

PFLEGE POSITIONEN

Der Newsletter des DPR 4 | 2010



Editorial Prinzip Eulenspiegel

Die vergangenen Wochen und Monate erinnerten politisch an Till Eulenspiegels „Seiltanz“ und den „Zank um die Schuhe“. Bundesfamilienministerin Kristina Schröder (CDU) warf den Schuh der zweijährigen Pflegezeit für Arbeitnehmer bei 75%igem Lohn und 50%iger Arbeitsleistung für zwei Jahre in die erstaunte Runde – und erntete heftig Kritik. NRW-Oppositionspolitikerin Hannelore Kraft (SPD) warf den Schuh auf Arbeitslose und forderte, diese sollten, statt arbeitslos zu bleiben, lieber den Bewohnern ein bisschen was vorlesen. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) ist derweil auf den Schuh der „Kopfprämie“ und Ausgabenbegrenzung fixiert und warf seinen Schuh in Richtung Pharmaindustrie. Das Hartz IV Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom Februar war ein klares Signal für die Menschenwürde und so ist es dringend geboten, dass der politische Seiltanz wieder zur Bodenhaftung und konkreten Wahrnehmung der Notwendigkeit zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland kommt. Der demografische Wandel mit steigender Pflegebedürftigkeit und fehlendem Fachkräftenachwuchs ist Fakt und nicht in Talk-Shows zu lösen. Für Eulenspiegelei haben die Bürger und insbesondere die professionell Pflegenden sicherlich kein Verständnis. Was die Bürgerinnen und Bürger im Land brauchen, sind konkrete Lösungen für die anstehenden Probleme.

Rolf Höfert
Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes, Mitglied im DPR

Im Focus

Mangel spitzt sich zu

— Der Pflegerat hat die Bundesregierung aufgefordert, Antworten auf den sich zuspitzenden Fachkräftemangel in der Pflege zu formulieren.

Der Blick der Politik dürfe sich nicht „einseitig“ auf den drohenden Ärztemangel richten, warnte Ratspräsident Andreas Westerfellhaus. Längst würden sich ähnliche Entwicklungen in den Pflegeberufen abzeichnen. „Ich habe manchmal den Eindruck, die Politik ahnt gar nicht, welche Dimensionen das Problem des Fachkräftemangels in der Pflege hat.“ Der massive Personalabbau bei Pflegestellen in Kliniken habe „zu unerträglichen Belastungen auch in der Berufsgruppe Pflege geführt“, kritisierte der DPR-Chef. „Längst führen Arbeitsverdichtungen und zunehmender Leistungsdruck zur Flucht in andere Berufe oder ins Ausland. Geringe Wertschätzung der geleisteten Arbeit, unzureichende tarifliche Vergütungen, fehlende Personalentwicklungskonzepte in den Krankenhäusern, eine unzureichende Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine fehlende Perspektive zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen unterstützen diese Entwicklung.“ Die politisch Verantwortlichen müssten endlich aufwachen und erkennen, wie bedrohlich die geschilderten Entwicklungen für das Versorgungssystem seien. Wichtig sei jetzt, „die attraktiven Seiten der Gesundheitsberufe“ zu beschreiben. Hier müssten Ärzte und Pflegeverbände an einem Strang ziehen. Interne Arbeitsprozesse und Aufgabenverteilungen in Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen müssten zudem „neu bewertet“ werden, forderte Westerfellhaus.

www.deutscher-pflegerat.de

Pflege im DRG-System Mit PKMS erlösrelevant abrechnen

Der Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung veränderte die Betrachtung von pflegerischer Leistung als reinen Kostenfaktor hin zu einem erlösrelevanten Dienstleister im Gesundheitswesen. Erstmals ist die Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten im DRG-System mit OPS 9-20 möglich.

➔ In den vergangenen Jahren wurde das Pflegepersonal um circa 13 % reduziert. Ein Grund dafür ist sicher im Aussetzen der „Pflege-Personalregelung“ (PPR) zu sehen. Die DRG-Einführung hat den Trend des Pflegepersonalabbaus noch weiter beschleunigt.

Durch Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes im März 2009 sollte die Personalsituation der Pflege durch die Förderung von 17.000 neuen Pflegestellen und deren Finanzierung über einen Zeitraum von drei Jahren verbessert werden. Im Rahmen dieses Sofortförderprogrammes beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit verschiedene Selbstverwaltungspartner wie etwa das „Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus“ (InEK), die „Deutsche Krankenhausgesellschaft“ (DKG) und den „Deutschen Pflegerat“ (DPR), Handlungsempfehlungen zur Abbildung von Pflege im G-DRG-System auszuarbeiten. In Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern wurde anschließend der neue OPS 9-20 „Hochaufwendige Pflege von Patienten“ von zwei Expertengruppen des DPR entwickelt und fristgerecht beim „Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ (DIMDI) eingereicht.

Um die neu geschaffenen Stellen in der Pflege nach Ablauf des Sofortförderprogrammes ab 2012 zukünftig über den OPS 9-20 durch die Erlösveränderungen zu sichern, war der Ent-

wicklungszeitraum der OPS klar vorgegeben.

Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score

Der „Pflegekomplexmaßnahmen-Score“ (PKMS) ist ein Instrument zur Abbildung der Pflege bei hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf Normalstationen (Wieteck 2009). In Abgrenzung zum „normal aufwendigen Patienten“ geht die „hochaufwendige Pflege“ in den vier Leistungsbereichen Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung und Bewegen/Mobilisieren deutlich über das normale Maß hinaus. Des Weiteren besteht bei dem „hochaufwendigen Patienten“ ein deutlich größerer Bedarf im Bereich Kommunikation. Es wurden drei Scores entwickelt, die von der Struktur ähnlich sind, jedoch für unterschiedliche Altersstufen der Patienten gelten.

Die Dokumentation des PKMS erfolgt auf zweierlei Weise: Zunächst sind die Gründe für hochaufwendige Pflege in den entsprechenden Leistungsbereichen zu identifizieren und zu dokumentieren. Kliniken, die in ihrer Pflegedokumentation bereits mit Pflegeproblemen/-diagnosen oder Zustandsbeschreibungen von Patienten arbeiten, werden hier starke Parallelen zu den PKMS-Gründen feststellen.

Bei der Dokumentation des PKMS trifft ein Leistungsmerkmal dann zu, wenn einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem jeweiligen Leis-

tungsbereich und ein dazu passendes Pflegeinterventionsprofil vorliegt. Zum Beispiel wird bei einem Patienten mit extremen Schmerzzuständen im Rahmen der Körperpflege die Körperwaschung mit zwei Pflegepersonen durchgeführt. Damit ist der Leistungsbereich „Körperpflege“ erfüllt und die Pflegekraft kann für diesen Tag 3 PKMS-Aufwandspunkte berechnen.

Wenn auf einen Patienten mehrere Leistungsmerkmale des PKMS zutreffen, werden die Punkte über die Verweildauer hinweg jeweils pro Kalendertag addiert (Wieteck 2009). Die Gesamtpunktzahl der erreichten PKMS-Punkte löst dann die jeweilige OPS-Stufe aus, die wiederum den Mehrerlös für den pflegerisch hochaufwendigen Patienten an das Krankenhaus bestimmen könnte. Um den ersten OPS auslösen zu können, sind mindestens 43 PKMS-Punkte notwendig, wobei täglich maximal 13 PKMS-Punkte erreichbar sind. Damit kann ein hochaufwendiger Patient frühestens nach vier Tagen die erste OPS-Stufe erreichen. Bei einem Tagespunktwert von 6 PKMS-Aufwandspunkten werden bei der Fallkostenkalkulation zukünftig die PPR-A4-Minuten eingesetzt. Damit wird der Patient in der Fallkostenkalkulation teurer, eine wichtige Voraussetzung, damit der OPS in Zukunft erlösrelevant im G-DRG-System wirken kann.

Generell existieren mehrere Möglichkeiten den PKMS im Krankenhaus zu dokumentieren. Im Rahmen der

OPS-Entwicklung wurde von der Expertengruppe des Deutschen Pflegerates ein Dokumentationsbogen erarbeitet, der kostenfrei als Download auf der Homepage unter www.deutscher-pflegerat.de erhältlich ist. Um den zusätzlichen Dokumentationsaufwand durch die PKMS-Kodierung möglichst gering zu halten, sollten die Items in bestehende Papier- oder elektronische Dokumentationsstrukturen integriert werden.

Exemplarische Überlegungen zum Einführungsprozess

Die Einführung der PKMS-Dokumentation ist eine Herausforderung, der sich Pflegende derzeit stellen. Zahlreiche Fragen sind bei der Einführung zu klären, damit der Prozess der PKMS-Kodierung sinnvoll in die Arbeitsprozesse integriert wird. So ist zum Beispiel zu klären, wer für das Identifizieren der Patienten und im Anschluss für die PKMS-Dokumen-

tation verantwortlich ist. Hier sind im Feld unterschiedliche Vorgehensweisen zu beobachten. Einige Kliniken haben die Verantwortung der PKMS-Dokumentation und Kodierung in die Hände von Fallmanagern gelegt. In anderen Häusern werden diese Aufgaben durch das Pflegepersonal auf den Stationen erfüllt.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Anpassung der bestehenden Pflegeprozessdokumentation an die Anforderungen der Nachweise von Gründen und Pflegemaßnahmen. Abhängig von den vorhandenen Pflegedokumentationsstrukturen und Rahmenbedingungen ist festzustellen, dass der Aufwand sich für die Pflegenden in den Kliniken unterschiedlich gestaltet. Dieser bewegt sich bezogen auf die Pflegedokumentation zwischen circa 0 und 20 Minuten pro Patient und Tag. Diese Zahlen basieren auf Berichten von Anwendern. Kliniken, die bereits die Pflegeprozessdokumentation mittels

elektronischer Patientenakte, basierend auf einer standardisierten Pflegeklassifikation, durchführen, leiten den PKMS automatisch im Hintergrund aus. Diese Kliniken haben keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand durch die PKMS-Einführung.

Von einem höheren Dokumentationsaufwand berichteten Kliniken, die Dokumentationsprozesse derzeit in verschiedenen Medien realisieren. Dabei werden PKMS-Dokumentation teilweise im Sinne einer Ergebnisszusammenfassung in der Software durchgeführt, die Leistungsnachweise sowie Beschreibungen von Gründen aber in der Papierakte erbracht. Durch den Medienbruch sind zum Teil Doppeldokumentationen zu beobachten. Ebenfalls wird Zeit aufgrund des Durchsuchens der Papierakte und des Bündelns der Ergebnisse, die dann anschließend in die Software übertragen werden, benötigt. Ist die PKMS-Verantwortung und Dokumentation

Ausschnitt des DPR-Dokumentationsbogens: Gründe – G4 – mit den verschiedenen Differenzierungen in den Leistungsbereichen

	Körperpflege	Ernäh- rung	Ausscheidung	Bewegen/Sicherheit	Interaktion/ Kommunikation
G4 Extreme Schmerzzustände / Lebenskrise	Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken Kenntzeichen: Stöhnt, weint, jammert, grimasziert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen		Extreme Schmerzzustände beim Umlagern/Mobilisieren auf die Toilette/Bett-schüssel/Steckbecken Kenntzeichen: Stöhnt, weint, jammert, grimasziert, wehrt ab beim Umlagern/Mobilisieren, äußert verbal stärkste Schmerzen	Extreme Schmerzzustände beim Umlagern/Mobilisieren Kenntzeichen: Stöhnt, weint, jammert, grimasziert, wehrt ab beim Umlagern/Mobilisieren, äußert verbal stärkste Schmerzen	Aus dem Gleichgewicht geratenes Selbstkonzept durch Sinn-/Lebenskrisen Kenntzeichen: Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlender Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit

Beispiel einer Pflegemaßnahme aus dem Leistungsbereich Körperpflege, die bei dem Grund 4 kodiert werden kann

A4 Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich

Nachrichten

Pläne für die Pflege-Teilzeit

— Bundesfamilienministerin Schröder (CDU) will den Rechtsanspruch auf eine Familien-Pflegezeit ausweiten. In einem Gespräch mit der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ schlug sie vor, dass Arbeitnehmer zur Pflege ihrer Angehörigen zwei Jahre lang halb arbeiten und währenddessen drei Viertel des Gehalts beziehen können. „Später müsste er dann wieder voll arbeiten, bekäme aber weiterhin so lange 75 Prozent des Gehalts, wie er zuvor Teilzeit gearbeitet hat – bis also das Zeit- und das Gehaltskonto wieder ausgeglichen sind“, schlug Schröder vor. Kritik am Vorstoß von Schröder kam von den Grünen und dem Sozialverband VdK. „Netter Versuch, doch leider stimmt an Frau Schröders Vorschlag so gut wie nichts“, sagte Grünen-Pflegeexpertin Elisabeth Scharfenberg. Die Ministerin setze voraus, dass die Angehörigen die Pflege übernehmen. „Das geht völlig an den Realitäten vorbei“, so Scharfenberg. Viele Angehörige könnten diese belastende Aufgabe nicht erfüllen. VdK-Präsidentin Ulrike Macher wies darauf hin, dass die finanzielle Absicherung der pflegenden Angehörigen nicht garantiert sei, wenn sie auf 25 Prozent des Lohns verzichten sollten. In der Regel handele es sich um Frauen in schlecht bezahlten Jobs, die Angehörige pflegen würden, sagte Mascher der „Rheinischen Post“.

Impressum

Herausgeber: Deutscher Pflegerat (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Salzufer 6, 10587 Berlin („Haus der Gesundheitsberufe“), Tel.: 030 21915757, Fax: 030 21915777, www.deutscher-pflegerat.de

Redaktion: Thomas Hommel; „PflegePositionen“ ist eine regelmäßige Beilage in **Heilberufe** – Das Pflegemagazin
Chefredakteurin: Katja Kupfer-Geißler (verantwortlich), Heidelberg Platz 3, 14197 Berlin, Tel.: 030 82787 5500, Fax: 030 82787 5505, www.heilberufe-online.de

Verlag: Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 43721399, www.urban-vogel.de

über Fallmanager oder Verantwortliche übergreifend für mehrere Stationen organisiert kommt es ebenfalls zu einem höheren Zeitaufwand. Hier liegt der Aufwand im Wesentlichen in der Beschaffung der Informationen von den Pflegenden und aus Pflegedokumentationen begründet.

Zur schnellen Identifizierung der in Frage kommenden Patienten, die einen hohen pflegerischen Aufwand im Sinne des PKMS erwarten lassen, können verschiedene Hilfsmittel genutzt werden. Ein Beispiel einer Kurzeinschätzung mit zehn Fragen kann beispielsweise auf der Internetseite www.recom.eu angefordert werden. Ergibt die Kurzeinschätzung einen Hinweis, dass es sich um einen PKMS relevanten Patientenfall handelt, werden sowohl der Grund als auch die Pflegemaßnahme/n geplant. Im weiteren Verlauf werden die durchgeführten Pflegemaßnahmen entsprechend den Vorgaben der PKMS-Maßnahmen dokumentiert. Die Tagespunktwerte von mindestens 6 PKMS-Aufwandspunkten führen bei der PPR-Kodierung zu einer PPR-A4-Kodierung. Ändert sich der Patientenzustand (= PKMS-Gründe) wird der PKMS entsprechend angepasst. Am Ende des Krankenaufenthaltes werden die PKMS-Gesamtaufwandspunkte addiert. Bei einer Punktzahl von mindestens 43 wird in der DRG-Kodierung der entsprechenden OPS 9-20 kodiert. Entsprechend der festgelegten Verfahren des InEK werden die DRG relevanten Daten weitergeleitet.

Auf der Grundlage der Daten von 2010 wird im Rahmen der G-DRG-Entwicklung festgelegt, wie sich der OPS 9-20 in Zukunft auf die Erlöse der Kliniken auswirkt. Daher ist es sehr wichtig, dass viele Kliniken beginnen, die Daten entsprechend ihrer gesetzlichen Verpflichtung in einer möglichst hohen Qualität zu erheben.

Fazit

Trotz der zu bewältigenden Herausforderungen hinsichtlich der Integration und Umsetzung der PKMS-Dokumentation in den Pflegealltag bedeutet die künftige Abbildung der hochaufwendigen Pflege im DRG-System einen entscheidenden Schritt. Durch den Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung verändert sich die Betrachtung von pflegerischer Leistung als reiner Kostenfaktor hin zu einem erlösrelevanten Dienstleister im Gesundheitswesen. Diese Veränderung wird die Pflege in ihrer Position fördern, sich künftig stärker für eine pflegerisch adäquate Versorgung von Patienten einsetzen zu können. ■

— **Lisa Schröder (MSc Public Health)**

— **Dr. rer. medic. Pia Wieteck**

Literatur

1. Bartholomeyczik S. Reparaturbetrieb Krankenhaus, DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. 2007. http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf, download: 10.08.2007
2. Gerste B, Rehbein I. Qualität und Betriebsvergleich. In: Igl G, Schiemann D, Gerste B, Klose J (Hrsg.). Qualität in der Pflege, Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2002
3. Isfort M, Weidner F. Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. 2007. www.dip.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf, download: 22.03.2008
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Gutachten). Bonn: Sachverständigenrat, 2007
5. Wieteck P. Handbuch für PKMS und PPR-A4-Kodierrichtlinien und praktische Anwendung der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel: RECOM, 2009

