion von fachlicher Qualität und personeller Quantität nachweislich zu höheren Kosten führt (z.B. Aiken, Clarke et al. 2002; Heggen & Wellard 2004).

Da es vor allem die leistungsbegründenden Daten zur Pflegebedürftigkeit sind, die den Leistungsaufwand erklären, berechnen und letztendlich bewerten lassen, liegt es nahe, sich nach Instrumenten umzusehen, mit denen Pflegebedürftigkeit gemessen werden kann. In diesem Zusammenhang werden in Deutschland Instrumente wie FIM (Functional Independence Measure) oder BI (Barthel-Index) diskutiert, da sie auf den ersten Blick scheinbar Informationen enthalten, mit denen Pflegebedürftigkeit quantifiziert werden kann, außerdem sind sie bereits im ICD-10-Katalog enthalten. Ihr Einsatz im Akutkrankenhaus ist aber mit allergrößter Vorsicht zu betrachten, da sie in einem vollkommen anderen Setting und mit anderer Zielsetzung entwickelt wurden. Pflegebedürftigkeit oder gar Pflegeaufwand im Akutkrankenhaus lassen mit diesen Instrumenten nachweislich nicht adäquat abbilden (vgl. z.B. Halek 2003; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung DIP (Hrsg.) 2004).

Der Einsatz ungeeigneter Instrumente wie FIM oder Barthel würde zwangsläufig zu einer weiteren Bürokratisierung führen, ohne einen erkennbaren Nutzen zu bringen. Die so gewonnenen Daten können weder für eine sichere DRG-Kalkulation noch für die Unterstützung des laufenden Versorgungsprozess genutzt werden, da wesentliche leistungsauslösende Aspekte nicht abgebildet werden (für FIM und Barthel-Index z.B. im Bereich der Mobilität und Aktivität, der Ernährung und der gesamte kostenintensive Bereich der Risikoprävention, wie z.B. Dekubitus, Sturz oder Mangelernährung). Ob es angesichts der immer enger werdenden finanziellen Mittel in den Kliniken sinnvoll ist, weitere Personalressourcen durch Verwaltungsaufgaben zu binden, anstatt die Patientenversorgung sicher zu stellen, ist nicht leicht vermittelbar.

Ungeeignete Instrumente bergen aber nicht nur ökonomische, sondern auch massive berufspolitische und vor allem qualitative Risiken! Unter Missachtung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und den Bemühungen, Pflege zu professionalisieren und sich selbst zu definieren, würde wieder einmal durch fremde Fach- und Versorgungsbereiche vorgegeben, was als pflegebegründend (und damit aufwandsrelevant) angesehen werden darf und was nicht. Dass damit gleichzeitig eine weitere Zementierung eines stark reduktionistischen Pflegebegriffs stattfinden würde, machen sich die wenigsten Befürworter von FIM und Barthel-Index zur Kalkulation des Pflegeaufwands klar. Welche negativen Einflüsse eine eingeschränkte Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit auf die Versorgungsqualität haben kann, wird derzeit v.a. im Geltungsbereich des SGB XI deutlich, wo eine zunehmende Beschränkung auf vergütungsrelevante Aspekte festzustellen ist. Diese Auswirkungen haben ganz aktuell den Medizinischen Dienst dazu veranlasst, eine Stellungnahme zur Pflegedokumentation zu veröffentlichen (MDS 2005).

Eine sinnvolle Alternative kann unserer Meinung nach nur in der Nutzung von originalen Pflegedaten, die sozusagen als „Abfallprodukt“ im täglichen Versorgungsprozess generiert werden, bestehen. Aus diesem Grund wird derzeit ein Lösungsansatz, das ergebnisorientierte PflegeAssessment (ePA[®], siehe Hunstein, Dintelmann et al. 2005) von der HSK Pflegeforschung in Zusammenarbeit mit der Universität Witten/Herdecke entwickelt.

Da mit diesem Lösungsansatz außerdem auch die Argumentation des DPR-Antrags an das InEK-Institut aufgegriffen wird, unterstützt der Deutsche Pflegerat die ePA[®]-Entwicklung.

Das ePA[®] ist ein Screeninginstrument, das wissenschaftliche Basierung mit praktischer Anwendbarkeit verbinden soll. Die grundlegende Konzeption des ePA[®] basiert auf einer standardisierten Erfassung wesentlicher Kennzeichen von Pflegebedürftigkeit in der Akutklinik zu unterschiedlichen Messzeitpunkten. Die dabei gewonnenen Daten sollen als Unterstützung für die nachfolgende individuelle Versorgungsplanung, zur Berechnung eines pflegerischen Case-Mix-Index und Kennzahlen gestützten Qualitätsbeurteilung (z.B. Pflegeergebnisse) genutzt werden können.

Wesentliche Aufgaben des ePA[®] sind:

- standardisierte Aussagen zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen,
- auf ausgewählte Risiken hinzuweisen (Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, Pneumonie),
- durch Triggerpunkte nachfolgende Differenzialdiagnostik und entsprechende Handlungsleitlinien auszulösen,
- ausgewählte pflegesensitive Ergebnisse nachzuweisen,
- Aussagen zur Inzidenz tatsächlich eingetretener unerwünschter Ereignisse (Dekubitus, Sturz) zu ermöglichen und
- ein mögliches poststationäres Versorgungsdefizit vorhersagen zu können.

Der Vorteil des ePA[®] liegt darin, dass er, obwohl er primär zur Unterstützung des pflegerischen Versorgungsprozesses entwickelt wurde, gleichwohl wichtige Daten im Sinne eines pflegerischen Minimaldatensatzes (NMDS) und für den Nachweis von Ergebnisqualität liefert. Damit können ePA[®]-Daten auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung verwendet werden: Zur individuellen Prozess-Steuerung, zur internen Kennzahlengenerierung und Qualitätsmanagement sowie auf überinstitutioneller Ebene zur Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit und Kostenkalkulation im DRG-System.

Die theoretische Entwicklung des ePA[®] soll im Sommer 2005, die Testung im Mai 2006 abgeschlossen sein, so dass schnellstmöglich ein multizentrischer Einsatz des ePA[®] folgen kann. Erste Kliniken haben bereits ihr Interesse bekundet. Darüber hinaus wird derzeit geprüft, welche Verknüpfungsmöglichkeiten zu anderen System, wie LEP oder ENP[®] möglich sind, um den gesamten Prozess von Diagnostik, pflegerischer Therapieplanung, Leistungserfassung und Ergebnisüberprüfung abbilden zu können.

Mit solch einer umfassenden Lösung wird es neben der Unterstützung und Verbesserung der Versorgungsprozesse zu einem angenehmen „Nebeneffekt“ kommen: Originäre pflegerische Daten stehen zur Verfügung, um Pflege bewertbar und berechenbar zu machen. Der nächste logische Schritt wäre dann, Pflegefallgruppen zu bilden, um das DRG-System zu verbessern - und zwar ohne bürokratischen Mehraufwand und in greifbarer Nähe! Diese Chance sollten wir uns nicht verbauen.

Literatur:

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, et al. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. In: *Jama* **288**(16): 1987-1993.
- Ballard KA, Gray RF, Knauf RA, Uppal P (1993): Measuring variations in nursing care per DRG. In: *Nurs Manage* **24**(4): 33-36, 40-31.
- Bartholomeyczik S, Hunstein D (2004): Time distribution of selected care activities in home care in Germany. In: *J Clin Nurs* **13**(1): 97-104.
- Baumberger D (2001): Pflegediagnosen als Indikator der Streuung des Pflegeaufwands in DRGs. Fakultät der Gesundheitswissenschaften. Maastricht, Aarau, Universität Maastricht, NL.

- Björkström M, Bolinder A, Bäckstedt A-M, Heurgren M, et al. (2000): Patient classification Systems for nursing - methods and the use in a case costing perspective. 16th PCS/E conference, Groningen (NL).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung DIP (Hrsg.) (2004): Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) - Eine empirische Grundlegung. Hannover: Schlütersche.
- Fischer W, Kreft D, Hunstein D, Lutterbüse N, et al. (2003): G-DRG-Änderungsvorschläge des Deutschen Pflegerates. Wiesbaden (D), Wolfertswil (CH)
- Halek M (2003): Wie misst man Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlütersche.
- Heggen K, Wellard S (2004): Increased unintended patient harm in nursing practise as a consequence of the dominance of economic discourses. In: Int J Nurs Stud **41**(3): 293-298.
- Hunstein D, Dintelmann Y, Sippel B (2005): Developing a screening instrument as a standardized assessment of signs and symptoms concerning basic nursing care needs in hospital nursing care. In: Oud N, Sermeus W, Ehnfors M (Hrsg.): ACENDIO 2005 - Proceedings of the 5th European Conference of ACENDIO. Bern, Göttingen: Hans Huber: 396-402.
- Isfort M (2005): Personalbemessungssysteme / Assessmentverfahren / Dokumentation von Prozessen im Pflegebereich. Vortrag, gehalten am 15.03.2005 in Osnabrück
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (Hrsg.) (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen: MDS.
- Mølgard E (2000): Calculation of nursing costs in relation to the DRG-System. Viborg: Viborg-Amt.
- Mowry MM, Korpman RA (1985): Do DRG reimbursement rates reflect nursing costs? In: J Nurs Adm **15**(7-8): 29-35.
- Sermeus W, Weber P, Chu S, Hunstein D, et al. (2005 (im Druck)): The DRG Imperative: Overview and nursing impact. In: Weaver C, Delaney C, Carr R, Weber P (Hrsg.): Nursing and Informatics for the 21st Century: Cases, Practice, and the Future. Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society.
- Smits HL, Fetter RB, McMahon LF, Jr. (1984): Variation in resource use within diagnosis-related groups: the severity issue. In: Health Care Financ Rev **Suppl**: 71-78.
- Stefan S, Gillies DA, Biordi D (1992): Nursing care costs for a DRG sub-group. In: Nurs Econ **10**(4): 277-281, 310.

Kontakt:

HSK Pflegeforschung/-entwicklung
 Dirk Hunstein, RN, Dipl.-Pflegerwirt
 Ludwig-Erhard-Straße 100
 65199 Wiesbaden
 Tel.: 06 11 / 43 – 31 79
 Mail: dirk.hunstein@hsk-wiesbaden.de

<http://www.epa-online.info>

Zitierweise:

Hunstein, D. (2005): Optimierung des G-DRG-Systems durch originäre Pflegedaten - ein praxisorientierter Ansatz. Vortrag. Deutscher Pflegekongress Berlin. 15.-17. Juni 2005