

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Vorschlag Nr. 07 für die ICD-10-GM Version 2024

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu dem Vorschlag Nr. 07 im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens für die ICD-10-GM Version 2024 Stellung nehmen zu dürfen und positionieren uns wie folgt:

Vorschlag 07: Ablehnung

Der DPR lehnt den Vorschlag 07 der „Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.“ zur Erweiterung der U50.- und U51.- um das sogenannte „Pflegerische Basis-Assessment“ (BAss) ab.

Die Antragsteller begründen die erwünschte Erweiterung der U50.- und U51.- mit dem pflegerischen Basisinstrument (BAss Version 1.6) mit dem Ziel, neben dem Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente in der Geriatrie und der Palliativmedizin, auch für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus einheitliche Standards einführen zu wollen. Darüber hinaus sollen Doppeldokumentationen sowie die Erhebung von ähnlichen Daten in verschiedenen Assessments mit dem BAss abzulösen sein. Die Standardisierung pflegerischer Assessmentstrategien hinsichtlich Erfassung, Einschätzung und Bewertung pflegerelevanter Phänomene soll eine sinnvolle Entbürokratisierung der Pflegedokumentation erlauben und die derzeitige Heterogenität pflegerischer Assessments in der deutschen Kliniklandschaft limitieren. Ferner seien die meisten praktizierten Verfahren zur Informationssammlung für einen sektorenübergreifenden Datenaustausch ungeeignet und nur eingeschränkt mit dem im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführten „Neuen Begutachtungsassessment“ (NBA) kompatibel.

Die aufgestellten Zielsetzungen sind aus Sicht des DPR deutlich zu hinterfragen. Eine fachwissenschaftlich fundierte Begründung hinsichtlich der Forderung nach der Standardisierung pflegerischer Assessments für alle Klinikbereiche – ohne Beachtung fachspezifischer Anforderungen – findet sich in den Veröffentlichungen zum BAss nicht. Ebenso wird die Notwendigkeit verkannt, das NBA für die Anwendung im Krankenhausbereich „kompatibel“ gestalten zu müssen. Das NBA wurde für die Praxis der Pflegebegutachtung entwickelt und wird ausschließlich von geschulten Mitarbeiter*innen des Medizinischen Dienstes (MD) durchgeführt.

Grundsätzlich darf eine begründete Entscheidung zur Einführung von Assessmentinstrumenten nur auf der Grundlage medizinisch-therapeutischer Kriterien sowie unter nachgewiesener Einhaltung wissenschaftsbasierter Gütekriterien in der Instrumentenentwicklung (u.a. Validität, Interraterreliabilität, Spezifität, Sensitivität) erfolgen. Das Assessmentinstrument BAss wurde bislang nicht unabhängig von den Entwicklern/ Beantragenden geprüft und ist zudem nicht als Assessmentinstrument (wie beispielsweise der (erweiterte) Barthel-Index (BI)) einzuordnen. Bspw. liegt die Operationalisierung der Einschätzung des Patientenzustands „selbständig“, „überwiegend selbständig“, „überwiegend unselbständig“ und „unselbständig“ für das BAss nicht vor. Somit können über dieses Konstrukt keine validen und reliablen Daten erhoben werden. Es handelt sich hierbei vielmehr um eine Aneinanderreihung bestehender Assessmentinstrumente in Form eines „Begriffsmappings“. Daher ist die Aussage, dass bei der Patienteneinschätzung mit dem BAss sowohl der BI als auch der BAss identische ICD-

Kodes auslösen würden, lediglich auf die Konstruktionslogik des Instrumentes zurückzuführen. Eine Vergleichbarkeit der Einordnungskriterien und Skalierungsstufen von BAss, NBA und (erweitertem) Barthel-Index ist jedoch nicht gegeben.

Der DPR teilt auch die von den Antragsteller:innen angeführten ökonomischen Begründungsaspekte für die Einführung des BAss nicht. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in der direkten Patientenversorgung aus den DRGs bezieht sich die CCL-Relevanz im aG-DRG-System seit dem Jahr 2020 im Wesentlichen auf die Bewertung des Mehraufwandes im Ärztlichen Dienst, im Medizinisch-technischen Dienst sowie im Funktionsdienst. Mehraufwände entstehen hier zumeist durch Einschränkungen der Mobilität (z. B. Transporte zu Untersuchungen, Hilfen beim Transfer auf/in Untersuchungsgeräte, Hilfen bei erforderlichen Positionswechseln während einer Untersuchung oder Intervention) oder im Hinblick auf kognitive Einschränkungen (z. B. Integration von Angehörigen in erforderliche Aufklärungsprozesse, erhöhter Aufwand beim Erläutern komplexer Informationen). Insofern ist es sachgerecht, dass mit den Codes U50.- und U51.- genau diese Mehraufwände in der DRG-Systematik abgebildet werden und innerhalb einer Basis-DRG ggf. eine erhöhte Fallschwere definiert wird. Für den Pflegeprozess relevante Tätigkeiten des täglichen Lebens, wie z. B. Nahrungsaufnahme, Kleiden, Körperpflege, Bewegung, Ausscheidung und Beziehungsarbeit haben für die Bewertung der Mehraufwände innerhalb einer Basis-DRG seit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten keine Relevanz. Nach erfolgter Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurden die CC-Werte hinsichtlich der Funktionalität als potenzielle „Kostentrenner“ umfassend durch das InEK analysiert. Für das Jahr 2020 fokussierten sich die Anpassungen auf typischerweise pflegeassoziierte Diagnosen, d. h. bei denen eine gewisse „Nähe“ zum Pflegeaufwand zu vermuten war. Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zeigten die betroffenen Fälle innerhalb der Basis-DRGs häufig keine erhöhten Kosten, wodurch eine Höhergruppierung nicht wie im bisherigen Maß gerechtfertigt war. Vor diesem Hintergrund ist der BAss als möglicher Kostentrenner ungeeignet und eine Integration im Hinblick auf die CC-Werte nicht relevant.

Nach Ansicht des DPR besteht keine Notwendigkeit für die Aufnahme des sehr komplexen Assessmentinstruments BAss in die ICD-10-Systematik, das ursprünglich zur Identifikation von Pflegeproblemen entwickelt wurde und eine aufwändige Dokumentation von Einzelleistungen vorsieht. Wertvolle Personalressourcen müssen der personenzentrierten Pflege von Patient*innen zugutekommen und dürfen den Dokumentationsaufwand nicht ohne nachweisbaren Nutzen erhöhen. Die Einführung des BAss in die ICD-10-Systematik widerspricht dem Willen des Gesetzgebers, einen verzichtbaren Anteil des Dokumentationsaufwandes von Pflegeleistungen abzuschaffen und die Pflegepraxis zu entlasten.

Assessmentinstrumente sind u.

a. Grundlage für eine interdisziplinäre Therapieplanung und nicht primär auf Personalaufwandschätzungen ausgerichtet. Aus diesem Grund ist der Vorschlag der Antragsteller:innen zur Nutzung des BAss für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung nicht einlösbar. Da mit diesem Instrument nur einen Teilbereich des pflegerischen Handelns im Krankenhaus erfasst wird, ist eine fundierte Justierung von Pflegepersonalbedarfen bzw. von Personaluntergrenzen anhand des BAss nicht möglich. Kritisch anzumerken ist zudem, dass der BAss zwar kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, aber eine Reihe von Verpflichtungen zur weiteren Validierung damit verbunden sind und darauf aufbauende Software-Systeme wie ENP oder RECOM-GRIPS nur kostenpflichtig und mit hohem Schulungsaufwand eingesetzt werden können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit dem BAss-Konstrukt lediglich ein Dokumentationsinstrument für die Zusammenführung verschiedener Assessments entwickelt

wurde. Da es sich hierbei nicht um ein valides Assessmentinstrument handelt und die postulierten Ziele der Anwendung nicht erreichbar sind, ist nach Ansicht des DPR eine flächendeckende Einführung des BAss weder im Sinne der Qualitätssicherung noch unter ökonomischen Begründungsaspekten erforderlich. Ergänzend weisen wir auf umfangreiche Stellungnahmen des DPR aus den vergangenen Jahren hin.

Berlin, 27. März 2023

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de