



Foto: Photocreo Bednarek – Fotolia

# Gemeinsam an einem Strang ziehen

## Eine Strategie zur erfolgreichen Umsetzung des Pflegekomplexmaßnahmenscores

*Kein anderer OPS-Kode wurde in den letzten Jahren so oft und widersprüchlich diskutiert wie der Pflegekomplexmaßnahmenscore 9-20. Vor fünf Jahren wurde er dann in den klinischen Alltag eingeführt, aber auch das nicht reibungslos. Es scheiterte an der Kommunikation zwischen den Schnittstellen und Vorurteilen. Eine erfolgreiche Umsetzung des PKMS-Systems erfordert daher die gemeinsame Anstrengung aller am Prozess Beteiligten.*

**S**eit Einführung der DRG-Abrechnung in den Jahren 2003/2004 wurde kein OPS-Kode so kontrovers diskutiert, wie der Pflegekomplexmaßnahmenscore-Kode 9-20. Seit 2010 wurden regelmäßig Artikel veröffentlicht, die diesem OPS-Kode

keine große Akzeptanz einräumen. Vor der Einführung war bereits vielen Medizincontrollern klar, dass im Falle einer Erlösrelevanz der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) ein Zusatzentgelt (ZE) darstellen würde, da anderenfalls zu viele Fallpauschalen hätten geändert werden müssen.

Der initial mit der Entwicklung des OPS 9-20 beauftragte Deutsche Pflegerat (DPR) begann allerdings schon im Jahr 2011 mit dem Versuch, den Code durch eine Weiterentwicklung in Form der Version PKMS 2.0 zu umgehen. Die im Zusammenhang PKMS 2.0 angedachte Aufhebung der Verbindung von Gründen und Interventionen hätte in der Folge zu einer inflatorischen Kodierung geführt. Die Häufigkeit der Nutzung des wenig ausdiffe-

renzierten Kodes hätte aufgrund fehlender Abgrenzungskriterien, bezüglich des Pflegeaufwands keine valide Kalkulationsbasis für das Institut für Entgeltabrechnung im Krankenhaus (IneK) mehr geboten.

Da bei der ursprünglichen Entwicklung ausreichend trennscharfe Kriterien bereits existierten und damit der PKMS für das IneK gut zu kalkulieren war, ist er erlösrelevant und damit auch im fünften Jahr abrechnungsfähig.

In diesem Jahr war in einer Pressemitteilung des Deutschen Pflegerats zu lesen, dass von seiner Seite an einer Weiterentwicklung des PKMS kein Interesse mehr bestehe und man sich inhaltlich auch davon distanzieren. Unter Umständen liegt die Begründung

dafür in der Reform des KHentG und dem darin enthaltenen 2. Pflegeförderprogramm für die Jahre 2016 bis 2018.

### Umsetzung im klinischen Alltag

Wichtigste Voraussetzung ist dabei die Vermeidung der Fehlerredundanzen aus vorhergehenden Einführungen anderer Komplexkodes wie zum Beispiel 8-981, 8-550, ... oder dem ICU-Scoring. Bereits im Jahr der Veröffentlichung 2009 wurde konsequent mit der strukturierten Einführung begonnen. Von September bis Dezember 2009 erfolgte die Schulung von insgesamt 1.500 Pflegekräften inklusive der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Nachtdienstes.

Im Jahr 2010 wurde dann unternehmensweit der Pflegekomplexmaßnahmen score eingeführt. Man verzichtete dabei methodisch auf eine Konzentration auf Pilotstationen, um einzelnen negativen Erfahrungen von vornherein keinen Raum zu geben.

Die erfolgreiche klinische Einführung ist nur gewährleistet, wenn die Kommunikation zwischen Medizincontrolling und Pflegedirektion einwandfrei funktioniert und die Einbeziehung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen positiv gelingt. Versuche der PKMS-Implementierung – ausschließlich auf Projektebene – sind zum Scheitern verurteilt, sofern diese Bedingungen nicht gegeben sind.

### Herausforderungen bei der Einführung

In vielen Fällen, in denen die Medizincontroller die Verantwortung für den PKMS allein der

Pflegedirektion überließen, war die Einführung schwierig, wenn nicht sogar unmöglich. So sind die Forderungen in einigen Publikationen besser zu verstehen, die den OPS abschaffen wollen, da der Zusammenhang zwischen Aufwand und Erlös in Frage gestellt wird.

Umfassendes Medizincontrolling beinhaltet eben nicht nur die Beschäftigung mit Zahlen und juristischen Fragestellungen. Denn Dokumentation und Berichtswesen bilden die Grundlage, die eben nicht nur Dienstleistung, sondern auch strategischer Rückhalt aller unternehmensrelevanten Entscheidungsträger und damit auch der Pflegedirektion darstellt.

Sinnvoll erscheint in diesem Zusammenhang deshalb ein kurzfristiges Berichtswesen, das folgenden Anforderungen gerecht wird:

Die Pflegedirektion erhält wöchentlich Angaben zur Gesamtzahl sowie zur Erlösrelevanz der eingehenden Dokumentationsbögen. Darüber hinaus erfolgt monatlich ein Monatsabschlussbericht an die Pflegedirektion, die Geschäftsführung und die DRG-Beauftragten der Kliniken, der zusätzlich die Verteilung der Bögen über die Fachabteilungen sowie den Stand der MDK-Bearbeitung dokumentiert.

### Vorbehalte und Kritik

Die Notwendigkeit einer elektronischen Patientenakte respektive einer digitalen Pflegedokumentation ist grundsätzlich nicht die zwingende Voraussetzung für eine sachgerechte PKMS-Dokumentation.

Der Umweg von der herkömmlichen Dokumentation (zum Beispiel Dokumentationsvorlagen aus dem Anhang der Fallpauschalenverordnung) zur digital unterstützten Variante, ist dabei zwingend notwendig (Anpassungsvarianz) und führt im Endergebnis zu einer deutlichen Arbeitserleichterung und –zufriedenheit in der Pflege.

Bis dahin und in der Folge übernimmt die Pflege die Dokumentation der PKMS-Bögen. Die Erfassung der OPS-Ziffern im Krankenhausinformationssystem sowie die statistische Auswertung wird dagegen grundsätzlich durch das Medizincontrolling übernommen.

Das ist alleinig in der Lage, spezifische Zusammenhänge, wie im konkreten Fall, im Zusammen-



Michael von Eicken  
Beirat im Regionalverband West der DGfM,  
Medizincontrolling  
Katholisches Klinikum  
Bochum – Universitätsklinikum



Dr. med. Andreas Hellwig  
Stv. Vorsitzender des  
Regionalverbands West der DGfM,  
Leiter Qualitäts- und Leistungsmanagement  
Katholisches Klinikum  
Bochum – Universitätsklinikum



**DRG-CONTROL**

Innovative Lösungen für den Codieralltag

**Innovative Lösungen  
im Codieralltag –  
für uns Passion,  
für Sie Erlösoptimierung.**

Primärcodierung  
Abrechnungsprüfung, Nachcodierung, Erlösoptimierung  
MDK-Verfahren, Rechnungsprüfungen mit den Kostenträgern  
Seminare und Schulungen

spiel mit der Pflege zu analysieren und in einem zeitlich engen Rahmen zu berichten.

Der Widerstand gegenüber dieser Art der Dokumentation beruft sich auf

- primäre Dokumentation
- zeitlichen Mehraufwand
- parallele Dokumentation (separate Erfassung der PKMS-Kriterien).

### Zeitlicher Mehraufwand?

Grundsätzlich ist der Widerstand gegenüber jeglicher Art der Dokumentation systemimmanent und daher einfach gegeben und muss in jedem Unternehmen neu überwunden werden. Das erfordert Zeit und Geduld auf Seiten der Entscheidungsträger. Das Argument des zeitlichen Mehraufwands lässt sich dadurch entkräften, dass nach einer gewissen zeitlichen Eingewöhnungsphase betriebliche Prozesse eingespielt und harmonisch innerhalb kürzester Zeit von allen Beteiligten verinnerlicht ablaufen.

Ein zeitlicher Mehraufwand ist nach einer anfänglichen Einarbeitung auf Seiten der Pflege tatsächlich gegeben, allerdings in deutlich geringerem Umfang als bisher angenommen. Insbesondere, wenn man eine Trennung der aufgewendeten Zeit für die primäre Dokumentation (gesetzlich sowieso vorgeschrieben) und der PKMS-Dokumentation vornimmt, ergibt sich eine zeitarbeitsrelevante Abweichung, die bisher leider in keiner Kennziffer abzubilden ist.

Grundsätzlich führen die Diskussion und die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Thematik zu einer deutlich verbesserten pflegerischen Dokumentation unter anderem im Bereich des nutritional Risk-Managements.

### Stichhaltigkeit (Prüfungen nach § 275 SGB V)

Prüfungen nach § 275 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, auch unter der neuen PrüfvV, haben über die Jahre hinweg ihre Richtigkeit und Unabdingbarkeit bewiesen.

Die durchschnittliche Rückbuchungsquote liegt im Falle des PKMS zwar leicht über der von anderen Komplexbehandlungskodizes, jedoch noch im akzeptablen Rahmen.

Rückmeldungen aus relevanten MDK-Gutachten müssen in den monatlichen Sitzungen an die Abteilungsleitungen der Pflegebereiche weitergeleitet werden. Alle Kodierfachkräfte sind deshalb zu PKMS-Trainern auszubilden. Hilfreich ist dabei eine vorausgegangene Ausbildung in einem medizinisch einschlägigen Bereich und wesentlich ist ein positiver und kommunikativer Einsatz im Umgang mit relevanten Schnittstellen.

Statistisch gesehen wurde der prozentuale Anteil der PKMS bei seiner Einführung mit 3 bis 5 % des stationären Patientenaufkommens geschätzt. Dabei wurde außer Acht gelassen, dass das medizinische Portfolio einer Klinik beziehungsweise ihrer Fachabteilungen alles Andere determiniert. So liegt wider aller Prognosen an einigen Standorten der Anteil der PKMS bei bis zu 30 % aller Patienten, an anderen dagegen bei weniger als 0,2 %.

### Weiterentwicklung

Die fehlende Zweckbindung der aus dem PKMS resultierenden Erlöse kann aus Sicht der pflegenden MitarbeiterInnen zum Problem werden, sofern sich die Gelder nicht im Pflegebudget wiederfinden.

Eine wichtige Aufgabe des Managements besteht deshalb darin, die Mitarbeitermotivation durch eine klare Zuweisung der PKMS-Erlöse in den Pflegebereich zu fördern. Die Erlöshöhe spiegelt dabei den Pflege-/ Dokumentationsaufwand im Rahmen des PKMS-Systems wieder.

Trotz aller Bedenken ist der PKMS ein Fortschritt, da der Pflegebereich nicht mehr ausschließlich als Kostenfaktor gesehen wird, sondern erlösrelevante Budgetanteile erwirtschaftet. Zukünftiger Stellenabbau in der Pflege führt daher zwangsläufig zu Erlöseinbußen und nicht nur zu gewünschten Kosteneinsparungen.

Die Unschärfen des PKMS könnten zukünftig durch eine mögliche Einführung von NRG (Nursing Related Groups), die ähnlich dem DRG-System eigene pflegebezogene Fallpauschalen darstellen, aufgelöst werden. Bis dahin ist es noch ein weiter Weg. Allerdings ist durch die Einführung der PKMS der Anfang gemacht, durch die adäquate Abbildung von Pflegeleistungen zu einem erlösorientierten Pflegesystem zu kommen.

Favorisiert wird ein solches Vorgehen durch die neue Fachgesellschaft „Profession Pflege“.

### Fazit

Eine erfolgreiche Umsetzung des PKMS-Systems erfordert die gemeinsame Anstrengung aller am Prozess Beteiligten. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Medizincontrolling und Pflegedirektion muss auf der Basis von Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung, dem Zweck der Überwindung von Widerständen und einer gelungenen Einführung des PKMS dienen. ■

[www.ku-gesundheitsmanagement.de](http://www.ku-gesundheitsmanagement.de)

Michael von Eicken  
Dr. med. Andreas Hellwig

Katholisches Klinikum Bochum  
Klinikum der Ruhr-Universität Bochum  
Gudrunstraße 56  
44791 Bochum  
mc@klinikum-bochum.de