



Stellenabbau im Pflegedienst

Vom Pflegeförderprogramm zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

Von Matthias Joppek und Ralf Bange

Die gemeinsame Selbstverwaltung wurde mit der Entwicklung und der Einführung eines Systems beauftragt, welches eine Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst dauerhaft fördern sollte. Zu diesem Zweck wurde der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) entwickelt. Seit der Einführung des PKMS, der zusätzlich die Abbildung der hochaufwendigen Pflege hervorheben sollte, sind einige Jahre vergangen – Zeit für einen Blick auf die Entwicklungen.

Keywords: PKMS, Pflegestellen, Pflegedokumentation, Projektmanagement

Seit 1997 nahmen die Beschäftigungszahlen in der Pflege und vor allem in den deutschen Krankenhäusern drastisch ab. Insgesamt wurde bis 2008 ein Defizit von 48.000 Stellen verzeichnet. In den vergangenen Jahren verhielt sich die Politik im Hinblick auf die Personalbesetzung in der Pflege und die Abbildung der pflegerischen Leistung etwas zurückhaltend. Durch immer größer werdenden öffentlichen Druck wurde im Jahr 2009 das Pflegeförderpro-

gramm ins Leben gerufen, welches die Einstellungszahlen von dreijährig ausgebildeten Pflegekräften anheben sollte. Dazu wurde eine Finanzierung für 17.000 zusätzliche Stellen bereitgestellt. Bis 2011 nutzten die Krankenhäuser aus dem Pflegeförderprogramm Mittel für etwa 15.300 Mehrbeschäftigte. Die Angaben der Jahresabschlussprüfer bestätigten allerdings nur einen Zuwachs von 13.617 zusätzlich eingestellten Beschäftigten. Da die Daten des statistischen Bundesamtes andere Zahlen und zwar 9.200 Neueinstellungen hervorbrachten, muss davon ausgegangen werden, dass circa 4.400 Mitarbeiter entweder den Dienst während dieser Zeit verlassen haben oder sie auf andere Bereiche wie zum Beispiel Funktionsdienste et cetera verteilt wurden (► Abb.).

Die gemeinsame Selbstverwaltung bestehend aus Deutscher Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) wurde mit der Entwicklung und der Einführung eines Sys-

tems beauftragt, welches eine Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst dauerhaft fördern sollte. Zu diesem Zweck wurde der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) entwickelt. Ein Patientenklassifikationssystem und die dazugehörigen OPS-Schlüssel, die als Grundlage für die Abrechnung von Zusatzentgelten dienen sollten, wurden im DRG-Klassifikationssystem fest eingebaut und im Jahr 2010 im stationären Bereich als Verschlusslegungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt.

PKMS und die siebenjährige (Erfolgs)geschichte

Seit der Einführung des PKMS, der zusätzlich die Abbildung der hochaufwendigen Pflege hervorheben sollte, sind einige Jahre vergangen. Vor dem Hintergrund der bis dahin fehlenden Einbindung vom pflegerischen Aufwand im DRG-Abrechnungssystem, haben zu Anfang unterschiedliche Akteure sowohl mit Skepsis als auch mit Zuversicht darauf reagiert. Weil eine penible und korrekte Erfassung des PKMS in den ersten beiden Jahren nach dessen Einführung keine monetäre Auswir-

kung auf den Erlös hatte, wurde diese seitens einiger Krankenhäuser vernachlässigt.

Im Jahr 2012 nahm der PKMS an Bedeutung zu, in dem er in der Abrechnung ein Zusatzentgelt auslöste. Infolgedessen haben einige Einrichtungen in kürzester Zeit die Organisation und Dokumentation der pflegerischen Leistungen, in Bezug auf die Erfassung von PKMS, verändert. Im Jahr 2013 erfolgte die Splitting des Zusatzentgelts in zwei Stufen. Damit wurde die erste Differenzierung des Pflegeaufwandes vorgenommen. Die erste Stufe, für Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen wurde mit dem Betrag 1.110,50 Euro und die zweite mit dem Betrag 2.229,68 Euro festgelegt. Anschließend erfolgte in den Jahren darauf nur noch eine geringfügige Preisanpassung an die Kalkulationsergebnisse des Instituts der Entgeltabrechnung im Krankenhaus (InEK). In den einzelnen Leistungsbereichen wurden Gründe sowie Maßnahmen inhaltlich geändert beziehungsweise der wissenschaftlichen Entwicklung angepasst. Somit wurde jährlich eine inhaltliche Überprüfung der Vorgaben in der Dokumentation erforderlich. Ebenso musste das Pflegepersonal jedes Jahr über entsprechende Änderungen informiert werden.

Konsequenzen und Entwicklung für die Pflege

Nachdem im Jahr 2012 der PKMS eine erlösrelevante Bedeutung bekam, wurde in vielen Kliniken eine Reorganisation der bis dahin bekannten PPR-, Pflegeplanung und Pflegestandards-Verfahren durchgeführt. Dies führte dazu, dass sich diese unterschiedlichen Dokumentationssysteme inhaltlich im höchsten Maße überschneiden und eine große Unsicherheit im Bezug auf eine korrekte Leistungserfassung entstand. Eine nachhaltige Schulung des Pflegepersonals gestaltete sich dazu relativ schwierig, weil eine langfristige Erfahrung in der Gewichtung einzelner Leistungsbereiche des PKMS und der bisherigen Erfassungsform gegenübergestellt, noch nicht ausreichend erforscht war. Für viele Pflegekräfte, die seit 1997 mit einem kontinuierlichen Stellenabbau, steigendem Umfang



Abb.: Beschäftigungszahlen Pflegedienst im Krankenhaus 2005 – 2015

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

und höherem Anspruch an die Dokumentation im klinischen Sektor zu kämpfen hatten, bedeutete eine oben genannten und auf fehlender Erfahrung basierenden Umsetzung der Vorgaben, eine erhebliche Erhöhung des bisherigen Dokumentationsaufwands.

Konsequenzen und Entwicklung für das Klinikmanagement

Im komplexen Konstrukt eines Krankenhauses, bedeutete die Einführung des PKMS ebenfalls die Veränderung der berufsgruppenübergreifenden Prozesse, Einführung standardisierter und überarbeiteter Dokumentation und die Reorganisation des Projektmanagements. Mittlerweile haben viele Kliniken die sogenannten PKMS-Beauftragten implementiert. Es handelt sich hierbei um aus dem pflegerischen Bereich gewonnene Mitarbeiter, die in den Ablauf der PKMS-Erfassung integriert wurden und damit eine Schlüsselrolle in der Projektumsetzung übernommen haben.

Modifikation der Fördermittel

Die für das ursprüngliche Pflegeförderprogramm zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel, konnten nach der Umsetzung von PKMS bei einem dokumentierten Anteil der Patienten von circa ein Prozent nur geringfügig auf die Krankenhäuser verteilt werden. Damit die Finanzierung aber nicht verloren geht, hatte sich die gemeinsame Selbstverwaltung darauf geeinigt, die nicht über das PKMS verteilbaren Mittel durch eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte zur Verfügung zu stellen. Diese Regelung entsprach aber nicht der Intention des Gesetzgebers, weil auf diese Weise nicht nur die Krankenhäuser profitierten, die ei-

ne zusätzliche Einstellung von Pflegekräften gar nicht vorgenommen hatten, sondern auch jene, die sich mit dem PKMS und seiner Erfassung gar nicht befassten. In weiterer Entwicklung nahm die Verteilung des gesamten Erlösvolumens bis 2015 spürbar ab (► Tab., Seite 14).

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), welches am 1. Januar 2016 in Kraft trat, wurde ein zweites Pflegestellen-Förderprogramm für den Zeitraum 2016 bis 2018 ins Leben gerufen. Das Ziel ist dabei die Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Von den anspruchsberechtigten Einrichtungen haben zum Zeitpunkt der Datenerfassung 39 Prozent davon mit abgeschlossener Budgetvereinbarung für das Jahr 2016 eine Vereinbarung zum Pflegestellen-Förderprogramm abgeschlossen.

Bis 2018 können 0,15 Prozent des Krankenhausbudgets zusätzlich für Neueinstellungen oder Aufstockung vorhandener Voll- und Teilzeitstellen im Pflegedienst vereinbart werden. Dabei werden 90 Prozent der Personalkosten durch die Förderung gedeckt. Die übrigen 10 Prozent müssen die Krankenhäuser selbst aufbringen.

Bis 2016 war die Erfassung des PKMS im Abrechnungssystem als Zusatzentgelt relevant. Ab dem Jahr 2017 hat sich dieses allerdings geändert. Bei der Kalkulation der DRG-Bewertungen fand die erstmalige Berücksichtigung von Funktionseinschränkungen (Pflegebedarfsermittlung) statt. Zudem wurde eine individuelle Bewertung von pflegerrelevanten Diagnosen vorgenommen und PKMS erstmals als gruppierungsrelevantes Attribut hinzu- ►

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016
Landesbasisfallwert	3.008,00 €	3.064,10 €	3.151,47 €	3.217,07 €	3.293,77 €
Veränderung des Erlösvolumens zum Vorjahr	4,68 %	3,85 %	2,85 %	2,08 %	2,38 %

Tab.: Beschäftigungszahlen Pflegedienst im Krankenhaus 2005 – 2015

gezogen. Eine bestimmte Konstellation der verschlüsselten Diagnosen und OPS-Prozeduren im Zusammenhang mit PKMS, mit dem Zusatz der sogenannten „Aufwendigen Behandlung“, bewirkt jetzt im Erlös eine höhere DRG (Diagnosis Related Groups). Entsprechende Zuordnungskriterien werden wie folgt bezeichnet:

- Mäßig aufwendige Behandlung
- Aufwendige Behandlung
- Hochaufwendige Behandlung

Diese drei Kriterien werden durch die Anzahl der erfassten Pflegeaufwand-Punkte angesteuert. An dieser Stelle erweist sich, wie bereits bei anderen Zusatzentgelten im DRG-Abrechnungssystem, ein Mehrerlös, sowohl durch eine Vergütung für das Zusatzentgelt als auch eine höhere Eingruppierung einer DRG.

Erforderliche Maßnahmen für eine erfolgreiche Umsetzung

Reorganisation der Pflegedokumentation

Angepasste, spezifisch zugeschnittene, fachlich übergreifende und dem wissenschaftlichen Stand konforme Dokumentationsvorlagen sind eine unverzichtbare Säule der pflegerischen Berichterstattung. Diese müssen bei der Einführung auf den Prüfstand gestellt und gegebenenfalls angepasst oder gar neu entwickelt werden. Dabei sollte die Bedeutung einer korrekten Trennung unterschiedlicher Dokumentationsaspekte berücksichtigt werden:

- Organisatorische Dokumentation
- Die Behandlungsdokumentation: die Patientenkurve
- Krankenbeobachtung: der Pflegebericht

Die Einführung eines Projektmanagements, durch das die Mitarbeiter klinikübergreifend in den neuen

Dokumentationsverfahren sowie den Standards geschult werden können, ist unumgänglich. Die Mitarbeiter müssen im Umgang mit rechtlichen Aspekten und dem Datenschutz kontinuierlich und nachhaltig geschult werden. Den einzelnen Fachabteilungen zugeordnet, können die Bürofachkräfte optimal den Workflow der Dokumentation überwachen und dessen Vollständigkeit gewährleisten.

Anpassung und Erweiterung der fachlichen Kompetenzen

Basisbereiche einer Pflegedokumentation wie zum Beispiel: die Pflegeplanung, die Leistungserfassung und der Pflegebericht müssen im Hinblick auf inhaltliche und professionelle Aussagekraft und Durchführungskompetenz geschult werden. Im digitalen Zeitalter ist der Erwerb einer Basiskompetenz im Umgang mit elektronischen Medien unumgänglich.

Kompetenzerwerb in der Erfassung des PKMS

Eine Zusammenfassung oder Differenzierung einzelner Leistungsbe- reiche verschmälert den Aufwand und konzentriert den korrekten Einsatz der Dokumentation. Die Schulung muss anhand der im Haus genutzten Vorlagen und Formularen stattfinden. Somit wird eine höhere Akzeptanz beim Personal erreicht als vergleichsweise mit Fremdformularen. Beim Personal bedarf es einer Sensibilisierung auf die auslösenden Kriterien des PKMS, entweder durch Standards oder kontinuierliche Übungen. Zur Einhaltung der vollständigen Dokumentation müssen alle notwendigen Aspekte der korrekten Erfassung, die Kongruenz der einzelnen Formulareabhängigkeiten und Leistungsbe- reiche nicht nur dem Pflegepersonal, sondern auch der Berufsgruppe der Erlössicherung klar und verständlich sein. Eine Evaluation der auslösenden Kriterien des PKMS ist

in regelmäßigen Abständen zeitlich anzusetzen. Durch kritische Betrachtung der nachhaltigen Erlöserfolge muss eine eventuelle Anpassung der Dokumentationsvorlagen stattfinden. Hierzu ist es ratsam die Überprüfung in regelmäßigen Abständen festzulegen.

Fazit

In der Besetzung der fehlenden Stellen im Pflegeberuf und in der Qualität der Dokumentation gibt es seit sieben Jahren deutschlandweit eine steigende Entwicklung. Weitere Einstellungen der Pflegekräfte und umfangreiche Schulungsmaßnahmen sind dennoch notwendig, um dem zunehmenden Qualitätsanspruch zu genügen. Auch in der Zukunft heißt es, was nicht korrekt dokumentiert ist, gilt nicht als erbracht. Eine effektive, auf den Bedarf angepasste Projektumsetzung, regelmäßige Schulung des Pflegepersonals und eine auf Erfahrung basierende Reorganisation der Dokumentation gehören dabei zu den wichtigsten Aspekten. Die Leistungserbringer bekommen durch die Erhöhung der Bewertung von pflegerelevanten Diagnosen, den eingeleiteten Pflegestellen-Förderprogramm und durch die erlösrelevante Einflussnahme des PKMS auf die DRG, jetzt mehr finanziellen Anreiz, um in der Zukunft Ihr Personal zu fördern und erforderliche personelle Lücken zu schließen. In wie weit diese Aspekte für eine entspannte Situation in der Pflegeversorgung in den Krankenhäusern sorgen, wird sich aber erst in der Zukunft zeigen. ■

Literatur bei den Verfassern

Matthias Joppek
Geschäftsführer
iDRG Medizincontrolling GmbH
Hermann-Simon-Straße 7
D-33334 Gütersloh



Matthias Joppek

Ralf Bange
Geschäftsführer
iDRG Medizincontrolling GmbH