



unübersichtlich war das System und so nicht geeignet für die tägliche Anwendung in Krankenhäusern. Der PKMS-E stieß deshalb oft auf Ablehnung. Trotz umfangreicher Schulungen gab es viele Anwendungs- und Verständnisprobleme. Zu komplex, zu aufwendig, lautete die Kritik. Eine besondere Fehlentwicklung hatte sich offenbar durch die Verknüpfung der zustandsbezogenen Indikatoren, sprich die Gründe für hochaufwendige Pflege, mit dem Maßnahmenkatalog ergeben. Es wurden also Behandlungspfade vorgeschrieben, und damit hatte das

Pflege-DRG Symposium in Berlin

Zum Thema DRG und Pflege veranstaltet der Deutsche Pflegerat am 26. und 27. Mai 2011 im Jüdischen Krankenhaus in Berlin ein Symposium. Geplant sind Diskussionen etwa über Grenzen und Möglichkeiten der PKMS und die neue Rolle der Pflege im DRG-System.

Weitere Information unter:
www.deutscher-pflegerat.de

Hochaufwendig ist die Grundpflege mancher Patienten. Durch die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) soll der zusätzliche Aufwand im DRG-System berücksichtigt und gerecht vergütet werden.

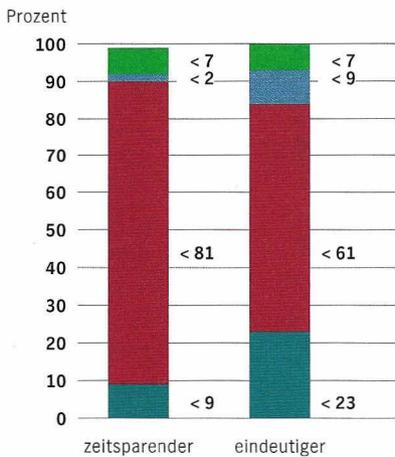
Der holprige Start der PKMS

Es hat als wissenschaftliches Projekt begonnen: Der Deutsche Pflegerat (DPR) beauftragte im April 2007 die Universität Witten/Herdecke unter der Leitung von Sabine Bartholomeyczik damit, Instrumente, Marker oder Indikatoren herauszufinden, die den Pflegeaufwand im G-DRG-System adäquat abbilden und erklären. Für dieses Projekt stellte der DPR beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Forschungsantrag.

Doch es kam anders. Der Forschungsantrag wurde nicht umgesetzt. Stattdessen verabschiedete die Bundesregierung ein Sofortprogramm, das zusätzliche Stellen in der Pflege schaffen sollte: Im Krankenhausentgeltgesetz Paragraf 4, Absatz 10 ist festgelegt, dass der Staat die Personalkosten für neue oder aufgestockte Stellen in den Jahren 2009 bis 2011 zu 90 Prozent fördert. Ab 2012 müssen die zusätzlichen Finanzmittel im DRG-System zielgerichtet zugeordnet werden können, sprich, sie müssen konkret für höheren pflegerischen Aufwand ausgegeben werden. Deshalb beauftragten die Vertragsparteien auf Bundesebene – die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft – das Inek als deutsches DRG-Institut, damit die Gelder in die richtigen Töpfe fließen. Damit alles seinen angemessenen Lauf nehmen konnte, mussten Vorschläge vom Fachverband, in diesem Fall dem DPR, über das Dimdi eingereicht werden.

Eine DPR-Expertengruppe und eine Arbeitsgruppe Pflegepersonalregelung (PPR) entwickelten nach den beiden Pflegegipfeln 2008 gemeinsam den OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege, die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und Kleinkinder (PKMS-E, PKMS-J, PKMS-K), die Pflegepersonalregelung für die Kalkulation (PPR A4) und reichten diese unter hohem Zeitdruck fristgerecht in das Vorschlagsverfahren 2010 im Februar 2009 beim Dimdi ein. Daraufhin ergänzte das Inek das Kalkulationshandbuch um die neuen Indikatoren für hochaufwendige Pflege. Nach nur anfänglicher Prüfung durch die Entwicklergruppe gingen die frisch gebackenen, hochkomplexen PKMS unmittelbar in den Direktbetrieb über und in das DRG-System ein. Der Stein nahm Schwung auf, rollte, aber noch sehr holpernd. Bald darauf machte sich Widerstand aus den Kalkulationshäusern breit. Krankenhäuser weigerten sich schlichtweg, mit diesem System weiterzuarbeiten. Es wurde klar: Die PKMS mussten nachgebessert werden und Erfahrungen aus dem Klinikbetrieb stärker berücksichtigen.

**Identifikationsmerkmale:
Klares Plädoyer für die neue Version**



Quelle: DPR

Erfassungssystem seine Kompetenzen überschritten. Denn ein Indikator, der den pflegerischen Mehraufwand anzeigen soll, kann und will auch keinen

Die Mehrheit der 40 Testkliniken sagten, es sei mit der überarbeiteten Version PKMS-E 2.0 leichter und weniger zeitraubend, Patienten mit komplexem Pflegeaufwand von solchen mit normalem Pflegeaufwand zu unterscheiden als mit der Version 1.0. Die Version 2.0 beurteilten 81 Prozent als zeitsparender, 61 Prozent meinten, hochaufwendige Fälle seien eindeutiger zu identifizieren. Sie lobten außerdem, dass die Identifikationsmerkmale und der Maßnahmenkatalog übersichtlich auf nur zwei Seiten dargestellt und Schulungen kaum oder gar nicht nötig seien.

Qualitätsmaßstab setzen. Dafür gibt es spezifischere Werkzeuge.

Das neue Handbuch umfasst elf Seiten

Ohne validen Test durfte die neue Version also nicht wieder in das DRG-System eingebracht werden. „Deshalb haben wir bereits kurz nach Beginn der Überarbeitung erste Stichproben erhoben. So konnten wir frühzeitig sehen, ob wir die richtige Richtung eingeschlagen haben und notfalls direkt Fehler abstellen“, sagt Jahn. In der neuen Version PKMS-E 2.0 ist der Dokumenta-

tionsaufwand wesentlich geringer und die fachlich-inhaltliche Anpassungen. Das Instrument erklärt sich aus sich selbst heraus, Anwenderschulungen könnten obsolet werden. Das Handbuch umfasst nur elf Seiten. Und: Auf nur insgesamt zwei Seiten sind die Indikatoren für die Identifikationsmerkmale und der Maßnahmenkatalog präsentiert. So viel Übersichtlichkeit gab es noch nie. Trotzdem besteht die gleiche Trennschärfe zwischen komplexem und normalem Pflegeaufwand, die modifizierte Version führt im Mittel ebenfalls zu 3,5 Prozent hochaufwendiger Fälle. Das Dimdi und das Inek sind bereits über die Testergebnisse informiert. Doch noch ist 2.0 Zukunftsmusik. Solange das Vorschlagsverfahren nicht abgeschlossen ist, muss noch nach der alten Version kodiert werden – voraussichtlich also bis Anfang 2012.

Unikliniken sind zurzeit noch im Nachteil

„Mit dem PKMS-E 2.0 ist die Arbeitsgruppe noch längst nicht am Ende angelangt“, sagt Ricarda Klein. Auch im nächsten Jahr werden sich Neuerungen ergeben. Entwicklungspotenzial sieht die Expertengruppe jetzt schon im Bereich der „Speziellen Pflegeleistungen“ (S-Leistungen). Hier sind die Universitätskliniken derzeit noch benachteiligt, denn ihre pflegerische Arbeit fällt aufgrund des hohen Behandlungsaufwandes zu mehr als 50 Prozent in die S-Leistungen. „Für die Darstellung dieser hochaufwendigen Pflegeleistungen – etwa die Wundbehandlung – müssen gesonderte Abbildungsmöglichkeiten entwickelt werden“, sagt die Medizinformaterin Anke Wittrich.

Monika Hiltensperger