

Fragen über Fragen zu den Pflegegraden

Bereits im Jahr 2016 waren die bestehenden Pflegestufen über die OPS-Kodes 9-984.-kodierbar. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) zum 01.01.2017 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff grundlegend neu definiert. Eine wesentliche Änderung bestand in der besonderen Berücksichtigung der *eingeschränkten Alltagskompetenz*, um den Bedürfnissen von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankungen besser gerecht werden zu können. Die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Überführung der Pflegestufen in Pflegegrade fand deshalb auch im OPS 2017 ihre Berücksichtigung.

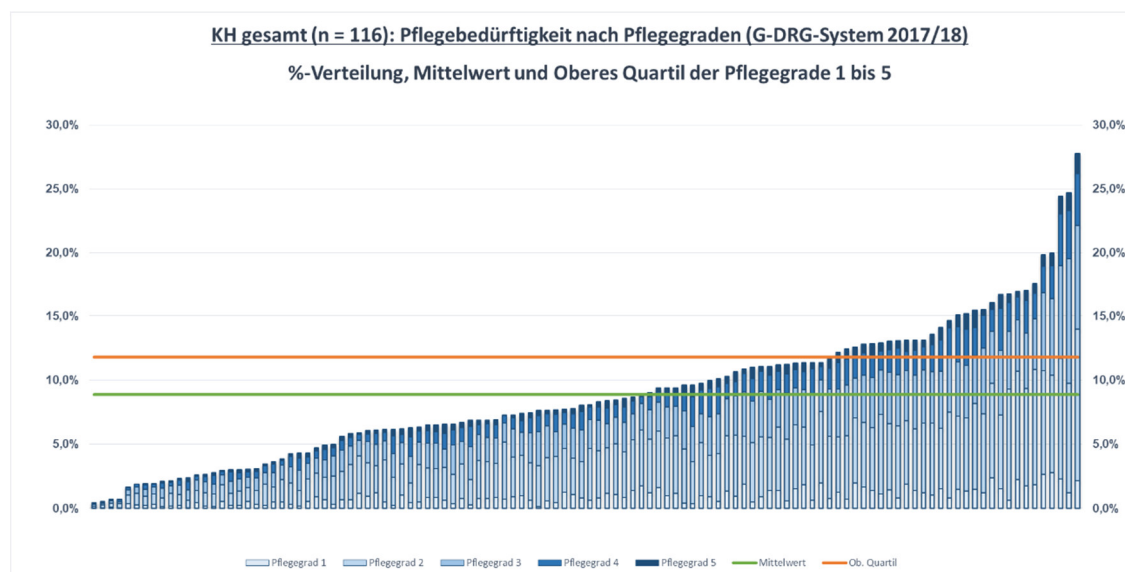
Aufgrund der fehlenden Erlösrelevanz dieser OPS-Kodes in den Jahren 2016 und 2017 wurde die Dokumentation von vielen Kliniken noch nicht ernst genommen und aus diesem Grund vielfach gar nicht oder vollkommen unzureichend kodiert.

Dabei war bereits im Jahr 2016 absehbar, dass den Pflegegraden bzw. den entsprechenden OPS-Kodes eine Erlösrelevanz zugewiesen werden sollte.

Viele Leistungserbringer ließen in der Anwendung und Erfassung der Codes jedoch kostbare Zeit verstreichen, um sich dann im Jahr 2018 plötzlich und unerwartet mit dessen Erlösrelevanz als Zusatzentgelt (ZE 162/ ZE 163) konfrontiert zu sehen.

Ausdruck dieser unzureichenden Akzeptanz des OPS-Kodes in den letzten beiden Jahren sind große Unterschiede bei den Erfassungsquoten für die Pflegegrade.

Diese spiegeln sich auch in den Daten unserer Mandanten des Jahres 2017 wieder.



Die Heterogenität in den dargestellten Krankenhäusern ist weniger Abbild des unterschiedlichen Leistungsspektrums als vielmehr der (fehlenden) Ernsthaftigkeit in der Anwendung einer nicht-erlöswirksamen OPS-Neuerung zuzuschreiben.

Dem InEK hat diese überaus defizitäre Erfassung der Pflegestufen im Jahr 2016 bereits bei der Kalkulation des Zusatzentgeltes für das Jahr 2018 nicht unerhebliche Schwierigkeiten bereitet. Zusätzlich erschwerend stellte sich die Überleitung der Pflegestufen auf Pflegegrade dar.

Wie das mit neuen OPS-Kodes nun mal so ist, rücken diese auch erst dann in den Fokus des Interesses der meisten Kostenträger und des MDK, wenn sie zu einer Erlös-komponente werden. Vielfach werden auch dann erst die Probleme und Unklarheiten evident, die sich um die Kodierung neuer Kodes ranken – so auch in diesem Fall.

Aus den Erfahrungen der ersten beiden Monate des Jahres 2018 lässt sich bereits erkennen, dass die konsequente Umsetzung der Pflegegraddokumentation aktuell noch viele Fragen offen lässt.

Die aus unserer Sicht häufigsten und wichtigsten Fragen haben wir im Folgenden zusammengestellt und versucht, diese mit einem möglichst pragmatischen Ansatz zu beantworten. Uns ist bewusst, dass wir nicht die „neutrale Instanz“ darstellen können, die seit langer Zeit für offen stehende Fragen rund um das DRG-System zu fordern ist. Eine verbindliche Beantwortung der Fragen und Unsicherheiten sollte zeitnah durch die Selbstverwaltung erfolgen. Ansonsten muss im Rahmen der Kalkulation – wieder einmal – auf eine unzulängliche, nicht valide Datengrundlage zurückgegriffen werden. Es sollten für alle Beteiligten – Krankenhäuser und Krankenkassen – dieselben Spiel- und Abrechnungsregeln gelten, da drohende Missverständnisse ansonsten auch zu falschen Abrechnungen führen.

- 1. Die neuen Zusatzentgelte des Jahres 2018 erfordern mindestens einen Pflegegrad von 3. Wie ist denn mit den Patienten umzugehen, die mit keinem oder einem geringeren Pflegegrad aufgenommen werden, bei denen aber während des Klinikaufenthaltes ein Antrag auf eine Ersteinstuflung oder Höhergraduierung gestellt und dieses auch kodiert wird (OPS 9-984.f)? Hat das Krankenhaus für diese Patienten einen Anspruch auf das Zusatzentgelt, sofern die Begutachtung durch den MDK während des Krankenhausaufenthaltes einen Pflegegrad von 3 oder höher ergibt? Wie ist mit Gutachten umzugehen, deren Ergebnis erst nach dem Aufenthalt dem Krankenhaus zugänglich gemacht werden?**

§ 33 SGB XI Leistungsvoraussetzungen führt hierzu aus:

„1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.“

Danach sollte dann doch eigentlich auch den Kliniken das Zusatzentgelt ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zustehen, sofern ein entsprechender Pflegegrad begutachtet wurde. Dieser Sachverhalt wird aktuell schon von einigen Kostenträgern bestritten.

- 2. Warum wird den Kliniken der Pflegegrad nicht einfach von den Kostenträgern mitgeteilt, denen dieser doch bereits vorliegt?**

Leider wurde es bis zum heutigen Zeitpunkt versäumt, die Mitteilung des aktuellen Pflegegrades durch die Kostenträger an die Kliniken zu regeln. Dabei wäre es doch für die Kostenträger im Zusammenhang mit dem Eingang der Aufnahmeanzeige ein Leichtes, den Kliniken den Pflegegrad per DTA zu übermitteln.

Dies würde auch im Kontext des seit dem 01. Oktober 2017 gesetzlich geregelten Entlassungsmanagements nicht nur Sinn machen, sondern ist auch zum Zwecke eines aus Gesetzgebersicht gewünschten Kooperationsgedankens absolut notwendig. Die Krankenhäuser sind nach der Einwilligung des Patienten verpflichtet, das Entlassmanagement durchzuführen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, das Entlassmanagement zu unterstützen. Sollten bereits bei dem Minimalkonsens der Übermittlung des Pflegegrades von Kostenträger- an die Krankenhauseite angebliche Datenschutzbedenken vorliegen, wäre das gesamte Entlassmanagement zum Scheitern verurteilt.

3. Wie erhalte ich denn dann zuverlässige Angaben zu den Pflegegraden?

Das ist eine der großen Herausforderungen des Jahres 2018. Egal, wie vollständig und umfassend die Pflegeanamnese ist, wie versiert das Casemanagement im Einholen relevanter Informationen ist und wie gut ein Sozialdienst vernetzt ist. Es wird immer eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Patienten geben, bei denen es nicht möglich ist, eine valide Information zum Pflegegrad zu erhalten. Hier werden zeitliche und personelle Ressourcen verpulvert, die an anderer Stelle fehlen, weil der Datenaustausch einfach nicht geregelt ist. Dabei könnte es so einfach sein!

4. Wie gehe ich mit Fällen um, bei denen die Informationen über die Höhe des Pflegegrades nicht evaluiert werden können?

Aus unserer Sicht sollte man pragmatisch an die Sache herangehen und nach bestem Wissen und Gewissen kodieren. Ein Patient gibt beispielsweise einen Pflegegrad 3 an, schränkt jedoch ein, sich nicht so ganz sicher zu sein. In solchen oder ähnlichen Fällen ist es nicht zweckdienlich, weitere Detektiv- und Validierungsarbeit zu leisten. Der Pflegegrad sollte dann nach den vorliegenden Erkenntnissen aus Eigen- und Fremdanamnesen kodiert werden. Liegt man mit seiner Einschätzung falsch, lässt sich das ggf. im Dialog mit den Kostenträgern klären – die Krankenkasse wird sich zumindest bei einer zu hohen Einstufung melden.

5. **Wenn ich keine Informationen habe, der Patient aber augenscheinlich schon seit längerem schwerst pflegebedürftig ist. Wie kann ich damit umgehen?**

Auch hier wäre eine pragmatische Herangehensweise (s.o.) sicherlich naheliegend. Wie die Kostenträger damit umgehen werden, wenn Kliniken dann komplett daneben liegen, bleibt abzuwarten. Wird man dies dann als Abrechnungsbetrug werten?

6. **Wird es rund um die Kodierung der Pflegegrade auch MDK-Prüfungen geben?**

Selbstverständlich wird das so sein. Die Mindestverweildauer von 5 Tagen eröffnet bestimmt ein ganz neues Prüfungsfeld für Verweildaueranfragen zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer.

7. **Gibt es für die Begutachtung nicht auch ein Eilverfahren, nach dem eine Einstufung schon während des stationären Aufenthaltes erfolgen kann?**

*Dies ist in **§ 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit** geregelt: „(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. **Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und***

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder

...

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist

kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. ...“

8. Mit wie vielen Patienten mit einem Pflegegrad ist im stationären Sektor überhaupt zu rechnen?

Auf der Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS) des Jahres 2015 lag der Anteil der Menschen mit einer Pflegestufe an der Gesamtbevölkerung in der Altersgruppe der mindestens 65-jährigen bei 13,7% und für das Altersspektrum der mindestens 85-jährigen bei 48,3%. Aufgrund der negativen Risikoselektion bei stationären Patienten ist im Kliniksektor in den o.g. Altersgruppen sicherlich von signifikant höheren Quoten auszugehen.

Valide Daten zu den im Krankenhaus zu erwartenden Werten liegen aktuell zwar nicht vor, jedoch haben unsere Erfahrungen der letzten beiden Jahre gezeigt, dass bei Patienten der Altersgruppe ≥ 65 Jahre davon ausgegangen werden kann, dass mindestens 20 – 25% über eine Pflegestufe/ einen Pflegegrad verfügen. Natürlich variiert dieser Anteil je nach Fachabteilungs- und Leistungsspektrum. Jedoch nivelliert die Fokussierung auf diese Altersgruppe zumindest schon einmal die „verdünnenden“ Effekte einer Pädiatrie oder Geburtshilfe.

Klinikseitig wird aktuell bereits von Fällen berichtet, wo Pflegegrade zu niedrig angesetzt wurden, da es nicht möglich war, die exakte Graduierung über Patienten, Angehörige oder sonstige Informationsquellen in Erfahrung zu bringen. Hier erfolgte dann jedoch keine Rückmeldung der jeweiligen Kasse, dass man doch noch ein Zusatzentgelt abrechnen könne.

Dies ist insofern verwunderlich, da einzelne Kostenträger im letzten Jahr bei fehlender Erlösrelevanz und exakt derselben „Fehlkodierung“ noch ganze Abrechnungsdatensätze per DTA mit dem Hinweis abgelehnt hatten, der Pflegegrad sei nicht korrekt abgebildet.

Dieser Umgang mit der Kodierung der Pflegegrade und der Abrechnung der zugehörigen Zusatzentgelte ist wieder ein schönes Beispiel dafür, wie partnerschaftliche Zusammenarbeit im DRG-System mitunter „gelebt“ wird.

Hier werden den Kliniken berechnete Erlöse wider besseren Wissens vorenthalten. Ist das dann Abrechnungsbetrug?

Als Fazit kann man feststellen, dass es rund um die Kodierung und Abrechnung der Pflegegrade noch umfassenden Klarstellungsbedarf seitens der Selbstverwaltungspartner und der G-DRG-Institutionen gibt.

Ein erster, notwendiger Schritt wäre eine DIMDI-FAQ zur Kodierung der Pflegegrade mit einer verbindlichen Beantwortung der von uns aufgeworfenen Fragestellungen.

Darüber hinaus ist dringend eine Regelung zu treffen, wann und wie die Krankenkassen zur Mitteilung der Pflegegrade verpflichtet werden können – natürlich unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Aspekte.

Literatur und Informationen:

info@kaysers-consilium.de

Dr. med. Andreas Stockmanns

Facharzt Innere Medizin,
Gesundheitsökonom

Thomas Claes

Medizincontroller, Pflegefachkraft

Frank Theunissen

Referent der Geschäftsführung

Dr. Jürgen Freitag

Geschäftsführer

Dr. med. H.-G Kaysers

Krankenhausbetriebswirt (VKD)

KAYSERS CONSILIUM GmbH

Marienstraße 24

47623 Kevelaer