

# Handbuch 2019 für Pflege & Vergütung

Alles über Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)



 Leseprobe

Herausgegeben von  
Pia Wieteck  
Stephanie Hausherr  
Kathrin Hirt  
Kerstin Bonkowski  
Manuel Schindler

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	11	<b>1.4</b>	<b>Entwicklung der Pflegepersonalstellen und der Arbeitsbelastung im Krankenhaus</b> .....	45
<b>1. Politische Einflussnahme auf die Pflegepersonalstellenentwicklung und Vergütung pflegerischer Leistungen im Krankenhaus</b> .....	13	<b>2. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) ab 1. Januar 2019</b> .....		55
<b>1.1 Pflegepersonal-Regelung (PPR)</b> ..	14	<b>2.1 Vorgeschichte zur PpUGV</b> .....		55
1.1.1 Aufbau und Methode .....	15	2.1.1 Vorüberlegungen eines durch das BMG beauftragten Institutes .....		55
1.1.2 Funktion der PPR in der heutigen G-DRG-Kalkulation .....	24	2.1.1.1 Ergebnisse des Fachgutachten bezogen auf die Personaluntergrenzen .....		56
1.1.3 Weiterentwicklung der PPR und Einführung der PPR-A4 Stufe .....	28	2.1.1.2 Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegelast“ in pflegesensitiven Bereichen .....		62
1.1.4 Kritische Anmerkungen zur PPR-Methode .....	29	2.1.2 Diskussion zu den Pflegepersonaluntergrenzen .....		68
1.1.5 Überlegungen zu einer möglichen Wiedereinführung der PPR .....	31	<b>2.2 Vorstellung der PpUGV</b> .....		73
1.1.6 Abschließende Gedanken .....	33	2.2.1 Gesetzliche Grundlage .....		74
<b>1.2. Pflegestellenförderprogramm 2009–2012</b> .....	35	2.2.2 PpUG-Nachweis-Vereinbarung ...		76
1.2.1 Entwicklungsauftrag zur Abbildung von Pflege im G-DRG-System – Pflegeförderprogramm 2009–2012 .....	37	2.2.3 Rechenbeispiel für einen Monat .....		76
1.2.2 Auftrag zur Entwicklung eines Instrumentes .....	37	<b>2.3 Diskussion</b> .....		78
1.2.3 Vorgaben für die Entwicklung des OPS 9-20 .....	38	<b>3. Pflege im G-DRG-System 2019</b> .....		81
1.2.4 Wirkung des Pflegestellenförderprogramms 2009–2011 .....	39	<b>3.1 Aufbau und Entwicklung der G-DRG</b> .....		81
<b>1.3 Pflegestellenförderprogramm 2016–2018</b> .....	40	<b>3.2 Entwicklung der G-DRG-Kostengewichte des Fallpauschalenkataloges</b> .....		84
1.3.1 Pflegestellen-Förderprogramm ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten .....	41	3.2.1 Gruppierungsrelevanz von ICD-10 und OPS .....		85
1.3.2 Pflegezuschlag seit 2017 .....	42	3.2.2 Der PCCL (Patient Clinical Complexity Level) .....		87
1.3.3 Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ .....	43	3.2.3 Weiterentwicklung des G-DRG-Systems .....		88
1.3.4 Wirkung des Pflegeförderprogramms 2016–2017 .....	44			

3.3	<b>Abbildung pflegerischer Leistungen im G-DRG-System mit Aktualisierungen für 2018.</b> . . . . .	89	4.7.1	Pflegepersonalbemessung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK. . . . .	122
3.3.1	Sachkostenkorrektur in 2018/2019. . . . .	91	4.7.2	Konzeptüberlegungen zum Ausbau der Pflegeindikatoren im Pflegeerlöskatalog . . . . .	125
3.3.2	Unterstützung bei der Nebendiagnosenkodierung. . . . .	91	4.7.3	Zusammenfassende Diskussion. . . . .	128
3.3.3	Motorische und kognitive Funktionseinschränkungen. . . . .	93			
3.3.4	Unterstützung bei der Einhaltung der Grenzverweildauern und der Begründung für Überschreitungen . . . . .	101	<b>5.</b>	<b>Pflegeprozessdokumentation</b> . . . . .	131
3.3.5	Kodierung des OPS 9-20 mit Hilfe des PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) . . . . .	101	5.1	<b>Dokumentationsaufwand PKMS – was steckt dahinter?</b> . . . . .	132
3.3.6	Gruppierungsrelevanz des OPS 9-20. . . . .	105	5.2	<b>Adäquate Pflegeprozessdokumentation versus Bürokratie?</b> . . . . .	133
3.3.7	OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit. . . . .	109	5.3	<b>Positive Effekte durch die Einführung des PKMS</b> . . . . .	134
3.3.8	Zusammenfassende Überlegungen . . . . .	112	5.4	<b>Pflegedokumentation als Einflussfaktor für das Rationierungsverhalten notwendiger pflegerischer Tätigkeiten</b> . . . . .	135
<b>4.</b>	<b>Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) ab 1. Januar 2020</b> . . . . .	113	5.5	<b>Zusammenfassende Diskussion</b> . . . . .	142
4.1	Krankenhausindividuelle Pflegebudgets. . . . .	113	<b>6.</b>	<b>OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege.</b> . . . . .	145
4.2	Herauslösung der Pflegekosten aus dem G-DRG-System . . . . .	113	6.1	<b>Erläuterungen zur OPS-Systematik</b> . . . . .	145
4.3	Pflegeerlös-Katalog – pflegerische Bewertungsrelation. . . . .	114	6.2	<b>OPS 9-20 in der offiziellen Version 2019 des DIMDI</b> . . . . .	145
4.4	Pflegebudget-Verhandlung ab 2020 . . . . .	116	6.3	<b>Pflegekomplexmaßnahmen- Score 2019</b> . . . . .	150
4.5	Pflegepersonalquotient und Pflegepersonaluntergrenzen ab 2020 . . . . .	118	6.3.1	Hinweise zur Nutzung . . . . .	150
4.6	Einflussfaktoren auf den Pflegepersonalquotient aus Kalkulationssicht	119	6.3.2	PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres . . . . .	156
4.7	Pflegepersonalbedarfsermittlung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK . . . . .	121	6.3.2.1	Allgemeine Pflege. . . . .	156
			6.3.2.2	Spezielle Pflege. . . . .	170
			6.3.3	PKMS-J für Kinder und Jugendliche ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres . . . . .	174
			6.3.3.1	Allgemeine Pflege. . . . .	174

6.3.3.2	Spezielle Pflege. ....	185	<b>Fallbeispiel</b> .....	295
6.3.4	PKMS-K für Kleinkinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres. ....	189	<b>8.1</b>	<b>Einleitung und Fallbeschreibung</b> . . . .....
6.3.4.1	Allgemeine Pflege .....	189	<b>8.2</b>	<b>Pflegerisches Basis-Assessment und Fokus-Assessment</b> .....
6.3.4.2	Spezielle Pflege. ....	199	8.2.1	Das pflegerische Basis-Assessment (BAss). ....
6.3.5	PKMS-F für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres . . .	203	8.2.1.1	Zielsetzungen der Fachgesellschaft Profession Pflege .....
6.3.5.1	Allgemeine Pflege .....	203	8.2.1.2	Der strukturelle Aufbau des BAss. . . .
6.3.5.2	Spezielle Pflege. ....	212	8.2.1.3	Mapping mit anderen Assessments . .
<b>6.4</b>	<b>Geltungsbereich des PKMS</b> . . . .	216	8.2.1.4	Outcomeberechnung und Ergebnisbewertung des BAss. ....
6.4.1	Der PKMS darf auf der IMC kodiert werden. ....	216	8.2.1.5	Wann und wie soll das BAss kodiert werden? .....
6.4.2	OPS 9-20 und andere Komplexcodes .....	216	8.2.2	Spezielles zu Assessments im Kontext Fatigue .....
<b>7.</b>	<b>Dokumentationsanforderungen des PKMS</b> .....	227	8.2.3	Die beispielhafte Einschätzung von Frau Stöckle mit dem BAss . . . .
<b>7.1</b>	<b>Kodierung der Gründe</b> .....	228	<b>8.3</b>	<b>PKMS-E bei Frau Stöckle</b> .....
<b>7.2</b>	<b>Kodierung der PKMS-Pflegemaßnahmen</b> .....	238	8.3.1	Körperpflege .....
<b>7.3</b>	<b>Prüfungen der Kodierqualität durch den MDK</b> .....	244	8.3.2	Ernährung .....
<b>7.4</b>	<b>Spezielle Dokumentationsanforderungen des PKMS</b> .....	248	8.3.3	Ausscheidung .....
7.4.1	Aktivierung und Anleitung zur Förderung der selbstständigen Körperpflege (A1). ....	248	8.3.4	Bewegung .....
7.4.2	Schluckstörungen (G8) und Ess-/Trinktraining (B4) .....	266	8.3.5	Kommunikation .....
7.4.2.1	Fallbeispiel Herr Schuster .....	269	8.3.6	Wundmanagement .....
7.4.2.2	Pflegediagnostischer Entscheidungsfindungsprozess .....	269	8.3.7	Auswertung .....
7.4.3	Kontinenzmanagement (G9 und C2). ....	278	<b>8.4</b>	<b>Fallbeispiel abgebildet in der Software PKMS-CheckDoku</b> .....
7.4.4	Pflegediagnostischer Entscheidungsfindungsprozess .....	284	8.4.1	BAss/Anamnese. ....
<b>8.</b>	<b>Plausible PKMS-Dokumentation orientiert am pflegediagnostischen Prozess mit</b>		8.4.2	PKMS (mit Mobilisation und Wunde) .....
			8.4.3	Berichtswesen .....
			8.4.4	Auswertung .....
			<b>9.</b>	<b>Therapeutische Konzepte innerhalb des PKMS</b> .....
			9.1	<b>Konzept der therapeutisch, basalstimulierenden Ganzkörperpflege</b> .
			9.2	<b>Bobath-Konzept – Therapeutisch-aktivierende Pflege BOBATH BIKA® im Rahmen des PKMS</b> .....

9.3	Gespürte Interaktionstherapie nach Affolter..... 354	11.2	Mitarbeitermotivation in Bezug auf die PKMS-Dokumentation ..... 413
9.4	NDT-Konzept (Neuro-developmental Treatment)..... 363	11.3	Patientenscreening potenzieller PKMS-Fall? ..... 421
9.5	MRP (Motor Relearning Programme) ..... 364	11.4	Verfahrensanleitung zur Umsetzung des PKMS ..... 424
9.6	Konzepte der oralen, basalen Stimulation im Kontext von Schluckstörungen (G8/B4) ..... 365	11.5	PKMS-Potenzialanalyse..... 429
9.7	Facio-Orale-Trakt-Therapie (nach Coombs) – Patienten mit Schluckstörungen (G8/B4) ..... 371	<b>12.</b>	<b>Erfahrungsberichte und Forschungsarbeiten zum PKMS</b> ..... 435
9.8	Weitere therapeutische Konzepte im PKMS ..... 383	12.1	<b>PKMS und OPS 9-20 aus Sicht der Anwender</b> ..... 435
<b>10.</b>	<b>Fallbeispiele: Praktische Anwendung des PKMS-E/J/K/F</b> ..... 385	12.1.1	Hintergrund..... 435
10.1	Fallbeispiel Kardiologie: Martha Schümann ..... 385	12.1.2	Stand der Forschung..... 436
10.2	Fallbeispiel Parkinson: Angelika Kaiser ..... 389	12.1.3	Ziele ..... 437
10.3	Fallbeispiel Innere Medizin: Martin Krug ..... 394	12.1.4	Methodik ..... 437
10.4	Fallbeispiel PKMS-J: Lukas Herbst ..... 401	12.1.4.1	Methodisches Vorgehen ..... 437
10.5	Fallbeispiel PKMS-K: Leon Sonnenberg..... 404	12.1.4.2	Instrument: Fragebogen PKMS ..... 438
10.6	Fallbeispiel PKMS-F: Julia Lange ..... 407	12.1.4.3	Auswertung ..... 439
<b>11.</b>	<b>Einführungs- und Verbesserungsprozess der PKMS-Kodierung</b> ..... 411	12.1.5	Ergebnisse ..... 440
11.1	PKMS-Schulungskonzept ..... 411	12.1.5.1	Stichprobe ..... 440
		12.1.5.2	Erfahrung und persönliche Kompetenz zu PKMS..... 440
		12.1.5.3	Bewertung des Verhältnisses von Nutzen und Aufwand ..... 440
		12.1.5.4	Bewertung der Anwendungsmöglichkeit des Instruments ..... 441
		12.1.5.5	Bewertung der Ausgestaltung des Instruments ..... 442
		12.1.5.6	Bewertung der Bedeutung des Instruments für die Pflege ..... 443
		12.1.6	Diskussion..... 444
		12.1.7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen ..... 445
		12.1.7.1	Verbesserung der Anwendungssicherheit. ..... 445
		12.1.7.2	Verringerung des empfundenen Aufwands ..... 446
		12.1.7.3	Erhöhung des wahrgenommenen Nutzens von PKMS..... 446
		12.2	<b>Zahlen, Daten, Fakten rund um den PKMS 2018</b> ..... 448

<b>13. FAQ 2019 – OPS 9-20 mit PKMS-E, J, K, F und OPS 9-984 .....</b>	<b>479</b>
<b>Glossar .....</b>	<b>501</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>507</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>509</b>

## Vorwort

Autorin: Pia Wieteck

Erneut gibt es eine deutliche Einflussnahme der Politik, um die Pflegepersonalbesetzung, die Patientensicherheit und die Arbeitssituation der Pflegeberufe in deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Sicher sind die jüngst verabschiedeten Zielsetzungen der Politik gut gemeint, welche im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) formuliert wurden. Es stellt sich aber berechtigter Weise die Frage, ob die Gesetzesinitiative Aussicht darauf hat, die formulierten Ziele zu erreichen.

Dieser Fragestellung wird in den ersten Kapiteln des Buches nachgegangen. Ähnlich wie im Kontext des pflegediagnostischen Prozesses ist zur Behebung von Missständen und/oder Problemlagen eine differenzierte Analyse des Problems sowie eine Ursachenforschung erforderlich, denn Probleme können erst dann wirkungsvoll behoben werden, wenn auch deren Ursachen identifiziert und abgebaut werden können.

Auf den ersten Blick scheinen die Zielsetzungen der Regierung, die im Rahmen der Gesetzgebung propagiert werden, unerreichbar zu sein. Diese Aussage ist einschränkend noch ein wenig davon abhängig, wie sich die letztendliche Ausgestaltung des PpSG entwickelt. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Buches waren einige Aspekte der Ausgestaltung des PpSG noch offen. Nachfolgend ein kurzer Überblick der Zielsetzung des PpSG und mögliche gegenläufige Wirkungen der Gesetzesänderungen.

- ▶ **Ziel der Regierung.** Am individuellen Pflegebedarf der Patienten orientierte Personalausstattung.
- ▶ **Folgen der Gesetzgebung.** Dieses im Gesetzgebungsverfahren mehrfach geäußerte Ziel ist zu begrüßen und wird von den Pflegefachexperten als zwingend erachtet. Es besteht allerdings das Risiko, dass dieses aus mehreren Gründen nicht erreicht wird. Erstens besteht die Annahme der Regierung, dass der „individuelle Pflegebedarf“ durch die Kostengewichte des pflegerischen Ressourceneinsatzes abgebildet werden kann. Diese Annahme ist

falsch. Erschwerend kommt hinzu, dass Fachgremien darüber diskutieren, die pflegespezifischen Indikatoren (wie beispielsweise der OPS 9-20; OPS 9-984; OPS 8-982 sowie die pflegerischen Anteile im OPS 8-550 sowie OPS 8-981, U50.\* und U51\* mit der CCL-Relevanz) im G-DRG-System zu streichen. Diese spezifischen pflegerelevanten Indikatoren weisen einen höheren pflegerischen Ressourceneinsatz bei Patienten nach. Werden diese pflegespezifischen Indikatoren gestrichen, wird der unterschiedliche pflegerische Ressourceneinsatz nicht mehr sichtbar und das Ziel der Regierung wurde somit gleich doppelt verfehlt. Denn grundsätzlich stehen die im Pflegeerlöskatalog ausgewiesenen durchschnittlichen tagesbezogenen Relativgewichte pro G-DRG mit einem unterschiedlichen pflegerischen Ressourceneinsatz in Minuten in Verbindung. Eine sinnvolle Personaluntergrenze kann somit künftig nicht ausgesprochen werden.

- ▶ **Ziel der Regierung.** Hochaufwendige Patienten in der Pflege verbunden mit einer erforderlichen Krankenhauseinweisung sollen vom Krankenhaus nicht abgewiesen werden, sondern eine adäquate Versorgung erfahren.
- ▶ **Folgen der Gesetzgebung.** Es besteht das Risiko, dass der hochaufwendige Pflegepatient erneut wieder abgewiesen wird, da der pflegerisch hochaufwendige Patient unterfinanziert ist.
- ▶ **Ziele der Regierung.** Patientensicherheit auf Station durch ausreichend qualifiziertes Personal zu sichern.
- ▶ **Folgen der Gesetzgebung.** Die gesetzten Personaluntergrenzen schreiben Pflegemissstände fest und verschärfen die Unattraktivität des Pflegeberufes, zudem wird Patientensicherheit bedeutend von dem beeinflusst, was Pflege tut. Werden Pflegenden (finanziertes Personal) künftig eingesetzt, um z. B. die Bettenreinigung wieder auf der Station durchzuführen, sodass das Personal in der Betten-

reinigung (nicht finanziertes Personal) abgebaut werden kann, so bleibt die Patientensicherheit vielerorts weiterhin gefährdet. Dieses trotz eines Anstiegs der Pflegepersonalstellen. Im aktuellen Gesetzgebungsverfahren fehlen Anreize, um die pflegerische Versorgungsqualität zu erhöhen. Hierzu gehört z. B. bei vulnerablen Patientengruppen die Umsetzung eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses und die Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege. Durch einen möglichen Wegfall der pflegespezifischen OPS-Kodes kann nicht mehr nachvollzogen werden, ob die Pflegepersonalkapazitäten für sinnvolle pflegetherapeutische Handlungen eingesetzt wurden oder ob von diesen Servicearbeiten, Hol- und Bringe-Dienste usw. übernommen wurden.

► **Ziel der Regierung.** Transparenz über die Pflegepersonalbesetzung und den Pflegeaufwand.

► **Folgen der Gesetzgebung.** Die Besetzung mit Pflegepersonal wird durch die Pflegepersonaluntergrenzen- Verordnung (PpUGV) transparent. Der individuelle Pflegeaufwand von Facheinheiten kann jedoch nur eingeschränkt beurteilt werden. Um diese Einschränkungen aufzuheben werden weitere pflegerelevante Indikatoren im G-DRG-System benötigt. Qualitätsfragen pflegerischer Versorgung bleiben unbeleuchtet, damit ist die Qualitätsentwicklung der Pflege gefährdet.

► **Ziel der Regierung.** Qualität der pflegerischen Versorgung verbessern und die Attraktivität der Pflegeberufe zu fördern.

► **Folgen der Gesetzgebung.** Durch mehr Hände am Bett verändert sich die Qualität der Versorgung nicht. Im PpSG fehlen Anreize, Pflegearbeit fachlich und qualitativ zu entwickeln und eine evidenzbasierte Pflege zu fördern. Sollten die bisher eingebrachten pflegespezifischen Indikatoren im G-DRG-System entfallen, werden die aktivierend-therapeutischen Versorgungskonzepte wieder verschwinden. Verbunden mit der Sorge, dass sich die Dokumentationsqualität wieder verschlechtert. Dieses verbundenen mit der Gefahr einer verschlechterten Pflegeprozesssteuerung.

Offen ist auch wie sich die Qualität des pflegerischen Handelns am Bett bei einem möglichen Wegfall des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) auf die Patienten auswirkt. Aktuell triggert der PKMS den hochaufwendige Patient, welcher zu den vulnerablen Patientengruppen zählt und häufigein unerwünschtes Ereignis erfährt. Die erhöhte pflegerische Aufmerksamkeit auf diese Patientengruppe könnte durch den Wegfall des PKMS erneut entfallen. Mögliche Risiken für diese Patientengruppe sind derzeit nicht abzuschätzen oder auszuschließen. Es bleibt also zu beobachten, ob sich die Dekubitusinzidenz Bundesweit wieder erhöht, nach dem durch einen möglichen Wegfall des PKMS die Aufmerksamkeit in der pflegerischen Versorgung nicht mehr so sehr auf den „hochaufwendigen Patienten“ gerichtet wird.

► **Ziel der Regierung.** Nur das Pflegepersonal zu bezahlen, welches auch für Pflegeleistungen am Bett eingestellt ist.

► **Folgen der Gesetzgebung.** Pflegepersonalstellen im Pflegemanagement, Personalentwicklung, Case-Management und anderen Bereichen müssen krankenhausesintern aus dem G-DRG-Budget verhandelt werden, es droht ein Stellenabbau in diesen Bereichen; den Kliniken droht dadurch ein deutlicher Verlust in den Krankenhausbudgets. Es kann angenommen werden, dass ca. 3 Mrd. Euro zunächst als Budgetkürzung auf die Kliniken zukommt. Da bisher die Mittel für Pflegepersonal aus der InEK-Kalkulation für andere Zwecke genutzt wurden, ist davon auszugehen, dass künftig in anderen Bereichen massiv eingespart werden muss.

Wie bereits erwähnt, werden die Thesen über mögliche Wirkmechanismen und Fehlanreize des PpSG im Verlauf der nächsten Kapitel differenziert beleuchtet und diskutiert. Abschließend werden die bisherigen Gesetzesinitiativen reflektiert. Hypothesen über mögliche Ursachen der Fehlentwicklungen des Pflegeberufes werden aufgestellt und geprüft, ob die politischen Aktivitäten der vergangenen Jahre Antworten zur Behebung der Ursachen und zur Förderung einer zukunftsfähigen Pflege initiiert haben. Am Ende werden einige Empfehlungen ausgesprochen.



# 1. Politische Einflussnahme auf die Pflegepersonalstellenentwicklung und Vergütung pflegerischer Leistungen im Krankenhaus

Autorin: Pia Wieteck

Die Einflussnahme der Politik auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen im Krankenhaus durch Gesetze, Verordnungen, Personalbemessungsgrundlagen ist ein wiederkehrendes Phänomen der letzten Jahrzehnte. Bisher haben es die verantwortlichen Verbände der Pflegeberufe und Politik nicht geschafft, eine solide Finanzierung der pflegerischen Leistungen, orientiert am Pflegebedarf der zu versorgenden Patienten auf einem angemessenen Qualitätsniveau, zu implementieren.

Die Vergütungssystematik pflegerischer Leistungen im Krankenhaus wird aus betriebswirtschaftlicher Perspektive des einzelnen Krankenhauses allein als Kostenfaktor, nicht aber als wertschöpfende Dienstleistung gesehen (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009). „Denn mit Pflegepersonal könne kein Geld verdient werden“ so die Meinung von Experten (Osterloh, 2018). Hieran hat sich erst durch den Einzug von pflegespezifischen OPS und ICD-10-Kodes, welche einen besonderen Pflegeaufwand und einen höheren Personaleinsatz aufzeigen, etwas verbessert.

Mit Stand 2018 ist davon auszugehen, dass über diese in den letzten Jahren eingeführten OPS und ICD-10-Kodes ca. 600 Millionen Euro im G-DRG-System über pflegerische Leistungen ausgelöst wurden. Die in den letzten Jahren eingebrachten Veränderungen im G-DRG-System führen nur schrittweise und langfristig zu einer Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung, welche derzeit erschwert wurde, da offene Pflegepersonalstellen im Krankenhaus nicht besetzt werden können. Gerade die Personalausstattung mit Pflegepersonal ohne sichtbare ökonomische Konsequenzen war scheinbar beliebig skalierbar, um im Bereich der Pflegepersonalkosten Einsparungen vornehmen zu können. Unsichtbarkeit der ökonomischen, wie auch ethischen Konsequenzen lag auch vor allem deshalb vor, da es nicht gelungen ist, flächende-

ckende Qualitätsindikatoren und pflegepersonalbedarfsmessende Instrumente zu implementieren, um adäquate Pflegepersonalschlüssel krankenhauseintern beurteilen und verhandeln zu können. Entsprechende Kontroll- und Transparenzmechanismen der pflegerischen Versorgungsqualität in den Kliniken fehlen bis heute und sind mitverantwortlich für das heutige Ausmaß der Einsparungen an Personalstellen im Pflegebereich (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), 2018).

Der ökonomische Schaden einer Klinik durch unerwünschte Ereignisse kann nicht beziffert werden. Einzelfallanalysen weisen allerdings deutlich auf einen massiven ökonomischen Schaden hin. Negative ökonomische Auswirkungen ergeben sich durch verlängerte Liegezeiten durch unerwünschte Ereignisse wie z. B. aspirationsbedingte Pneumonien, Dekubitalgeschwüre, Stürze, Harnwegsinfektionen in Folge medizinisch nicht erforderlicher Blasendauerkatheter, nosokomiale Infektionen, höhere Mortalitätsrate usw. Das pflegerische Leistungsgeschehen ist im Krankenhausbereich weitestgehend unsichtbar.

Die Pflegepersonal-zu-Patienten-Relation ist im internationalen Vergleich ausgesprochen niedrig und das pflegerische Handeln ist durch Rationierungsverhalten notwendiger Pflegeleistungen im Vergleich zum internationalen Kontext deutlich höher und bestimmt die aktuelle Pflegepraxis (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), 2018; Britta Zander & Busse, 2017; B. Zander et al., 2014). Absolut unbekannt ist, welche Auswirkungen das Rationierungsverhalten und die vergleichsweise niedrige Pflegepersonal-zu-Patientenrelation auf die Versorgungsqualität der Patienten hat und welcher persönliche und gesamtökonomische Schaden hier entsteht.

Wie sich in der jüngsten Diskussion über geeignete Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus zeigte, ist noch nicht mal eine solide Aussage über die durchschnittlichen Patienten-zu-Pflegepersonalre-

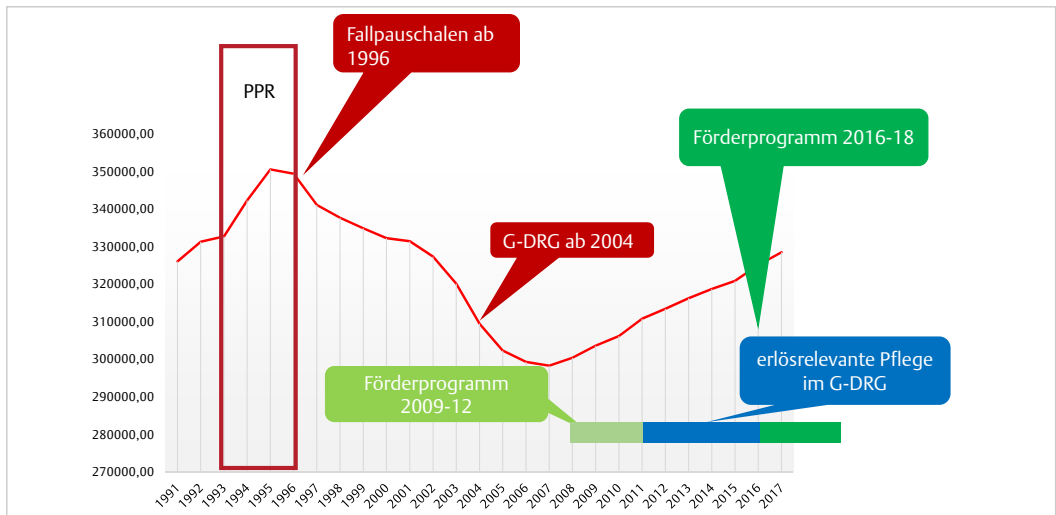


Abb. 1.1: Einflussnahme der Politik auf die Personalstellenentwicklung

lationen aller deutschen Krankenhäuser transparent. Um bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen auf Zahlen über die durchschnittliche IST-Besetzung, abhängig vom unterschiedlichen Pflegeaufwand der Patienten der verschiedenen Fachabteilungen, zurückgreifen zu können, musste zunächst eine Studie zur Pflegepersonalausstattung durchgeführt werden (Friedrich et al., 2018). Da keine Instrumente zur Pflegeaufwandsmessung in den Kliniken flächendeckend mit vergleichbarer Terminologie vorhanden sind, wurde entschieden, auf die pflegerischen Kostenanteile der Pflegepersonalkosten innerhalb der G-DRG zurückzugreifen, obwohl es hinlänglich bekannt ist, dass die pflegerischen Kostenanteile nur bedingt den Pflegebedarf der jeweiligen Patientengruppe beschreiben können (Bartholomeyczik et al., 2009; Borgel et al., 2000; Eberl, Bartholomeyczik, & Donath, 2005; Wieteck, 2008).

Zudem ist die aktuelle pflegerische Kostenzuweisung des Ressourceneinsatzes zu den G-DRG-Fallgruppen, welche überwiegend durch die PPR (Pflegepersonalregelung) realisiert wird, durch die massive Rationierung pflegerischer Leistungen negativ beeinflusst. Eine Beschreibung und Einschätzung der Aussagekraft zur Fallschwere und des Pflegebedarfes, welche künftig genutzt werden soll, erfolgt in Kapitel 4. Ebenso wird auf

deren Schwächen und mögliche Verbesserungen eingegangen.

In Abb. 1.1 werden die verschiedenen politischen Regelungen für den Krankenhausbereich im Zeitverlauf skizziert.

Die verschiedenen Eingriffe in die Pflegepersonalstellenentwicklung im Krankenhaus werden genauer beschrieben, um im Anschluss daran zu überlegen, ob die Maßnahmen wirklich die Ursachen beheben. In diesem Kapitel wird auf die Einführung der PPR (Pflegepersonalregelung) sowie die Pflegestellenförderprogramme I und II genauer eingegangen. Die Maßnahmen auf politischer Ebene zur „erlösrelevanten Pflege im G-DRG-System“ wird in Kapitel 3 differenzierter beschrieben. Im Anschluss daran werden Empfehlungen für künftige Vergütungsregelungen pflegerischer Leistungen abgeleitet.

## 1.1 Pflegepersonal-Regelung (PPR)

Im Jahr 1990 wurde in Deutschland die PPR entwickelt und 1992 in das Gesundheitsstrukturgesetz (Art. 13 GMG) integriert. Ziel der Entwicklung war gemäß § 1 Abs. 3 GMG, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege der sta-

tionär und teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten. Wegen des sich aufzeigenden, enormen Bedarfes an Pflegepersonal (die PPR deckte ein Defizit von 21.000 Stellen zwischen 1993 und 1995 auf) wurde die PPR-Methode im Jahr 1997 außer Kraft gesetzt.

Die auf Grundlage der PPR-Daten gewonnenen Informationen zu den DRG-Fallgruppen, die seitens der Kalkulationskrankenhäuser an das InEK übermittelt werden, werden bei der Weiterentwicklung der G-DRG in Deutschland genutzt. Alle Kalkulationshäuser in Deutschland geben derzeit PPR-Daten zur Fallkostenkalkulation ab. Es gibt nur wenige Stationen einzelner Kliniken, die eine andere Kalkulationsgrundlage nutzen. Im Rahmen der Kalkulation des InEK wurde die PPR 2010 weiterentwickelt und eine PPR-A4-Stufe installiert. In Österreich dient die PPR in einer ebenfalls weiterentwickelten Fassung als Berechnungsgrundlage für das Pflegepersonal und ist mittlerweile ebenfalls bei der Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) mit einbezogen.

Die PPR wird zunächst vorgestellt, um im Anschluss verschiedenen Fragestellungen nachzugehen. An erster Stelle steht die Frage, ob die PPR eine geeignete Methode zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes darstellt. Danach schließen folgende Fragen an: Wie sinnvoll ist es, die PPR „wiederzubeleben“? Zur Beantwortung dieser Frage ist zu prüfen, ob die erneute Einführung der PPR die heutigen Zielsetzungen und Anforderungen in der Pflege als Personalbemessungsinstrument erfüllen kann. Eine zweite Frage lautet, welcher Aufwand muss betrieben werden, um die PPR erneut zu implementieren und im gleichen Zuge zu modernisieren?

### 1.1.1 Aufbau und Methode

Die PPR-Methode unterscheidet zwischen allgemeiner Pflege (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung) und spezieller Pflege (Leistungen in Bezug auf Wund- und Hautbehandlung, medikamentöse Versorgung, Operationen oder andere invasiver Maßnahmen). Nachdem mit diesem Instrument „der tägliche Pflegeaufwand retrospektiv gemessen“ wird und die Patienten anhand „ausge-

wählter erbrachter Pflegeleistungen kategorisiert“ (Fischer, 2002, S. 245) werden, ist die PPR den handlungsbezogenen Instrumenten zuzuordnen (Gagern & Hieber, 2006). Grundsätzlich könnte das Instrument auch genutzt werden, um die für einen Patienten benötigten Leistungen abzubilden, welche dann mit den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen verglichen werden (Soll-Ist-Vergleich). In einem Finanzierungssystem ist diese Vorgehensweise aber durchaus kritisch zu hinterfragen. Zudem besteht das Problem, dass die PPR inhaltliche Defizite aufweist, auf welche im späteren Verlauf noch eingegangen wird.

Die PPR ist zum 01.01.1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft getreten. Alle Krankenhäuser mussten in der Folge die PPR verbindlich zur Pflegepersonalbedarfsplanung anwenden. Innerhalb kurzer Zeit wurden über 20.000 Stellen geschaffen. Bereits 1996 wurde die PPR in Konsequenz wieder ausgesetzt und 1997 schließlich ersatzlos gestrichen. Als Begründung wurden u. a. die entstandenen Mehrkosten genannt, die nicht finanzierbar waren.

Die PPR besteht ursprünglich aus neun Kategorien, die sich aus den erbrachten Leistungen in den Bereichen „allgemeine“ und „spezielle Pflege“ zusammensetzen. Sie gilt nicht für Funktionsabteilungen wie Intensiv- und Dialysestationen sowie die Psychiatrie (Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (Ed.), 2002). Die Einordnungsmerkmale der Bereiche werden in Grundleistungen (Pflegestufe 1), erweiterte Leistungen (Pflegestufe 2) und besondere Leistungen (Pflegestufe 3) zusammengefasst. Erhält ein Patient beispielsweise Grundleistungen innerhalb der allgemeinen Pflege (A1) sowie Grundleistungen bei der speziellen Pflege (S1), wird der Patient der Kategorie A1/S1 zugeordnet. Die Leistungsmerkmale innerhalb der „allgemeinen“ und „speziellen“ Pflege sind in verschiedene Leistungsbereiche unterteilt (Schöning, Luithlen, & Scheinert, 1993).

Allgemeine Pflege:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegung und Lagerung

## 2. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) ab 1. Januar 2019

Autorin: Pia Wieteck

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatten gemäß § 137i SGB V den Auftrag, Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen zu vereinbaren. Dabei werden vom Gesetzgeber jene Bereiche der Pflege als pflegesensitiv definiert, welche aus der Perspektive des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Pflegepersonen sowie dem Auftreten von unerwünschten Ereignissen zeigen. Als pflegesensitive Ereignisse können die international genutzten Outcome-Indikatoren wie Mortalität, Auftreten eines Dekubitus, Infektion der OP-Wunde oder einer Harnwegsinfektion genutzt werden. Vor dem Hintergrund einer fehlenden soliden Datenbasis über die Pflegepersonalausstattung, den Pflegebedarf der Patienten im Krankenhaus und der Qualität pflegerischer Versorgung stellte sich im Verlauf die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen als schwierig heraus. Zunächst folgt ein Rückblick über den Verlauf der in Kraft getretenen Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV).

### 2.1 Vorgeschichte zur PpUGV

Eine Expertenkommission, bestehend aus Personen der Wissenschaft und der Selbstverwaltung, hatte den Auftrag, bis spätestens Ende 2017 zu prüfen, ob Pflege im G-DRG-System adäquat abgebildet ist. Im Speziellen sollte dabei geprüft werden, ob Patienten bezüglich ihres Pflegebedarfs im G-DRG-System und/oder über Zusatzentgelte wie z. B. den OPS 9-20 (PKMS) sachgerecht abgebildet werden. Der Fokus wurde auf die besonders vulnerablen Gruppen, der Patienten mit einer Demenz, Behinderung und/oder hohen Pflegebedürftigkeit gelegt (Bundesministerium für Gesundheit, 2014). Die Vorschläge, welche von der Expertengruppe erarbeitet wurden, sind zum einen die bereits 2017 realisierten Verbesserungen der Erlösrele-

vanz pflegerischer Leistungen im G-DRG-System, und zum anderen hat sich die Expertengruppe für die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen ausgesprochen.

Am 5. April 2017 wurden im deutschen Bundeskabinett verbindliche Untergrößen für das im Krankenhausbereich vorzuhaltende Pflegepersonal beschlossen. §137i des fünften Sozialgesetzbuches „Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung“ wurde verabschiedet und regelt die Umsetzung entsprechender Untergrößen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) wurden daraufhin beauftragt, die pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 zu definieren und entsprechende Personaluntergrößen zu vereinbaren. Bei der Ausarbeitung von Pflegepersonaluntergrößen und pflegesensitiven Bereichen sind professionseigene Fachgremien wie z. B. der Deutsche Pflegerat (DPR) beratend involviert. Experten der Berufsgruppe Pflege wurden nach wie vor nicht im Sinne einer „symmetrischen Kommunikation“ in den Diskurs zur Entwicklung von Lösungsansätzen hinsichtlich bestehender Probleme im Krankenhaus und/oder Gesundheitswesen einbezogen. Ebenso war die Pflege nicht beteiligt bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrößen und die Selbstverwaltung konnte sich im vorgegebenen Zeitraum nicht auf sinnvolle Vorgaben einigen. Daher kam es im Verlauf auch zu einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

#### 2.1.1 Vorüberlegungen eines durch das BMG beauftragten Institutes

Am 9. Mai 2016 beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, um besonders pflegesensitive Bereiche und mögliche Pflegepersonaluntergrößen zu definieren (Schreyögg & Milstein,

**Tab. 2.1:** Verteilung der Pflegepersonalbelastung nach Fachabteilung

Fachabteilung	Min.	Arithm. Mittel	Median	Quartil	Dezentil	Max.	Standard-abw.
100 (Innere)	0,002	7,38	7,34	9,31	11,44	15,80	3,09
200 (Geriatric)	0,008	5,83	6,20	8,35	9,80	13,38	3,24
500 (Hämatologie)	0,001	5,10	5,04	6,59	8,42	10,54	2,37
700 (Gastroent.)	0,456	7,34	7,33	9,62	11,82	15,96	3,33
1500 (Allg. Chirurgie)	0,017	6,29	5,71	8,04	11,04	16,22	3,20
1600 (Unfallchirurgie)	0,004	7,31	7,14	9,38	11,78	15,90	3,21
1700 (Neurochirurgie)	0,007	5,22	4,59	6,93	9,11	12,39	2,69
1800 (Gefäßchirurgie)	0,306	6,62	6,52	8,19	9,64	13,00	2,46
2100 (Herzchirurgie)	0,006	3,15	2,72	3,86	5,84	7,48	1,63
2200 (Urologie)	0,002	6,45	6,35	8,27	10,09	13,29	2,73
2300 (Orthopädie)	0,004	6,56	6,27	8,56	10,97	15,29	3,27
2800 (Neurologie)	0,002	5,30	5,66	7,58	9,47	14,27	3,30
3300 (Strahlenheilk.)	0,001	5,25	5,25	6,94	8,44	11,06	2,54
3400 (Dermatologie)	0,352	7,90	7,71	9,68	12,06	16,17	3,02
3500 (Zahnheilk.)	0,001	4,62	4,70	6,65	8,74	12,42	3,00

Quelle: eigene Darstellung nach Schreyögg & Milstein (2016, S.19)

2016). In dem vorgelegten Fachgutachten wird bei der Frage nach sinnvollen Pflegepersonaluntergrenzen und der datenbasiert ermittelten pflegesensitiven Bereiche das „Ausblenden“ pflegespezifischer Sichtweisen sehr deutlich – mit den potenziellen Folgen massiver Risiken für Patienten sowie einer weiteren Belastung der Arbeitssituation der Pflege in einigen Bereichen. Dennoch können die Ergebnisse dieses Fachgutachtens – so ist es auf der Internetseite des BMG zu lesen – „[...] als Entscheidungsgrundlage dienen [...]“<sup>1</sup>. Im Vorfeld einer weiteren Auseinandersetzung folgt zunächst eine grobe Skizze, welche Pflegepersonaluntergrenzen zur Diskussion standen

<sup>1</sup> Internetseite des BMG: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5bpubid%5d=3041> (Abruf am 15.05.2017)

und wie die „pflegesensitiven Bereiche“ definiert wurden. Ein späterer Vergleich der Ergebnisse mit einem weiteren Gutachten und der tatsächlich verabschiedeten PpUGV soll zur abschließenden Diskussion dienen.

### 2.1.1.1 Ergebnisse des Fachgutachten bezogen auf die Personaluntergrenzen

Basierend auf den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§ 21 KHEntgG) und den Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten nach § 137 SGB V konnten zunächst Pflegepersonalbelastungszahlen (PBZ) für die verschiedenen Fachabteilungen der Krankenhäuser und insgesamt zwölf ausgewählte Qualitätsindikatoren bezogen auf einen möglichen Zusammenhang (zwischen den Qualitätsindikatoren und der Pflegepersonalbelastungskennziffer)

## 4. Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) ab 1. Januar 2020

Autorin: Pia Wieteck

Am 9. November 2018 hat der Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) beschlossen. In diesem Kapitel werden exemplarisch einzelne Aspekte des PpSG aufgezeigt und kritisch reflektiert. Das neue Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) sieht eine Herauslösung der Pflegepersonalkostenanteile aus den G-DRGs vor. Die Personalkosten der Pflege für das Pflegepersonal in bettenführenden Einheiten sollen künftig über krankenhausespezifische Pflegepersonalbudgets finanziert werden. Basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sollen zukünftig die fall- und tagesbezogenen pflegerischen Bewertungsrelationen genutzt werden, um das krankenhausespezifische vereinbarte Pflegebudget der Kliniken abzubezahlen. Die Pflegebudgets werden basierend auf den IST-Kosten für das Pflegepersonal der bettenführenden Facheinheiten der Klinik finanziert und sind nicht gedeckelt.

### 4.1 Krankenhausindividuelle Pflegebudgets

Ab dem Jahr 2020 soll jede Klinik ein krankenhausespezifisches Pflegebudget, basierend auf den tatsächlich in der Klinik angefallenen Pflegepersonalkosten, mit dem Verhandlungspartner vereinbaren. Offenkundig ist, dass dies langfristig ohne eine solide und valide Datengrundlage ein kaum befriedigendes, realisierbares Unterfangen darstellt – insbesondere mit Blick auf das Ziel der Verbesserung der Pflegepersonalsituation in den Kliniken. Denn nach einer Phase des Pflegepersonalstellenzuwachses ist davon auszugehen, dass die beabsichtigte volle Finanzierung jeder neuen Pflegepersonalstelle in der Pflege gedeckelt wird. Ebenso fehlt jeglicher Anreiz für die Krankenhäuser, dafür Sorge zu tragen, dass sich das pflegerische Handlungsgeschehen zum Positiven verändert, d. h. pflegerische Rationierung von Leistungen abgebaut

werden und sich pflegerisches Handeln in Richtung einer patientenzentrierten, evidenzbasierten und selbstpflegefähigkeitsfördernden Pflege hin entwickelt. Dies ist jedoch zwingend erforderlich, um Drehtüreffekte, unerwünschte Ereignisse und defizitäre pflegerische Outcomes zu vermeiden. Zudem sind die Aspekte der inhaltlichen Neugestaltung pflegerischer Arbeit sowie die Umsetzung des systematischen pflegediagnostischen Prozesses zentrale Kernelemente der pflegerischen Arbeit und entscheidende Faktoren zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe.

Daher ist die Forderung mancher Verbände und Experten, wie z. B. des Deutschen Pflegerates (DPR) und ver.di, nach einem Pflegepersonalbemessungsinstrument sinnvoll und zu begrüßen. Ein solches ist allerdings außerhalb des G-DRG-Systems im PpSG nicht vorgesehen. Es ist zu befürchten, dass kein politischer Wille vorhanden ist, außerhalb bzw. parallel zum G-DRG-System ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zu konzipieren, weiterzuentwickeln und die Umsetzung in den Kliniken zu finanzieren und zu kontrollieren. Auch stellt sich die Frage, ob ein Personalbemessungsinstrument abgekoppelt von allen anderen Fallinformationen sinnvoll ist. Es ist zu überlegen, ob ein Personalbemessungsinstrument künftig basierend auf den Leistungsdaten innerhalb des G-DRG-Systems aufgebaut werden sollte. Zudem ist die Entwicklung und/oder Modernisierung eines bestehenden Systems mit einem Zeitkorridor von mindestens drei bis fünf Jahren zu veranschlagen.

### 4.2 Herauslösung der Pflegekosten aus dem G-DRG-System

In Artikel 1 § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser) wird der Absatz 4, wie siehe Infobox, eingefügt (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Dies bedeutet, dass die aktuellen Pflegepersonalkostenanteile innerhalb der G-DRG-Fallpauschalen



## Originalquelle

### Auszug PpSG Artikel 1 § 17b

(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiter

zu entwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.

sowie die Bewertungsrelationen der Zusatzentgelte eine Grundlage für die Abbezahlung der krankenspezifisch individuell verhandelten Pflegebudgets darstellen.

Damit bestimmt sich die Erlössumme einer Klinik bezogen auf den Patientenfall in Zukunft zum einen aus den Bewertungsrelationen des Fallpauschalenkataloges (ohne Pflegekostenanteile) multipliziert mit dem Basisfallwert und den tagesbezogenen pflegerischen Bewertungsrelationen multipliziert mit dem krankenspezifisch individuell verhandelten Pflegeerlöswert, welcher basierend auf den Pflegebudgetverhandlungen ermittelt wurde. Zum besseren Verständnis erfolgt im folgenden Abschnitt zunächst eine Erklärung des sog. „Pfle-

geerlöskatalogs“ und im Anschluss wird die Formel zur Ermittlung des Pflegeerlöswertes vorgestellt.

### 4.3 Pflegeerlös-Katalog – pflegerische Bewertungsrelation

Der „Pflegeerlös-Wert“ wird ausgehend von den Pflegekosten der jeweiligen DRG und den Verweildauern ermittelt und beschreibt ein tagesbezogenes Relativgewicht, differenziert nach dem kalkulierten pflegerischen Ressourcenverbrauch auf Normalstation bzw. Intensivstation inklusive einer Differenzierung bei Kindern.

Im Kontext der Pflegepersonaluntergrenzen wird

## 5. Pflegeprozessdokumentation

Autorin: Pia Wieteck

Im nachfolgenden Kapitel soll der Fragestellung nachgegangen werden, ob die Dokumentationsanforderungen des PKMS wirklich unnötig sind oder die im PKMS geforderten Dokumentationsinhalte zum guten Standard einer Pflegeprozessdokumentation zählen. Dieses Kapitel wurde neu aufgenommen, da gerade der DPR fordert, den PKMS aus dem DRG-System wegen eines unnötigen Dokumentationsaufwandes herauszulösen. In der Pressemeldung schreibt der DPR zum Thema:

*„Der PKMS war und ist mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden und stellt keinen Qualitätsindikator dar. Die Herausnahme des PKMS aus den Prozedurenschlüsseln würde den Kolleginnen und Kollegen in der direkten Pflege und den Patientinnen und Patienten zugutekommen, da mehr Zeit für die Pflege am Bett zur Verfügung steht und die wertvolle Arbeitszeit der Pflegekräfte nicht patientenfern in einem „bürokratischen Überbau“ vergeudet wird.“*

Der Beitrag soll eine fachlich fundierte und ernsthafte Diskussion anregen. Die „angeblichen Dokumentationsaufwände“ könnten auch als Pseudoargumentation betrachtet werden, um die eigenen Zielsetzungen auf politischer Ebene durchzusetzen. Denn bei genauer Betrachtung entsteht kaum ein Mehraufwand, der die in Kap. 4 aufgezeigten Nachteile durch die Abschaffung des PKMS rechtfertigen könnte. Bei einem Patienten mit einer komplexen Fallkonstellation ist es pflegefachlich zwingend, den Patientenzustand und Pflegeprobleme als auch die abzuleitenden pflegerischen Handlungskonzepte zu dokumentieren, sonst ist die Patientensicherheit gefährdet und weder eine adäquate Pflegeprozesssteuerung noch die Kontinuität der Pflege möglich.

Die Pflegedokumentation als ein notwendiges Arbeitsmittel zur Pflegeprozesssteuerung dient dem

strukturierten schriftlichen bzw. computerbasierten Festhalten aller Schritte des Pflegeprozesses zur Planung, Durchführung und Evaluation der pflegerischen Versorgung. Die Pflegedokumentation gehört zum Aufgabenbereich der Pflege und unterliegt somit ihrem Verantwortungsbereich. Dessen ungeachtet gehen die Meinungen über den tatsächlichen Sinn und Zweck der Pflegedokumentation sowie deren inhaltliche und umfängliche Ausgestaltung deutlich auseinander.

Unter Pflegedokumentation wird im Allgemeinen die schriftliche Fixierung der geplanten und durchgeführten Pflege sowie die Dokumentation der Ergebnisse und deren Evaluation verstanden. Die Pflegedokumentation ist ein anerkanntes und zentrales Arbeitsmittel im pflegerischen Alltag. Vier primäre Funktionen werden der Pflegedokumentation zugeschrieben. Zum einen dient sie als Instrument für die Informationsweitergabe im Versorgungs-/Behandlungsprozess.

Die Dokumentation bündelt die verschiedenen Einzelinformationen aus den verschiedenen Quellen und Schritten des Versorgungsprozesses und dient vor diesem Hintergrund ebenso als Entscheidungsgrundlage für den pflegerischen Behandlungs-/Therapie-/Versorgungsprozess. Ihr wird zum anderen die Aufgabe zugeschrieben, die Kontinuität der pflegerischen Leistungserbringung zu erhöhen und dazu beizutragen, dass Leistungen gezielt, strukturiert und geplant durchgeführt werden.

Darüber hinaus wird der Leistungserbringungsprozess nach innen wie außen transparent und spiegelt die pflegerischen Leistungen am Behandlungs-/Versorgungsprozess wider – eine zentrale Grundlage für die Evaluation (d. h. die Beurteilung der Wirkung pflegerischer Angebote) des Pflegeprozesses. Die Sekundärfunktion der Pflegedokumentation wird u.a. in der Nutzung der Daten, die im Pflege-/Behandlungsprozess entstehen, beschrieben. Entsprechende Datenanalysen können beispielsweise für die Qualitätsentwicklung, die Pflegeforschung oder auch für Fallanalysen genutzt



werden. Zunehmend wird die computerbasierte Pflegedokumentation sowohl zur vereinfachten und effizienteren Erreichung dieser Ziele als auch als Baustein der weiteren Professionalisierung des Pflegeberufs gefordert. Im Laufe der historischen Entwicklung des Dokumentationswesens in der Pflege haben sich verschiedene Formulare, Dokument- und Berichtsarten entwickelt, um die verschiedenen Informationen, die im Rahmen eines Versorgungsprozesses entstehen, differenziert zu erfassen.

Die Ausgestaltungen der Pflegedokumentation in den verschiedenen Kliniken können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, es gibt keine gesetzlichen Vorgaben, wie eine Dokumentation in der Pflege konkret auszusehen hat. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen weisen einen breiten Interpretationsspielraum auf, der sich in der Vielfalt der Pflegedokumentationen in den Kliniken widerspiegelt.

Im Laufe der Pflege im deutschsprachigen Kulturraum wurden zahlreiche Arbeitshilfen/Empfehlungen zur Pflegedokumentation von offiziellen Stellen wie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007), dem Bundesministerium für Gesundheit (Beikirch et al., 2014), dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2005), der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Rapold et al., 2010) herausgegeben.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche länderspezifische Projekte und Forschungsarbeiten zum Thema (Behrens et al., 2015; Höhmann, Weinrich, & Gättschenberger, 1996; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, 2004). Auch in der Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflgerats heißt es: „Professionell Pflegende dokumentieren den gesamten Pflegeprozess und verwenden ein entsprechend standardisiertes Dokumentationssystem.“ (Deutscher Pflgerat, 2004, S. 6)

Die verschiedenen Arbeiten und Empfehlungen weisen zahlreiche inhaltliche Überschneidungen auf und beziehen sich in Ihren Ausführungen auf die Darstellung des Pflegeprozesses als wesentliche inhaltliche Komponente der Pflegedokumentation.

## 5.1 Dokumentationsaufwand PKMS – was steckt dahinter?

Zunächst einmal gibt es einige Belege durch Befragungen von Mitarbeitern, welche darauf hinweisen, dass durch die PKMS-Dokumentation ein hoher Dokumentationsaufwand wahrgenommen wird. Eine der jüngeren Befragungen von Mitarbeitern zeigt, dass Pflegenden die PKMS-Dokumentation als aufwendig empfinden (Müller, 2017).

Die Studie wird in Kap. 8 genauer vorgestellt. Gleichzeitig wird aber in der Studie deutlich, dass eine Ursache des Dokumentationsaufwandes nicht vorrangig im Instrument selbst begründet ist, sondern in der Art und Weise, wie die Pflegenden in diesem Haus die PKMS-Dokumentation realisieren, welche Einstellung generell zu einer pflegefachlich adäquaten Pflegeprozessdokumentation vorherrscht und wie sicher sich die Mitarbeiter in der Anwendung des PKMS fühlen.

In dieser Untersuchung gaben z. B. die meisten Mitarbeiter an, dass der Dokumentationsaufwand hoch sei. Bei genauerer Betrachtung des eingeführten Dokumentationsverfahrens (Hybriddokumentation) wird jedoch deutlich, dass der empfundene Aufwand viel mehr mit der Art der Dokumentation zusammenhängen könnte als mit den sich aus dem PKMS ergebenden Dokumentationsanforderungen. Dieser Hypothese ist bereits in der Untersuchung der Arbeitsgruppe AGKAMED AG OPS 9-20 nachgegangen worden.

Dort zeigten sich bemerkenswerte Hinweise, dass die Dokumentationsqualität vor Einführung des PKMS sowie die Art und Weise, wie die Dokumentation im Haus realisiert wird, einen Einfluss auf die tägliche Dauer der erforderlichen PKMS-Pflegedokumentation haben könnte. Im Durchschnitt wurde in dieser Umfrage für die PKMS-Dokumentation ein Minutenwert von sieben Minuten täglich ermittelt (AGKAMED AG OPS 9-20, 2013) – bei gleichzeitig deutlich verbesserter Dokumentationsqualität!

Die Hypothese wird durch einige Veröffentlichungen untermauert, so kommt Ahrens z. B. zu dem Schluss, „ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entstand nicht, weil die PKMS-Dokumentation von der Erfassung der Gründe und Pflegein-

erventionen bis zur Auslösung des OPS-Codes so entwickelt wurde, dass sie sich aus der normalen Regeldokumentation ergibt und automatisiert abläuft.“ (Ahrens, 2012, S. 396). Die PKMS-Dokumentation ergab sich in diesem Fall computergestützt und vollautomatisch aus der täglichen Routinedokumentation. Mittlerweile gibt es für solche Lösungsansätze mehrere Beispiele.

Zudem ist zu bedenken, dass es sich bei dem „hochaufwendigen Patienten“ um eine Patientengruppe handelt, bei der durch die Fallkomplexität ein höherer pflegerischer Dokumentationsaufwand entsteht.

Wie sollte eine Pflegeprozessdokumentation bei komplexen Fallkonstellationen aussehen und wo weichen diese möglichen Anforderungen von den Dokumentationsanforderungen des PKMS ab?

## 5.2 Adäquate Pflegeprozessdokumentation versus Bürokratie?

Welche Pflegeprozessdokumentation ist bei vulnerablen Patientengruppen erforderlich, um eine adäquate pflegerische Qualität und Kontinuität der Versorgung sicherzustellen? Ist die PKMS-Dokumentationsanforderung wirklich „unnötig“ und kann als „bürokratisch“ bewertet werden?

Bei genauer pflegfachlicher Betrachtung wird deutlich, dass der PKMS mit seinen Handlungsgründen im Sinne einer Pflegeproblemidentifikation und der Aufforderung, pflegerische aktivierend-therapeutische Handlungskonzepte zu operationalisieren, ausschließlich die Mindestanforderung an eine adäquate Pflegeprozessdokumentation fordert.

Eine zielführende Pflegeprozessdokumentation beinhaltet beispielsweise, dass bei einem Patienten mit einer Schluckstörung nicht ohne weitere Abklärung die Nahrung verabreicht wird, sondern es wird eine differenzierte Analyse, welche Art der Schluckstörung vorliegt, gefordert (evtl. auch interdisziplinär angelegt) und eine Konkretisierung, welche Pflegemaßnahme sinnvollerweise durchgeführt wird.

Würde also eine Mitarbeiterin ihre Analyseergebnisse z. B. wie folgt dokumentieren, wäre dieses eine Mindestanforderung einer pflegfachlichen

Dokumentation:

- „Pat. hat eine Schluckstörung infolge einer Halbseitenlähmung des Ösophagus nach Schlaganfall, gekennzeichnet durch „Steckenbleiben“ fester Nahrungsbestandteile im Schlund“

und die Pflegemaßnahme:

- „bei der Nahrungsverabreichung feste Speisen und Flüssigkeiten abwechseln und zum kraftvollen Schlucken auffordern“

Diese pflegfachliche Mindestanforderung ist auch das, was von Seiten der Dokumentation des PKMS gefordert wird. Wird die Leistungserbringung 4 x täglich quittiert, können für den Leistungsbereich Ernährung 4 Aufwandspunkte im PKMS berechnet werden.

Ein gravierendes und durch den Referentenentwurf erneut an Brisanz gewinnendes Problem ist, dass über Jahrzehnte in den meisten Kliniken keine differenzierte Pflegeprozessdokumentation mehr umgesetzt wurde. Erst durch die PKMS-Einführung wurde dieses Defizit sichtbar, ebenso die damit verbundenen Qualitätsmängel in der Patientenversorgung. So schreiben Loibl et al. 2013, dass der Stellenwert der Pflegeprozessdokumentation durch den PKMS erhöht wurde (Loibl, Pröbstl, & Krug, 2013).

Zahlreiche Fallanalysen wurden in den letzten Jahren veröffentlicht, welche auf Versorgungsdefizite Hinweise geben, welche erst im Rahmen der PKMS-Dokumentation/Begutachtung auffallen und somit Verbesserungsprozessen zugänglich werden (vgl. z.B. Braun & Wieteck, 2013).

Fast bei jedem Aspekt im PKMS ist feststellbar, dass es sich um Mindestanforderungen an eine adäquate Pflegeprozessdokumentation handelt. Nur wenige Bereiche wie z. B., dass bei einer Leistung, welche zu zweit erbracht wurde auch beide Mitarbeiter die Pflegeleistung quittieren müssen, können als bürokratisch betrachtet werden.

Das macht aber im Rahmen der PKMS Dokumentation minimalste zeiterhöhende Effekte aus, welche unter einer Minute pro Tag und Fall liegen werden. Die Pflegeprozessdokumentation bei vulnerablen Patientengruppen ist weit weg von einer pflege-

## 6. OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege

### 6.1 Erläuterungen zur OPS-Systematik

OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) steht für den vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlichten Katalog aller im G-DRG-System abrechenbaren Operationen und Prozeduren.

#### Definition

##### **Exkl. bedeutet Exklusivum.**

Ein formuliertes Exkl. bei einem OPS gibt an, wann ein Kode nicht anzuwenden ist. Als Exklusivum gekennzeichnete Schlüssel sind also nicht in dem Kode eingeschlossen. Sie müssen mit dem in Klammern angegebenen Kode kodiert werden (DIMDI 2010).  
Ist ein Patient z. B. 5 Jahre alt, dann ist klar geregelt, dass alle anderen OPS-Kodes außer dem OPS 9-202 nicht kodiert werden können.

##### **Hinw. bedeutet Hinweise.**

Diese erklären den entsprechenden Kode näher. Da der OPS z. B. 9-202 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern heißt, ist eine Erläuterung erforderlich, wie „Kleinkind“ definiert ist. Für den Bereich OPS 9-201 wurde für 2014 der Zusatz aufgenommen, dass der Kode in Ausnahmefällen auch für Erwachsene vergeben werden darf, wenn deren Behandlung auf einer Kinder- oder Jugendmedizinischen Abteilung erforderlich ist.

##### **Mindestmerkmale**

Diese beschreiben die Voraussetzungen, damit der Komplexkode erfüllt ist. Abhängig von den PKMS (-E,-J,-K,-F)-Aufwandspunkten wird der jeweilige OPS endkodiert.

Punktzahl ausgelöst und stellt das Kriterium zur Abrechnung der Zusatzentgelte ZE 130 und ZE 131 dar. 9-20 ist die durch das DIMDI vorgegebene Ordnungsnummer.

### 6.2 OPS 9-20 in der offiziellen Version 2019 des DIMDI

Es existieren seit dem 01.01.2017 vier unterschiedliche OPS und PKMS, da die hochaufwendige Pflege in den mittlerweile vier Altersstufen (Erwachsene; Kinder und Jugendliche; Kleinkinder; Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge) unterschiedlich operationalisiert ist. Der PKMS ist der ausgelagerte Score, mit dessen Hilfe die Aufwandspunkte ermittelt werden, welche die OPS-Stufen auslösen.

Nachfolgend ist der OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege von Patienten entsprechend der Originalvorlage des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) dargestellt. Das DIMDI als Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit ist u.a. für die Publikation und Pflege amtlicher Klassifikationssysteme wie dem OPS oder der ICD-10 GM verantwortlich und damit auch für die Aktualisierung und Verwaltung des OPS 9-20 und PKMS.

Seit 2012 ist erstmals ein eigener OPS-Kode für hochaufwendige Pflege in den Katalog aufgenommen worden. Dieser wird durch das Instrument des PKMS bei der Erreichung einer bestimmten

### 6.3.2 PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres

#### Richtlinie

**Hinweise:**

Es gibt folgende Gründe bei den Erwachsenen, die in den Tabellen zu den Leistungsbe-  
reichen weiter spezifiziert werden:

- G1 Qualitative Bewusstseinsveränderung
- G2 Quantitative Bewusstseinsveränderung
- G3 Beeinträchtigte Anpassung
- G4 Extreme Schmerzzustände/Lebenskrise
- G5 Immobilität
- G6 Beeinträchtigte Geh- und Transferfähigkeit

- G7 Beeinträchtigte Mobilität/körperliche Einschränkung
- G8 Beeinträchtigtetes Schlucken
- G9 Veränderte/beeinträchtigte Ausscheidung
- G10 bis G12 Weitere Gründe

Die Nummerierung der Gründe ist bei den Erwachsenen nicht fortlaufend oder nicht vollständig angegeben, weil nicht jeder Grund in jedem Leistungsbereich berücksichtigt wird.

#### 6.3.2.1 Allgemeine Pflege

Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe E: 3 Punkte)

Die Unterstützung bei der Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (Körperwaschung, Haut-, Haar-, Mundpflege) hinaus (vgl. PPR-E Stufe A3).

**Tab. 6.6:** PKMS-E-Gründe Körperpflege

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:

G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege</b>  <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, <del>schlägt</del>, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt</b>  <u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-)</b>                  Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken</b>  <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>

Tab. 6.6: PKMS-E-Gründe Körperpflege

## Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:

G5	<p><b>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit <b>oder Verbot aus medizinischen Gründen</b>, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen  <b>UND ein vorliegender Erschwerisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie z. B. Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armabduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Prothese/Orthese der unteren Extremität(en)/Stützkorsett/Rumpfwickel</li> <li>• Ruhigstellung/Fehlen von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie/<b>halbseitige</b> Unfähigkeit, die Extremitäten <b>einer Körperseite</b> selbstständig zu bewegen, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese)</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z. B. Dekubitus Grad/Kategorie 3) und/oder großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> </ul>
G7	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender erheblicher Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b>  Kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G9	<p><b>Starkes Schwitzen</b> und/oder <b>Erbrechen</b> und/oder <b>Einnässen/-stuhlen</b> und/oder <b>Kot-schmierem/-essen</b>, das eine(n) Wäschewechsel/Körperpflege erfordert</p>
G10	<p><b>Anlässe für eine therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstfürsorgedefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> <li>• pathologische Bewegungsabläufe, Freezing (motorische Blockade)</li> <li>• vorhandene Spastik, Rumpfataxien</li> <li>• ausgeprägte Fatigue in der schwersten Ausprägung entsprechend Assessment</li> </ul>
G11	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.  <b>UND ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegemaßnahmen im Rahmen der (Umkehr-)Isolation <b>ODER</b></li> <li>• massive Veränderungen der Mundschleimhaut <b>ODER</b></li> <li>• hohes Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung <b>ODER</b></li> <li>• aufwendiges Tracheostoma</li> </ul>
G12	<p><b>Tetraplegie mit fehlender Körperbalance/fehlender Rumpfstabilität</b>  <u>Kennzeichen:</u> kippt beim Sitzen zur Seite/nach vorne</p>

## 10. Fallbeispiele: Praktische Anwendung des PKMS-E/J/K/F

Autorinnen: Kathrin Hirt, Kerstin Bonkowski, Stephanie Hausherr

In Schulungen zur Einführung und korrekten Umsetzung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) ist es hilfreich, mit Fallbeispielen zu arbeiten. Dadurch können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schrittweise lernen, wie der PKMS aufgebaut ist und welche Gründe und Maßnahmen es in den einzelnen Leistungsbereichen gibt. Auch die Art und Weise der Dokumentation kann mit Fallbeispielen geschult und geübt werden. Hierzu können die nachfolgend aufgeführten Fallbeispiele, samt Lösungen, genutzt werden. Sinnvoll ist es auch, Fallbeispiele aus der eigenen Pflegepraxis zu nutzen und die Einschätzung im Team gemeinsam durchzuführen und zu besprechen. Auch retrospektive Fallbesprechungen sind möglich und sind für die pflegerische Praxis von besonderer Bedeutung.

### 10.1 Fallbeispiel Kardiologie: Martha Schümann

#### Fallbeispiel

**Medizinische Diagnosen: Chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Pneumonie, Adipositas, Arthritis**  
**Alter: 76 Jahre**

Die Patientin kommt zur Abklärung von Schwindelanfällen, Brustschmerzen, Herzrhythmusstörungen und Atemnot (Belastungsdyspnoe bei der kleinsten Anstrengung) vom Altenheim ins Krankenhaus. Durch ihr sehr starkes Übergewicht (BMI = 36,2) ist die Patientin sehr in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Die Patientin hat eine chronische Herzinsuffizienz (NYHA V). Die Patientin berichtet über eine Gewichtszunahme in der letzten Woche (5 kg). Intermittierend erhält die Patientin bei Bedarf Sauerstoff.

Sie muss mit zwei Pflegepersonen gelagert werden, da sie sich selbst im Bett nicht drehen oder allein aufstehen kann. Die Patientin zeigt keine Spontanbewegung und kann die Position im Bett nicht selbstständig verändern. Laut Braden-Skala hat sie ein sehr hohes Dekubitusrisiko und bereits Hautrötungen am Gesäß. Die Lagerungsfrequenz ist damit stark erhöht. Neben dem Umlagern werden zwischendurch auch Mikrolagerungen zum Lagerungswechsel durchgeführt. Insgesamt wird zweistündlich ein Lagerungswechsel erreicht.

Die Kompressionsstrümpfe kann sich die Patientin nicht selbstständig anziehen, auch im Heim wurde dieses immer von Pflegekräften übernommen. Die Patientin berichtet auch, dass die GW vom Pflegepersonal übernommen wurde, abhängig von der Tagesform im Bett oder am Waschbecken sitzend. Im Krankenhaus wird die Patientin zusätzlich zur Thromboseprophylaxe durch einen Heparin-Perfusor versorgt. Die Körperpflege muss

vollständig übernommen werden und gestaltet sich durch das extreme Körpergewicht und die stark eingeschränkte Bewegungsfähigkeit der Patientin als schwierig. Nach der Aufhebung der Bettruhe wurde die Patientin im Rahmen der Körperpflege gezielt angeleitet, aktiv bei der GW mit zu unterstützen. Hierzu wurden Frau Schümann kinästhetische Bewegungsmuster erklärt und diese eingeübt. Zusätzlich werden im Rahmen der Körperpflege und der Lagerung die großen Gelenke zur Kontrakturrenprophylaxe durchbewegt. Eine Mobilisation in einen Lehn- und/oder Rollstuhl ist am Tag der Herzkatheteruntersuchung (2. Tag des Aufenthaltes) nicht möglich, da eine absolute Bettruhe verordnet wurde. Auch die Nahrungsaufnahme kann deswegen nur im Bett stattfinden, außerdem kann sie sich nicht selbstständig in eine stehende Position

bringen und ihr eigenes Körpergewicht tragen. Ein Transfer aus dem Bett gestaltet sich auch am Ende des Aufenthaltes grundsätzlich als sehr schwierig, da die Patientin stark bewegungseingeschränkt ist und die Körperkraft fehlt. Aufgrund des Körpergewichtes und der geringen Spannung der Patientin sind zwei Pflegepersonen erforderlich.

Die Ausscheidung erfolgt über ein Steckbecken, allerdings ist das Anheben des Gesäßes mit großen Schwierigkeiten verbunden. Meist müssen zwei Pflegekräfte unterstützend mithelfen.

Die Patientin äußert, dass sie bei Verbesserung ihres Zustandes gerne die Benutzung des Insulin-Pens erlernen möchte; dieses wurde sonst auch von den Heimpflegern übernommen. Allerdings fehlen der Patientin derzeit das Wissen und die Fingerfertigkeit dazu.

### Lösung: Fallbeispiel Martha Schümann

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, welche PKMS-Gründe und -Maßnahmen bei der Patientin Frau Schümann zutreffen.

Als zuständige Pflegekraft haben Sie mehrere Möglichkeiten, die Patientin im PKMS einzustufen. Nachfolgend werden die Gründe und Maßnahmen vorgestellt, welche aus pflegfachlicher Sicht sinnvoll und für die Patientin geeignet sind.

### PKMS-E Leistungsbereich A Körperpflege

#### Pflegeproblem/ -diagnose G5

#### Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen

Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit oder Verbot aus medizinischen Gründen, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen  
UND ein vorliegender Erschwerisfaktor:

BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup>

#### Pflegeintervention A1

Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen/ zur Motivation einer selbstständigen Körperpflege und/oder Anleitung/Aktivierung zur Körperpflege.

In der Pflegedokumentation sind die individuel-

len pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise ☞

### Zusatzinfo

#### Kommentar

Für die Zusatzdokumentation (☞) zur Pflegeintervention A1 ist eine auf den Patienten passende Zielformulierung und Konkretisierung der Maßnahme erforderlich. Dokumentiert werden kann die Ziel- und Maßnahmenplanung z. B. im Pflegeplan oder dem Pflegebericht. Ferner ist zu beachten, dass wenn sich die Ziele und Maßnahmen im Verlauf des Aufenthaltes ändern, sind diese auch entsprechend in der Dokumentation anzupassen. Es ist mindestens ein patientenindividuelles Pflegeziel und eine Pflegemaßnahme auszuweisen.

Ausschließlich die Leistungserbringung der entsprechenden Maßnahme ist täglich nachzuweisen.

(Vgl. auch die FAQs (2019): 3.1.10 und 3.1.11)

Alternativ könnte auch G5 mit A4 ausgewählt werden.



## 12. Erfahrungsberichte und Forschungsarbeiten zum PKMS

### 12.1 PKMS und OPS 9-20 aus Sicht der Anwender

*Autor: Jannik Müller*

*B.A., Gesundheits- und Krankenpfleger*

*Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement an der Akkon Hochschule für Humanwissenschaften, Berlin*

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Bewertung des PKMS und OPS 9-20 aus Sicht der Anwender. Dazu wurden Pflegefachpersonen, die das Instrument in Ihrer täglichen Arbeit anwenden, unter folgender Fragestellung befragt:

Wie bewerten Pflegefachpersonen das Instrument Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) hinsichtlich Ausgestaltung, Anwendungsmöglichkeit, Bedeutung für die Pflege sowie Aufwand und Nutzen?

#### 12.1.1 Hintergrund

Die erstmalige Erlöswirksamkeit von Pflegeleistungen durch den OPS 9-20 und den damit verbundenen Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) sind zweifellos positive Aspekte für die Pflege im Krankenhaus. Dennoch ist die Anwendung des PKMS in der Pflegepraxis in mehrfacher Hinsicht wie bei jedem Veränderungsprozess umstritten. Dazu zählen die kritische Betrachtung des Inhalts des Instruments aus pflegewissenschaftlicher Sicht (Mai et al., 2011), die nicht überprüften Gütekriterien Validität und Reliabilität (Wieteck, 2011) sowie der vermutete Verlust des rehabilitativen und therapeutischen Charakters der Pflege durch die Erfassung hochaufwendiger Pflege allein aus Gründen der Leistungsabrechnung (Lautenschläger et al., 2011).

Einige der Kritikpunkte dieser Autoren sind darauf zurückzuführen, dass der PKMS über die Funktion der Abrechnung hinaus im Sinne einer Praxisleitlinie interpretiert wurde. Für zusätzliche Unsicherheit bei den Anwendern sorgte die Entscheidung

des Deutschen Pflegerats (DPR), der federführend an der Entwicklung des PKMS beteiligt war, nicht mehr an der Weiterentwicklung des PKMS zu partizipieren (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), 2014). Trotz der genannten Unstimmigkeiten wurde das Instrument PKMS von den meisten Kliniken implementiert und in der Pflegepraxis angewendet. Die erfolgreiche Anwendung und die Generierung von Zusatzerlösen liegen dabei in den Händen der Pflegefachpersonen, da diese das Instrument korrekt anwenden und erforderliche Dokumentationsnachweise leisten müssen. Dafür ist ein vertieftes Verständnis der Inhalte des PKMS selbst, aber auch des Zwecks, den Zielsetzungen bei der Entwicklung und der Bedeutung des Instruments für die Pflege notwendig, was wiederum mit einem hohen Schulungsaufwand für die Einrichtungen einhergeht (DKG, 2012, S. 37; Schuh et al., 2017, S. 5; Wieteck et al., 2016, S. 359f.).

Neben diesem inhaltlichen Wissen ist auch die Motivation der Mitarbeiter\*innen einer der stärksten Einflussfaktoren auf eine erfolgreiche PKMS-Kodierung (Wieteck et al., 2016, S. 362). Dies lässt sich mit der Theorie des überlegten Handelns begründen, die besagt, dass das Verhalten eines Individuums hauptsächlich durch die Einstellung gegenüber dem Verhalten beeinflusst wird (Wirtz, 2017a). Diese wiederum wird als Summe der Produkte aus Erwartung und Bewertung definiert (Bohner/Wänke, 2002, S. 308f.). Haslinger-Baumann et al. zeigten in einem anderen Kontext, dass die persönliche Einstellung von Pflegekräften signifikant mit dem Verhalten (hier die Forschungsanwendung) korreliert (Haslinger-Baumann et al., 2015, S. 145).

Die Anwendung des PKMS und dessen Outcome hängen demnach sehr stark von der Motivation und Einstellung der Pflegefachpersonen, also von der persönlichen Bewertung des Instruments PKMS, ab. Daher ist davon auszugehen, dass bei einer positiven Sicht auf das Instrument und dem Erkennen eines Nutzens eine erfolgreichere Anwendung gelingt. Da noch keine Untersuchung existiert, die



## 13. FAQ 2019 – OPS 9-20 mit PKMS-E, J, K, F und OPS 9-984

Freigabe erfolgte durch die Experten der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., der AGKAMED-AG OPS 9-20, den Teilnehmern des MDS-Multiplikatorenseminars „Hochaufwendige Pflege“ sowie durch die Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) im Januar 2019.

Die Empfehlungen zur Auslegung des PKMS dienen dazu, den Pflegepraktikern eine Unterstützung bei der Umsetzung und korrekten Anwendung des PKMS zu geben. Auf der anderen Seite sollen die Empfehlungen dabei dienen, den Zweck des PKMS im Auge zu behalten. Der PKMS ist ein Instrument, um „hochaufwendige Pflegeleistungen“ im G-DRG-System sichtbar zu machen. Ziel der Empfehlungen ist es, eine korrekte Abrechnung „hochaufwendiger Leistungen“ sicherzustellen. Es sollen keine Leistungen zur Abrechnung gebracht werden, die „nicht“ hochaufwendig sind, weil das entsprechende Item nicht korrekt ausgelegt wurde, oder Matrixkombinationen genutzt wurden, die fachlich nicht sinnvoll sind, oder nur Leistungen dokumentiert, aber so nicht erbracht wurden usw. Ebenso soll verhindert werden, dass unnötige Forderungen von Seiten der PKMS-Begutachtung dazu führen, dass zusätzlich Dokumentationsaufwände entstehen, die ausschließlich dazu dienen, eine Begutachtung positiv zu bestehen.

Die hier vorgelegten FAQ basieren auf den bisherigen Erarbeitungen, wurden aber in diesem Jahr federführend von der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. vorbereitet.

Wie in jedem Jahr werden zur Erarbeitung der FAQ die verschiedenen Expertengruppen mit einbezogen.

Hierzu gehören die Mitglieder der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., die Teilnehmer des MDS-Multiplikatorenseminars „Hochaufwendige Pflege“ im Dezember 2018.

Federführend vorbereitet und geprüft wurden die Vorschläge durch Frau Dr. med. Beate Waibel, MDK

Baden-Württemberg, Frau Dr. med. Nicola Lutterbüse, GkinD e.V., Frau Dr. Pia Wieteck, Vorstandsmitglied der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. Die in den Arbeitsgruppen AGKAMED-AG OPS 9-20 und der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. aktualisierte Fassung der FAQ 2019 wurde abschließend der SEG 4 und den Mitgliedern der Fachgesellschaft zur Freigabe vorgelegt, aus deren Kreis noch Änderungen eingefügt worden sind.