

Thomas Claes, Dr. med. Andreas Stockmanns, Dr. Jürgen Freitag

Erlöspotential der Pflegedokumentation im DRG-System 2019 im Kontext der PpUGV und des PpSG

In den ersten Jahren des G-DRG-Systems war die Abbildung pflegerischer Leistungen als Bestandteil der Abrechnung stationärer Krankenhaufälle quasi nicht existent. Einzig über die Kodierung sog. „pflegerelevanter Nebendiagnosen“ konnte die Pflege einen kleinen Beitrag leisten, der in seiner Relevanz über die Jahre jedoch nahezu vollständig an Bedeutung verlor.

Mit der Einführung des PKMS als Zusatzentgelt zum Jahr 2012 wurde dann ein erster Schritt unternommen, der Pflege durch eine ErlösKomponente in der Abrechnung stationärer Fälle ein Gesicht zu geben. Ein PKMS-Zusatzentgelt konnte in den Folgejahren durchschnittlich jedoch nur bei rund 1 bis 2% der stationären Behandlungsfälle abgerechnet werden.

Somit war die Pflege in der Erlösfindung weiterhin unterrepräsentiert, auch wenn sie seit jeher schon Bestandteil der DRG-Kalkulation war (z.B. Kostenartengruppe 2 der InEK-Kostenmatrix). Hier sah man seitens der Politik und der Selbstverwaltungspartner einen erheblichen Nachbesserungsbedarf. Das DRG-Institut (InEK) wurde beauftragt, nach Wegen zu suchen, um pflegerische Leistungen als Mittel zur Erlösfindung im DRG-System zukünftig stärker zu berücksichtigen.

In den Jahren 2017 und 2018 wurden schließlich einige zusätzliche Komponenten zur Abbildung pflegerischer Leistungen im DRG-System neu verankert. Neben der „Aufwendigen Behandlung“ als DRG-Splitkriterium und der neuen Relevanz der Funktionseinschränkungen als CCL-relevante Nebendiagnosen war dies vor allem die Etablierung neuer Zusatzentgelte für die Pflegegrade.

Aktuell kann die pflegerische Leistungsdokumentation die Erlöse im stationären Sektor auf folgenden Ebenen beeinflussen:

- Erfassung pflegerelevanter Nebendiagnosen (Komorbidität/ Komplikationen)
- Funktionseinschränkungen (Barthel-Index, U50.- als DRG-Splitkriterium)
- Aufwendige Behandlung als DRG Splitkriterium (u.a. PKMS, Palliativ-Komplexbehandlung)
- Komplexbehandlungen (z.B. Neurologie, Geriatrie, Intensiv...) als DRG-Splitkriterium
- PKMS/ Palliativmedizinische Komplexbehandlung als Zusatzentgelte
- Pflegegrade als Zusatzentgelte

Nach nunmehr 15 Jahren ist die Pflege somit im DRG -System angekommen.

Doch wie soll die Reise nun weitergehen?

Bereits mit dem Inkrafttreten der PpUGV (Pflegepersonaluntergrenzenverordnung) im Jahr 2019 werden die Weichen neu gestellt.

Für die Fachbereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie wurden Personaluntergrenzen festgelegt, um die personelle Situation in der Pflege zu verbessern. Für die Fachbereiche Neurologie und Herzchirurgie sind für 2020 Personaluntergrenzen geplant.

Gleichzeitig sollen die Vorgaben des PpSG (Pflegepersonalstärkungsgesetz) ab 2020 dazu beitragen, die Pflegepersonalkosten aufwandsgerecht nach einem Selbstkostendeckungsprinzip und unabhängig von den DRG-Fallpauschalen zu vergüten.

Die Krankenhausvergütung wird damit auf eine Kombination aus DRG-Fallpauschalen/ Zusatzentgelten und einem krankenhausindividuellen Pflegepersonalbudget umgestellt.

Die beabsichtigte „krankenhausindividuelle Kostenerstattung“ im Sinne eines Selbstkostendeckungsprinzips bedeutet jedoch sicherlich keinen Freifahrtschein für das Pflegebudget.

Auch wenn Anfang Februar 2019 noch nicht klar ist, wie der Pflegeaufwand im neuen Pflegebudget bemessen werden wird, so wäre es ein Trugschluss zu glauben, dies wäre ohne eine dezidierte Dokumentation pflegerischer Leistungen möglich.

Die Pflegedokumentation wird auch in einem neuen System - wie auch immer es aussehen wird - eine zentrale Rolle einnehmen.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die Dokumentation der pflegerelevanten Entgeltkomponenten in den Kliniken mit einer sehr unterschiedlichen Ernsthaftigkeit betrieben wird und entsprechend von großer Heterogenität geprägt ist.

Bei unserer hier vorgestellten Analyse haben wir den Fokus auf die Abbildung der Pflegegrade und des PKMS gelegt.

Wir haben die Erlösanteile für die Pflegegrade (ZE162/163) und den PKMS (ZE130/131) für 2018 aus 92 Krankenhäusern und für das Jahr 2017 aus 116 Krankenhäusern auf Basis der §21-Daten fachabteilungsbezogen dargestellt.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Erfassungsquoten und der stark divergierenden Konsequenz, mit der die Dokumentation der Pflegegrade und des PKMS bis dato betrieben wurde, haben wir uns für einen Best-Practice-Ansatz am oberen Quartil der Erfassungsquoten und nicht an deren Mittelwert orientiert.

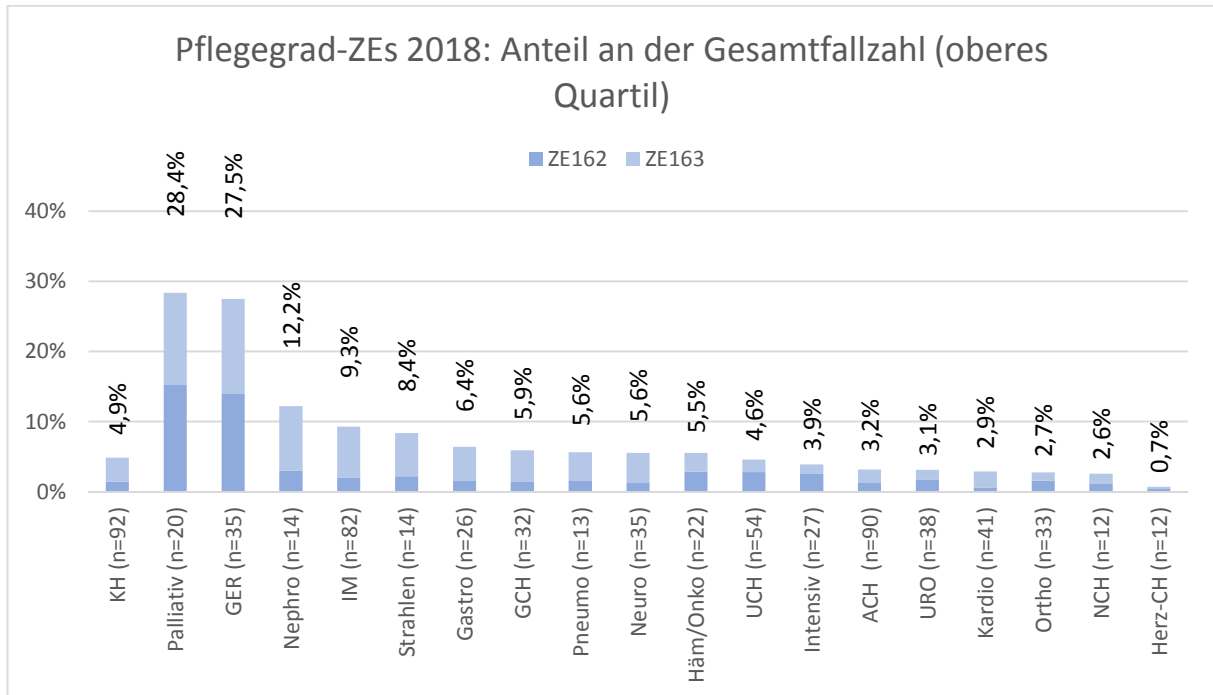
Man kann sicherlich davon ausgehen, dass gerade die Kliniken im oberen Bereich des Spektrums die pflegeassoziierten Parameter recht zuverlässig erfasst haben.

Somit können diese Daten als Orientierungswerte für die eigene Klinik dienen.

Dokumentationsquoten für Pflegegrade in den Jahren 2017 und 2018

Zunächst betrachten wir das obere Quartil des Anteils von pflegegradassoziierten Zusatzentgelten (d.h. Pflegegrad ≥ 3) an der Gesamtfallzahl für die Kliniken insgesamt sowie für ausgewählte Fachabteilungen mit einem signifikanten Anteil von Patienten mit Pflegegraden an der Gesamtfallzahl.

Abb. 1



Natürlich zeigen sich über die verschiedenen Fachabteilungen stark unterschiedliche Erfassungsquoten.

Die höchsten Anteile an Pflegegradzusatzentgelten finden sich dabei in den nicht-operativen Fächern mit einem hohen Anteil alter und multimorbider Patienten.

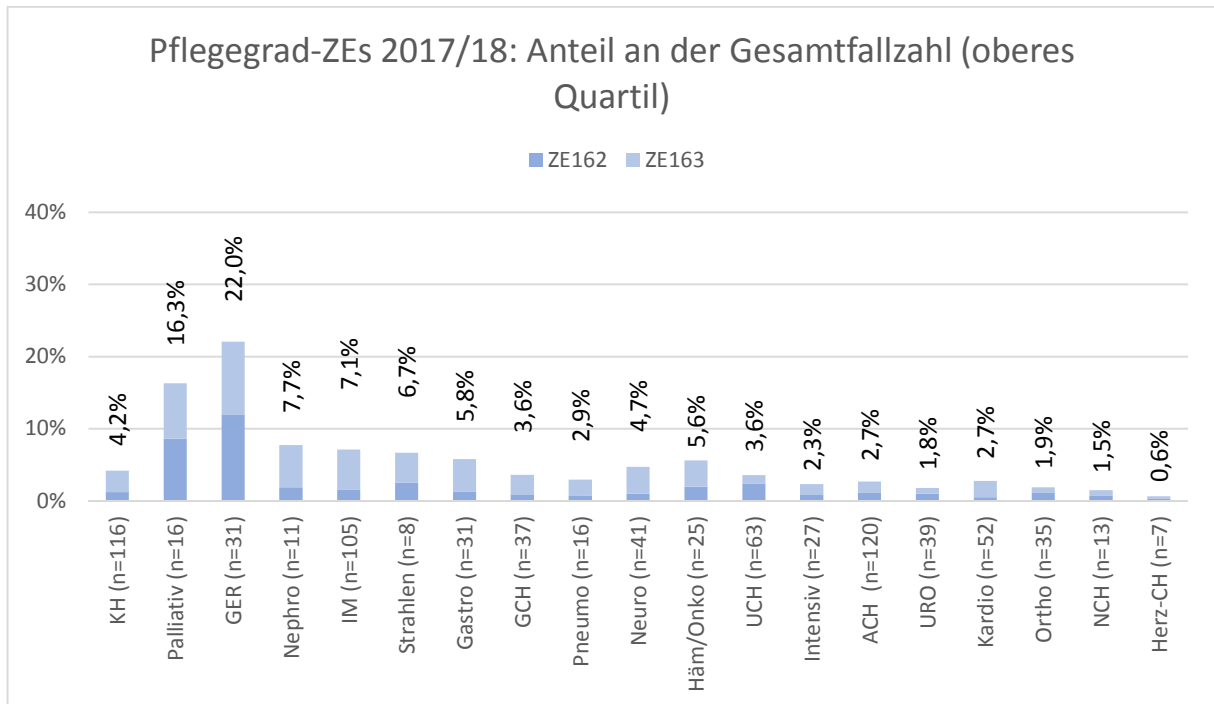
Von den chirurgischen Disziplinen imponiert erwartungsgemäß die Gefäßchirurgie mit der höchsten Zusatzentgeltquote.

Natürlich ist es von großem Interesse zu erfahren, wie die Entwicklung bei der Erfassung der Pflegegrade seit 2017 vorangeschritten ist.

Aufgrund der „Scharfschaltung“ der Erlösrelevanz für die Pflegegrade als Zusatzentgelt im Jahr 2018 ist ein signifikanter Anstieg der Erfassungsquoten im Vergleich zum Vorjahr zu erwarten.

In der nachfolgenden Abbildung finden wir die Darstellung der korrespondierenden Quoten aus dem Jahr 2017 (G-DRG 2017/18).

Abb. 2

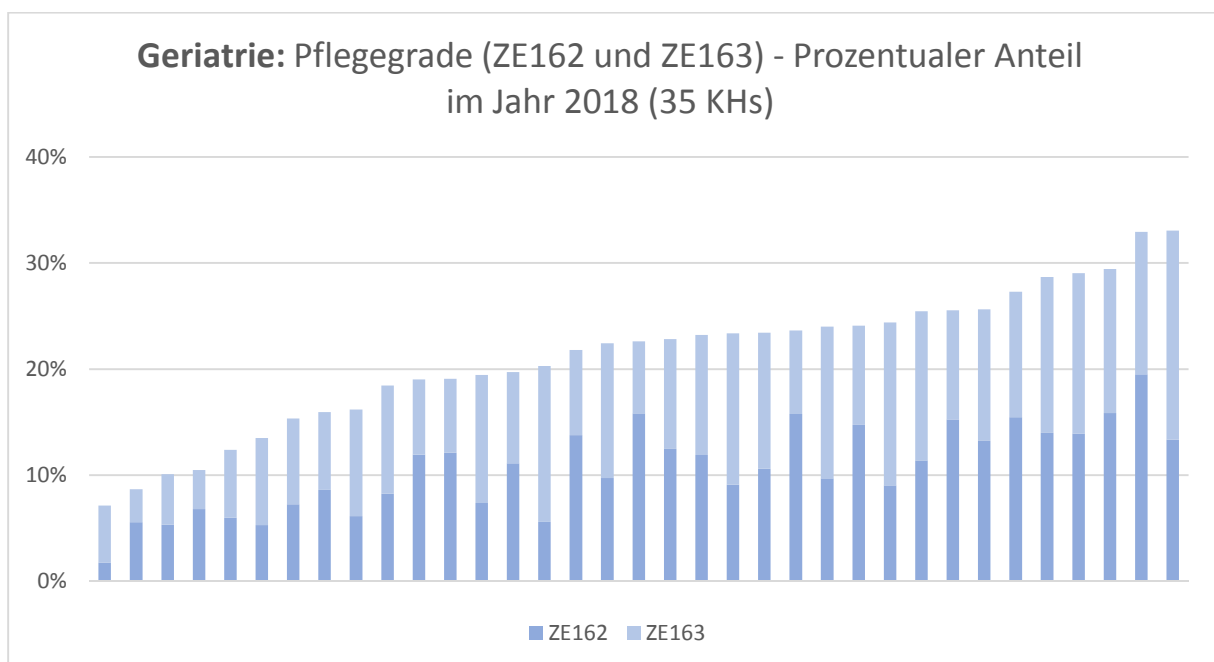


Man erkennt, dass die Zusatzentgeltquote insgesamt von 4,2% auf 4,9% ansteigt. Mit Ausnahme der Hämato-Onkologie sind in allen Fachabteilungen signifikante Zuwächse zu verzeichnen. Die erstmalige Erlösrelevanz hat also offensichtlich die Kodierung der Pflegegrade angeschoben.

Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch 2018 Kliniken gab, die weit unterhalb dieser Erfassungsquoten des oberen Quartils liegen und signifikante Erlöspotentiale verschenkt haben.

Die Geriatrie dient hier als Beispiel.

Abb. 3



Mit Beginn des Jahres 2019 wurde bekanntermaßen die Übermittlung der Pflegegrade durch die Kostenträger an die Kliniken als Bestandteil des Datenübermittlungsverfahrens nach §301 SGB V festgeschrieben.

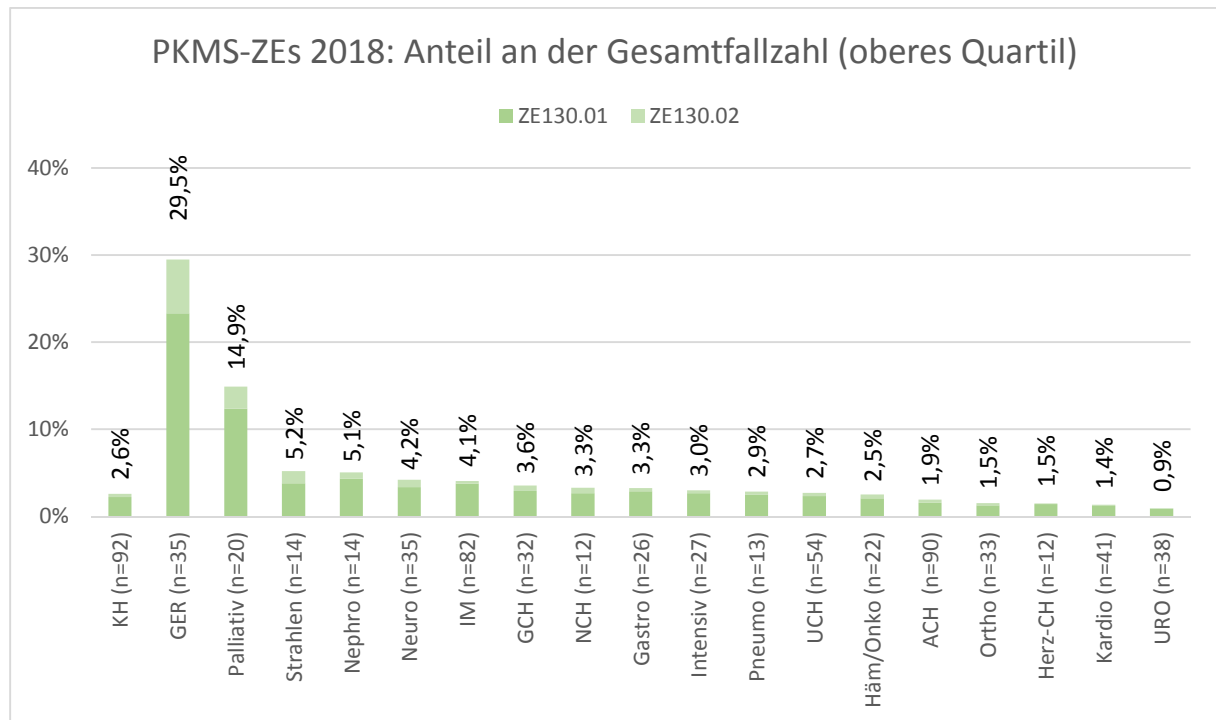
Somit wird es im Jahresverlauf interessant zu beobachten, in wie weit die Kliniken im Jahr 2018 noch von den Dokumentationsquoten bei Vollerfassung entfernt waren.

Dokumentationsquoten für den PKMS in den Jahren 2017 und 2018

Der PKMS ist mittlerweile seit acht Jahren als Zusatzentgelt abrechenbar und entfaltet darüber hinaus seit zwei Jahren in einigen Fällen zusätzlich seine Wirkung als DRG-Splitkriterium im Kontext der sog. aufwendigen Behandlung.

Im Jahr 2018 stellen sich die PKMS-Quoten für das obere Quartil auf Krankenhaus- und Fachabteilungsebene wie folgt dar.

Abb. 4

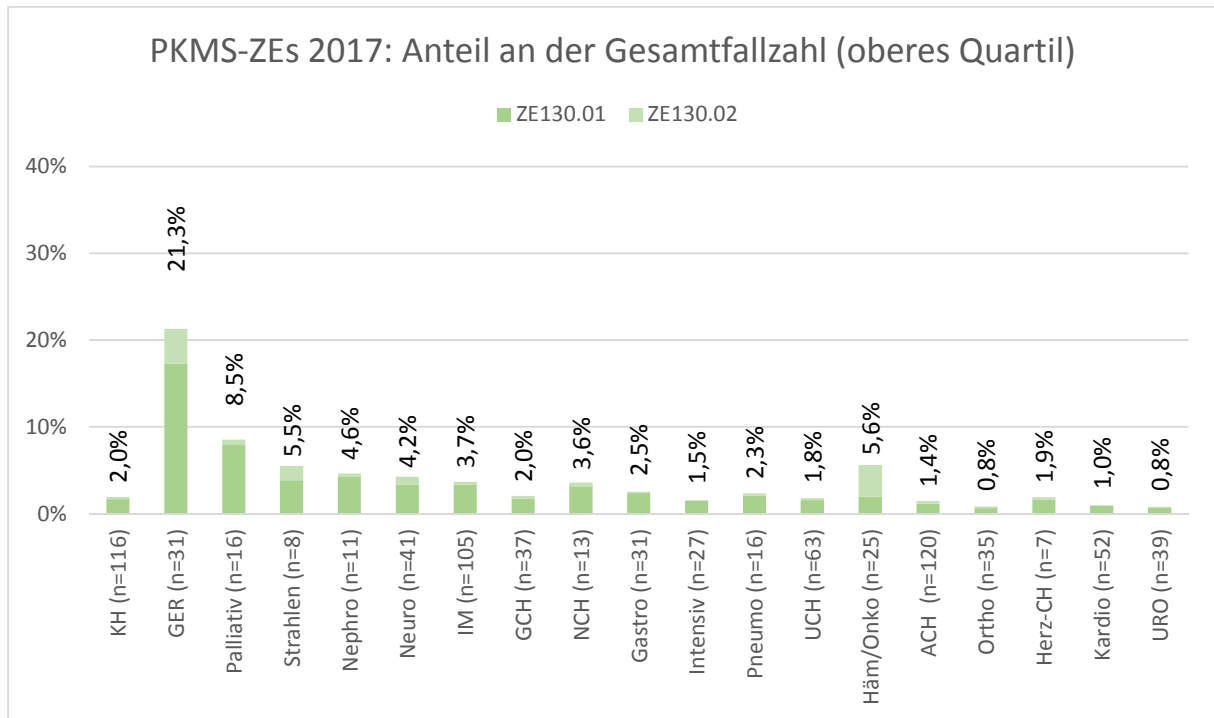


Neben der Geriatrie, die mit Abstand die höchsten Dokumentationsquoten aufweist, liegen hier die gleichen Fachabteilungen vorne wie bereits bei der Darstellung der Pflegegrade.

Dem hohen PKMS-Anteil der Geriatrie spielt natürlich die längere mittlere Verweildauer geriatrischer Patienten in die Karten. Dadurch fällt es bei diesen leichter, die für ein Zusatzentgelt erforderlichen 43 Punkte zu erreichen.

Auch für die PKMS-ZEs lohnt sich ein Vergleich mit den Daten aus 2017.

Abb. 5

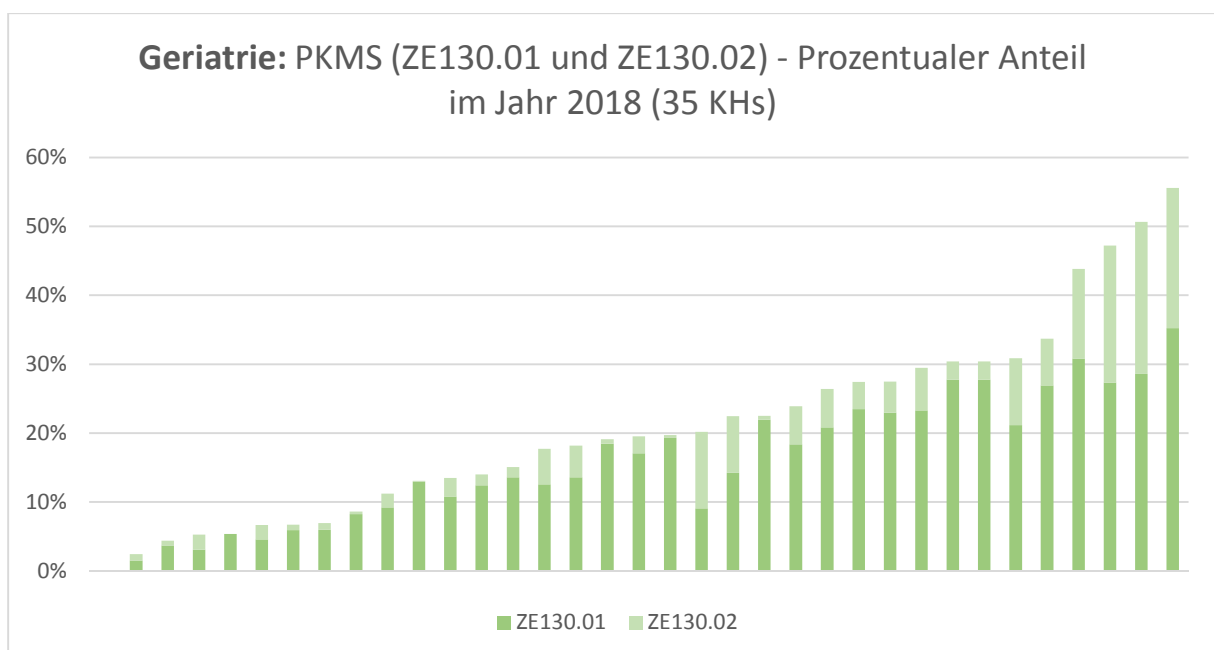


Ähnlich wie bei der Darstellung der Pflegegrade sehen wir auch hier signifikante positive Entwicklungen von 2017 nach 2018. Die PKMS-Quote konnte gleichermaßen auf Krankenhausebene wie auch in den meisten Fachabteilungen zulegen.

Im Gegensatz zu der Entwicklung bei den Pflegegraden erstaunt hier jedoch, dass Steigerungen in diesem Ausmaß bei Zusatzentgelten möglich sind, die bereits seit Jahren erlösrelevant sind.

Hierzu ergänzend ebenfalls der Überblick über die Fachabteilung Geriatrie.

Abb. 6



Man erkennt den eklatant unterschiedlichen Umfang der Abrechnung von PKMS-Zusatzentgelten in der Geriatrie. Dies ist definitiv nicht auf ein unterschiedliches Fallspektrum oder abweichende Verweildauern zurückzuführen. Diesbezüglich sind die Kliniken durchaus vergleichbar.

Die Unterschiede sind alleine dadurch zu erklären, dass das Thema PKMS mit sehr unterschiedlicher Ernsthaftigkeit und Professionalität angegangen wird.

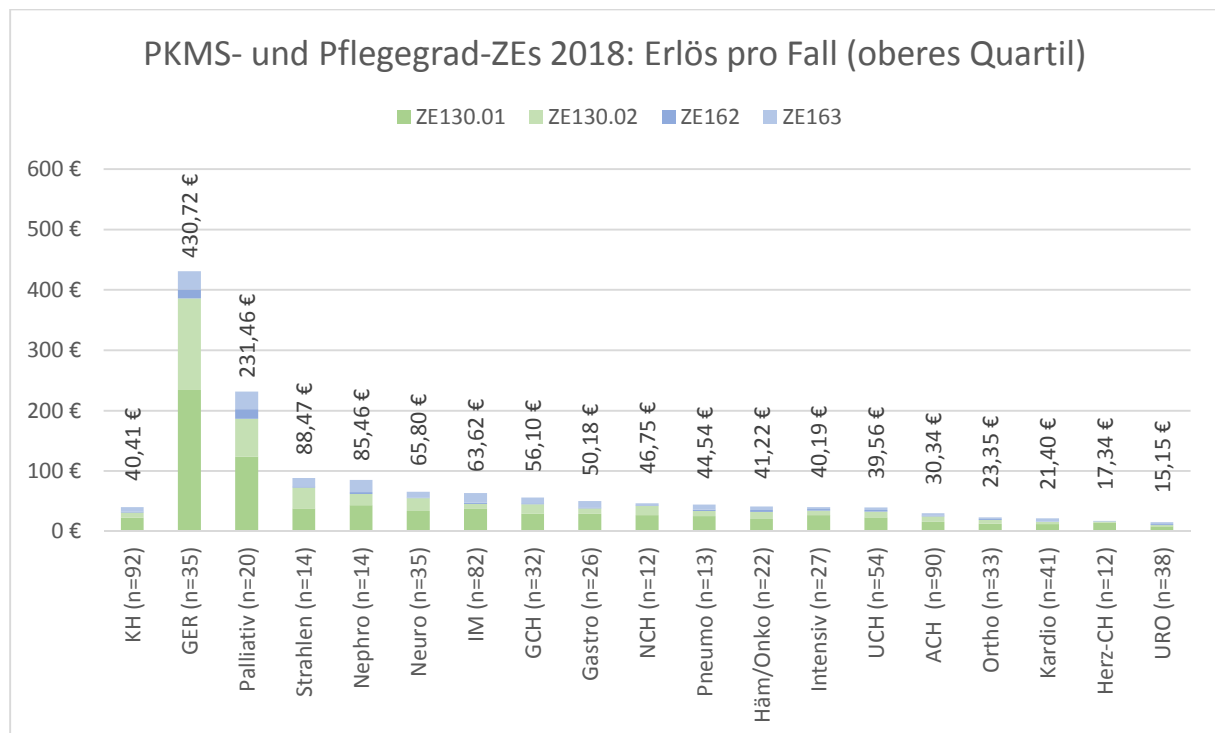
Somit ist natürlich auch für 2019 noch Raum für Nachholeffekte.

Durchschnittliche Erlöse für PKMS- und Pflegegrad-ZEs in den Jahren 2017 und 2018

Die immer wieder von Kliniken vorgetragene Argumentation einer inadäquaten Aufwand-Nutzen-Relation für vermehrte Anstrengungen in Bezug auf eine verbesserte Erfassung und Dokumentation der pflegeassoziierten Zusatzentgelte ist aus unserer Sicht nicht haltbar.

Dies zeigen die im oberen Quartil realisierten Erlöse pro Fall 2018.

Abb. 7



Natürlich sollten die begrenzt vorhandenen Ressourcen für die Dokumentation der pflegeassoziierten Erlösbestandteile gezielt eingesetzt werden, wo sie den größten Nutzen versprechen.

Aus dieser Übersicht lassen sich die eigenen Potentiale im Zusammenhang mit den Zusatzentgelten problemlos ableiten.

Fazit:

Die verbesserte Abbildung pflegerischer Leistungen im DRG-System hat den Kliniken in den letzten Jahren einige Möglichkeiten zur Generierung zusätzlicher Erlöse eröffnet.

Die Erlöschancen, die sich hierbei aus der Dokumentation und Abrechnung der Zusatzentgelte für den PKMS und die Pflegegrade ableiten lassen, wurden von den Kliniken jedoch nur in sehr unterschiedlichem Umfang realisiert.

Zwar zeigt sich 2018 eine signifikante Verbesserung für die zugehörigen Zusatzentgelte im Vergleich zu 2017, jedoch bleiben weiterhin viele Potentiale unerschlossen.

Schon in diesem Jahr ergeben sich aus der Umsetzung der PpUGV neue Anforderungen an die Dokumentation im Pflegesektor, die man bislang noch nicht kannte. Die Einhaltung der dort verankerten Vorgaben und die Notwendigkeit der Vermeidung von Sanktionen münden quasi in einem Pflegepersonalcontrolling, das man in dieser Form bislang nicht benötigte.

Im Jahr 2020 wird mit der Implementierung eines neuen krankenhausespezifischen Pflegepersonalbudgets eine neue Zeitrechnung beginnen. Die Pflege hat ihr Leistungsspektrum und den damit verbundenen Aufwand als Grundlage für die Kostenerstattung zukünftig eigenverantwortlich und umfassend abzubilden.

Ob die im DRG-System gerade erst angekommenen Erlösbestandteile in dem neuen Pflegebudget weiterhin ihren Stellenwert haben werden, bleibt abzuwarten und ist bei Betrachtung der aktuellen Positionen durchaus fraglich.

Die Vergangenheit hat immer wieder gezeigt, dass größere Reformvorhaben im Krankenhaussektor meistens auch mit der Notwendigkeit zu vermehrter Dokumentation einhergehen.

Für das Jahr 2019 liegt daher die besondere Herausforderung für den Pflegedienst darin, alle bisher bereits im DRG-System etablierten „Pflegeelemente“ möglichst vollständig zu dokumentieren, um den tatsächlichen Pflegeaufwand mit den vorhandenen Möglichkeiten realistisch abzubilden.

Eine gute Pflegedokumentation im DRG-System ist somit im Jahr 2019 wichtiger denn je.

Literatur und Informationen:**info@kaysers-consilium.de**

Thomas Claes
Medizincontroller, Pflegefachkraft
Kaysers Consilium GmbH

Dr. med. Andreas Stockmanns
Facharzt Innere Medizin
Geschäftsführer Kaysers-Consilium GmbH

Dr. Jürgen Freitag
Geschäftsführer Kaysers-Consilium GmbH

KAYSERS CONSILIUM GmbH**Marienstraße 24****47623 Kevelaer**