

Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelast-Katalog)

– Version 0.99 –

Vorbemerkungen

Patienten im Krankenhaus benötigen abhängig von ihrer Erkrankungsschwere und den für die Behandlung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen pflegerische Betreuung. Insbesondere in Verbindung mit den therapeutischen Maßnahmen gehen zusätzliche Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten zu selbständigem Handeln in unterschiedlichem Maße einher, sodass entsprechende Hilfestellungen bzw. pflegerische Betreuung durch Pflegekräfte erforderlich sind. Der Grad der Beeinträchtigung des einzelnen Patienten ist von zahlreichen Faktoren abhängig und zeigt bei der jeweiligen Krankenhausbehandlung eine individuelle Ausprägung. Nicht jeder Patient mit einer bestimmten Erkrankung und einer bestimmten therapeutischen Maßnahme weist einen identischen Hilfebedarf (Pflegebedarf) auf.

Die typische Menge an Pflegeleistungen unterschiedlicher Fachabteilungen kann sich stark unterscheiden. Die Unterschiede ergeben sich einerseits aus der grundsätzlich differenten typischen Erkrankungsschwere der Patienten der Fachabteilungen und andererseits aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Patienten (insbesondere auch namensgleicher Fachabteilungen!) mit ihrem jeweiligen individuellen Bedarf an Pflegeleistungen. Für eine sachgerechte vergleichende Betrachtung von Personaleinsatz und/oder Pflegeleistungen verschiedener Fachabteilungen ist eine Adjustierung im Hinblick auf den typischerweise zu erwartenden Pflegebedarf bei jeweils gegebener Patientenzusammensetzung zwingend erforderlich (Risikoadjustierung).

In einem Gutachten von hche (Hamburg Center for Health Economics) zur Pflegepersonal-ausstattung in allgemeinen Krankenhäusern wurde zum Zweck der Risikoadjustierung der Case-Mix-Index (CMI) verwendet. Die Verwendung eines hochdifferenzierten Klassifikations-systems wie G-DRG zur Risikoadjustierung kann bei geeigneter Anwendung die Streuung zwischen den verschiedenen Klassen in Bezug auf die Gesamtkosten erheblich reduzieren. Die Adjustierung über den CMI adressiert jedoch nur die Streuung der Gesamtkosten, nicht die der Pflegekosten und muss schon allein deshalb als ungeeignet bewertet werden.

Im G-DRG-System wird die ökonomische Gesamtschwere durch den effektiven Case-Mix (= Bewertungsrelation der DRG, zuzüglich Zuschläge für Langlieger bzw. abzüglich Abschläge für Kurzlieger und Verlegte) beschrieben. Die Bewertungsrelationen ergeben sich kalkulatorisch u.a. aus der durchschnittlichen Personalbesetzung (Pflege, Ärzte und andere Berufsgruppen), der für die Behandlung der Patienten durchschnittlich eingesetzten Materialien und Kosten der medizinischen bzw. nicht-medizinischen Infrastruktur. Der Case-Mix-Index zeigt damit den mittleren ökonomischen Gesamtschweregrad je Fall an. Ein

vergleichsweise höherer CMI kann zwar aus höheren Personalkosten für die Pflege resultieren, er kann sich aber ebenso aufgrund anderer Personalkosten oder höherer Sachkosten ergeben (z.B. bei Verwendung einer teuren, minimal-invasiv eingebrachten Herzklappe). Die im CMI berücksichtigten Sachkosten, die diese Kennzahlen in sachkostenintensiven Fachgebieten wie der Kardiologie oder auch der Orthopädie und Unfallchirurgie maßgeblich bestimmen, ermöglichen keinen Rückschluss auf den Pflegeaufwand.

Da der CMI für die Risikoadjustierung im Rahmen der durchzuführenden Analysen keine geeignete Größe darstellt und der patientenindividuelle Pflegebedarf als Kenngröße nicht zur Verfügung steht, ist eine sachgerechte Alternative zu etablieren. Eine sachgerechte Alternative auf Basis bestehender Daten wird im Folgenden vorgestellt. Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegetlast-Katalog) geht von der Annahme aus, dass der Patient während seines stationären Aufenthaltes eine pflegerische Betreuung erhalten hat, die sich an seinem individuellen Pflegebedarf orientiert und diesem weitgehend entsprochen hat. Die Werte des Pflegelast-Katalogs berechnen sich nicht aus den kalkulierten Gesamtkosten der Fälle (wie der CMI), sondern ausschließlich aus Aufwänden für pflegerische Maßnahmen. Dabei wird ein Fokus auf die Kostenbestandteile für die Personalkosten der „Pflege am Krankenbett“ gelegt. Damit nutzt der Pflegelast-Katalog in geeigneter Weise den hohen Differenzierungsgrad des G-DRG-Systems. Mit dem dargestellten Fokus auf die Personalkosten der patientennahen Pflege stellt der Pflegelast-Katalog mit seiner DRG-bezogenen Adjustierung hingegen ein nach Einschätzung des InEK besser geeignetes aber noch praktikables Instrument dar.

Berücksichtigte Kostenarten und Kostenstellen

Die Berechnung erfolgt auf Basis der Kalkulationsdatensätze (Datenjahr 2016), die für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2018 zur Verfügung standen. Sie wurden für die Berechnung des Pflegelast-Katalogs einer ergänzenden Plausibilisierung unterzogen. Die separate Plausibilisierung wurde durchgeführt, da die Kalkulationsdatensätze im Rahmen der DRG-Kalkulation unter dem Blickwinkel der Berechnung von Bewertungsrelationen eines fallpauschalierenden Entgeltsystems plausibilisiert wurden. Entsprechend können bspw. Kalkulationsdatensätze mit Ungenauigkeiten in der Matrixbezogenen Darstellung der Kosten trotzdem für die DRG-Kalkulation verwendet werden, wenn die Fallkosten insgesamt plausibel sind. Bei einer isolierten Betrachtung der Personalkostenbestandteile für „Pflege am Krankenbett“ sind die Kalkulationsdatensätze hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit für die Berechnung eines Pflegelast-Katalogs erneut zu plausibilisieren.

Die nachfolgende Darstellung zeigt die auf der Fallebene für die Kalkulation des Pflegelast-Katalogs verwendeten Felder der InEK-Kostenmatrix:

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

Die Berechnung des Pflegelast-Katalogs fokussiert auf die „Pflege am Krankenbett“ unter weitgehender Berücksichtigung der unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Krankenhäuser hinsichtlich der Patientenbehandlung. Die Unterstützungsleistungen der Pflegekräfte und des Funktionspersonals im OP, in der Anästhesie und den diagnostischen und therapeutischen Bereichen werden im Pflegelast-Katalog nicht berücksichtigt, da diese Leistungen nicht den Charakter „Pflege am Krankenbett“ aufweisen. Diese Unterstützungen zielen auf die jeweilige Intervention bzw. Diagnostik ab und fokussieren nicht auf den patientenindividuellen Bedarf hinsichtlich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten zu selbständigem Handeln.

Die Kostenbestandteile für die „Pflege am Krankenbett“ werden in der Kostenartengruppe 2 „Personalkosten – Pflegedienst“ gebucht (Spalte 2). Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs werden der Kostenartengruppe 2 alle Kosten für Pflege- und Pflegehilfpersonal im stationären Bereich zugeordnet. In der Kostenartengruppe 2 werden die Personalkosten für das folgende Pflegepersonal zugeordnet:

- Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Altenpflege, Krankenpflegehilfe
- Gesundheits- und Pflegeassistenz (GPA), Pflegefachhilfe, Kranken- und Altenpflegehilfe, Sozialassistenz, Kinderpflegehelfer

Diese Aufzählung des Pflegepersonals ist nicht abschließend – die Zuordnung folgt der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) mit ihren entsprechenden Erläuterungen für das relevante Buchungskonto. Personalkosten für Auszubildende in den oben genannten Berufen, die gemäß Anrechnungsschlüssel auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden können, sind ebenfalls der Kostenartengruppe 2 zugeordnet.

Zu den Personalkosten gehören im Wesentlichen:

- Löhne und Gehälter, Vergütungen (auch für Überstunden, Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaft)
- Zuschläge, Zulagen und Sachbezüge
- Arbeitgeberanteile zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung (in ihrer Höhe gesetzlich festgelegte Arbeitnehmeranteile, die ganz oder teilweise vom Arbeitgeber übernommen werden, sind ebenfalls zu berücksichtigen)
- Aufwendungen für Altersversorgung (Beiträge zu Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskassen sowie anderen Versorgungseinrichtungen)
- Aufwendungen für Beihilfen und Unterstützungen
- Sonstige Personalaufwendungen, wie Erstattungen von Fahrtkosten zum Arbeitsplatz und freiwillige soziale Leistungen (z.B. Zuschuss zum Mittagessen)

Die Personalkosten für die Pflegedienstleitung sind abweichend von der KHBV nicht Bestandteil der Kostenartengruppe 2, sondern der Kostenartengruppe 7 „medizinische Infrastruktur“ (Spalte 7 der Kostenmatrix). Diese Kosten werden von den Kalkulationsteilnehmern zusammen mit den übrigen relevanten Personal- und Sachkosten direkt den Infrastrukturkosten zugeordnet. Zu den Kosten der medizinischen Infrastruktur gehören zahlreiche weitere Personal- und Sachkosten bspw. für die ärztliche Direktion, die Bettenzentrale, Controlling, Qualitätssicherung und –management sowie die Versorgung mit medizinischen Gasen. Eine Berücksichtigung der Kostenanteile für die Personalkosten der Pflegedienstleitung ist daher bei der Berechnung des Pflegelast-Katalogs nicht möglich, da die einzelnen (fallbezogenen) Kostenanteile für die Pflegedienstleitung nicht vorliegen. Um den Einfluss „buchhalterischer Besonderheiten“ (z.B. Einsatz von Arzthelfern) gering zu halten, werden auf den Normalstationen (Zeile 1) auch die Personalkosten des medizinischen Dienstes/Funktionsdienstes berücksichtigt (Spalte 3).

Die Kostenmatrix orientiert sich in ihrer Kostenstellengruppenstruktur (Zeilen der Matrix) am Ort der Leistungserbringung. Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs werden die krankenhausesindividuellen Kostenstellen der Pflegefachbereiche mit Normalpflege zur Kostenstellengruppe 1 „Normalstation“ zusammengefasst (Zeile 1). Dazu gehören neben den bettenführenden Stationen/Fachabteilungen Normalpflege auch das Neugeborenenzimmer und Schlaflabore. Die bettenführenden Stationen/Fachabteilungen der Nephrologie werden in einer separaten Kostenstellengruppe 3 „Dialyse“ erfasst (Zeile 3). In entsprechenden DRGs sind Kosten für pflegerische Betreuung auch in dieser Kostenstellengruppe erfasst. Die Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ (Zeile 2) fasst die Kostenstellen der bettenführenden Stationen/Fachabteilungen mit abweichender Pflegeintensität zusammen.

Dazu gehören insbesondere die folgenden Stationen/Fachabteilungen:

- Intensivbehandlung und Intensivüberwachung
- Neonatologische Intensivstation
- Kardiologische Wacheinheit
- Intermediate Care (IMC)
- Stroke Unit
- Verbrennungen mit intensivmedizinischer Versorgung
- Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte und Frührehabilitation bei intensivmedizinischer Versorgung

Die Kosten der (bettenführenden) Aufnahmestationen werden nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs der Kostenstellengruppe 13 „Patientenaufnahme“ (Zeile 13) zugeordnet. Die Berücksichtigung der Kostenstellengruppe 13 vervollständigt die zu berücksichtigenden Pflegekosten in Bezug auf die strukturellen Unterschiede der Krankenhäuser bei der Organisation des Patientenaufnahme- und -behandlungsprozesses.

Im Rahmen der Zuordnung fallbezogener Kostenanteile (Kostenträgerrechnung) ordnen die Kalkulationshäuser die Pflegepersonalkosten in der Kostenstellengruppe 1 „Normalstation“ auf Basis der fallindividuellen Pflegedokumentation nach der PPR (Pflege-Personalregelung) den einzelnen Fällen zu. Wird in einem Kalkulationskrankenhaus ein differenzierteres Pflegedokumentationssystem eingesetzt (z.B. LEP - Leistungserfassung Pflege) wird dort dieses im Rahmen der Kostenträgerrechnung verwendet. In der Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ erfolgt die fallbezogene Kostenzuordnung auf Basis der Zeiten, die der jeweilige Patient intensivmedizinisch versorgt wurde. Dabei ist die dokumentierte Zeit intensivmedizinischer Betreuung auf Basis eines geeigneten, vom InEK zu genehmigenden „Modells zur Bestimmung der Behandlungsintensität der Intensivversorgung (MBI)“ zu gewichten, um den unterschiedlichen Ausprägungen des Versorgungsaufwands intensivmedizinisch versorgter Patienten Rechnung zu tragen. Die fallbezogene Kostenzuordnung in der Kostenstellengruppe 13 „Patientenaufnahme“ berücksichtigt über die Verwendung der Leistungszeiten oder eines sachgerechten Leistungskatalogs den unterschiedlichen Personaleinsatz. Damit liegt insgesamt bei handbuchkonformer Umsetzung der Kalkulationsvorgaben eine leistungsbezogene Kostenzuordnung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene vor.

Berechnung des Pflegelast-Katalogs

Die gemäß obiger Ausführung berücksichtigten Pflegepersonalkosten liegen auf der Fallebene individuell vor und werden auf der DRG-Ebene aggregiert. Verwendet werden die Kalkulationsdatensätze des Datenjahres 2016 und das G-DRG-System 2018. Zur Berücksichtigung fallbezogener Varianzen auf Ebene der Pflegekosten wird dabei zwischen den Pflegepersonalkosten in Normalpflege und in abweichender Pflegeintensität unterschieden. Die Differenzierung der Verweildauer in Belegungstage auf der Normalstation und Belegungstage auf der Intensivstation wurde bei den Beratungen zur Bestimmung von Pflegepersonaluntergrenzen zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert. Dazu werden fallindividuell die Belegungstage in Belegungstage auf der Normalstation (Zeile 1) und in Belegungstage in intensivmedizinischer Betreuung (Zeile 2) differenziert. Die Personalkosten in der Kostenstellengruppe „Dialyse“ (Zeile 3) und in der Kostenstellengruppe 13 „Patientenaufnahme“ (Zeile 13) werden jeweils anteilig der Normalstation (Zeile 1) bzw. der Intensivstation (Zeile 2) zugeordnet. Die Aufteilung der Verweildauer erfolgt auf Basis der für die Kalkulationsdatensätze vorliegenden zusätzlichen Leistungsdaten zur Behandlung von Patienten auf Intensivstationen. Die Kalkulationshäuser übermitteln für jeden Fall die Dauer intensivmedizinischer Betreuung als zusätzliche Leistungsdaten. Aus den übermittelten Zeitangaben lässt sich der Aufenthalt in Intensivbetten mit intensivmedizinischer Betreuung fallweise ermitteln. Die Daten zu den Intensivaufenthalten liegen weitgehend vollständig vor (98% der Krankenhäuser mit intensivmedizinischer Betreuung liefern Daten für 98% der intensivmedizinisch versorgten Fälle). Fälle, für die keine plausiblen Daten zur intensivmedizinischen Betreuung oder nur Angaben mit Aufenthaltszeiten von weniger als 3 Stunden in intensivmedizinischer Betreuung vorlagen, wurden zur Vermeidung von verzerrten Berechnungsergebnissen nicht verwendet.

Im Ergebnis stehen in den einzelnen DRGs die durchschnittlichen Kosten des Pflegedienstes auf der Normalstation pro Tag zu den durchschnittlichen Kosten des Pflegedienstes auf der Intensivstation pro Tag in einem Verhältnis, das typischerweise etwa zwischen 1 : 2,5 und 1 : 6 liegt. Für die weit überwiegende Zahl der auf Intensivstationen versorgten Patienten konnte der Wert für die Pflegelast „Intensiv“ auf Grundlage der Intensivtage und -kosten der jeweiligen DRG berechnet werden. War die eigenständige Kalkulation der Pflegelast „Intensiv“ nicht möglich, beispielsweise weil die für die Berechnung des Pflegelast-Katalogs angelegte Mindestfallzahl an Kalkulationsdatensätzen nicht erreicht werden konnte, wurden die Werte für die Intensivstation aus denen der Normalstation anhand eines Faktors berechnet, um für die sachgerechte Risikoadjustierung durchgängig einen Ausweis von Werten auf Normal- und Intensivstation vornehmen zu können.

Der Pflegelast-Katalog weist daher für jede DRG einen Wert für die Normalstation und einen Wert für die Intensivstation aus. Die Werte werden je Belegungstag angegeben, um der patientenindividuellen Variabilität der Aufteilung zwischen Belegungstagen auf Normalstationen und Belegungstagen in intensivmedizinischer Betreuung Rechnung tragen zu können. Im Ergebnis konnte durch den Bezug auf den Belegungstag einerseits sowie die Differenzierung zwischen Normal- und Intensivstation andererseits die Streuung der

Pflegekosten innerhalb der Klassen (DRGs) reduziert werden, auch in den im Verlauf der Beratungen als problematisch beschriebenen "Misch-DRGs", in denen bei vergleichbaren Gesamtkosten der Fälle eher personalkostenlastige Leistungen und eher sachkostenlastige Leistungen in einer DRG zusammengefasst sind. Am Beispiel der „Misch-DRG“ F36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...] oder minimalinvasiver Eingriff an mehreren Herzklappen*, zeigt sich nun, dass die große Streuung der Pflegekosten (auf Fallebene) durch die differenzierte Betrachtung der Intensivanteile wie auch durch den Tagesbezug deutlich zurückgeht.

Ein weiterer Rückgang der Streuung innerhalb der DRGs konnte durch eine gesonderte Betrachtung der Behandlung von Kindern (für die Zwecke des Pflegelast-Katalogs einheitlich als Patienten < 16 Jahre definiert) erreicht werden.

Die Versorgung von Kindern geht typischerweise mit höheren tagesbezogenen Pflegepersonalkosten einher. DRGs, die im Fallpauschalen-Katalog eigens oder weitgehend für die Vergütung der Behandlung von Kindern enthalten sind, reflektieren diese höheren Personalkosten bereits in hohem Maße. Auch in anderen DRGs, die zwar nicht eigens anhand des Merkmals "Kind" definiert sind, aber durchaus einen nennenswerten Anteil von Kindern aufweisen, sind die erhöhten tagesbezogenen Personalkosten in den durchschnittlichen Fallkosten entsprechend weitgehend sachgerecht reflektiert (die höheren tagesbezogenen Pflegepersonalkosten bei der Behandlung von Kindern werden durch andere Kostenbestandteile bei der Versorgung von Erwachsenen - etwa deren im Mittel höhere Verweildauer - kompensiert). Bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems gilt eine sog. Günstigerprüfung für die Berechnung der Fallpauschalen zur Vergütung der Behandlung von Kindern. Auf die Etablierung einer eigenständigen Kinder-DRG wird dann verzichtet, wenn diese eine insgesamt ungünstige Wirkung für die Vergütung von Kindern hätte. In diesem Fall sind Kinder trotz der höheren Kosten pro Tag in einer ungeteilten DRG besser gestellt, deren Relativgewicht dann typischerweise von erwachsenen Patienten mit geringeren Tages-, aber höheren Fallkosten geprägt wird.

Bei der für den Pflegelast-Katalog unternommenen tagesgenauen Betrachtung von Pflegepersonalkosten bei der Behandlung von Kindern können die Gesamtkosten der Erwachsenen jedoch keinen solchen Kompensationseffekt mehr entfalten. Der Ausweis einheitlicher Werte für die Versorgung von Erwachsenen und Kindern im Pflegelast-Katalog würde entsprechend eine erhebliche systematische Verzerrung zu Ungunsten der Behandlung von Kindern nach sich ziehen. Zur Vermeidung dieser systematischen Verzerrung wurden für die Behandlung von Kindern mit einem Alter < 16 Jahre für diese DRGs separate Werte für die Normal- und/oder Intensivstation berechnet. Dabei wurde eine Mindestfallzahl von Falldaten vorgegeben, um statistisch stabile Berechnungsergebnisse zu erzielen. Zudem wurde dann auf eine Differenzierung Kinder/Erwachsene verzichtet, wenn die DRG ohnehin schon einen sehr hohen Anteil an Kindern aufweist und die Pflegelast pro Tag somit bereits in sehr hohem Maße von den typischen Kosten der Behandlung von Kindern beeinflusst ist.

Für die Berechnung der DRG-Bewertungsrelationen werden zur Vermeidung einer Doppelvergütung die Kostenbestandteile, die über Zusatzentgelte vergütet werden, aus den

fallbezogenen Behandlungskosten herausgelöst. Entsprechend sind diese Kostenanteile auch nicht mehr in den für die Berechnung des Pflegelast-Katalogs zur Verfügung stehenden Kalkulationsdatensätzen enthalten. Hinsichtlich der Pflegepersonalkosten betrifft dies insbesondere die Zusatzentgelte

- ZE60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung
- ZE130 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
- ZE131 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen
- ZE145 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
- ZE162 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)
- ZE163 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)

Zur vollständigen Abbildung der durch „Pflege am Krankenbett“ entstandenen Aufwände müssen diese Tatbestände bei der Risikoadjustierung fallbezogen additiv berücksichtigt werden. Für die mit diesen Zusatzentgelten repräsentierten Pflegepersonalkosten sind daher entsprechende Werte im Pflegelast-Katalog enthalten.

Für die DRGs aus Anlage 3a, der nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüteten vollstationären Leistungen, wurden auf Basis der vorhandenen plausiblen Kalkulationsdatensätze ebenfalls Werte für den Pflegelast-Katalog berechnet, da die tagesbezogenen Kosten plausibel und darstellbar sind. Die hohe Verweildauervarianz, die maßgeblich für die Zuordnung dieser DRGs zur Anlage 3a verantwortlich ist, entfaltet auf Ebene der Tageskostenbetrachtung der Pflegekosten keine die Darstellung im Pflegelast-Katalog verhindernde Wirkung. Bei zu geringer Anzahl von Kalkulationsdatensätzen wurde eine hinsichtlich Inhalt wie auch Kosten- und Verweildauerstruktur geeignete DRG als Repräsentant der fehlenden Kalkulationswerte ausgewählt und die entsprechenden Werte des Pflegelast-Katalogs dieser DRG übertragen. Dieses Vorgehen wurde lediglich für 10 DRGs mit insgesamt vernachlässigbarer Fallzahl erforderlich. Auf diese Weise können alle vollstationären Patienten bei der Risikoadjustierung durch den Pflegelast-Katalog berücksichtigt werden.

Die Berechnung der Werte für den Pflegelast-Katalog erfolgt auf Basis der fallbezogenen Kostenwerte ausgedrückt in Euro-Beträgen. Auf Basis der bisherigen Beratungen zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene, sollte jedoch ein dimensionsloser Pflegelast-Katalog (analog dem G-DRG-Katalog) vorgelegt werden. Dazu ist eine entsprechende Normierung erforderlich.

Grundsätzlich denkbar sind mehrere Alternativen:

1. Normierung auf den Wert 1,0 auf Basis der §-21-Datensätze für Deutschland
2. Normierung anhand des Korrekturwerts, mit dem die anteiligen Bewertungsrelationen für die Personalkosten im Fallpauschalen-Katalog berechnet wurden
3. Normierung auf Basis der für die Ermittlung der Pflegelast-Katalogwerte verwendeten durchschnittlichen Pflegepersonalkosten (je Tag)

Für Alternative 1 wäre eine Berechnung der Risikoadjustierung für Pflegeaufwand für alle Krankenhäuser in Deutschland auf Basis der §-21-Datensätze erforderlich, um den korrekten Divisor für einen durchschnittlichen Wert im Pflegelast-Katalog von 1,0 zu bestimmen. In den §-21-Datensätzen liegen derzeit keine fallbezogenen Angaben zur Aufteilung der Verweildauer in Belegungstage auf der Normalstation und Belegungstage auf der Intensivstation vor. Entsprechend hätte zur Normierung zunächst konsentiert werden müssen, anhand welcher Merkmale des §-21-Datensatzes die Aufteilung der Gesamtverweildauer des Patienten in die beiden Bestandteile (Normalstation versus Intensivstation) vorgenommen werden soll. Der Korrekturwert, mit dem die anteiligen Bewertungsrelationen für die Personalkosten im Fallpauschalen-Katalog 2018 berechnet wurden, beträgt 2.932,96 €. Aus pragmatischen Gründen wurde konsentiert, den Pflegelast-Katalog mit diesem Wert zu normieren. Eine Normierung mit diesem Wert hat auch den Vorteil, dass die berechneten Relationen eine Vergleichbarkeit mit den anteiligen Bewertungsrelationen für Personalkosten im G-DRG-Katalog aufweisen. Die für die Berechnung der Katalogwerte für den Pflegelast-Katalog benötigten Daten wurden fallweise den Kalkulationsdatensätzen der Datengrundlage zur Berechnung der Bewertungsrelationen für den G-DRG-Katalog 2018 entnommen; die Berechnungsgrundlage ist nicht der Report-Browser der durchschnittlichen Kosten je DRG-Fallpauschale, den das InEK auf seiner Internetseite bereits im Dezember 2017 veröffentlicht hat. Die für Alternative 3 erforderlichen durchschnittlichen Pflegepersonalkosten (sämtliche Arbeitgeberkosten in einem Volkkostenansatz) liegen in den Kalkulationskrankenhäusern nach deren Angaben im Durchschnitt (arithmetischer Mittelwert) bei 54.911 €. Ausgewertet wurden dazu die Angaben in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage zum Datenjahr 2016 hinsichtlich der für die Kalkulation berücksichtigten Vollkräfte und der damit einhergehenden Personalkosten in der Kostenstellengruppe 1 „Normalstation“. Bei Annahme von 220 Arbeitstagen pro Jahr für eine Vollkraft im Bereich des Pflegedienstes ergäbe sich im Durchschnitt (arithmetischer Mittelwert) 249,60 € je Tag.

Schlussbemerkungen

Der Wert für die Risikoadjustierung im Hinblick auf den Pflegeaufwand einer Fachabteilung lässt sich für die von einer Fachabteilung behandelten Patienten berechnen. Dafür ist die Kenntnis der abgerechneten DRGs in Verbindung mit den individuellen Belegungstagen auf Normal- bzw. Intensivstation sowie den abgerechneten pflegekostenrelevanten Zusatzentgelten erforderlich. Das Alter des Patienten wird benötigt, um die Spalten des Pflegelast-Katalogs für die Behandlung von Kindern für die Risikoadjustierung (Alter < 16 Jahre) zu berücksichtigen. Alle diese Angaben liegen in den Krankenhäusern routinemäßig und fallweise vor. Durch den vorliegenden Pflegelast-Katalog ist die Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand für die entlassenen Patienten einer Fachabteilung (aber auch Patientengruppen jeder anderen Aggregationsstufe) bestimmbar. Damit geht der Pflegelast-Katalog schon in der Version 0.99 weit über eine reine Gewichtung nach "Pflegekosten gemäß DRG-Browser" hinaus.

Die Version 0.99 des Pflegelast-Katalogs liefert eine solide Grundlage für die Risikoadjustierung bei der Bearbeitung des ausgeschriebenen Auftrages zur Bereitstellung einer Datengrundlage für die Ableitung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen. Diese Version ist allerdings nicht ohne weiteres geeignet, eine Bewertung aller Fälle in Deutschland auf Basis der §-21-Datensätze vorzunehmen. Hierfür fehlt gegenwärtig im §-21-Datensatz noch die erforderliche Differenzierung der Verweildauer in Belegungstage auf Normalstation und Belegungstage auf Intensivstation.

Die Plausibilisierung der Kalkulationsdatensätze erfolgte bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Katalogs nicht unter dem Blickwinkel, dass die Datensätze auch für die Berechnung des Pflegelast-Katalogs verwendet werden sollen. Dafür erforderliche Plausibilitätsprüfungen werden im InEK gegenwärtig nicht routinemäßig durchgeführt. Die für die Berechnung der Version 0.99 durchgeführte nachträgliche Plausibilisierung kann eine routinemäßige Prüfung im konstruktiven Dialog mit den Kalkulationsteilnehmern nicht vollumfänglich ersetzen. Darüber hinaus ließ die zur Verfügung stehende Zeit eine vollständige Plausibilisierung nicht zu.

Der Pflegelast-Katalog auf Basis des G-DRG-Systems ist dank des hohen Differenzierungsgrads und der modularen Kostenkalkulation *bereits zum jetzigen Zeitpunkt* ein sehr hilfreiches Werkzeug zur Risikoadjustierung im Hinblick auf den durchschnittlich erbrachten Umfang von Pflegemaßnahmen von Patientengruppen.

Für die Version 0.99 wurden zunächst wesentliche Einflussfaktoren auf die Höhe der Pflegepersonalkosten für eine Differenzierung herangezogen (Trennung Normalstation – Intensivstation, Behandlung von Kindern, pflegekostenrelevante Zusatzentgelte). Um die Streuung der Pflegepersonalkosten innerhalb einer DRG zu reduzieren ist prinzipiell auch vorstellbar und praktikabel, erforderlichenfalls weitere Faktoren bei der Berechnung zu berücksichtigen.

Ausblick

Perspektivisch wäre darüber hinaus möglich, die Vorgehensweise weiter zu präzisieren und durch Einbeziehung anderer, bereits im Datenbestand vorhandener Parameter, die Aussagekraft zu erhöhen und die Streuung der Pflegekosten innerhalb der DRGs noch besser zu berücksichtigen. Zusätzliche Parameter könnten beispielsweise sein:

- Leistungen, die typischerweise mit erhöhtem Pflegeaufwand einhergehen
 - Operationen und größere Interventionen, ggf. mit Bezug auf das Leistungsdatum (Berücksichtigung hoher Betreuungsintensität postoperativ)
 - Komplexcodes (z.B. Frührehabilitation, Geriatrie, Parkinson etc.) - auch über den im DRG-System bereits etablierten Differenzierungsgrad hinaus, z.B. unterhalb der jeweiligen "Einstiegsschwellen", oder in DRGs/MDCs ohne bereits etablierte klassifikatorische Berücksichtigung dieser Komplexcodes
 - Aufwendige Behandlungsformen wie z.B. komplett parenterale Ernährung
- Patientenbezogene Faktoren, die mit bestimmten Pflegeaufwänden assoziiert sind
 - Weitere Altersstufen neben „Kinder < 16 Jahre“
 - Pflegegrad gem. §§14, 15 SGB XI, z.B. auch unterhalb der Schwelle der Zusatzentgelte ZE162/ZE163 oder mit Berücksichtigung der Behandlungsdauer
 - Funktionseinschränkungen (z.B. Barthel-Index)
 - Pflegerelevante Diagnosen

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die o.g. Parameter im Rahmen der zukünftigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems noch stärker einzubeziehen oder diese Parameter *über den im G-DRG-System etablierten Differenzierungsgrad hinaus* in die Ermittlung typischer Pflegeaufwände einzubeziehen (z.B. wenn ein entsprechender Einfluss auf die Pflegekosten besteht, der Einfluss auf die Gesamtkosten aber keine DRG-Ausdifferenzierung gemäß Regelwerk begründet hat).

Die Berechnung basiert vollständig auf der in den §-21-Datensätzen enthaltenen Leistungsdokumentation sowie der detaillierten Informationen in und zu den Kalkulationsdatensätzen. Eine Verprobung im Hinblick auf die Korrelation der Katalogwerte mit der jeweiligen fallbezogenen Pflegedokumentation (PPR, LEP o.ä.) würde einen weiteren Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der Risikoadjustierung nach sich ziehen.