

Stellungnahme

Ausschussdrucksache
19(14)0036(2)
gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
1.10.2018

der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.

Die Mitglieder der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. möchten zu dem Gesetzentwurf PpSG wie folgt Stellung nehmen:

1. Zu § 17 b Absatz (4) KHG

Die Mitglieder der Fachgesellschaft begrüßen grundsätzlich die Zielrichtung des Gesetzes zur Neuregelung der Pflegepersonalvergütung im Krankenhaus.

Die Neugliederung der Finanzmittel für die Pflegebudgets sollte aber nach Auffassung der Fachgesellschaft in keinem Fall zu einem kompletten Ausstieg der Pflege (und/oder anderer Berufsgruppen) aus dem G-DRG-System führen.

Dieses würde geschehen, wenn einzelne oder alle pflegerelevanten Indikatoren (= ausgewählte OPS und ICD-10 siehe Tabelle 1) aus den Katalogen gestrichen, oder um das pflegerische Leistungsgeschehen gekürzt werden würden.

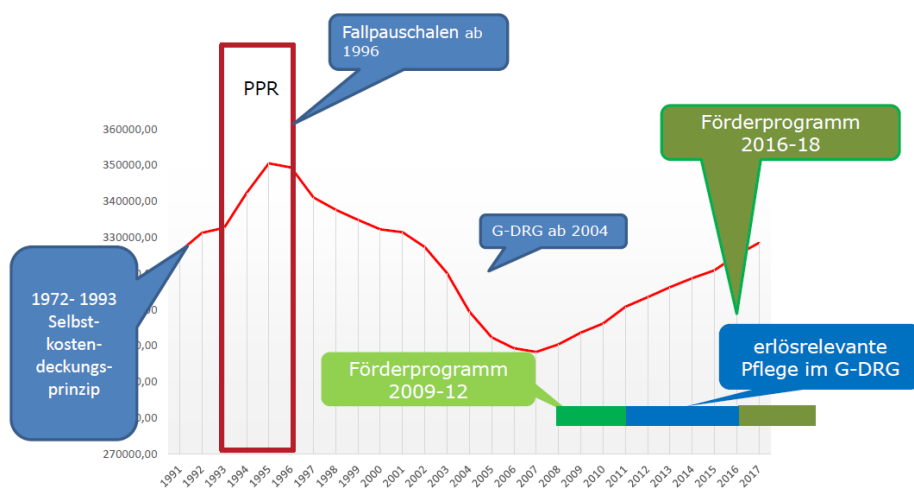
Tabelle 1: OPS-Schlüssel mit definiertem pflegerischem Leistungsgeschehen

OPS	Titel und pflegerelevanter Aspekt
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. 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
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.).
8-559	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.)
8-975	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 * 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	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation, * Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal * 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. (Die vier Module des NBA zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind auch Bestandteil des BAss)

Die aufgeführten pflegerelevanten OPS-Schlüssel und auch ICD-10 (U.50*-U.52*) haben zahlreiche positive Effekte in den Kliniken erzeugt.

- Das pflegerische Leistungsgeschehen bei vulnerablen Patientengruppen, die durch die OPS-Kodes getriggert werden, werden deutlich zugunsten der Betroffenen verbessert. Es wird vermehrt eine aktivierend-therapeutische Pflege erbracht und zu beobachten ist, dass sich z. B. mit Einführung des OPS 9-20 der Dekubitusindikator verbessert hat. Es steht noch aus, hier einen statistischen Zusammenhang zu prüfen.
- Durch den verstärkten Blick der OPS-Beauftragten sind in den letzten Jahren pflegfachliche Defizite stärker auf Führungsebene wahrgenommen worden und vielerorts wurden Verbesserungen auf unterschiedlichen Ebenen realisiert. Sei es durch die Reaktivierung von aktivierend-therapeutischen Pflegekonzepten im Akutsetting oder Dokumentationsverbesserungen. Zudem fordern einige OPS-Codes spezifische Weiterbildungen der Pflege, welche ohne die Verpflichtung so sicher nicht realisiert worden wären.
- Durch die zunehmende Relevanz der OPS-Kodes auch im pflegerischen Leistungsgeschehen hat es einen Aufschwung, bezogen auf die Umsetzungsstrategien einer elektronischen Patientendokumentation, auch in der Pflege gegeben. Dieser Bereich wurde zuvor am meisten vernachlässigt und ist das Resultat der noch vielerorts vorhandenen Hybriddokumentation welche mit Mehraufwand verbunden ist.
- Einige Kliniken konnten über die Erwirtschaftung der Zusatzentgelte einen Pool an Pflegepersonen aufbauen, welcher bei Personalengpässen durch die Stationen bedarfsgerecht abgerufen wurde. Hierbei haben Kliniken die OPS-Indikatoren und die durch den OPS 9-20 getriggerte PPR A4 genutzt, um eine gerechte Personalsteuerung zu unterstützen.
- Zudem haben einige Kliniken ihre Pflegepersonalschlüssel durch die Zusatzentgelte verbessert siehe Abb.1



Bölte, U. & Graf, T. (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftsStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile (Accessed: 18.12.2014). UND Statistisches Bundesamt (Destatis) (Ed.). (2017). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhäuser/GrunddatenKrankenhäuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile (Accessed: 23.07.2016).

Abbildung 1: Entwicklung der Pflegepersonalstellen

- Durch zahlreiche OPS-Schlüssel hat sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche sich zunehmend mehr auf „Augenhöhe“ etabliert, entwickelt.
- So wurden z. B. fast in jeder Klinik interessante neue Stellen für Pflegepersonen eingerichtet. Der sogenannte Pflegecontroller oder auch OPS-Beauftragte leistet in vielen Kliniken sehr wertvolle Arbeit, da neben der Prüfung der korrekten Kodierung der pflegerelevanten OPS-Codes auch Fallbesprechungen und Qualitätsentwicklung mit den Kollegen am Bett realisiert werden. Diese geschätzten 1.200 Stellen sind in der Regel mit Zuschlägen oder höheren Gehaltsstrukturen verbunden und bieten zahlreiche Möglichkeiten der Karriereplanung von Pflegepersonen.

2. Zu KHEntG Nummer 7, welche durch Nummer 7 bis 9 ersetzt werden soll

Die in der Tabelle aufgeführten OPS-Schlüssel sind sehr bedeutend für den Pflegepersonalquotienten. Ohne die aufgeführten pflegespezifischen OPS-Schlüssel wird der Pflegepersonalquotient keinen bedeutenden Unterschied zwischen den Kliniken und Fachabteilungen bilden können, da die Kostenzuweisung ausschließlich durch die groben Einstufungsparameter der Pflegepersonalbemessung (PPR) mit 9 Aufwandsstufen realisiert werden kann. Der OPS 9-20 hat hier eine besondere Bedeutung in der Kostenkalkulation entwickelt und mildert die Kompressionseffekte durch die PPR A4 als Kalkulationsinstrument ab. Somit konnte eine sachgerechte Vergütung pflegerischer Leistungen maßgeblich verbessert werden.

Daher ist dringend zu empfehlen, den Punkt 9 „bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach §17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.“ zu streichen und an geeigneter Stelle die Weiterentwicklung von pflegespezifischen Indikatoren einzufordern.

Die in der Tabelle aufgeführten Prozedurenschlüssel werden dringend zur differenzierten Abbildung eines unterschiedlichen Pflegebedarfes in den Kliniken und Fachabteilungen benötigt. Zudem stellen die eingeführten OPS-Schlüssel einen wichtigen Anreiz in der Pflege dar, eine aktivierend-therapeutische Pflege zu realisieren. Vor der Einführung der OPS-Schlüssel 9-20 gab es z. B. in der Akutpflege keinen Anreiz, eine aktivierend-therapeutische Pflege umzusetzen. Die Konzepte der aktivierend-therapeutischen Pflege haben erst in den letzten Jahren wieder eine Reaktivierung erfahren.

Die Sorge, dass durch die aufgeführten OPS/ICD-10-Schlüssel ein unnötiger Dokumentationsaufwand auf Seiten der Pflege entstehen würde, ist völlig unbegründet. Bei allen bisher eingeführten OPS- und ICD-10-Kodes, welche eine Pflegerelevanz haben, handelt es sich um Nachweispflichten, welche aus der Regeldokumentation zu entnehmen sind. Die Kritiken, die von einigen Kliniken in diesem Zusammenhang zu hören sind, entstehen, da hier Einführungsprozesse neuer Dokumentationsverfahren so aufgesetzt wurden, dass es zur Doppel- und Dreifachdokumentation gekommen ist. Kliniken, die hier einen anderen Weg eingeschlagen haben, berichten z. B., dass die Dokumentation seit Einführung des PKMS weniger geworden ist und an Qualität zugenommen hat.

3. Zu KHG § 17b Absatz 4

Aktuell ist vorgesehen, die Pflegepersonalkosten aus der G-DRG-Kalkulation auszugliedern, welche sich auf die bettenführenden Einheiten beziehen, siehe Kalkulationsmatrix des InEK. Die Kosten für das Pflegemanagement, IBF, Case Management usw. sind in den angegebenen Feldern der Kostenmatrix nicht verortet.

	Personalkosten			Sachkosten					Infrastruktur		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation											
2 Intensivstation											
3 Dialyse											
4 OP-Bereich											
5 Anästhesie											
6 Kardiologie											
7 Kreißsaal											
8 Endoskopie											
9 Radiologie											
10 Laboratorien											
11 Diagnostische Bereiche											
12 Therapeutische Verfahren											
13 Patientenaufnahme											

Abbildung 2: InEK-Kalkulationsmatrix

Unklar bleibt bei dem aktuellen Gesetzentwurf, wie die Kosten für die notwendige Pflegepersonalsteuerung, wie z. B. Mitarbeiter des Pflegemanagements, für die Pflegepersonalentwicklung oder Pflegequalitätsentwicklung finanziert werden sollen. Es ist in den letzten Jahren zu beobachten, dass Pflegequalitätsstellen zur Pflegeentwicklung oder Stellen im Kontext der Personalentwicklung abgebaut wurden. Ebenso ist zu beobachten, dass zahlreiche Kliniken die Pflege nicht mehr in der Direktion der Klinik angesiedelt haben. Zugenommen haben auch Kliniken, welche über kein Pflegemanagement mehr verfügen. Hier sehen wir die Gefahr, dass sich dieser Prozess weiter verschärft. Wir sind überzeugt, dass ohne eine adäquate Personalausstattung der pflegerischen Führung die Qualität der pflegerischen Arbeit leidet.

Daher bitten wir eingehend im aktuellen Gesetzesverfahren diesen aktuellen Missstand in einigen Kliniken aufzugreifen und an geeigneter Stelle im Gesetz aufzunehmen. Eine nachhaltige Pflege kann sich nur entwickeln, wenn Personen im Pflegemanagement und Pflegeentwicklung gezielt steuern.

4. Zu SGB V § 137j Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung

Der Ansatz, den Pflegeerlöskatalog des InEK (Relativgewichte der Pflege) zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes zu nutzen, wird begrüßt. Damit lässt sich langfristig erreichen, dass „gute“ Pflege „gut“ bezahlt wird. Voraussetzung hierfür ist, dass zum einen die pflegespezifischen OPS und ICD-10 Codes im System bleiben, denn diese beeinflussen das durchschnittliche Relativgewicht der Klinik und damit den Pflegepersonalquotienten maßgeblich. Einen Einblick über den Einfluss können Sie der beigefügten Stellungnahme der Fachgesellschaft (Abschnitt 1.2) entnehmen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass weitere spezifische Indikatoren, welche eine besondere Pflegeleistung im Bereich der Edukation, Prävention, Case Management und aktivierend-therapeutischen Pflege aufgreifen, im DRG-System zu verorten sind. Diese können im Rahmen der Weiterentwicklung im DRG-System aufgenommen werden. Denn aktuell können die spezifischen und besonderen Pflegebedarfe zahlreicher Patientengruppen noch nicht adäquat abgebildet werden. Daher ist die Kritik einiger Verbände, die „Relativgewichte“ bilden nicht den Pflegebedarf ab berechtigt. Durch eine entsprechende Weiterentwicklung lässt sich hier aber eine immer bessere Annäherung erreichen. Die Weiterentwicklung sollte dabei, wie auch vom Bundesrat vorgeschlagen, auf Anreize zu einer wirtschaftlichen als auch qualitätsvollen und nachhaltigen Pflege ausgerichtet sein.

Da es das Ziel der Regierung ist, eine pflegeaufwandsabhängige Pflegepersonaluntergrenze zu setzen, ist es erforderlich, die pflegespezifischen Indikatoren auszubauen.

Daher ist dringend zu empfehlen, den Punkt 9 *„bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach §17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.“* zu streichen und durch folgenden Text zu ergänzen.

„bis zum 28. Februar 2019 wird eine Kommission, bestehend aus Pflegeexperten und Experten des G-DRG-Systems, unter Beratung des InEK einberufen, welche die Aufnahme weiterer spezifischer pflegerelevanter Indikatoren prüft bzw. die Entwicklung anstößt. Dabei ist der Fokus auf eine nachhaltige und qualitative Pflegeentwicklung auszurichten“

5. Zu § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

Wir bitten, im derzeitigen Gesetzgebungsverfahren einen weiteren bedeutenden Aspekt zu beachten. Aktuell besteht ein Anreiz für einige Kliniken, den Pflegepersonalquotienten niedrig zu halten, damit die festgelegten künftigen Personaluntergrenzen für das jeweilige Haus niedrig bleiben. In der Konsequenz werden Kliniken die pflegespezifischen Leistungen nicht mehr erbringen und kodieren. Das ist nicht im Sinne des Patienten und der Patientensicherheit und bedeutet aus pflegerischer Perspektive einen Rückschritt.

Ebenso ist es nicht im Sinne des Gesetzgebers und der Pflege, dass Pflegepersonal eingestellt wird, aber mit pflegfremden Tätigkeiten beauftragt wird. Ziel sollte es sein, die Pflegearbeit inhaltlich neu und nachhaltig zu strukturieren. Hierzu zählen z. B. bei vulnerablen Patientengruppen die systematische Umsetzung eines pflegediagnostischen Prozesses.

Daher empfehlen wir dringend, eine Verbindung zwischen dem pflegerischen Leistungsgeschehen, abgebildet durch das pflegerische Relativgewicht und dem zu verhandelnden Pflegebudget aufzunehmen. Pflegebudgets

zu finanzieren ohne pflegebegründende Aspekte, um das Leistungsgeschehen beurteilen zu können, fördert Missbrauch und Intransparenz über die pflegerische Versorgungsqualität. Es besteht aktuell das Risiko, dass eine Klinik die Pflegepersonalzahlen deutlich steigert, aber keine hochwertige Pflege leistet, sondern Pflegepersonal für z. B. die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten oder Servicearbeiten einsetzt.

Gleichzeitig ist zu empfehlen, dass die Pflegebudgetverhandlungen im Zusammenhang mit den pflegerischen Qualitätskennziffern stehen. Es ist zu empfehlen, neben dem Dekubitus-Indikator des IQTIG zügig weitere pflegesensible Indikatoren zu installieren.

6. Zu § 8 Absatz 10 KHEntgG (8) Nummer 1

Wir teilen die Sorge des Bundesrates, dass ein Anreiz entsteht, die für das Pflegepersonal vorgesehenen Mittel der InEK-Kalkulation zur Deckung von Finanzlücken zu nutzen, Pflegepersonal einzustellen und pflegefremde Aufgaben an Pflegepersonen zu übertragen. Ziel ist bei dieser Strategie, Personal in anderen Bereichen (Servicekräfte, Hauswirtschaftspersonal und sonstige Personen) einzusparen, da diese Personalstellen keiner Kontrolle unterliegen.

Daher begrüßen wir den Vorschlag des Bundesrates, den Pflegezuschlag in den Landesbasisfallwert zu überführen. Es sei auch daran erinnert, dass der Pflegezuschlag ursprünglich nur ein „umgewidmetes“ Finanzbudget darstellt, das den Kliniken als „Versorgungszuschlag“ vorher bereits zur Verfügung gestellt wurde. Dies ist auch ein Grund, warum diese Mittel nicht überall für den Aufbau von Pflegepersonal genutzt werden konnten.

7. Krankenhausfinanzierungsgesetz § 11

Die Kernkompetenzen für die Pflegeausbildungen in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege haben sich erweitert. Im Ausbildungs- und Prüfungsgesetz wird eine sehr zu begrüßende Kompetenz aufgeführt, die Strukturveränderungen an den Ausbildungsstätten erfordert. In der Prüfungsverordnung ist formuliert, dass Ausbildungsstätten zur Kompetenzvermittlung sowohl analoge als auch digitale Pflegeprozessdokumentationssysteme nutzen sollen. Sinnvoll ist, wenn die Auszubildenden ihre Fallbearbeitungen im Rahmen der Ausbildung mit elektronischen Patientenakten basierend auf Pflegeklassifikationssystemen (Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen) erlernen können. Hierzu ist eine innovative und moderne Unterrichtsausstattung mit Software erforderlich.

Daher empfehlen wir, die Ausstattung der pflegerischen Ausbildungsstätten mit einer softwaretechnischen Infrastruktur und Softwareprodukte sowie Lizenzen als förderfähig aufzunehmen.

i.A. der Vorstandsmitglied der Fachgesellschaft **Profession Pflege**



Andrea Albrecht
Dr. Pia Wietek

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 59
10117 Berlin
Mobil. 01728639253
www.pro-pflege.eu