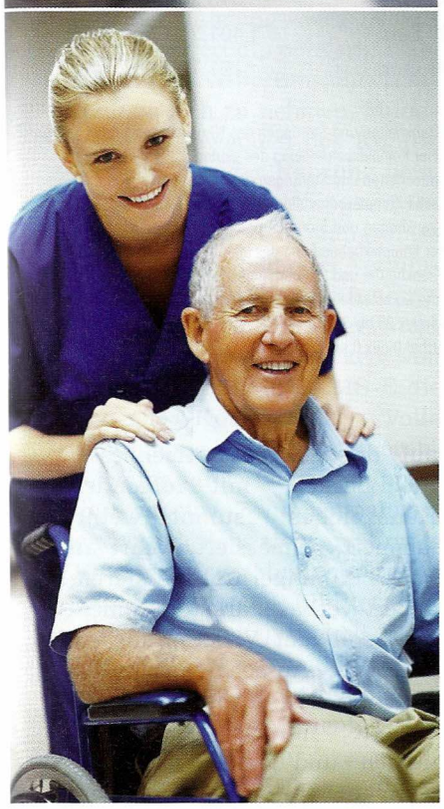
Autorin: Monika Hiltensperger

PKMS

# Pflege im DRG-System: Alle Möglichkeiten nutzen

Zu komplex, zu aufwändig und inhaltlich widersprüchlich – so die heftige Kritik an der ersten Version des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E). Nun hat der Deutsche Pflegerat die PKMS überarbeitet. Jedoch kommen die PKMS nur bei maximal zwei Prozent der Krankenhauspatienten überhaupt zur Anwendung. Damit spielen andere Abbildungsmöglichkeiten, um Pflegeaufwände in den DRG abzubilden, eine ebenso wichtige Rolle.

Das DRG-System wird von der Pflege seit jeher wie ein Ekzem angesehen, das nur mit viel Überwindung behandelt wird. Aber auch um ein Ekzem müssen sich Pflegeprofis kümmern – je früher, umso besser. Heilt der Ausschlag, ist der Durchbruch geschafft. So ähnlich verhält es sich mit den DRG, die für das gesamte Abrechnungssystem im Krankenhaus und damit auch für den Pflegebereich zuständig sind. Angesichts der anhaltenden Diskus-



## PKMS: Start mit Stolpersteinen

Der DPR stieß im April 2007 ein wissenschaftliches Projekt an. Er beauftragte die Universität Witten/Herdecke unter der Leitung von Professorin Sabine Bartholomeyczik damit, Instrumente, Marker oder Indikatoren herauszufinden, die den Pflegeaufwand im G-DRG-System adäquat abbilden und erklären. Damit das Projekt Hand und Fuß hat, stellte der Pflegerat im zweiten Schritt beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Januar 2008 einen Forschungsantrag. Dieser sollte die identifizierten Instrumente und Pflegeindikatoren vergleichend untersuchen und Empfehlungen für die Praxis erarbeiten.

Doch es kam anders. Der Forschungsantrag wurde nicht umgesetzt. Stattdessen verabschiedete die Bundesregierung ein Sofortprogramm, das zusätzliche Stellen in der Pflege schaffen sollte: In den Jahren 2009 bis 2011 fördert der Staat finanziell die Personalkosten für neue oder aufgestockte Stellen zu 90 Prozent. Ab 2012 müssen die zusätzlichen Finanzmittel im DRG-System zielgerichtet zugeordnet werden können, das heißt, sie müssen konkret für höheren pflegerischen Aufwand ausgegeben werden. Deshalb beauftragten die Vertragsparteien auf Bundesebene – die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft – das InEK als deutsches DRG-Institut. Das InEK sollte die notwendigen Kriterien entwickeln, damit die Gelder in die richtigen Töpfe fließen. Vorschläge vom Fachverband, in diesem Fall dem DPR, mussten zu diesem Zweck über das DIMDI eingereicht werden.

Parallel dazu tagten 2008 zwei Pflegegipfel, es entstanden ein Konsensuspapier mit Handlungsempfehlungen sowie eine DPR-Expertengruppe und eine Arbeitsgruppe Pflegepersonalregelung (PPR). Gemeinsam entwickelten sie den OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege (Erwachsene, Kinder/Jugendliche, Kleinkinder), die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene, Kinder/Jugendliche und Kleinkinder (PKMS-E, PKMS-J, PKMS-K), die Pflegepersonalregelung für die Kalkulation (PPR A4) und reichten diese unter hohem Zeitdruck fristgerecht in das Vorschlagsverfahren 2010 im Februar 2009 beim DIMDI ein. Daraufhin ergänzte das InEK das Kalkulationshandbuch um die neuen Indikatoren für hochaufwendige Pflege. Nach nur anfänglicher Prüfung durch die Entwicklergruppe gingen die frisch gebackenen, hoch komplexen PKMS also unmittelbar in den Direktbetrieb über und somit in das bestehende DRG-System ein.

Der Stein kam ins Rollen – allerdings noch sehr holpernd. Bald darauf machte sich Widerstand aus den Kalkulationshäusern breit. Krankenhäuser weigerten sich schlichtweg, mit diesem System weiter zu arbeiten. Erfahrungen aus dem täglichen Klinikbetrieb zeigten, dass dringend nachgebessert werden musste. Somit wurde eine neue Arbeitsgruppe eingesetzt, und es wurde aus den Rückmeldungen der Praxis die neue Version 2.0 PKMS-E (für Erwachsene) entwickelt, die erst nach einem Testlauf termingerecht im Frühjahr 2011 erneut beim DIMDI eingereicht wurde. Diese überarbeitete Fassung ist anwenderfreundlich und minimiert den Dokumentationsaufwand erheblich. Das InEK bewertet, inwieweit diese Version in das DRG-System einfließen soll.

Die neue Arbeitsgruppe des DPR für die PKMS-E-Version 2.0:

**Corinna Germ**, Diplom Pflegewirtin am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main

**Dr. Patrick Jahn**, Pflege- und Gesundheitswissenschaftler, Leiter Pflegeforschung und Entwicklung der Uniklinik Halle

**Daniela Martintschev**, Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Uniklinik Halle

**Anke Wittrich**, Fachärztin und Diplom-Medizininformatikerin, stellvertretende Geschäftsführerin des Bundesverbandes Geriatrie

**Ricarda Klein**, Vize-Präsidentin DPR, Geschäftsführerin und Mitglied im Vorstand des Verbandes der Pflegedirektorinnen der Unikliniken (VPU)

sionen um PKMS-E Version 1.0 und 2.0 rät der Deutsche Pflegerat (DPR) dazu, Chancen und Möglichkeiten des DRG-Systems in den Fokus zu rücken, da es in vielen Bereichen weit über den PKMS hinausgeht und damit auch für den Pflegealltag von wesentlich größerer Bedeutung ist.

Dr. Patrick Jahn, Pflege- und Gesundheitswissenschaftler und Mitglied der neuen PKMS-Arbeitsgruppe des DPR ermuntert alle Akteure in der Pflege, sich mit dem DRG-System zu befassen: „Nur wer sich hier auskennt, kann mitreden und die Zusammenhänge richtig erkennen." In den Managementetagen ist es als wertvolles Werkzeug innerhalb der hauseigenen Verteilungsspektren hilfreich, um den Stellenwert der größten Berufsgruppe – nämlich des Pflegepersonals – zu verdeutlichen. Sowohl Manager und Managerinnen als auch Stationsleitungen sind Vorbilder für Pflegekräfte, sie fordern und fördern ihre Mitarbeiter auch mit Transparenz und Fortbildungen im DRG-System. Jede Pflegekraft an der Basis, die den Zusammenhang der DRGs kennt, kann gestalten und kreative Ideen oder Ansätze einreichen. Die Arbeitsgruppe des DPR freut sich auf eine konstruktive Zusammenarbeit.

## Erste Version des PKMS: zu komplex und mit unklaren Inhalten

Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene (PKMS-E) Version 1.0 verdient den Stellenwert nicht, der ihm beigemessen wird. Dies schon allein aus dem Grund, dass er nur für eine ganz kleine Patientengruppe greift. Außerdem ist er zu komplex, widersprüchlich und trotz häufiger Schulungen lässt er sich in der Praxis oft

**Kalkulationsdaten aus 2008** Abb. 1

zu anteiligen Kosten in der DRG für ärztliches Personal, pflegerisches Personal sowie funktions- und technische Dienste (FTD) bei einer Behandlung auf der normalen Station (Katalog 2010)

| | B44A mit U50.40/U 50.50 mit neurologischer Komplexbehandlung | B44B mit U50.40/U 50.50 ohne neurologische Komplexbehandlung | B44C ohne U50.40/U 50.50 neurologische Komplexbehandlung | B44D ohne U50.40/U 50.50 neurologische Komplexbehandlung |
|---|---|---|---|---|
| Ärzte | 826,80 Euro | 708,30 Euro | 732,30 Euro | 615,20 Euro |
| Pflege | 2 353,80 Euro | 2 030,10 Euro | 1 660,60 Euro | 1 401,20 Euro |
| FTD | 68,60 Euro | 51,80 Euro | 60,90 Euro | 51,70 Euro |

**Legende**
**B44A:** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
**B44B:** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
**B44C:** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
**B44D:** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
**U50.40:** Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index 20 bis 35 Punkte
**U50.50:** Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index 0 bis 15 Punkte

nicht anwenden. Gleichzeitig zwingt die Ursprungsversion PKMS 1.0 Fachkräfte zur Pflege in starren Vorgaben, nach Strichlisten, ohne Spielraum für professionelles Handeln. „Sie erzieht zum Nicht-Nachdenken und steht im Gegensatz zu dem, was Pflegekräfte schon in der Ausbildung lernen: den individuellen Pflegebedarf anhand des Zustands vom Patienten durch ein Assessmentinstrument erfassen und die adäquate Pflege auswählen", so Ricarda Klein, Vize-Präsidentin des DPR.

Das bedeutet auch: Pflegeprofis sollen beispielsweise nicht öfters mobilisieren als für den Patienten nötig. Im PKMS-E 1.0 wirkt die Kopplung zwischen Gründen und Maßnahmen wie eine Handlungsempfehlung, auch hinsichtlich der Häufigkeiten der Maßnahmen, ohne ausreichend den individuellen Zustand des Patienten zu berücksichtigen. Ricarda Klein warnt: „Viele Pflegekräfte erkennen die Probleme gar nicht, die in der alten PKMS-E 1.0-Version stecken."

Beispiele verdeutlichen bizarre Verknüpfungen von zustandsbezogenen Indikatoren, das sind Gründe für hochaufwendige Pflege, mit dem Maßnahmenkatalog. Sie geben Behandlungspfade vor, die so nicht gewollt sein können.

### Beispiel „Extreme Schmerzzustände/Lebenskrise"

Bei Patienten mit „extremen Schmerzzuständen/Lebenskrise" beim „Umlagern/Mobilisieren auf die Toilette/Bettschüssel/Steckbecken" mit folgenden Kennzeichen: „stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab beim Umlagern/Mobilisieren, äußert verbal stärkste Schmerzen" soll laut Verknüpfung im PKMS-E, „Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette, mindestens viermal täglich" und „eine Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Personen pflegefachlich" erfolgen.

Niemand mit einem gesunden Menschenverstand würde Patienten mit starken Schmerzen viermal täglich zur Toilette schleppen und sie mit einer Ganzkörperwaschung peinigen. Professionell Pflegende erst recht nicht. Sie lesen den Pflegebedarf anhand des Patientenzustands ab und setzen individuelle Maßnahmen ein, die eine Schmerzreduktion als oberste Priorität sehen. Handeln sie allerdings so professionell, senken sie damit den Pflegeaufwand, der dem Raster zum Abrechnen der PKMS-E entspricht – und das wirkt sich negativ auf das Budget der Klinik aus.

### Beispiel „Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung"

Liegt der PKMS-E 1.0er Katalog mit den Gründen für die hochaufwendige Pflege direkt neben

**Verwenden Sie vorgefertigte Pflegestandards**

Nutzen Sie exklusiv auf Station24 bereit stehende Vorlagen für allgemeine oder fachspezifische Pflegestandards. Die offenen Word-Dateien können nach Ihren Wünschen angepasst werden.

Die Standards finden Sie unter Management auf

**www.station24.de**

der Liste mit den dazugehörigen Maßnahmen, fällt auf, wie fragwürdig die Verknüpfungen sind. Das nächste Beispiel zeigt es: „Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung" von Patienten mit „qualitativer Bewusstseinsveränderung" und mit Kennzeichen wie: „schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal, nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung," ist laut PKMS-E die logische Konsequenz: „Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung (drei Haupt- und mindestens eine Zwischenmahlzeit und mindestens siebenmal orale Flüssigkeitsverabreichung von mindestens 1 500 Millilitern gemäß Flüssigkeitsprotokoll."
Die Maßnahmen, laut Katalog, erfolgen offensichtlich gegen den Willen des Patienten und lassen sich nur in diesem Zusammenhang abrechnen.

## Neue PKMS-Version übersichtlicher und klarer

Anke Wittrich, Medizininformatikerin hat ebenfalls in der neuen PKMS-Arbeitsgruppe des DPR gearbeitet und zieht folgendes Fazit: „Die PKMS-E Version 2.0 ist aus der 1.0 entstanden, dabei wurden fachlich-inhaltliche Mängel entfernt. Die neue Version stellt einen nächsten Entwicklungsschritt im System dar."
Vorerst war wichtig, dass der Aufwand für die Anwender im Verhältnis zum Nutzen steht. Dazu musste das Instrument massiv abgespeckt, vor allem aber übersichtlicher und einfacher gestaltet werden. Ein Testlauf bestätigt, dass das der neuen Arbeitsgruppe vom DPR gelungen ist. In der Version 2.0 ist der PKMS-E ein deutlich anwenderfreundlicheres Instrument, ohne dabei seine Trennschärfe zu verlieren und Leistungen auszuweiten.
Insgesamt wird der PKMS-E aber nur bei etwa 0,5 bis zwei Prozent der Krankenhauspatienten zur Anwendung kommen. Hierbei ist jedoch noch unklar, wie viele Patienten erfasst werden müssen, um diesen geringen Prozentsatz mit hochaufwändigen Pflegeleistungen herauszufiltern und dadurch zusätzliche Kapazitäten für die besonders arbeitsintensive Pflege schaffen zu können.
Und was ist mit den restlichen 98 Prozent der Patienten? Auch sie werden mehr oder weniger gepflegt – geregelt und abgerechnet wird das auch über das DRG-System. Hier bieten sich jetzt schon Abbildungsmöglichkeiten, wie das folgende Beispiel zeigt:
Die Kalkulationsdaten (Abb. 1) zeigen im Klartext: Enthält die DRG B44A den ICD-10-GM 2010-Diagnoseschlüssel U50.40 für schwere motorische Funktionseinschränkungen (siehe Legende), bekommt ein Krankenhaus viel Geld für Pflegepersonal, erheblich mehr als für ärztliches Personal. Die DRG B44 ist ein Schlüssel für eine pflegeintensive Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (siehe Legende). Die vier verschiedenen Schweregrade und der damit verbundene, mehr oder weniger umfangreiche Pflegeaufwand, schlagen sich auf die Erlöse nieder.

Enthält also laut abrechnungstechnischer Sprache die DRG B44A den Code mit schwerer oder sehr schwerer Funktionseinschränkung, U50.40/U50.50, bekommt diese DRG einen Pflegekostenanteil von 2 353,80 Euro und einen Arztkostenanteil von nur 826,80 Euro. Weiter ist in Abbildung 1 im Vergleich der DRG B44A und B44C ersichtlich, dass bei einer DRG, in der eine schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkung enthalten ist, die Erlöse steigen. Es besteht ein erhöhter pflegerischer Bedarf, und deshalb wird höher vergütet.
An dieser Stelle wird deutlich, dass in Abhängigkeit vom Patientenzustand, der über ein Assesmentinstrument erfasst wird, sich ein erhöhter pflegerischer Aufwand in den Pflegekosten widerspiegelt – auch ohne PKMS-E!
Außerdem stellen Dekubitus, Immobilität, Tracheostoma, Para- oder Tetraplegie schweregradsteigernde Nebendiagnosen dar, die mit einem erhöhten Pflegebedarf verbunden sind und das Kostengewicht der DRG erhöhen. Damit zeigt sich, dass zusätzlich zum OPS 9-20 auch jetzt schon andere Abbildungsmöglichkeiten bestehen, um Pflegeaufwände in den DRG abzubilden. Es wird deshalb immer wichtiger, sich mit diesem Thema umfassend auseinanderzusetzen, da dies viele Chancen eröffnet.

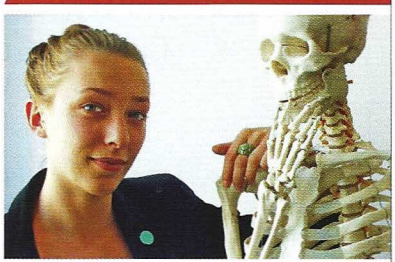
**Anschrift der Verfasserin:**

Monika Hiltensperger, Journalistin
Hiltensperger PR
Asternweg 25, 51143 Köln-Zündorf
E-Mail: info@hiltensperger-pr.de
www.hiltensperger-pr.de

Neue Studiengänge für Schwestern und Pfleger!

MSH Medical School Hamburg
Fachhochschule für Gesundheit und Medizin

Medizincontrolling B.Sc.
Medizinpädagogik B.A.
Advanced Nursing Practice B.Sc.



Wir freuen uns auf Sie!

Bewerben Sie sich für einen Bachelorstudiengang und starten Sie bereits im Wintersemester 2011

Studieren im Teilzeitmodell – verbinden Sie Beruf und Karrieresprung!

MSH Medical School Hamburg
Am Kaiserkai 1 · 20457 Hamburg
Telefon 040 361226 4-0

www.medicalschool-hamburg.de