

# PKMS - Begutachtung

Erkenntnisse aus Prüfungen des OPS 9-20  
durch den MDK

# Inhalt

<b>1. Einführung und Vorwort</b> .....	11
<b>2. OPS 9-20 2013</b> .....	13
2.1 Erläuterungen zur OPS-Systematik.....	16
2.2 Erlösrelevanz des OPS 9-20 in 2013.....	16
2.3 Geltungsbereich des OPS 9-20 und PKMS.....	16
2.3.1 Geltungsbereich des ZE 130.* und 131.*.....	17
2.3.2 Geltungsbereich des PKMS.....	17
DIMDI-FAQ Nr. 9004.....	18
DIMDI-FAQ Nr. 9005.....	18
2.3.3 PKMS-Aufwandspunkte bei Aufnahme/Entlassung/Verlegung/Fallzusammenführung.....	19
<b>3. Pflegekomplexmaßnahmen-Scores 2013</b> .....	21
3.1 Einleitende Worte zu den Änderungen für 2013.....	21
3.2 Hinweise zur Nutzung.....	21
3.3 PKMS-E für Erwachsene: ab dem Beginn des 19. Lebensjahres.....	27
3.3.1 Allgemeine Pflege	
Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege.....	28
3.3.2 Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung.....	30
3.3.3 Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung.....	32
3.3.4 Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Sicherheit.....	34
3.3.5 Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunikation.....	36
3.3.6 Spezielle Pflege für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie	
Mindestmerkmale: Leistungsbereich F: Kreislauf.....	37
3.3.7 Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wundmanagement.....	38
3.4 PKMS-J für Kinder und Jugendliche: ab Beginn des 7. bis zum Ende des 18. Lebensjahres.....	39
3.4.1 Allgemeine Pflege Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege.....	39
3.4.2 Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung.....	41
3.4.3 Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung.....	43
3.4.4 Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation.....	45
3.4.5 Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen.....	46

3.4.6 Spezielle Pflege für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung .....	48
3.5 PKMS-K für Kleinkinder: ab dem Beginn des 2. bis zum Ende des 6. Lebensjahres.....	50
3.5.1 Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege.....	50
3.5.2 Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung.....	52
3.5.3 Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung .....	54
3.5.4 Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation .....	56
3.5.5 Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen.....	58
3.5.6 Spezielle Pflege für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung .....	60
<b>4. Dokumentationsanforderungen mit Auszügen aus Begutachtungen .....</b>	<b>63</b>
4.1 Bereich Körperpflege.....	67
4.1.1 Beispiel 1: Gründe 5 und 11 mit Maßnahme A5 .....	67
4.1.2 Beispiel 2: Grund 5 und Maßnahme A1 .....	70
4.1.3 Beispiel 3: Grund 10 mit Maßnahme A3 .....	75
4.1.4 Beispiel 4: Grund 11 und Maßnahme A8.....	77
4.1.5 Beispiel 5: Grund 1 mit Maßnahme A3.....	79
4.1.6 Beispiel 6: Viele Gründe und eine Maßnahme (A2).....	81
4.2 Bereich Ernährung.....	83
4.2.1 Beispiel 1: Gründe G5 und G11 mit Maßnahme B3 .....	83
4.2.2 Beispiel 2: Grund 1 mit Maßnahme B1 .....	86
4.2.3 Beispiel 3: Grund 11 mit Maßnahme B4.....	89
4.2.4 Beispiel 4: Grund 2 mit Maßnahme B1 .....	92
4.2.5 Beispiel 5: Grund 6 und Maßnahme B3.....	94
4.2.6 Beispiel PKMS-Kinder: G1, G2 und B4.....	96
4.3 Bereich Ausscheidung .....	99
4.3.1 Beispiel 1: G5 mit Maßnahme C3 .....	99
4.3.2 Beispiel 2: Grund 6 mit Maßnahme C3.....	101
4.3.3 Beispiel 3: Grund 4 mit Maßnahme C1 .....	104
4.4 Bereich Bewegen/Sicherheit.....	107
4.4.1 Beispiel 1: Grund 10.....	107

4.4.2 Beispiel 2: Grund 5 mit Maßnahme D2 .....	108
4.4.3 Beispiel 3: Grund 1 mit Maßnahme D6 .....	111
4.4.4 Beispiel 5: Gründe 5 und 6 .....	113
4.5 Bereich Kommunikation .....	116
4.5.1 Beispiel 1: Grund 1 mit Maßnahme E3 .....	116
4.5.2 Beispiel 2: Grund 7 mit Maßnahme E3 .....	118
4.6 Bereich Kreislauf .....	120
4.6.1 Beispiel 1: Grund 11 mit Maßnahme F2 .....	120
4.7 Bereich Wundmanagement .....	121
4.7.1 Beispiel 1: Grund 12 mit Maßnahme G1 .....	121
<b>5. PKMS - Begutachtungen</b> .....	<b>123</b>
5.1 PKMS auf dem Prüfstand des MDK – welche Probleme treten bei der Begutachtung auf? Befragung im Rahmen einer Bachelorarbeit .....	123
5.2 MDK-Begutachtungsergebnisse Rheinland-Pfalz .....	125
5.2.1 Einleitung .....	125
5.2.2 Organisation der Begutachtung .....	125
5.2.3 Auftragszahlen .....	126
5.2.4 Rückgabe ohne Begutachtung .....	126
5.2.5 Ergebnisse der Gutachten .....	126
5.2.6 OPS 9-20 ... und Pflegestufe .....	128
5.2.7 OPS 9-20 ... und Diagnosen .....	129
5.2.8 OPS 9-20 ... und Diagnosen sowie Pflegestufe II und höher .....	129
5.2.9 OPS 9-20 ... und weitere Prozeduren .....	130
5.2.10 Zwischenergebnis .....	132
5.3 Prüfung der Zusatzentgelte 130/131 Hochaufwendige Pflege: Erste Ergebnisse und Erfahrungen des MDK Baden-Württemberg aus dem Jahr 2012 .....	133
5.3.1 Prüfverfahren .....	133
5.3.2 Ergebnisse .....	133
5.3.3 Diskussion der Ergebnisse .....	134
5.3.4 Beispiele aus der Begutachtungspraxis .....	135
5.3.5 Fazit .....	147
5.4 Begutachtung von Akten mit EDV-Dokumentation des PKMS .....	148

5.4.1 Zeitangaben werden nicht als plausibel bei Software-Nachweisen der PKMS-Dokumentation gewertet.....	148
5.4.2 Dokumentation von Pflegemaßnahmen vor dem Erbringungszeitraum.....	155
5.4.3 Weitere Interpretationsspielräume des Leistungszeitraumes .....	158
5.4.4 Inplausibilitäten im Rahmen der EDV-Dokumentation .....	159
5.4.4.1 Ein Handzeichen über mehrere Schichten .....	159
5.4.4.2 Systematisches rückwirkendes Abzeichnen eines Mitarbeiters über alle Schichten hinweg.....	160
5.4.4.3 Widersprüchliche Häufigkeiten in zwei Protokollen, welche den gleichen Sachverhalt beschreiben .....	161
5.5 Medizincontrolling – Sicht zur Vorbereitung auf MDK-Begutachtung .....	164
5.5.1 Vorstellung des Hauses und der eingeführten PKMS-Dokumentation.....	164
5.5.2 Abgerechnete Fälle in 2012 von Januar bis November.....	172
5.5.4 Wie man sich gut vorbereiten kann.....	180
5.6 Sozialgerichtsverfahren – Sicht des gerichtlich bestellten Gutachters .....	182
5.6.1 Vorgehen bei der Erstellung eines Gerichtsgutachtens.....	183
5.6.2 Schwierigkeiten für den Gutachter .....	184
5.6.3 Empfehlungen.....	185
5.6.4 Fazit.....	186
<b>6. Fallvorstellungen von Begutachtungen .....</b>	<b>187</b>
6.1 Fallvorstellung Herr Mustermann Peter.....	187
6.1.1 Pflegeanamnese.....	188
6.1.2 PKMS-Planungsblatt.....	189
6.1.3 Durchführungsdokumentation Pflegemaßnahmen.....	192
6.1.4 Ergebnisbewertung der OPS 9-20-Kodierung.....	193
6.1.4.1 PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Körperpflege.....	193
6.1.4.2 PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Ausscheidung .....	197
6.1.4.3 PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Bewegung.....	199
6.1.5 Zusammenfassende PKMS-Bewertung.....	201
6.1.6 Reflexion des Pflegeprozesses und die Auswahl der PKMS-Gründe und -Maßnahmen.....	201
6.1.6.1 Reflexion der Körperpflege.....	202
6.1.6.2 Reflexion der Ausscheidung .....	204
6.1.6.3 Reflexion der Bewegung/Mobilisation.....	205
6.2 Fallvorstellung Herr Karl.....	206

6.2.1	Pflegeanamnese.....	207
6.2.2	Pflegeüberleitungsbogen .....	209
6.2.3	PKMS-Planungsblatt.....	211
6.2.4	Durchführungsdokumentation Pflegemaßnahmen.....	212
6.2.5	Dekubitusrisikoeinschätzung.....	214
6.2.6	Berichtsdokumentation.....	214
6.2.7	Lagerungs-/Bewegungsplan.....	220
6.2.8	Sonstige Unterlagen.....	221
6.2.9	Ergebnisbewertung der OPS-9-20-Kodierung.....	221
6.2.9.1	PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Körperpflege.....	221
6.2.9.2	PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Bewegung.....	226
6.2.9.3	Zusammenfassende PKMS-Bewertung.....	229
6.2.10	Reflexion des Pflegeprozesses von Mustermann Karl.....	229
6.2.10.1	Reflexion der Inkontinenzversorgung .....	230
6.2.10.2	Reflexion der Schluckstörung.....	233
6.2.10.3	Reflexion der Lagerungsmaßnahmen und Dekubitusprophylaxe.....	235
6.2.10.4	Weitere offene Fragen.....	236
6.3	Fallvorstellung Frau Mustermann Anna .....	237
6.3.1	Pflegeanamnese.....	238
6.3.2	PKMS-Planungsblatt.....	239
6.3.3	Leistungsnachweis Pflegemaßnahmen.....	242
6.3.4	Dekubitusrisikoeinschätzung.....	242
6.3.5	Pflegebrief zur Entlassung .....	243
6.3.6	Pflegebericht.....	246
6.3.7	Ergebnisbewertung der OPS-9-20-Kodierung.....	247
6.3.7.1	PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Körperpflege.....	248
6.3.7.2	Durchführungsdokumentation Pflegemaßnahmen Körperpflege .....	250
6.3.7.3	PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Ernährung .....	252
6.3.7.4	PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Ausscheidung .....	252
6.3.7.5	Zusammenfassende PKMS-Bewertung .....	253
6.3.7.6	Reflexion des Pflegeprozesses .....	254
<b>7.</b>	<b>Diskussion der Verbesserungspotentiale.....</b>	<b>256</b>
7.1	Lesbarkeit der Texte .....	256
7.2	Abbau vieler Doppeldokumentationen.....	257
7.3	Vereinheitlichung und Vereinfachung der Nachweisführung.....	258

7.4 Endkontrolle durch den PKMS-Experten in der Klinik.....	259
<b>8. FAQ 2013</b> .....	261
8.1 Geltungsbereich des OPS 9-20 und PKMS .....	264
8.2 PKMS (E, J, K)-Anwendungsfragen.....	265
8.3 Auslegungs-/Verständnisfragen zu den einzelnen Items des PKMS.....	267
8.3.1 Leistungsbereich Körperpflege.....	267
8.3.2 Leistungsbereich Ernährung.....	270
8.3.3 Ausscheidung.....	271
8.3.4 Leistungsbereich Bewegung.....	272
8.3.5 Kommunikation .....	275
8.3.6 Kreislauf/Wundmanagement.....	275
8.3.7 Verschiedene Leistungsbereiche betreffende Fragen.....	276
8.4 Dokumentationsanforderungen .....	277
8.5 Spezielle Fragen zu PKMS-K und -J.....	280
8.6 Sonstige Fragen .....	281
8.6.1 Berufspolitische Fragestellungen .....	281
8.6.2 PPR-A4 im Akutkrankenhaus.....	282
8.6.3 PPR-S4 und -A4 für Patienten mit einer Querschnittlähmung.....	285
<b>Autorenverzeichnis</b> .....	286
<b>Literatur</b> .....	289

Im Jahr 2010 wurde der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 9-20 eingeführt. Mit Hilfe dieses OPS können Kliniken „hochaufwendige Pflege“ erfassen. Diese im Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) definierte „hochaufwendige Pflege“ wird seit 2012 über zwei Zusatzentgelte (ZE) ZE 130.\* und ZE 131.\* zusätzlich zum DRG-Entgelt des Patientenfalles vergütet. Da es sich um ein hohes Zusatzentgelt handelt, war zu erwarten, dass die Krankenkassen hier verstärkt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragen, die Abrechnung des ZE zu prüfen. Darüber hinaus ist absehbar, dass es in der Zukunft zu gerichtlichen Auseinandersetzungen kommen wird.

Aus den Kliniken sind die unterschiedlichsten Aussagen über bereits stattgefundene MDK-Begutachtungen zum ZE 130/131 oder OPS 9-20 zu hören. Einige Kliniken berichten von einer 100 %-Prüfquote, andere dagegen von bisher noch ausgebliebenen Prüfungen. Ebenso verschieden sind die Ergebnisse der MDK-Begutachtungen. Während einige Kliniken nahezu jedes ZE verlieren und scheinbar in der Dokumentation des PKMS systematische Fehler begangen werden, berichten andere Kliniken über eine 100 %- oder fast 100 %-Erfolgsquote bei den begutachteten Patienten mit einer PKMS-Dokumentation.

Dieses Buch hat zum Ziel, die Dokumentationsanforderungen des PKMS detailliert darzustellen und anhand von beanstandeten Begutachtungsergebnissen und deren Diskussion Lösungsmöglichkeiten transparent aufzuzeigen. Die Herausgeber hoffen, mit diesem Buch zur Optimierung der Dokumentation des PKMS im Hinblick auf künftige Prüfungen beizutragen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass Dokumentationsbeispiele sowohl von Papierdokumenten als auch von Softwareherstellern vorgestellt werden und die Beispiele im Sinne eines konstruktiven Verbesserungsprozesses diskutiert werden. Kommentierungen zu den verschiedenen Produkten sind dabei als fördernde Hinweise zur Verbesserung zu verstehen und nicht als mögliche Kritik auszulegen.

Ebenso werden die verschiedenen Sichtweisen der Akteure im Begutachtungsprozess der PKMS-Dokumentation und OPS-9-20-Kodierung beleuchtet. Erste Ergebnisse der Begutachtungserfahrungen von zwei Medizinischen Diensten geben weitere wertvolle Hinweise zur Verbesserung der hauseigenen PKMS-Dokumentation. Diese Sichtweisen des Begutachtungsprozesses wird durch Beiträge von Medizincontrollern und einem gerichtlich bestellten Gutachter ergänzt. Den Autoren sei an dieser Stelle für Ihre Mitarbeit und Unterstützung bei der Bucherstellung gedankt. Dadurch entsteht eine praxisnahe Betrachtung des Begutachtungsprozesses aus den verschiedenen Blickwinkeln der Akteure.

Anhand von Fallvorstellungen werden drei Patientenfälle mit Pflegedokumentation und Ergebnis der MDK-Begutachtung diskutiert. Dabei wird der Fragestellung nachgegangen, ob ein Widerspruch sinnvoll erscheint.

Hinweise der Leserschaft zu verbesserungswürdigen Punkten für künftige Ausgaben sind jederzeit willkommen.

*Autorin: Lisa Peters*

Im Folgenden werden zum Einstieg die allgemein gültigen Dokumentationsanforderungen des PKMS beschrieben. Viele der geforderten Aspekte sind in den Kliniken bereits feste Bestandteile der Regeldokumentation. Um entsprechende Aufwandspunkte des PKMS zur Abrechnung bringen zu können, ist jeweils das Vorliegen eines Grundes für hochaufwendige Pflege und die Erbringung von damit verknüpften Maßnahmen in einem oder mehreren Leistungsbereichen notwendig. Die für die einzelnen Leistungsbereiche festgelegten Aufwandspunkte werden pro Patient einmalig an einem Kalendertag vergeben, sobald Gründe und Maßnahmen erfüllt sind. Die Erbringung von Maßnahmen in einer anderen Anzahl als in der im PKMS geforderten Häufigkeit eines Leistungsbereiches führt nicht zu einer verringerten oder erhöhten Vergabe von Aufwandspunkten. Im PKMS sind einzig Gründe-Maßnahmen-Kombinationen aufgenommen, die einen festgelegten pflegerischen Ressourcenaufwand belastbar erklären können.

## Dokumentation der PKMS-Gründe

Die PKMS-Gründe beziehen sich entweder auf Zustandsbeschreibungen, Erschwernisfaktoren oder Pflegeprobleme/-diagnosen, die häufig bereits über Pflegeanamnese- und Arztbriefdaten oder Pflegeberichtseinträge plausibilisiert werden können. **Die Patientenzustände im Rahmen des Pflegeprozesses zu ermitteln und zu dokumentieren ist, unabhängig vom PKMS, zentrale Aufgabe der Pflegeperson. Ohne eine systematische Erhebung des Patientenzustandes ist eine zielgerichtete pflegerische Versorgung nicht zu gewährleisten.** Grundsätzlich gilt, dass die beschriebenen Kennzeichen bei dem Patienten vorliegen und sich in entsprechenden Angaben im Rahmen der oben genannten Dokumente wiederfinden sollten, um eine Plausibilisierung der angegebenen Gründe zu gewährleisten. Das reine Ankreuzen eines Grundes ist also nicht ausreichend. Die Regel lautet, dass eine Beschreibung der vorliegenden Gründe zu Beginn der Erfassung und bei Veränderung der Kennzeichen oder des Patientenzustandes (zum Besseren oder zum Schlechteren) zu erfolgen hat. Wie bereits erwähnt ist dieses im Rahmen der Pflegeanamnese zu Beginn der Behandlung sinnvoll. Grundsätzlich ist es im Rahmen der Dokumentation möglich, die Kennzeichen nicht in dem PKMS-Dokumentationsbogen aufzuführen, sondern in der Patientendokumentation schriftlich individuell auf den Patienten bezogen zu beschreiben. Um allerdings die vorgesehenen Kennzeichen in Erinnerung zu rufen, können diese als Ausdruck auf der Station im Sinne einer Dokumentationshilfe hinterlegt werden. Dadurch lässt sich der PKMS-Dokumentationsbogen platzsparender gestalten. Auf eine Veränderung des original PKMS-Textes sollte in jedem Fall verzichtet werden, da eine Fehlinterpretation schnell die Folge sein kann.

### **Dokumentation der PKMS-Gründe: Kennzeichentexte und Verknüpfungen**

Alle Gründe für hochaufwendige Pflege werden im Rahmen von Kennzeichentexten näher beschrieben. Je nachdem, ob die einzelnen Kennzeichen durch ein Komma getrennt oder durch UND- bzw. ODER-Verknüpfungen verbunden sind, ist bei manchen Gründen das Vorliegen mehrerer Merkmale erforderlich. Der Grund 9 im Bereich Körperpflege weist darüber hinaus eine UND/ODER-Verknüpfung auf, dies bedeutet, dass sowohl eines als auch mehrere Kennzeichen vorliegen können, so lange die vorgegebene Häufigkeit erfüllt ist. Wenn der Patient etwa 2 x stark schwitzt, sich 1 x erbricht und 1 x einnässt, wäre der Grund genauso erfüllt, als wenn er sich 4 x täglich erbricht. Der pflegerische Aufwand, welcher sich konsequenterweise aus anschließenden Ganzkörper- und Teilkörperwaschungen ergibt und unter der mit G9 verknüpften Maßnahme A2 beschrieben wird, bleibt derselbe.

### **Dokumentation der PKMS-Gründe: Erschwernisfaktoren**

In allen Leistungsbereichen des Grundes G5 werden mehrere Erschwernisfaktoren als zusätzlicher Aspekt genannt. Die Erschwernisfaktoren sind in den fünf Leistungsbereichen fast identisch, so dass es auf manchen Dokumentationshilfen ausreichend ist, diese einmalig zu erfassen. Der Erschwernisfaktor „unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungen“ unterscheidet sich für die Bereiche Ernährung und Ausscheidung insofern, als dass hier zusätzlich eine Beatmung des Patienten vorliegen muss. Dieser Zusatz ergab sich in 2011 aus entwicklungs technischer Sicht, um einer inflationären Kodierung und damit der Aufweichung des PKMS entgegenzuwirken. In den Fassungen davor waren Zu- und Ableitungen in diesen Leistungsbereichen kein Erschwernisfaktor. Mit dem Zusatz der Beatmung konnte gewährleistet werden, dass dieser Grund und Erschwernisfaktor ausschließlich einer kleinen Patientengruppe (vorwiegend Patienten mit Tetraplegie) vorbehalten bleibt. Im Änderungsantrag 2012 sollten die Belange der Patientengruppe der Patienten mit einem Querschnitt abgebildet werden, aber keine weitere Öffnung für andere Patientengruppen ermöglicht werden.

### **Dokumentation der PKMS-Gründe: Assessments**

An einigen Stellen wird auf ein Assessment verwiesen, welches zum Nachweis des Vorliegens eines PKMS-Grundes herangezogen werden soll. Beispiele wären Grund 11 im Bereich der Körperpflege („hohes Pneumonierisiko lt. Assessment“) oder Grund 10 in Bewegung/Sicherheit („nachgewiesenes Dekubitusrisiko durch Assessment lt. Nationalem Expertenstandard“). Bei der Interpretation des Begriffes „Assessment“ gilt zu beachten, dass es sich um eine systematische Einschätzung und fachliche Beurteilung des Patientenzustandes durch die Pflegekraft handelt. Es ist keine Voraussetzung, Assessmentinstrumente zu benutzen, welche z. B. über Scorepunktwerte bestimmen, dass ein Patient z. B. ein Dekubitusrisiko hat.

### **Dokumentation der PKMS-Maßnahmen**

Im Folgenden werden die allgemein gültigen Dokumentationsanforderungen der PKMS-Maßnahmen erläutert. Dabei ist zu beachten, dass die meisten Pflegemaßnahmen bisher bereits in der Regeldokumentation eines „hochaufwendigen Patienten“ dokumentiert wurden. Einige Veränderungen der Regeldokumentation sind durch die PKMS-Einführung zu empfehlen, um die Anforderungen an den Leistungsnachweis aus Sicht des PKMS zu erfüllen.

### Dokumentation der PKMS-Maßnahmen: Häufigkeiten und Mengenangaben

Grundsätzlich ist es für die Erfüllung der Maßnahmen erforderlich, die aufgeführten Häufigkeiten und Mengenangaben zu erreichen und entsprechend bei der Dokumentation mit persönlichen Handzeichen zu bestätigen. Dabei gilt zu beachten, dass die Einzelleistungen auch jeweils einzeln abzuzeichnen sind. So sind etwa für die in Maßnahme D1 im Leistungsbereich Bewegung/Sicherheit beschriebenen 12 Lagerungen auch 12 Handzeichen, und nicht beispielsweise nur eines pro Schicht, notwendig. Die angegebenen Häufigkeiten sind unter anderem ein Beweis für die pflegerische Hochaufwendigkeit des Patienten. Nur wenn diese in vollem Maße erfüllt wurden, können die Aufwandspunkte pro Tag auch vergeben werden.

Das Gleiche gilt für vorgegebene Mengenangaben. Im Leistungsbereich Ernährung wird zum Beispiel bei Maßnahme B1 gefordert, 7 x täglich Flüssigkeit in einer Gesamtmenge von 1.500 ml oder 9 x täglich Flüssigkeit in einer Gesamtmenge von 1.000 ml oral zu verabreichen. Um die Aufwandspunkte in diesem Leistungsbereich zu erreichen, sind für die Verabreichung dieser Gesamtmengen auch mindestens 7 bzw. 9 x Einzelleistungen täglich zu erbringen. Eine weniger häufige Verabreichung von größeren Mengen wäre zur Erreichung der Aufwandspunkte demnach nicht möglich. Auch eine höhere Häufigkeit bei geringerer Flüssigkeitsmenge wäre nicht zulässig.

### Dokumentation der PKMS-Maßnahmen: Zusatzdokumentation bei Symbol „Hand mit Stift“ bzw. therapeutischen Konzepten

An zahlreichen Stellen des PKMS, sowohl bei den Gründen als auch bei den Maßnahmen, wird mit dem Symbol einer „Hand mit Stift“ gearbeitet. Dieses Symbol weist auf zwei unterschiedliche Aspekte hin. Zum einen auf eine zusätzlich zu leistende Dokumentationsanforderung. Hierzu ein Beispiel der Maßnahme A1, bei welcher der Nachweis einer individuellen pflegerischen Zielsetzung, die mit der Pflegemaßnahme erreicht werden soll, sowie die Beschreibung der abgestimmten Vorgehensweise zur Umsetzung der Pflegemaßnahme gefordert ist (siehe dazu die Formulierungshilfe A1). Besondere Anforderungen gelten auch für die Umsetzung des Expertenstandards Inkontinenzversorgung. Hier empfiehlt es sich, eine Formulierungshilfe mit hinterlegten Pflegediagnosen und bereits verknüpften Maßnahmenprofilen zu verwenden (siehe dazu die Formulierungshilfe Expertenstandard).

Werden individuelle Konzepte bei der Körperpflege umgesetzt, wie etwa mit der unter Maßnahme A3 beschriebenen Formulierung „andere neurologische oder rehabilitative Konzepte...“, sind diese in der Pflegedokumentation entsprechend auszuweisen. Hier empfiehlt es sich, Hausstandards zu formulieren, auf welche in der Dokumentation verwiesen werden kann. Bei einer mit dem Patienten individuell ausgearbeiteten Vorgehensweise kann diese auch im Rahmen einer Pflegeplanung beschrieben werden. Therapeutische Konzepte, die nicht mit dem Handsymbol gekennzeichnet sind (wie das Bobath-Konzept), müssen nicht explizit beschrieben werden, sondern können nach der Maßnahmenerbringung durch ein Handzeichen bestätigt werden.

Zum anderen weist das Symbol auf andere Dokumentationsprotokolle hin, die zum Nachweis der PKMS-Dokumentation genutzt werden können. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier überwiegend um Dokumentationsanteile handelt, die bereits bei „hochaufwendigen“ Patienten zur Standardpflegedokumentation gehören, wie z. B. Dekubitusrisikoeinschätzung, Bewegungs- und Lagerungsplan, Ernährungsprotokoll, Flüssigkeitsprotokoll usw.

## 4.3 Bereich Ausscheidung

### 4.3.1 Beispiel 1: G5 mit Maßnahme C3

#### Dokumentationsproblem:

- » Kürzung der Gründe
- » Eins-zu-Eins-Übersetzung der PKMS-Maßnahmen mit hauseigenem Maßnahmenbogen

#### Fallbeschreibung Mustermann Wolfgang:

Der ärztlichen Dokumentation ist zu entnehmen, dass Herr Wolfgang (85 Jahre alt) wegen der chronischen Darmkrankheit Morbus Crohn behandelt wurde. Als Nebendiagnose ist ein alter Apoplex im Vorjahr bekannt. Der Patient hat einen stark reduzierten AZ, ist körperlich stark geschwächt, hat eine schuppige, trockene Haut. Der Patient ist bettlägerig und überwiegend teilnahmslos. Mustermann Wolfgang ist zudem stuhl- und harninkontinent, das Gesäß ist im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes gerötet.

Die Klinik gibt in der Software Grund 5 und Maßnahme C3 an, siehe Ausdruck der mit der Software möglich ist:

G1: Verkennt die Ausscheidungssituation infolge  
 G4: Extreme Schmerzzustände beim Umlagern/Mobilisieren auf die Toilette/Bettschüssel/Steckbecken  
 G5: Unfähigkeit, das Gesäß zum Unterschieben der Bettschüssel/des Steckbeckens anzuheben  
 G6: Fehlende Fähigkeit auf die Toilette zu gehen oder mit dem Rollstuhl zur Toilette zu fahren  
Etc.

**Mögliche Maßnahmen**

C1: Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette min. 4x tägl.  
 C3: Volle Unterstützung bei der Ausscheidung UND ein zusätzlicher Aspekt  
Etc.

Abbildung 26: Auszug PKMS-Planung Ausscheidung Herr Wolfgang

Grund 5 erfordert das Vorhandensein eines zusätzlichen Erschwernisfaktors, welcher einen erhöhten Zeitaufwand bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen belastbar erklärt. Dieses können zum Beispiel mehrere Zu- und/oder Ableitungssysteme, ein BMI von mind. 35 kg/m<sup>2</sup> oder die fehlende Kraft zur Eigenbewegung sein (siehe Originaltext).

<b>G5</b>	<p><b>Unfähigkeit, das Gesäß zum Unterschieben der Bettschüssel/des Steckbeckens anzuheben</b> <b>Kennzeichen:</b> Fehlende Fähigkeit, eine Brücke zu machen oder sich auf die Seite zu drehen, <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>» mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme und Beatmung</li><li>» BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li><li>» fehlende Kraft zur Eigenbewegung</li><li>» etc.</li></ul>
-----------	---

Tabelle 65: Auszug Originaltext G5 Ausscheidung

Auf dem eigenen PKMS-Planungsbogen ist hier kein zusätzlicher Erschwernisfaktor angegeben. Somit ist der angegebene Grund nicht vollständig.

Die ausgewählte Maßnahme C3 gliedert sich in mehrere Abschnitte. Aus den Angaben der Einrichtung in der PKMS-Dokumentation ist nicht ersichtlich, welcher „zusätzliche Aspekt“ von der Einrichtung erbracht wird. Dies erhöht für den Gutachter den Zeitaufwand für die Prüfungen enorm, da er/sie die verschiedenen Optionen prüfen muss.

<b>G5 G6 G10 G11</b>  <b>C3</b>	<p><b>Volle Unterstützung bei der Ausscheidung</b> Hierzu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/dem Toilettenstuhl <b>UND/ODER</b></li> <li>» Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Steckbecken <b>UND/ODER</b></li> <li>» (intermittierender) Katheterismus bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie <b>UND/ODER</b></li> <li>» Wechsel von Stomabeuteln <b>UND/ODER</b></li> <li>» Stuhlausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie</li> </ul> <p><b>UND einer der zusätzlichen Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» 1 x tägl. digitales rektales Ausräumen und/oder 1 x tägl. Reinigungseinlauf oder Irrigation</li> <li>» erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung: mindestens 7 x tägl.</li> <li>» Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie</li> <li>» intermittierender Fremdkatheterismus mindestens 5 x tägl.</li> <li>» volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 Pflegepersonen</li> </ul>
---	--

Tabelle 66: Originaltext C3 Ausscheidung

Da die Pflegeleistungen nicht mit zwei Personen erbracht wurden und auch die anderen Punkte ausgeschlossen werden konnten, bleibt nur noch die Prüfung des zusätzlichen Aspektes „Erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung: mind. 7 x tägl.“ übrig.

Nachfolgend wird der Ausschnitt der PKMS-Maßnahmendokumentation für einen Tag vorgestellt.

Ausscheidung	F	S	N
<input checked="" type="checkbox"/> Hilfestellung bei Ausscheidung	ELs		DL
<input type="checkbox"/> Steckbecken		GR	
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl			
<input type="checkbox"/> Urinflasche			
<input type="checkbox"/> Toilette			
<input type="checkbox"/> Toiletentraining			
<input checked="" type="checkbox"/> Vorlagenwechsel	GR	Erre	DL
<input type="checkbox"/> Urinalkondom			
<input type="checkbox"/> Abführmaßnahmen			
<input checked="" type="checkbox"/> Ausscheidungshäufigkeit/Konsistenz beobachten	GR	Erre	DL
<input type="checkbox"/> BDK-Pflege			
<input checked="" type="checkbox"/> U-Kondom nachts			DL

Abbildung 27: Auszug Abzeichnung Ausscheidung Herr Wolfgang

Es stellt sich nun die Frage, ob 7 Leistungen im Rahmen der Ausscheidung in „voller Übernahme“ an dem dargestellten Tag stattfanden.

Ein Problem bei der Bewertung ist, dass die abgezeichneten Pflegemaßnahmen nicht widerspiegeln, dass es sich um eine volle Übernahme der Maßnahmen im Rahmen der Ausscheidung handelt. „Hilfe bei der Ausscheidung“ kann sowohl eine teilweise Hilfe als auch eine „volle Übernahme“ sein. Die Leistungsdokumentation „Steckbecken“ und „Vorlagenwechsel“ sagt ebenfalls nichts über den Hilfebedarf aus und kann somit nicht gezählt werden. Auch die Leistungsdokumentation des Punktes „Ausscheidungshäufigkeit/Konsistenz beobachten“ ist keine PKMS-Pflegemaßnahme.

**Fazit:** Die PKMS-Aufwandspunkte können nicht vergeben werden, da der PKMS-Grund nicht nachvollzogen werden kann und die geforderten Häufigkeiten nicht erfüllt wurden. Wobei an dieser Stelle offen bleibt, ob der Patient Mustermann Wolfgang einen „hohen pflegerischen“ Aufwand im Sinne des PKMS hatte oder nicht.

**Überlegungen zum Verbesserungspotential:** Wie bereits erwähnt kann bei dem Patienten anhand der vorgelegten Dokumentation nicht nachvollzogen werden, ob es sich um einen „hochaufwendigen Patienten“ im Sinne des PKMS handelt oder nicht. Aus der Pflegeberichtsdocumentation und der zur Verfügung stehenden Zustandsbeschreibung des Patienten könnte der Erschwernisfaktor „fehlende Kraft zur Eigenbewegung“ vorliegen. Ebenso könnte es sein, dass der Patient Leistungen im Sinne der vollen Übernahme erhalten hat. Die Textbausteine in der Leistungsdokumentation der Klinik sind sehr ungenau und allgemein gehalten. Dieses ist auch aus der Perspektive einer sinnvollen Steuerung des Pflege- und Versorgungsprozesses zu bemängeln. Die pflegerische Kontinuität der Versorgung ist gerade bei Patienten mit einer beeinträchtigten Wahrnehmung von hoher Bedeutung.

### 4.3.2 Beispiel 2: Grund 6 mit Maßnahme C3

#### Dokumentationsproblem:

- » Plausibilisierung des Grundes
- » Pflegerischer Fachterminus

#### Fallbeschreibung Mustermann Heinz:

Dem Arztbrief sind folgende Informationen zu entnehmen. Der Patient ist 89 Jahre alt, Zustand nach Hüftfraktur, welche operativ versorgt wurde, Diabetes mellitus II, kardiale Arrhythmien, Urininkontinenz, Patient mit mäßigem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand, wache Bewusstseinslage, lebhaftes Darmgeräusche, erhöhte Dekubitusgefahr, bereits leicht gerötete Stellen im Gesäßbereich. Herr Mustermann Heinz leidet unter starken Bewegungseinschränkungen, vor allem der unteren Extremitäten. Er hat zusätzliche durch die OP-Wunde Schmerzen. Der Patient ist zeitlich und örtlich desorientiert. Einigen Textstellen des Pflegeberichtes ist zu entnehmen, dass der Patient Abwehrverhalten zeigt und ihm die Abläufe der Handlungen im Rahmen der ATLs nicht präsent sind.

## 5.2 MDK-Begutachtungsergebnisse Rheinland-Pfalz

*Autoren: Dr. med. Brigitte Seitz und Dr. med. Walter Sommerfeld*

### 5.2.1 Einleitung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK RLP) wird seit Anfang 2012 mit der Prüfung der OPS 9-20 ... und/oder der ZE 130 bzw. 131 beauftragt. Jährlich werden in Rheinland-Pfalz (RLP) ca. 850.000 Fälle mit DRG abgerechnet. Unter der Annahme, dass 0,5 % bis 2,5 % der Fälle dieses Zusatzentgelt beinhalten und die Krankenkassen alle abgerechneten Fälle auch beauftragen, werden 2012 zwischen 4.000 und 20.000 Aufträge zur Prüfung der OPS 9-20 ... erwartet. Angenommen wurde weiter, dass die Anzahl der Aufträge in den ersten Monaten eher niedrig sein wird und nach einer Lernphase in den Kliniken in den folgenden Monaten steigt.

### 5.2.2 Organisation der Begutachtung

Das Konzept der DRG-Begutachtung sieht seit 2003 die Begehung der Krankenhäuser und Einsichtnahme in die Krankenakten vor. Im Rahmen der Begehung werden die Ergebnisse der Begutachtung mit den Controllern der Krankenhäuser auch besprochen. Dieses Konzept hat sich sehr bewährt. So hat der MDK Rheinland-Pfalz seit Jahren die kürzesten Laufzeiten aller MDK in diesem Segment. Durch Wegfall der Anforderung der Krankenakten und Wegfall der Bearbeitung durch Sekretariatskräfte konnten darüber hinaus erhebliche Personalkosten beim MDK Rheinland-Pfalz eingespart und den Krankenhäusern bürokratischer Aufwand erspart werden. Aufgrund von ersten Tests sowie auch durch Erfahrungsberichten anderer (persönliche Mitteilung Frau Dr. Wieteck) war davon auszugehen, dass ein Zeitaufwand von 45 min und mehr für die Prüfung erforderlich sein wird. Darüber hinaus ist spezieller pflegerischer Sachverstand erforderlich, der bei den Ärzten, die im MDK Rheinland-Pfalz ausschließlich die Begehung und Prüfung im Krankenhaus durchführen, in der Regel nicht vorhanden ist. Vor diesem Hintergrund wurde entschieden, dass von dem Standardprocedere abgewichen wird. Die Begutachtungen werden in der Hauptverwaltung zentralisiert. Statt der Begehung und Einsichtnahme in die Unterlagen im Krankenhaus erfolgt die gezielte Anforderung der erforderlichen Unterlagen. Bei der zu erwartenden Auftragszahl und dem dafür erforderlichen Zeitaufwand war erkennbar, dass dies nicht von den vorhandenen Mitarbeitern zusätzlich geleistet werden konnte. Der MDK Rheinland-Pfalz hat daher zur Bearbeitung der Aufträge ein Team aus drei Pflegefachkräften, einem Arzt sowie einer Mitarbeiterin für Sekretariatsaufgaben aufgebaut. Die hierfür erforderlichen Gelder wurden durch den Verwaltungsrat bewilligt.

## 5.3 Prüfung der Zusatzentgelte 130/131 Hochaufwendige Pflege: Erste Ergebnisse und Erfahrungen des MDK Baden-Württemberg aus dem Jahr 2012

*Autoren: Dr. Beate Waibel und Dr. Peter Dirschedl*

Seit dem Jahr 2012 ist die Erfassung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) ab einem Schwellenwert von 43 Punkten vergütungsrelevant. Bei Überschreiten dieser Schwelle werden die entsprechenden Zusatzentgelte für die hochaufwendige Pflege von Erwachsenen bzw. Kleinkindern/Kindern und Jugendlichen ausgelöst. Entsprechend ergibt sich seit diesem Jahr die Notwendigkeit, den PKMS in die Abrechnungsprüfungen der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. in die Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzubeziehen. Im Folgenden werden die ersten Ergebnisse und Erfahrungen des MDK Baden-Württemberg sowie konkrete Beispiele für Anwendungsfehler dargestellt.

### 5.3.1 Prüfverfahren

Wird im Rahmen der Krankenhausabrechnung im Datensatz nach § 301 SGB V der entsprechende OPS-Code übermittelt und ein Zusatzentgelt (ZE) abgerechnet, muss die Kasse entscheiden, ob der Fall geprüft werden soll. Die Kasse trifft entweder alleine oder nach einer Beratung durch den MDK die Prüfentscheidung (Fallauswahl). Wird entschieden ein weitergehendes Prüfverfahren einzuleiten, beauftragt die Kasse den zuständigen MDK mit der Begutachtung. Hierzu werden dem MDK die Daten nach § 301 SGB V übermittelt und der MDK informiert die Klinik über den Prüfauftrag. Entweder wird die entsprechende Dokumentation schriftlich bei der Klinik angefordert oder es findet nach vorheriger Terminvereinbarung eine Einsichtnahme in die Originalunterlagen statt. Im Rahmen der Begutachtung vergleicht der MDK die im Rahmen der OPS-Kodierung angegebenen PKMS-Punkte mit der patientenbezogenen Dokumentation. Es wird Tag für Tag geprüft, ob Maßnahmen und Gründe stimmig sind und die Überschreitung des Schwellenwertes nachvollziehbar ist.

### 5.3.2 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden nachfolgend getrennt zwischen ZE (Zusatzentgelt) 130 und 131 dargestellt.

#### ZE 130 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen

In den ersten drei Quartalen des Jahres 2012 wurden im MDK Baden-Württemberg insgesamt 614 ZE 130-Fälle begutachtet. 470 Fälle wurden gutachterlich beanstandet (Schwellenwert für Zusatzentgelt entgegen der Abrechnung nicht erreicht), 149 Fälle wurden bestätigt. Dies ergibt eine Beanstandungsquote von 76,5 %, was bedeutet, dass von vier zur Begutachtung vorgelegten Fällen drei beanstandet wurden.

## 5.4 Begutachtung von Akten mit EDV-Dokumentation des PKMS

Autorinnen: *Isabella Schmidpeter und Dr. Pia Wieteck*

Die Begutachtung von Patientendokumentationen, welche mit einer Software erstellt wurden, erfordern einen vertieften Blick in die Funktionsweise der Software und die generelle Klärung einiger Grundsatzfragen. Wird die PKMS-Dokumentation mit einer Software durchgeführt, stehen dem Gutachter des MDK in der Regel deutlich mehr Informationen zur Verfügung, wie bei einer Papierdokumentation. Es stellt sich nun die Frage: Sollen an die Begutachtung von PKMS-Dokumentationen mit Papier und EDV unterschiedliche Anforderungen der Plausibilität gestellt werden?

Zunächst werden die im Rahmen der Begutachtung aufgetretenen Plausibilisierungsprobleme vorgestellt und anschließend wird anhand eines konkreten Softwareproduktes versucht, diese aufgetretenen Plausibilisierungsprobleme zu reflektieren und zu diskutieren.

### 5.4.1 Zeitangaben werden nicht als plausibel bei Software-Nachweisen der PKMS-Dokumentation gewertet

Unter „Sonstiges“ (5.3.4) wird berichtet, dass der nachfolgende Vordruck einer Software über die erbrachten Pflegemaßnahmen einige Fragen bezüglich der Plausibilität aufwirft. Hier wird der Leistungszeitpunkt kritisch hinterfragt. In der Software wird der Leistungszeitpunkt von drei Pflegemaßnahmen D4 (aufwendige Mobilisation aus dem Bett und Gehtraining), B3 (Nahrungsverabreichung und aufwendige Mobilisation an den Tisch) und A4 (Körperwaschung mit zwei Pflegepersonen) im Ausdruck um 7.00 Uhr (rote Pfeile) angegeben. Vor dem Hintergrund der Angaben in der Dokumentation könnte vermutet werden, dass es sich um ein und dieselbe Pflegemaßnahme bei B3 und D4 handeln (Mobilisation aus dem Bett und eine Mobilisation mit dem Ziel der Nahrungsaufnahme am Tisch) könnte, welche in zwei Leistungsbereichen geltend gemacht werden würde. Dieses ist beim PKMS nicht zulässig. Hier gilt der Grundsatz, eine Leistung kann nur einmal in einem Leistungsbereich geltend gemacht werden.

The screenshot shows a list of care activities with their respective performance times. Red arrows highlight three entries where the time is 07:00, which is noted as implausible in the text above.

Activity Code	Performance Time	Time	Personnel
G6 D4	19.01.2012 16:08	um 19.01.2012 16:08	erfasst, OB
	16.01.2012 07:00	um 16.01.2012 06:31	erfasst, MR
	17.01.2012 07:00	um 17.01.2012 13:11	erfasst, IW
	18.01.2012 07:00	um 18.01.2012 10:15	erfasst, VK
	19.01.2012 07:00	um 19.01.2012 09:54	erfasst, MH
	20.01.2012 07:00	um 20.01.2012 10:59	erfasst, ES
G5 B3	15.01.2012 12:30	um 17.01.2012 13:11	erfasst, IW
	15.01.2012 15:30	um 17.01.2012 13:11	erfasst, IW
	15.01.2012 18:00	um 17.01.2012 13:11	erfasst, IW
	16.01.2012 07:00	um 17.01.2012 13:11	erfasst, IW
G5 A4	16.01.2012 07:00	Anzahl Personal 2	
	17.01.2012 06:31	um 17.01.2012 06:32	erfasst, KK

Abbildung 74: Differenzierte Leistungsdokumentation der Software im Rahmen des Begutachtungsprozesses siehe 5.3.4

Anhand von drei Fallvorstellungen unterschiedlicher Autoren wird der gesamte Patientenfall und die Dokumentation sowie PKMS-Kodierung vorgestellt. Es handelt sich in den drei Fällen um Begutachtungen, die durch die Gutachter im Erstgutachten nicht akzeptiert wurden. Bei einem Patienten war das Widerspruchsverfahren erfolgreich. In allen drei Fällen wird das Potential der PKMS-Kodierung aufgezeigt. Durch eine für den Patienten sicher positive Veränderung des Leistungsgeschehens könnten alle drei Fälle im Sinne der „Hochaufwendigkeit“ geltend gemacht werden. Anschließend wird pflegfachlich darüber diskutiert, was zwar keine Bedeutung für die PKMS-Begutachtung hat, wohl aber für die Qualitätsentwicklung des pflegerischen Leistungsgeschehens. Auch bei diesen vorgestellten Fallbeispielen haben die Patienten Fantasienamen bekommen. Namensgleichheiten zu den Patienten im Kapitel 4 sind zufällig, es handelt sich hier um andere Patientenfälle.

### 6.1 Fallvorstellung Herr Mustermann Peter

*Autorin: Frau Dr. med. Brigitte Seitz*

An einem konkreten Fallbeispiel soll exemplarisch auf einige Punkte und Schwierigkeiten der Kodierung von Krankenhäusern eingegangen werden, um so Hinweise ableiten zu können, wie anhand der vorliegenden Pflegedokumentation nachvollziehbar Gründe benannt und entsprechend hochaufwendige Pflegemaßnahmen geplant und durchgeführt werden könnten.

Herr Mustermann Peter ist 94 Jahre alt, wurde am 11.07.2012 nach häuslichem Sturz mit Verdacht auf eine Schenkelhalsfraktur links stationär im Krankenhaus aufgenommen. Anamnestisch wurde angegeben, dass Herr Peter nach einem häuslichen Stolpersturz auf die linke Seite gefallen sei. Seither sei er aufgrund starker Schmerzen gehunfähig.

Am 15.07.2012 wurde mit der PKMS-Dokumentation begonnen, die bis zur Entlassung geführt wurde. Insgesamt wurden 80 PKMS-Aufwandspunkte erhoben. Der OPS 9-200.1 wurde verschlüsselt.

Dem Arztbrief sind folgende Diagnosen von Herrn Peter zu entnehmen: Beckenringfraktur Typ A (stabil) links, Prellung des Ellenbogens rechts, Decollement am Ellenbogen rechts, Blutungsanämie.

Folgende Nebendiagnosen wurden aufgeführt: Hypokaliämie, Paroxysmales Vorhofflimmern, chronische Niereninsuffizienz Stadium 3, essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit, nicht näher bezeichnete Harninkontinenz, Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität, Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege, Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese.

Nachfolgend werden die Verbesserungspotentiale noch einmal zusammengefasst, welche durch die vorgestellten Begutachtungsbeispiele deutlich werden. An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich die Aussagen auf die vorgestellten Beispiele beziehen und nicht pauschalisiert werden können.

### 7.1 Lesbarkeit der Texte

Bei allen drei vorgestellten Fallbeispielen gab es Textstellen, welche von den Gutachtern nicht entziffert werden konnten. Exemplarisch wurden diese am Fallbeispiel Herr Karl quantifiziert. Insgesamt wurden die gesamten (n=37) Berichtseinträge unterschiedlicher Länge in dem Zeitraum vom 18.03. bis 17.04. in der Pflegeberichtsdocumentation analysiert. Insgesamt konnten in 10 Berichtseinträgen ein Wort, ein Satz oder mehrere Textstellen nicht identifiziert werden. Nachfolgend wird einer dieser Beiträge exemplarisch dargestellt.

Datum	Zeit	Bericht
14.4	11.0	<p> <i>Das war ein sehr gutes  berichtet das Verhalten mit  u. hat auch gesehen was er  haben sollte. Das ist  auf diesen Punkt hin  aufgefallen mehrere Punkte  hat anerkennen in  Weg damit muss  aufgefallen.  hat ist u. sollte  hat. das ist. beachte im</i> </p>

Originaldokument

Abbildung 145: Exemplarischer Berichtseintrag zur Lesbarkeit

Es wird deutlich, dass unleserliche Berichtseinträge sowohl für den MDK-Gutachter im Rahmen der Plausibilisierung des PKMS hinderlich sind, wie auch für den vom Gericht bestellten Gutachter bei eingeklagten Abrechnungsstreitigkeiten. Darüber hinaus kann eine Beweislastumkehr im Falle einer Schadensersatzklage erhebliche Bedeutung erlangen. Vor diesem Hintergrund ist es essentiell, primär die Mitarbeiter zu einer lesbaren handschriftlichen Dokumentation anzuhalten. Für weiterhin unlesbare Passagen müssten im Falle von Abrechnungsstreitigkeiten die Abschnitte, die für die Beweisführung wichtig sind, lesbare „Übersetzungen“ angefertigt werden. Eine Umstellung der Berichtsdocumentation auf EDV-gebundene Systeme könnte diese Problemstellung im Vorhinein abbauen.