

Können Krankenhäuser den PKMS umsetzen?

Die vorhandene Dokumentation ressourcengerecht umbauen!

In den Krankenhäusern hat sich die Notwendigkeit der Pflegedokumentation aus der ärztlichen Dokumentationspflicht entwickelt und ist vor dem Hintergrund des DRG-Systems sehr wichtig geworden. Die durchgeführten Maßnahmen am Patienten werden in einem Pflegebericht und/oder in einem standardisiert vorgefertigten Leistungsbogen dokumentiert bzw. mit entsprechenden Handzeichen viidiert. Einige Einrichtungen setzen auf den klassischen Pflegeprozess und die daraus erstellte Pflegeplanung. In anderen Krankenhäusern werden die pflegerischen Leistungen mit modernster Technik und einer entsprechenden Software erfasst.

Geschichte des PKMS

Seit der Einführung des DRG-Systems im Jahre 2004 stellt sich die Pflege die Frage, wie sie sich in diesem System positionieren kann. Grundsätzlich gilt dabei, dass die pflegerische Tätigkeit in jeder (DRG Fallpauschale) mit einkalkuliert ist. 2009 realisierte der Deutsche Pflegerat ein Projekt mit dem Ziel, einen OPS-Code eigens nur für pflegerische Tätigkeiten zu erstellen. Im OPS Katalog des Jahres 2010 findet sich erstmalig der OPS Code 9-200 (PKMS: Pflegekomplexmaßnahmen-score) mit einer Unterteilung in verschiedene Altersgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene). Von 2009 bis 2011 gab es mit dem Pflegeförderprogramm eine gesetzlich vorgegebene und refinanzierte Personalregelung für examinierte Pflegekräfte in Krankenhäusern. Dies hat zu einer Entlastung der Pflege und somit zu einer besseren Patientenversorgung beigetragen. Ende 2011 lief diese dreijährige Sonderregelung für die Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals aus. Seit 2012 werden die zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des Krankenhausabrechnungssystems (DRG) an die Krankenhäuser mit dem Zu-

satzentgelt des PKMS verteilt. Im Jahr 2013 wurde das Zusatzentgelt gesplittet. Es wird daraus deutlich, dass durch die Kalkulation des INEK eine differenzierte Bewertung angestrebt wird. Der PKMS scheint sich etabliert zu haben.

Der PKMS wurde von den Krankenhäusern in unterschiedlichster Form angenommen. Entweder war er zu komplex oder wurde als unwichtig und nicht relevant eingestuft. Die Notwendigkeit einer Erfassung der PKMS wurde verkannt und die notwendigen Ressourcen nicht bereitgestellt. Zudem hat man vereinzelt die wirtschaftlichen Konsequenzen und Möglichkeiten außer Acht gelassen. Nur wenige Krankenhäuser haben bereits in der Einführungsphase die Problematik der Dokumentation erkannt. Diese Kliniken können heute das mittlerweile entstandene Zusatzentgelt korrekt abrechnen.

Potenziale erkennen

Um Potenziale ermitteln zu können, ist eine Analyse der vorhandenen Patientendaten unumgänglich. Ebenfalls ist die Durchführung einer Probephase (Projekt) eine sehr aussagekräftige Option.

Für eine Auswertung werden folgende Parameter herangezogen:

- das Patientenalter, die Multimorbidität (Haupt-, Nebendiagnosen, Prozeduren, die mit einer schweren Immobilität einhergehen), sowie die tatsächliche Verweildauer (Langlieger).
- eine Auswertung der bisherigen PPR Einstufung und damit verbundener Pflegebedürftigkeit der Patienten.
- die im Rahmen eines sechsmonatigen Projektes ermittelte prozentuale Quantität.

Aufgrund von gesammelten Daten der Autoren, kann momentan ein Potenzial von durchschnittlich 1,6 bis 2 Prozent aller Behandlungsfälle genannt werden.

Beispiel

Ergebnis aus einem Krankenhaus der DRK gem. Krankenhausgesellschaft Thüringen-Brandenburg mbH:

Im Jahr 2012 sind in diesem Krankenhaus mit 200 vollstationären ►

Die Dokumentation der pflegerischen Leistungen ist in Krankenhäusern ein dauerhaft kontrovers diskutiertes Thema. Die Beteiligten stellen sich immer wieder den aufkommenden Fragen: wann, wie, wo oder wie oft muss man dokumentieren? Wie ist die gesetzliche Situation? Und die wohl wichtigste Frage: wer soll das alles leisten? Denn neben der pflegerischen Tätigkeit, um die es ja in diesem Beruf hauptsächlich geht, ist der administrative Arbeitsanteil in den letzten Jahren immens gestiegen. Die Personaldecke ist jedoch nicht immer mitgewachsen.



Matthias Joppek
Geschäftsführer IDRg u. Partner



Ralf Bange, Fa. IDRg



Dr. Jürgen Freitag
Geschäftsführer Kaysers Consilium

Betten, 112 PKMS Zusatzentgelte zur Abrechnung gebracht worden. Die Abrechnung erfolgte unabhängig von der erreichten Punktzahl mit einem ZE in Höhe von 1.290,93 € pro Fall. Somit ergibt sich für 2012 ein Gesamterlös für das ZE von 144.584,16 €.

Im Jahr 2013 splittet sich das Zusatzentgelt in der ersten Stufe der erreichten Punkte auf $\Rightarrow$ 43 Punkte = 1.110,50 € und in der zweiten Stufe auf $\Rightarrow$ 130 Punkte = 2.229,68 €.

Durch diese Teilung des Zusatzentgeltes würde es in dem von uns betreuten Krankenhaus zu folgendem Effekt kommen: bei gleicher Anzahl abgerechneter PKMS Fälle würde der Erlös 138.925,34€ betragen.

Integration des PKMS in den Pflegeprozess

Die Erfassung von Patienten mit hochaufwendiger Pflege basiert auf der Einteilung von pflegerischen und therapeutischen Tätigkeiten in der PPR (Einteilung A/S). Einen weiteren Wiedererkennungswert finden wir durch den bekannten Pflegeprozess, welcher sich in sechs Aspekten und der daraus resultierenden Pflegeplanung darstellt:

Pflegeanamnese – Pflegeproblem – Pflegeziel (Nah- und Fernziel) – pflegerische Maßnahme – Pflegedokumentation (Pflegebericht) – Kontrolle auf Wirksamkeit der Maßnahmen und/oder evtl. Korrektur.

Genauso wie bei der klassischen Pflegeplanung muss auch beim PKMS eine Patientenanamnese erstellt werden. Anhand dieser lässt sich dann das weitere Vorgehen (Entscheidung für die PKMS-Erfassung) ableiten. Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLS) finden sich in den sieben Leistungsbereichen des PKMS wider. Hier werden in verschiedenen Kategorien (Gründe genannt) die Pflegeprobleme zusammengefasst. Daraus resultieren die Maßnahmen der hochaufwendigen Pflege.

Diese Leitidee muss aufgegriffen und Lösungsansätze abgeleitet werden: die vorhandene Dokumentation ist nicht auszubauen, sondern ressourcengerecht umzubauen.

Warum funktioniert es (noch) nicht?

Die Dokumentationsmöglichkeiten und die daraus resultierende Ein-

stufung sind oftmals zu komplex oder unübersichtlich gestaltet. An diesem Punkt wird die Bearbeitung der Dokumente für viele Pflegekräfte eher zu einer Belastung statt zu einer Entlastung. Daraus entwickelt sich nicht selten eine ablehnende Haltung gegenüber dem PKMS. Aber auch weitere Probleme werden an dieser Stelle deutlich: Wissen die Pflegekräfte überhaupt, was mit hochaufwendiger Pflege gemeint ist? Können die Pflegekräfte mit dem OPS-Code umgehen? Ist ihnen der Inhalt bekannt? Sind sie mit dem Erhebungsbogen vertraut?

Das Problem besteht also offensichtlich nicht ausschließlich in der Dokumentation, sondern vielmehr im Grundverständnis für den PKMS. Diese Erkenntnis ließe den Schluss zu, dass in den Jahren, wo der PKMS noch kein Zusatzentgelt generiert hat, das Pflegepersonal nicht ausreichend auf diesen vorbereitet wurde. Der Ist-Status stellt sich wie folgt dar: einige Krankenhäuser können das PKMS-Zusatzentgelt nicht abrechnen, obwohl die pflegerischen Ressourcen genutzt wurden. Die Dokumentation und Organisation ist nicht mitgewachsen.

Lösungsansätze zur Implementierung des PKMS

Projektgruppe

Aus den beteiligten Abteilungen sollte sich eine Projektgruppe bilden, an deren Kopf idealer Weise die Pflegedienstleitung steht. Die Personen aus dem Qualitätsmanagement und dem Medizin-Controlling dürfen natürlich nicht vergessen werden, denn am Ende eines jeden erfassten PKMS steht ein abzurechnendes Zusatzentgelt. Aus den Mitgliedern dieser Gruppe können sich sogenannte PKMS-Beauftragte bilden, die bei der Umsetzung der Anforderungen des PKMS dem Pflegepersonal als Ansprechpartner mit Rat und Tat zur Seite stehen. Nur so kann eine langfristige, ordentliche und transparente Dokumentation gewährleistet werden. Die Projektgruppe muss sich entsprechend entwickeln und sollte auch nach erfolgreicher Einführung und Umsetzung des PKMS nicht aufgelöst werden.

„Schulungen“ sind erforderlich

Durch die immer höheren Anforderungen an den Pflegeberuf, wird es wichtig sein, dass vorhandene Per-

sonal auf dem aktuellsten Wissensstand zu halten und auf Veränderungen zeitnah zu reagieren. Vor diesem Hintergrund sind Schulungen der Mitarbeiter der erste Schritt bei der Umsetzung von neuen Anforderungen. Durch regelmäßige Update-Schulungen, werden die Mitarbeiter auf einem kontinuierlich hohen Wissenstand gebracht und gehalten.

Wie kann man eine so große Berufsgruppe innerhalb eines Krankenhauses effektiv und nachhaltig schulen? Hier gibt es die unterschiedlichsten Ansätze.

In Großveranstaltungen wird versucht, dem Pflegepersonal die Strukturen des PKMS zu vermitteln. In Einzelfällen ist dies sicherlich ein probates Mittel, aber die meisten Teilnehmer fühlen sich bei solchen Veranstaltungen nicht gut aufgehoben. Wir favorisieren das Workshop-Schulungskonzept.

Für den Bereich „PKMS verständlich und einfach erfassen“, hat sich aus unserer Erfahrung das Prinzip „von der Pflege für die Pflege“, als die geeignetste Form der Vermittlung herauskristallisiert. In kleinen Gruppen mit der Anleitung eines Dozenten mit pflegerischem Hintergrund, lassen sich die Anforderungen, Strukturen und die Erfassung des PKMS effektiv und nachhaltig vermitteln und üben. Das primäre Ziel ist, die vorhandene Dokumentation umzubauen und/oder in die richtige Bahn zu lenken, sowie die vorhandenen Ressourcen zu bündeln, um so einen Mehraufwand zu vermeiden.

Fazit: Die Krankenhäuser können den PKMS umsetzen

Die Anzahl der über Zusatzentgelte abrechenbaren PKMS-Fälle hängt hausindividuell von dem Behandlungsspektrum und der Fachabteilungsstruktur ab.

Durch eine konsequente Dokumentation der Leistungen und entsprechende Strukturveränderungen sowie kontinuierliche Personalschulung sollte jedes Krankenhaus das PKMS-Zusatzentgelt leistungsgerecht abrechnen können. ■

Für die Autoren:
Ralf Bange, iDRG
Gleiwitzerstr.19, 33415 Verl