

## **Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch NRGs (Nursing Related Groups)**

Mit dem Koalitionsvertrag 2005 haben die Regierungsparteien CDU/CSU und SPD den Auftrag erteilt, die DRG-Weiterentwicklung insbesondere unter den Aspekten notwendiger Pflegebedarf und Weiterbildung zu untersuchen und gegebenenfalls Lösungsvorschläge zu unterbreiten. In seiner Funktion als Vertragsbeteiligter nach §17b KHG wurde der Deutsche Pflegerat e.V. vom InEK und den Selbstverwaltungspartnern gebeten, geeignete Lösungsvorschläge für die Abbildung von Pflege im G-DRG-System zu erarbeiten. Diese Chance gilt es nun zu nutzen, bevor der bereits begonnene Stellenabbau in der Pflege zu einer Gefährdung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung führt.

### ***Konstruktionsfehler im G-DRG-System?***

Auch wenn es sich bei den G-DRGs „nur“ um ein Vergütungssystem und kein klinisches Klassifikationssystem handelt, muss man sich doch Gedanken über die Inhalte machen, aus denen das System seine Informationen schöpft. Oder anders ausgedrückt: Enthalten die DRG-Daten, die eine Fallgruppe und damit einen Preis bestimmen, tatsächlich valide Aussagen über den erbrachten Aufwand und damit letztendlich über die zu vergütenden Kosten? Wie in anderen DRG-Systemen wird auch im G-DRG-System versucht, ein komplexes, multidisziplinäres Leistungsgeschehen mittels eines monodisziplinären Klassifikationssystems abzubilden. Nicht nur, dass dieser Ansatz paradox ist – es gibt auch eine Vielzahl an ernst zu nehmenden Hinweisen darauf, dass dieser Ansatz tatsächlich nicht funktioniert. Alle DRG-Systeme bauen auf dem Prinzip ähnlicher Fallkosten innerhalb einer Fallgruppe auf (Homogenität). Wie viele Untersuchungen zeigen, kann von einer befriedigenden Ähnlichkeit innerhalb der Fallgruppen bezüglich des Pflegeaufwands allerdings kaum gesprochen werden (z.B. Halloran 1985; McKibbin, Brimmer et al. 1985; Mowry & Korpman 1985; Ballard, Gray et al. 1993; Mølgard 2000; Baumberger 2001; Fischer 2002; AG DRG & Pflege Universität Witten/Herdecke 2004; Welton & Halloran 2005; Welton, Halloran et al. 2006), was zu unwägbareren ökonomischen Risiken führen kann. Eine Ursache hierfür wird in der fehlenden Integration originärer pflegerischer Daten im DRG-System gesehen (siehe z.B. Sermeus, Weber et al. 2006; Welton, Halloran et al. 2006)

Wenn sich auch mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass es nicht möglich ist, den Pflegeaufwand über die Vercodung ärztlicher Diagnosen abzubilden (Fischer 2003; Hunstein 2003; 2004), so blieb bisher die Hoffnung, wenigstens die Erlöse durch die Erfassung von ICD-Diagnosen durch Pflegende steigern zu können. Doch dies scheint – so aktuelle Studien – schon im alten G-DRG-System kaum möglich gewesen zu sein (siehe z.B. Gawlitta, Bostelaar et al. 2006). Seitdem in der aktuellen Revision des G-DRG-Systems auch noch ein Großteil der manchmal als „pflegerelevant“ bezeichneten ärztlichen Diagnosen abgewertet oder sogar komplett gestrichen wurde, scheint die Pflege vollkommen aus dem System heraus zu fallen.

### ***Stellenabbau in der Pflege***

Ein Effekt, der mittelbar aus dem Fehlen von Pflegedaten resultiert, ist der aktuelle massive Stellenabbau in der Pflege, denn die Pflege kann weder ihren (Kosten-)Anteil an den DRGs ausweisen noch ihren (Nutzen-)Anteil an der Gesundheitsversorgung.

Bis zum Ende der DRG-Konvergenzphase rechnet der Deutsche Pflegerat mit einem Verlust von etwa 10% der Pflegestellen im Krankenhausbereich. Damit verblieben dort nur noch rund

Manuskript (D. Hunstein)

278.000 VK Pflege. Und dies, obwohl schon in den vergangenen Jahren ein schleichender Stellenabbau stattgefunden hat. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2005) ist die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus seit ihrem Hoch im Jahr 1995 kontinuierlich gesunken (minus 12%) und liegt heute unter dem Niveau von 1991 (siehe Abbildung 1). Die Belastungskennzahl „Patientenfälle pro Vollkraft Pflege“ ist in den Jahren 1991-2002 (also noch vor Einführung der DRGs) von 44,7 auf 54,3 Fälle/VK (plus 21%) gestiegen (siehe Abbildung 2). Nimmt man die Prognose des Deutschen Pflegerats bei einer in etwa stagnierenden Fallzahl, wären dies im Jahr 2009 bereits rund 60 Fälle/VK Pflege (plus 35% gegenüber 1991)<sup>1</sup> – mit allen negativen Folgen für Abläufe, Sicherheit, Qualität sowie Folgekosten. Diese Entwicklung betrachtet die BALK Baden-Württemberg genauso wie der Deutsche Pflegerat mit großer Sorge.

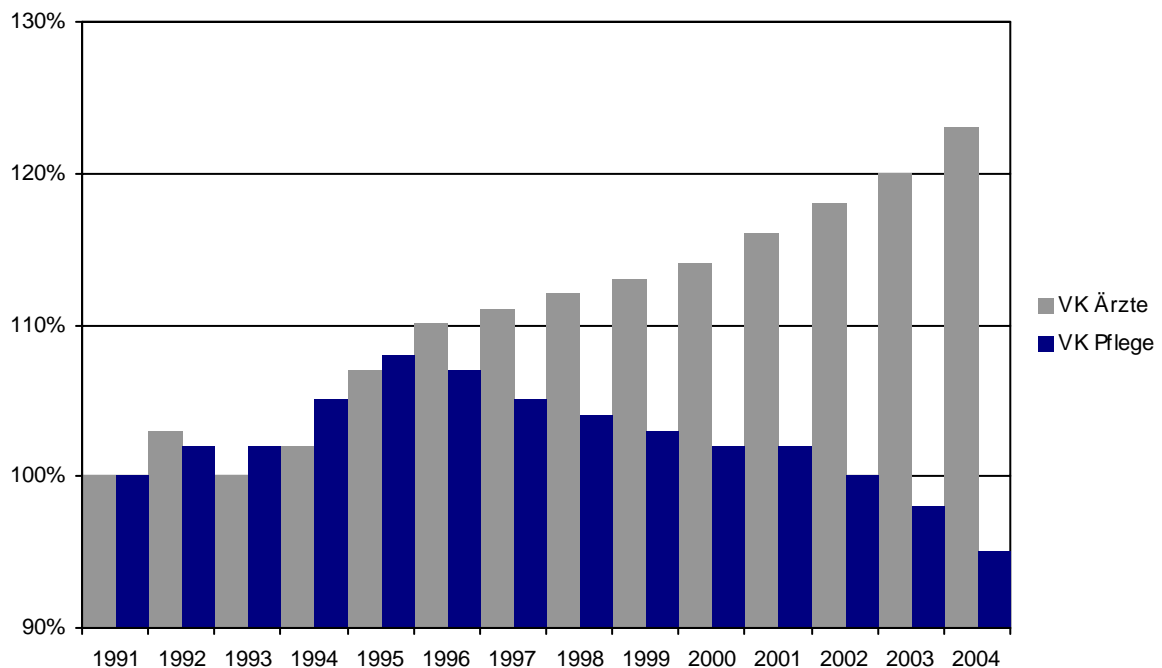


Abbildung 1: Vollkräfteentwicklung (Krankenhäuser in Deutschland 1991-2004). Daten: Statistisches Bundesamt 2005

<sup>1</sup> Die Zahl der Klinikärzte hat sich seit 1991 um 23% erhöht, wodurch sich die Belastungszahl „Verhältnis Patienten/VK Arzt“ trotz Fallzahlsteigerung von 153,1 im Jahr 1991 auf 143,6 im Jahr 2004 (minus 7%) verbessert hat.

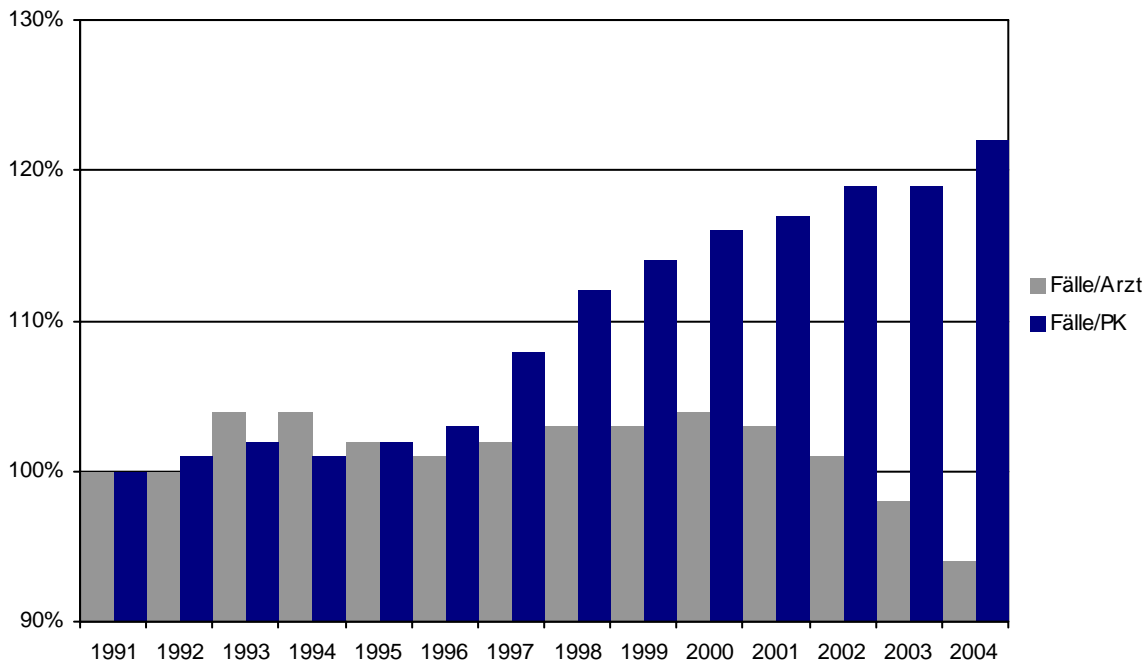


Abbildung 2: Behandlungsfälle je Vollkraft (Krankenhäuser in Deutschland 1991-2004). Daten: Statistisches Bundesamt 2005

## Qualitätsverlust

Der Stellenabbau in der Pflege führt zu einer paradoxen Situation: Es kann für den Patienten in Zukunft gesünder sein, sich vom Krankenhaus möglichst fern zu halten. Darauf deuten zumindest jene Studien hin, die den Zusammenhang zwischen der Zunahme von „Komplikationen“ wie Mortalität, Mangelernährung, Medikationsfehler, Dekubitusrate usw. und einem Stellenabbau in der Pflege untersuchen (z.B. Cho, Ketefian et al. 2003; Cummings, Hayduk et al. 2006; Tourangeau, Cranley et al. 2006). Aiken, Clarke et al. errechneten beispielsweise 2,6 zusätzliche Tote pro 1.000 Patienten bei einer Zunahme von 6 auf 8 zu betreuenden Patienten pro Pflegekraft (Aiken, Clarke et al. 2002:1991). Sollten sich diese Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse übertragen lassen, bedeutete dies bei einer Fallzahl von 16.873.885 Patienten im Jahr 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2007) über 43.000 zusätzliche Tote! Erstaunlicherweise wird diese unglaubliche Zahl bislang kaum öffentlich diskutiert. Wenn dagegen ein Medikament in den Verdacht kommt, am Tod von etwa 100 Menschen schuld zu sein, wie z.B. Lipobay® im Jahre 2002, hat dies negative Auswirkungen auf die Aktienkurse der entsprechenden Pharmafirma, im Fernsehen werden Sondersendungen platziert und das Medikament trotz immenser Entwicklungskosten vom Markt genommen.

Müssen wir also erst darauf warten, dass sich die Personalverknappung im Pflegebereich eines Tages in einem medienwirksamen Schaden für die Patienten niederschlägt?

## Lösungsansätze

Die PPR als Kalkulationsverfahren zur Kostenrechnung im Bereich der DRG-Fallkalkulation ist in vielerlei Hinsicht unzureichend. Zum einen ist das Aufwandsklassifikationssystem für die Abbildung der während des Tages erbrachten Pflegeleistungen konzipiert worden, der nächtliche Pflege- und Behandlungsaufwand wird nicht erfasst. Zum anderen wird Pflege auf

ein reines Handwerk in den Bereichen Ausscheidung, Bewegung, Nahrungszufuhr und Körperpflege reduziert, lediglich ergänzt durch Handlungen, die im Zusammenhang mit der ärztlichen Diagnostik und Therapie stehen (Vitalzeichenkontrolle, Infusionen, Verbände). Wichtige Aspekte wie Gespräche zur Krisenbewältigung oder Pflegeinterventionen im Zusammenhang mit Atmung, Prävention, Aufnahme-, Entlassungs-, Überleitungsmanagement, Anleitung, Beratung, Risikomanagement usw. fehlen völlig (Schöning, Luithlen et al. 1993). Doch kein noch so differenziertes Leistungserfassungssystem bringt – sofern es isoliert eingesetzt wird – eine Lösung, da das Wissen um die erbrachten Leistungen kein ausreichender Indikator für den Aufwand ist. Der Kostenanteil lässt auf Basis einer reinen Leistungserfassung demnach nicht valide abbilden (Hunstein & Bartholomeyczik 2001:25). Nicht umsonst setzt sich das G-DRG-System aus Daten zu Prozeduren *und* (ärztlichen) Diagnosen zusammen.

Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Daten zu Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit (z.B. gemessen mit Assessmentinstrumenten und ausgedrückt durch Pflegediagnosen) eine hohe Aufklärungskraft bezüglich der verbrauchten Pflegezeit und damit dem Pflegeaufwand haben (Saba 1992; Projektgruppe Kantonsspital St.-Gallen 1997; Fischer 1999; Mølgard 2000; Baumberger 2001; Fischer 2001; Sermeus, Weber et al. 2006).

Nach allem, was bisher im Bereich Pflege und DRG publiziert wurde, ist also davon auszugehen, dass über Assessmentinstrumente (z.B. RAI, ePA-AC, FIM, PAS) und Pflegediagnosen (z.B. NANDA, ENP, ZEPF, ICF, ...) in Verbindung mit einer differenzierten Leistungserfassung (z.B. LEP, PRN) alle erforderlichen Informationen zur Erklärung des Pflegeaufwands und somit der pflegerelevanten Kosten pro DRG zur Verfügung stehen. Mögliche Konzepte, wie die Pflege in der DRG-Kalkulation berücksichtigt werden könnte, existieren bereits. Allerdings können valide Beweise über die Eignung dieser Konzepte nur auf der Basis größerer Fallzahlen und mittels geeigneter Auswertungsmethoden vorgelegt werden. Es gilt also zu prüfen, welche Instrumente und Systeme am ehesten geeignet sind, mit möglichst geringem Erhebungsaufwand die wichtigsten Indikatoren zur Berechnung des Pflegeaufwands zur Verfügung zu stellen.

Eine Expertengruppe im Auftrag des Deutschen Pflegerates konstituiert sich derzeit, um ein entsprechendes Forschungsvorhaben zu konzipieren und durchzuführen. Ziel ist es, Pflegefallgruppen (NRGs) zu entwickeln, die entweder als Splitkriterium innerhalb einer DRG oder als eigene Zusatzentgeltgruppe dienen können (Wedekind 2005).

Die medizinischen Fachgesellschaften haben es uns vorgemacht – es ist ihnen gelungen, die ursprünglich auf eine Zahl von 560 festgelegten DRGs auf weit über 1.000 DRGs zu steigern. Warum sollte es der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen da nicht gelingen, ähnliche Erfolge zu erzielen? Eine der Voraussetzung für das Gelingen dieses Projektvorhabens ist die Bereitschaft, sich auf die offenen Fragen einzulassen und in der Pflege gemeinsam an einem Strang zu ziehen.

## **Literatur**

- AG DRG & Pflege Universität Witten/Herdecke (2004): Pflegeaufwand bei Myokardinfarkt. Fachtagung DRGs und Pflege, Universität Witten/Herdecke.
- 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.
- Baumberger D (2001): Pflegediagnosen als Indikator der Streuung des Pflegeaufwands in DRGs. Fakultät der Gesundheitswissenschaften. Maastricht, Aarau, Universität Maastricht, NL.

Manuskript (D. Hunstein)

- Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG (2003): The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. In: *Nurs Res* **52**(2): 71-79.
- Cummings GG, Hayduk L, Estabrooks CA (2006): Is the Nursing Work Index measuring up? Moving beyond estimating reliability to testing validity. In: *Nurs Res* **55**(2): 82-93.
- Fischer W (1999): Die Bedeutung von Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik. In: *PR-Internet* **1**(1): 5-17.
- Fischer W (2001): Die Bedeutung von Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik. Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.
- Fischer W (2002): *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten.* Bern, Göttingen: Huber.
- Fischer W (2003): Transcodierungsversuch von NANDA-Pflegediagnosen nach ICD-10. In: *Swiss Med Inf* **50**: 17-20.
- Gawlitza J, Bostelaar RA, Fehre U (2006): Außer Spesen nichts gewesen? Erfassung von DRG-relevanten Pflegeleistungen durch den Pflegedienst am Klinikum der Universität zu Köln. In: *Krankenhaus*(10): 836-841.
- Halloran EJ (1985): Nursing workload, medical diagnosis related groups, and nursing diagnoses. In: *Res Nurs Health* **8**(4): 421-433.
- Hunstein D (2003): Klassifikation von medizinischen und pflegerischen Diagnosen. In: Lauterbach A (Hrsg.): *Pflegeinformatik in Europa - European Nursing Informatics.* Norderstedt: Bertelsmann. 1: Terminologien und Anwendungen.
- Hunstein D (2004): Der Pflege die Pflege zurück geben: Pflegeassessment als Grundlage für Begründung und Transparenz der Pflege. In: *Pflege aktuell* **56**(1): 20-24.
- Hunstein D, Bartholomeyczik S (2001): DRGs und Pflege. In: *Mabuse* **26**(131): 24-26.
- McKibbin RC, Brimmer PF, Galliher JM, Hartley SS, et al. (1985): Nursing costs & DRG payments. In: *Am J Nurs* **85**(12): 1353-1356.
- 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.
- Projektgruppe Kantonsspital St.-Gallen (1997): *Pflegeaufwand bei ausgewählten Diagnosen.* St. Gallen, Kantonsspital.
- Saba VK (1992): The Classification of Home Health Care Nursing, Diagnoses and Interventions. In: *Caring Magazine* **11**(3): 50-57.
- Schöning B, Luithlen E, Scheinert H (1993): *Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis.* Dresden, Stuttgart: Kohlhammer.
- Sermeus W, Weber P, Chu S, Hunstein D, et al. (2006): 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: 231-245.
- Statistisches Bundesamt (2005): *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2004.* Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L (2006): Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. In: *Qual Saf Health Care* **15**(1): 4-8.
- Wedekind C (2005): DRG - Erlössteigerung durch pflegerelevante Nebendiagnosen. In: *Pflegezeitschrift* **58**(3): 173-175.
- Welton JM, Halloran EJ (2005): Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. In: *J Nurs Adm* **35**(12): 541-549.
- Welton JM, Halloran EJ, Zone-Smith L (2006): Nursing intensity: In the footsteps of John Thompson. In: *Stud Health Technol Inform* **122**: 367-371.

Dirk Hunstein, im Februar 2007